

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 11 SEPTEMBRE 2007**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 9 OCTOBRE 2007**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 11 septembre 2007

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif réuni les 17 juillet et 4 septembre 2007.
- 2- Présentation du bilan social de l'année 2006.
- 3- Evolution de la procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers et articulation avec la procédure budgétaire.
- 4- Développement de structures médico-sociales pour personnes âgées sur les terrains de l'AP-HP.
- 5- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 6- Désignation au sein de la CME de deux suppléants à l'AGOSPAP.
- 7- Approbation du compte-rendu de la séance du 10 juillet 2007.
- 8- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation d'un chef de service hors CHU, à titre provisoire.
- Avis sur les demandes de versement de l'indemnité pour activité sur plusieurs établissements au titre de l'année 2007.
- Avis sur une demande de renouvellement, et sur trois premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.

### Composition B

- Avis sur la demande de mobilité de MCU-PH.
- Avis sur le changement d'affectation de MCU-PH.

### Composition A

- Avis sur une demande de mise à disposition.
- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux le 1<sup>er</sup> septembre 2007.

### Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
  - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
  - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;
  
- ***en qualité d'invité permanent :***
  - M. le Pr SCHLEMMER, doyen ;
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - M. BOUILLANT, directeur de cabinet,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier nord,
  - M. LAJONCHERE, directeur exécutif du groupement hospitalier est,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
  - Mme QUESADA, directrice exécutif du groupement hospitalier sud,
  - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
  - M. GUIN, directeur économique et financier ;
  
  - M. PINSON, direction de la politique médicale,
  - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
  - Mme le Dr PULVENIS, direction de la politique médicale,
  - M. TOUZY, direction du personnel et des relations sociales ;
  
- ***membres excusés :***
  - M. le Pr ALVAREZ,
  - M. le Pr BERCHE,
  - M. le Pr CHATELLIER,
  - M. le Pr CHOUDAT,
  - Mme le Dr DESOUCHES,
  - M. le Pr FLEJOU,
  - Mme HENRY,
  - M. le Dr LOULERGUE.

\*

\*                      \*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. CORIAT**. Avant de procéder à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour, il annonce l'arrivée de M. FAGON à la tête de la direction de la politique médicale. A l'occasion de la séance du conseil exécutif, il lui a exprimé les attentes de la commission médicale d'établissement à son égard et exposé les opportunités de synergies et de performance à développer entre celle-ci et la DPM.

Outre la nomination de M. FAGON comme directeur de la politique médicale, **M. LECLERCQ** informe de l'arrivée de M. BOUILLANT directeur de son cabinet, administrateur territorial, précédemment à la Ville de Paris. M. OMNES ayant fait valoir ses droits à la retraite, M. LAJONCHERE lui succède au poste de directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est.

Puis, le directeur général évoque l'incendie survenu à l'hôpital européen Georges Pompidou le 14 août dernier, à la suite d'un incident électrique. Il tient à souligner la réactivité et le grand professionnalisme dont ont fait preuve les équipes techniques mais aussi les équipes médicales et soignantes. Progressivement, des solutions palliatives ont été élaborées. Sur le plan électrique, la sécurisation la semaine dernière, des deux tiers de l'hôpital a permis de reprendre une activité chirurgicale. L'hôpital devrait retrouver un fonctionnement normal en fin d'année.

Le directeur général souligne la solidarité entre les hôpitaux de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris qui a joué de façon particulièrement tangible et permis à l'hôpital européen Georges Pompidou d'affronter la situation ; il insiste sur sa nécessaire poursuite jusqu'à la fin de l'année. Au-delà de la recherche de la cause de cet incident électrique à l'origine de l'incendie, il a diligenté deux expertises dont l'une est de nature judiciaire.

Enfin, il souhaite attirer l'attention sur le fait que l'activité médicale clinique ne se révèle pas à la hauteur des prévisions établies, induisant des effets sur le plan financier. Il convient donc de redresser significativement la situation d'ici à la fin de l'année 2007. Si en chirurgie l'activité d'hospitalisation complète est positive, la situation s'avère plus délicate en médecine et réellement difficile en chirurgie ambulatoire et en hôpital de jour. Il paraît crucial à M. LECLERCQ que la CME soit sensibilisée au fait qu'en n'atteignant pas les prévisions d'activité, l'AP-HP court un risque de connaître une situation de grave tension financière.

Le **vice-président** rappelle que certaines activités chirurgicales se trouvent freinées par des éléments de blocage, en particulier au sein des plateaux médico-techniques et des blocs opératoires. C'est la raison du travail en cours, dont les conclusions feront prochainement l'objet d'une présentation en CME, sur la meilleure façon de rendre plus attractive la carrière des infirmiers exerçant en salle d'opération.

Le **président** invite ensuite M. FAGON à exprimer son point de vue sur la manière dont il envisage de travailler avec la CME.

La DPM s'emploie à élaborer avec la CME une méthode de travail indique **M. FAGON**. La DPM a vocation à fournir à l'instance des interlocuteurs uniques sur un sujet donné. Il souhaite la constitution de groupes de travail transversaux DPM-CME, pérennes ou non, selon le thème traité. La DPM a également vocation vis-à-vis des sites à être facilitatrice et à fournir, à cet égard, des réponses simples et claires. Aussi insiste-t-il sur l'importance de disposer d'informations fiables et d'une véritable expertise sur un certain nombre de sujets. A l'occasion d'une prochaine réunion de la CME, il développera ces différents axes de travail. M. FAGON mentionne enfin une autre priorité importante qui consiste à rendre lisible et efficace la stratégie de l'AP-HP. La DPM doit donc travailler étroitement avec la commission de la CME en charge de ce thème.

Cette synergie s'épanouira à travers la création de commissions mixtes, déclare le **président**. A cette fin, il serait opportun de présenter lors d'une prochaine réunion, l'organigramme et les structures de la DPM avec lesquelles la CME pourra envisager de collaborer.

## **I- Information sur les travaux du conseil exécutif réuni les 17 juillet et 4 septembre 2007.**

### La révision des effectifs de praticiens hospitaliers.

Le **président** indique que M. AIGRAIN et lui-même ont insisté sur la nécessité d'une préparation rationnelle et transparente de la révision des effectifs des postes de praticiens hospitaliers. La CME est attendue sur ce dossier par les établissements et les communautés médicales car la révision constitue pour eux le moyen de remplir leurs objectifs stratégiques.

Lors de la dernière révision, parallèlement à la vingtaine de postes redistribués, plus de deux cent cinquante postes ont été autofinancés par les hôpitaux. Cette part particulièrement importante des postes autofinancés impose une préparation adossée à des règles du jeu claires, intégrant notamment l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) relatif au personnel médical.

La présentation du travail préparatoire à cette révision, qui figure à l'ordre du jour, expose la lisibilité de cette révision dans son aspect économique, cadre dans lequel s'inscriront les réponses à apporter à l'autofinancement. Cette vision économique souffre d'un certain manque de vision médicale qu'il revient à la CME de formuler sur la base de référentiels validés par ses membres, aussi plusieurs réunions restreintes de l'instance seront programmées pour le mois prochain.

### La place de la CME dans l'oncologie.

Il paraissait fondamental à M. CORIAT que la commission cancer de la CME travaille en harmonie avec la direction de la politique médicale. M. LACAU ST GUILY et lui-même ont rencontré M. NAVARRO puis M. FAGON pour discuter de la constitution d'une commission unique œuvrant en synergie avec la DPM dans un souci d'efficacité. Désormais, M. LACAU ST GUILY peut conduire et organiser, au nom de la CME, les activités de l'AP-HP en matière oncologique.

### La qualité des soins et la gestion des risques.

La réflexion engagée sur ces thèmes a été approfondie par Mme VIDAL-TRECAN dans le cadre de la commission qualité et sécurité des soins. M. CORIAT signale son intention d'améliorer le système de déclaration des événements porteurs de risques en vigueur à l'AP-HP, dont pour l'instant seuls 3 % sont déclarés. Sur ce dossier, la démarche doit être volontariste, aussi il serait souhaitable de disposer à l'AP-HP d'un recueil des événements porteurs de risques et d'une structure pour les analyser. Ce point lui semble capital car ces événements mettent en jeu la qualité et la sécurité des soins.

### La méthodologie de désignation des titulaires des chefferies de service.

Pour le président, la sélection des chefs de services constitue une des missions principales de l'institution. Il s'agit d'enjeux stratégiques majeurs qui vont conditionner la qualité des soins, l'activité et le respect du plan stratégique de l'AP-HP. A ce jour, la CME doit encore se prononcer par un vote à bulletins secrets sur un certain nombre de chefferies de service. Il importe donc que la CME obtienne les informations qui lui permettront de choisir le candidat adéquat pour des structures aussi importantes que la chirurgie digestive de l'hôpital européen Georges Pompidou, l'orthopédie de l'hôpital Bichat et la maternité de l'hôpital de Bicêtre, notamment.

Le **vice-président** explique que pour progresser dans le choix des candidats à ces chefferies de service sensibles, la méthodologie a varié selon le degré d'urgence et les données locales. Lors du dernier conseil exécutif, ont été analysés les projets médicaux des candidats sur la maternité de Bicêtre afin de fournir un cadrage conforme au projet stratégique de l'AP-HP, et d'apporter à la CME un éclairage sur la faisabilité de chacun des projets et sur la cohérence au projet médical d'ensemble. Ce travail se réalise en lien avec la réflexion universitaire conduite sur ce projet.

Le départ d'un collègue de l'orthopédie de l'hôpital Bichat, dont le projet s'inscrit dans une réflexion ancienne du collège d'orthopédie, a été l'occasion de relancer la réflexion sur la façon d'avancer dans la direction des projets présentés. La commission temps et effectifs médicaux se prononcera dans le cadre du projet médical du GHU nord et en particulier, de l'UFR de Paris VII, sur les différentes candidatures à cette chefferie de service.

L'ophtalmologie des hôpitaux Bichat, Lariboisière et Rothschild, pose deux questions importantes. La première concerne la place que doit occuper l'ophtalmologie à l'AP-HP. Une réflexion de fond est conduite par la commission stratégie et prospective pour déterminer notamment le nombre de plateaux d'investigation et de traitement d'ophtalmologie. La seconde porte sur la succession du chef de service de la consultation d'ophtalmologie de Bichat, lequel exerçait son activité chirurgicale à la Fondation Rothschild. On y enregistre 2 500 à 3 500 séjours d'ordre chirurgical apportés pour une moitié par des consultants de l'AP-HP et pour l'autre moitié par des consultants directs de la Fondation. Il importe d'étudier la nécessité de réintégrer cette activité au sein de l'AP-HP dans le cadre d'un projet unissant l'ophtalmologie de Lariboisière et la consultation de Bichat, sachant que des liens particulièrement forts existent déjà entre ces deux structures pour toute l'activité du segment postérieur de l'œil.

L'administration devra apprécier si le projet s'avère réalisable architecturalement sur le site de Lariboisière et si l'investissement humain et en matériel générera des recettes suffisantes. M. AIGRAIN insiste auprès du directeur général sur l'importance et sur l'urgence attachées à ce dossier.

Le décès de M. CUGNENC conduit à désigner le titulaire de la chefferie du service qu'il dirigeait. Sur le plan chirurgical, le service n'utilise peut-être pas la totalité de ses capacités, aussi il convient d'étudier la façon de le dynamiser. La collégiale de chirurgie digestive a été missionnée, d'une part pour analyser les différentes solutions ou candidatures proposées provenant du même GHU ou de la même UFR, d'autre part pour mener une analyse innovante permettant d'identifier les résultats attendus d'une union avec le service oncologique de l'hôpital Ambroise Paré.

Au final, sur ces dossiers, il reviendra à la CME de prendre les décisions qui engagent l'AP-HP conclut le **président**.

## **II- Présentation du bilan social de l'année 2006.**

Le bilan social de l'année 2006 est présenté par M. TOUZY pour le volet sur le personnel non médical et par Mme PORTENGUEN pour le volet sur le personnel médical (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

En préambule, **M. TOUZY** rappelle que le bilan social constitue une photographie de la situation de l'établissement au 31 décembre 2006. La structure des effectifs de l'AP-HP en 2006 se répartit, en emplois à temps plein (ETP), entre le personnel non médical (91 %) et le personnel médical (9 %).

### 1- Le personnel non médical.

Il se caractérise par sa stabilité avec un effectif moyen annuel en 2006 établi à 75 046 ETP. Les titulaires sur emplois permanents progressent, la part des contractuels sur des emplois permanents diminue tandis que celle sur mensualités augmente.

La structure du personnel non médical se répartit de la façon suivante :

- personnel socio-éducatif : 1 % ;
- personnel médico-technique : 7 % ;
- personnel ouvrier et technique : 8 % ;
- personnel administratif et de direction : 13 % ;
- personnel soignant : 71 %.

*Les ratios nombre d'agents par lit par activité dominante en ETP passent de 3,41 à 3,52 pour les activités de court séjour et demeurent à 1,60 pour les activités de soins de suite et réadaptation (SSR), de soins de longue durée (SLD) et de rééducation. Le ratio global de l'AP-HP évolue de 2,76 (2004) à 2,85 (2006).*

*Le personnel de la filière administrative progresse principalement sur la part des secrétaires médicales avec 2 966,60 ETP en 2004 contre 3 059,70 ETP en 2006 répondant en partie à la forte demande des hôpitaux, tandis que celle des autres personnels baisse de 6 370,48 ETP en 2004 à 6 289,26 ETP en 2006.*

*Le personnel de la filière soignante enregistre entre 2004 et 2006 une hausse du nombre d'infirmiers de 17 098,26 ETP à 17 494,80 ETP qui se confirme en 2007, et une diminution de celui des agents hospitaliers. Au regard de ces chiffres, M. TOUZY invoque non une pénurie mais des difficultés de recrutement des infirmiers dans certains services ou certains secteurs, en particulier pour les infirmiers d'anesthésie et de bloc opératoire. D'ici trois exercices, on estime possible de combler les réels problèmes de recrutement à condition de maintenir le rythme actuel d'embauches.*

On note la stabilisation des effectifs *du personnel ouvrier et technique*, une légère hausse des effectifs *du personnel médico-technique* et de ceux *du personnel socio-éducatif*.

Puis l'orateur détaille l'évolution de *la pyramide des âges* qui fait apparaître un vieillissement des personnels, avec une progression d'1 point des plus de 55 ans. Néanmoins, la part des moins de 25 ans (9 % des effectifs) est supérieure à celle des plus de 55 ans et l'âge moyen reste de 40 ans.

La balance des entrées / sorties est légèrement déséquilibrée en raison de l'augmentation des départs en retraite et de la réduction des entrées sur les catégories les moins qualifiées. Elle présente un solde positif pour les soignants, socio-éducatifs, médico-techniques de catégorie B, ainsi que pour les personnels administratifs et ouvriers / techniques de catégorie A.

*Le taux d'absentéisme* reste préoccupant. Les données pour l'année 2006 à ce sujet révèlent que la moyenne des journées d'absence par agent s'est dégradée. Une réflexion sera engagée avec les partenaires sociaux pour en connaître les raisons, bien que l'AP-HP reste dans la moyenne des taux d'absentéisme observés pour des raisons médicales dans les autres CHU.

*Le développement des compétences* dans un contexte fortement concurrentiel, constitue un des axes d'attractivité de l'AP-HP. Entre 2004 et 2006, la part des contrats d'études a significativement augmenté passant de 319 à 384, celles des diplômés suite à promotions professionnelles de 813 à 958, et le nombre des autres diplômés de 1 403 à 1 545. Ces chiffres prouvent que l'appareil de formation est resté dynamique en 2006 ; ce dynamisme sera maintenu au cours des prochaines années.

Quant à *l'emploi des travailleurs handicapés*, le taux en 2006 s'établit à 2,47 % contre 1,86 % en 2005. La contribution de l'AP-HP s'élève à 4,973 millions d'euros, sa part d'emplois restant insuffisante à ce jour aux yeux de la loi car la définition même de l'inaptitude a été élargie aux changements de métiers et de postes pour raisons de santé.

M. TOUZY termine par *la politique sociale* qui se traduit par l'évolution de 2004 à 2006 du nombre d'enfants pris en charge à la crèche qui passe de 2 664 à 2 884 et qui devrait continuer à croître durant l'année 2007. Le nombre des enfants accueillis dans les centres de loisirs est stable et s'établit à 800 en 2006.

Enfin, *la politique du logement* s'avère un élément déterminant d'attractivité de l'AP-HP qui réalise des efforts nonobstant les chiffres insuffisants car il existe un réel besoin et une importante demande. Entre 2004 et 2006, le nombre de logements attribués par an a évolué de 432 à 582, le nombre de ceux créés de 10 à 122 et le nombre de ceux réhabilités de 176 à 180.

## 2- Le personnel médical.

Pour sa part, **Mme PORTENGUEN** explique que les données relatives au personnel médical se comprennent à la lumière de l'intégration de la permanence des soins dans le temps de travail, intégration qui avait significativement impacté les effectifs en 2002. Depuis lors, l'AP-HP a bénéficié de crédits, lesquels lui ont permis *une évolution positive des effectifs* qui se traduit au cours de l'année 2006 par des créations d'emplois hospitalo-universitaires titulaires et temporaires. Le nombre de praticiens hospitaliers à temps plein est passé de 2 154 en 2004 à 2 354 en 2006, soit une augmentation de 4 %. Durant la même période, le nombre de praticiens attachés a glissé de 6 168 à 5 923, soit une diminution de 2,7 %.

*La catégorie des praticiens contractuels* évolue de façon tangible, de 480 en 2004 à 654 en 2006, soit une hausse de 15,6 %. Mme PORTENGUEN rappelle que ces derniers bénéficient d'un statut équivalent aux praticiens hospitaliers de premier échelon. Il s'agit souvent d'une situation d'attente avant l'obtention d'un poste de praticien hospitalier. La répartition des effectifs sur EPT du personnel médical de l'AP-HP en 2006 est l'expression de l'évolution intervenue depuis de nombreuses années. Pendant longtemps, la structure des emplois médicaux de l'institution se caractérisait par un réel déséquilibre entre le personnel titulaire et le personnel non titulaire à la faveur des praticiens attachés. La situation s'est considérablement améliorée car la catégorie majoritaire concerne les praticiens hospitaliers lesquels représentent à présent 36 % en ETP du personnel médical.

*Les autres catégories* se répartissent ainsi :

- les praticiens attachés : 32 % ;
- les praticiens hospitalo-universitaires : 21 % ;
- les praticiens contractuels : 7 % ;
- les assistants hospitaliers : 3 % ;
- les praticiens adjoints contractuels (PAC) : 1 %.

Elle achève sa présentation par quelques *données démographiques*. Avec 52,42 % de femmes, on note la féminisation du personnel médical, seule la catégorie des PU-PH y échappe. On observe avec inquiétude un vieillissement de la catégorie des praticiens hospitaliers dont 26 % ont plus de 55 ans et 44 % plus de 50 ans.

Mme PORTENGUEN déclare que la DPM travaille sur des données démographiques par discipline et sera en mesure de fournir à la CME des informations détaillées à la fin de l'année 2007, voire au début de l'année 2008.

Le **président** livre son impression que la plupart des personnes quittent l'AP-HP à l'issue de leur formation professionnelle. Ce départ peut notamment prendre la forme de rachat de contrat. Il s'interroge donc sur la manière de conserver au sein de l'institution au moins pendant une certaine période, le personnel que celle-ci a formé.

Théoriquement, les personnels formés à l'AP-HP doivent y travailler au moins cinq années répond **M. TOUZY**. Si certains la quittent en faisant racheter leur contrat, ce phénomène demeure marginal. Cependant, il convient de distinguer parmi les personnes qui utilisent l'appareil de formation de l'AP-HP, celles rémunérées par cette dernière de celles qui ne le sont pas, par exemple les masseurs kinésithérapeutes. L'institution essaye de fidéliser certains personnels par le biais de bourses d'études ou d'intégration dans les circuits visant l'attribution de logements ou de places en crèche. Il rappelle que l'AP-HP recrute en moyenne plus de 50 % d'une promotion d'infirmiers issus de ses instituts de formation et fidélise 85 % des infirmiers sous contrat.

Les personnels médicaux et non médicaux quitteront d'autant moins l'AP-HP qu'ils connaîtront les opportunités intéressantes à y saisir et pourront profiter d'un parcours professionnel valorisant.

Du point de vue de **M. GARABEDIAN**, la fidélisation des infirmiers constitue le problème majeur. Le coût de la vie et du logement étant moins élevé en province qu'à Paris, à salaire égal, les infirmiers préfèrent rejoindre des structures hospitalières régionales. Cependant, leur proposer des carrières différentes est certes intéressant mais générera une diminution du nombre des personnels soignants auprès des patients.

Si l'AP-HP est parvenue à sortir du problème du recrutement, il lui reste à résoudre celui posé en matière de fidélisation indique **M. TOUZY**. Le coût de la vie en Ile-de-France entraîne un *turn-over* important des infirmiers qui finissent par rejoindre les hôpitaux régionaux après deux ou trois années à l'AP-HP. La décision a été prise avec les partenaires sociaux d'ouvrir l'attribution des logements à certaines catégories de personnels qui n'en bénéficiaient pas jusqu'alors ; aujourd'hui les infirmiers peuvent disposer de logements.

Puis à une question de **M. le président** portant sur la difficulté pour les personnels médicaux ou non médicaux d'obtenir une place en crèche alors qu'il s'agit d'un élément important de fidélisation, **M. TOUZY** invoque le mode d'organisation des crèches et invite à faire remonter au siège les éventuelles difficultés et les situations qui semblent insolubles.

Le **directeur général** ajoute que le nombre de places physiques dépend du nombre de places potentielles. Il faudra cependant réfléchir à la façon dont on peut étendre le parc des crèches ou du moins, de leurs capacités, au regard de leurs conditions d'accueil et financières. L'AP-HP doit poursuivre ses efforts même si des progrès significatifs ont déjà été accomplis, notamment grâce au partenariat avec la caisse d'allocations familiales, en particulier.

**M. FOURNIER** réagit à propos de l'absentéisme. Si les difficultés semblent mal perçues par les équipes soignantes, elles se traduisent directement en termes financier et comptable et dans le fonctionnement des services. Les situations problématiques se résolvent par un recours à l'intérim lorsque la direction de l'hôpital l'accepte. Selon l'intervenant, la façon de réduire l'écart entre le perçu et le concret des lignes comptables correspondant aux emplois réellement pourvus, consiste à s'exprimer en jours travaillés, seul moyen de calculer le décalage et de résoudre le problème.

Les données relatives à l'absentéisme mettent en évidence l'écart en nombre de jours travaillés déclare **M. TOUZY**. Effectivement, les données exposées ne font pas apparaître la réalité d'un service en termes d'absence pour tous les motifs précédemment évoqués. L'administration s'entretient avec les équipes sur ces jours travaillés, les repos dus, les jours de congés stockés ou les heures supplémentaires dues. Un travail a été initié pour limiter la perte des heures travaillées. **M. TOUZY** a conscience du décalage évoqué et de la nécessité pour la CME de disposer d'une présentation plus transversale sur ce sujet.

Après avoir indiqué que la politique de logement de l'AP-HP a été modifiée, le **directeur général** informe que les flux de personnels commencent à réduire le décalage entre les emplois nécessaires et ceux non pourvus. Le taux d'absorption par les CHU de province des infirmiers de la capitale va certainement se tarir par le comblement de leurs effectifs ; dès lors le mouvement de *turn-over* évoqué décélérera, comme le révèle l'observation des premières tendances.

L'amélioration de la situation des infirmiers résulte en grande partie, selon **M. LECOUTURIER**, de l'augmentation du nombre de postes ouverts aux concours, par suite d'une décision gouvernementale. L'AP-HP enregistre une forte déperdition laquelle s'explique, outre les raisons citées, par les conditions de travail. Lorsque le personnel, notamment le personnel infirmier, interpelle les organisations syndicales, il ne manque jamais d'évoquer ce sujet. Si à certains moments de la vie professionnelle, les conditions de travail paraissent acceptables, voire supportables, elles deviennent inenvisageables à d'autres. Les difficultés rencontrées se traduisent également par le taux actuel d'absentéisme et le nombre des accidents du travail qui enregistre une nette hausse. Au-delà de leur nombre, il convient d'observer attentivement leur taux de gravité. Des mesures doivent être prises, tout du moins un débat doit s'instaurer sur la situation des conditions de travail à l'AP-HP.

S'agissant du parc de logements de l'institution, on doit réfléchir d'une part sur la localisation de certains implantés dans des zones sensibles où les agents de l'AP-HP ne souhaitent pas résider, d'autre part sur le prix du loyer, à hauteur par exemple pour les aides-soignants souvent en situation de famille monoparentale, de la moitié de leur traitement.

**M. LECOUTURIER** s'interrogeant sur la façon dont certains collègues peuvent travailler lorsqu'ils doivent vivre dans des conditions aussi précaires, demande au directeur général de prendre toutes les mesures qui s'imposent et de trouver les solutions permettant à tous les personnels de soigner de façon sereine et digne les patients de l'AP-HP.

**M. LECLERCQ** prend note de cette requête qu'il ne manquera pas d'évoquer dans le cadre du dialogue social mené au sein de l'institution.

**Mme Brigitte GIRARD**, qui adhère à ce propos, souhaite attirer l'attention de la direction générale sur le paiement des heures supplémentaires effectuées par le personnel, pour pallier soit l'absentéisme, soit une vacance de recrutement, soit une augmentation d'activité non suivie d'augmentation d'effectifs, et **M. DASSIER** mentionne la préoccupation de certains infirmiers sur le mode de comptabilisation de ces heures supplémentaires.

Le **directeur général** signale qu'une réflexion sur le paiement des heures supplémentaires est actuellement en cours au sein de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et même si certains aspects techniques restent à finaliser, on devrait disposer d'informations complémentaires à ce sujet dans quelques mois ; **M. TOUZY** précise que la comptabilisation des heures supplémentaires incombe aux cadres.

**M. DRU** attire l'attention sur le phénomène constaté parmi les chefs de clinique-assistants de ne plus embrasser la carrière de praticien hospitalier, ni de passer les concours prévus à cette fin, en raison notamment d'une perte du pouvoir d'achat. En effet, les praticiens hospitaliers ne bénéficient plus de la prime d'engagement de service public pendant l'année probatoire, désormais obligatoire et le montant de leurs gardes passe de 464 à 259 euros. Il craint d'ici un à deux ans les répercussions de ce phénomène relativement nouveau.

**Mme PORTENGUEN** croit savoir qu'un bon nombre de praticiens attachés veut accéder au statut de praticien hospitalier, la position de titulaire étant préférable à celle de non titulaire.

**M. SEBBANE** insiste sur les difficultés importantes qui impactent l'activité des hôpitaux gériatriques dispensant des soins de courte durée, des soins de suite et de réadaptation comme des soins de longue durée. Pour y faire face, certains de ces hôpitaux ont choisi de recourir à des missions d'intérim générant un impact budgétaire non négligeable.

Quant à la fidélisation, il faut d'abord veiller à l'attractivité de ces établissements qui connaissent des difficultés de travail au quotidien. Le personnel soignant tente tous les jours, de réaliser les efforts nécessaires pour le bon fonctionnement des soins dévolus aux patients.

En effet, répond **M. TOUZY** dans le secteur de la gériatrie des difficultés persistent. On a donc décidé de développer différents moyens permettant d'attirer, de rassurer et de conserver les agents souhaitant y travailler, mais craignant de s'y enfermer. La principale disposition, dont le résultat se révèle globalement satisfaisant, concerne le fléchage des postes à la sortie des écoles.

Il semble pertinent à **M. LACAU ST GUILY** d'une part de souligner la façon dont la notion de service intervient dans la fidélisation du personnel infirmier qui souvent y développe un sentiment d'appartenance et une spécificité de savoir, d'autre part d'examiner la réponse que peut apporter le pôle à la pénurie constatée et aux difficultés évoquées.

**M. RICHARD** met en exergue l'importance de la notion d'équipe. Le personnel d'encadrement doit remplir selon lui une mission d'attractivité. Dans certains hôpitaux, la fonction de cadre de proximité, voire de cadre supérieur, n'apparaît pas comme particulièrement attractive et des emplois y sont vacants ; cette fonction doit gagner en visibilité.

Par ailleurs, il voudrait savoir si une étude a été initiée sur la répartition des effectifs soignants entre les unités et sur les missions qu'ils peuvent remplir. Beaucoup de secteurs souffrent d'un sentiment de déséquilibre du volume des effectifs, aussi il demande si une réflexion a été conduite, au sein de l'AP-HP, sur la dotation par service, par activité ou par spécialité. Il s'interroge enfin sur le rôle joué par l'absentéisme sur la fermeture des lits d'hospitalisation et la réduction d'activité.

**M. TOUZY** reconnaît la nécessité d'engager une discussion sur la réorganisation du fonctionnement des pôles de façon à le rendre efficace et de la place prépondérante de l'encadrement dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance. Dans ce cadre, Mme BRESSAND a été chargée d'une mission sur le rôle de l'encadrement, les difficultés rencontrées ne concernant pas seulement le recrutement mais également le positionnement des cadres dans leur métier. Sur la question de la répartition des effectifs entre les unités et les hôpitaux, le siège dispose de ratios et de données très fournis, au travers notamment de la comptabilité analytique. La démarche à ce jour vise à partager les éléments de diagnostic et d'analyse et à les soumettre à la réflexion des hôpitaux.

Livrer les services durant la nuit à des intérimaires dont on ne connaît pas précisément la compétence paraît préoccupant à **M. OURY**. S'il existait à l'AP-HP une politique volontariste de rémunération des heures supplémentaires, il pense que le personnel de l'institution suffirait pour gérer les carences et réaliser des économies d'échelle.

Les heures supplémentaires sont déjà pour bon nombre rémunérées indique **M. TOUZY**, cependant l'AP-HP doit se soumettre à la limite réglementaire de leur nombre. Le recours à l'intérim d'ailleurs plafonné, ne diminuera qu'à mesure du comblement des postes.

Le **président** note que le pourcentage des praticiens hospitaliers exprimés en ETP s'établit à 36 % et celui des praticiens attachés à 32 %. Cette situation constitue une particularité de l'AP-HP car en province, le pourcentage des ETP contractuels s'avère particulièrement bas. Par ailleurs, le salaire actuel des praticiens contractuels induira qu'aucun médecin n'acceptera plus de couvrir des demi-journées, ainsi à terme, dans de nombreuses spécialités, les praticiens hospitaliers effectueront les missions confiées pour l'heure aux praticiens contractuels.

### **III- Evolution de la procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers et articulation avec la procédure budgétaire.**

Le **président** introduit ce point de l'ordre du jour en précisant que le travail de MM. GUIN et PINSON sur les étapes de la démarche relative à la procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers, répond à une demande de la CME.

**M. GUIN** indique que la procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers et la procédure budgétaire étaient à la fois déconnectées l'une de l'autre et inadaptées au nouveau contexte dans lequel l'AP-HP se situe aujourd'hui, et source de nombreux inconvénients en termes de pilotage, de transparence et de lisibilité.

Par ce défaut d'articulation, le montant des crédits ouverts à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses reposait sur des bases théoriques et ne correspondait pas véritablement à la situation réelle des dépenses. Il fallait donc envisager la définition de nouvelles règles transparentes, fondées sur des objectifs partagés et adaptés à l'EPRD et à la tarification à l'activité, les ressources étant dorénavant liées à l'activité. Dans cette perspective, il convient de s'astreindre à fixer des évaluations des prévisions de dépenses et à assurer les modalités de pilotage permettant de connaître quotidiennement la situation financière. Dans le même temps, il est apparu impératif d'intégrer aux procédures budgétaires, des enjeux spécifiques liés à la gestion du personnel médical, enjeux différents de ceux visant le personnel non médical et s'inscrivant dans une démarche pluriannuelle.

Le schéma élaboré, susceptible d'amélioration, sera mis en œuvre au cours des mois qui viennent, dans le cadre de la préparation de l'EPRD 2008 et dans le cadre de la procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

#### 1- L'exposé des principes.

**M. PINSON** rappelle la nature stratégique et prospective de la démarche visant à adapter la procédure à des besoins objectivés et mieux partagés. Elle est concertée puisqu'elle concerne la CME, la DPM, la direction économique et financière, les disciplines et les hôpitaux. La démarche tend à concilier le principe d'une gestion stratégique des ressources médicales avec celui du pilotage de la masse salariale du personnel médical et cherche à renforcer le travail de partage et d'analyse des informations pour une meilleure adéquation entre les hommes, les emplois, les activités et les ressources. Elle s'appuie sur une analyse fine des demandes formulées au titre de la révision des effectifs au regard des critères :

- stratégiques : la réalité du besoin ;
- d'efficacité : la comparaison à l'intérieur même des disciplines ;
- de qualité des personnes recrutées et d'adéquation aux postes proposés ;
- budgétaires : la nature et le niveau du financement et la situation financière globale de l'hôpital.

Les choix stratégiques seront réalisés sur ces quatre grands critères et à titre d'exemple, l'orateur livre quelques critères d'efficacité possibles.

#### 2- La méthode et le calendrier.

Des réunions anticipées seront organisées dès le mois d'octobre réunissant la CME, la DPM, la DEF et la direction exécutive de GHU. Ces réunions permettront :

- d'opérer la première analyse des demandes, de les trier et d'évaluer l'impact financier ;
- de définir une ligne stratégique et un pré-cadrage financier ;
- de renforcer le déroulement de la procédure de révision des effectifs sur des bases mieux objectivées ainsi que la procédure budgétaire.

La démarche s'inscrit dans la continuité des procédures déjà engagées :

- la lettre de cadrage publiée, en mai dernier, par la DPM ;
- les orientations relatives à la campagne budgétaire 2008.

La nouvelle procédure ne crée aucune réunion supplémentaire, elle répond à la volonté de mieux coordonner les calendriers. Ainsi, l'anticipation d'un temps de cadrage stratégique et financier durant le mois d'octobre permettra ensuite, le déroulement coordonné des deux démarches.

Après avoir détaillé les réunions par GHU et la réunion de synthèse des GHU, M. PINSON observe que la suite de la procédure de révision des effectifs permet d'affiner et de valider le cadrage, mais sans remettre en cause les grandes lignes du cadrage global. Ainsi, en conférence budgétaire, un mouvement de poste lié à la révision ne sera pas remis en question, sauf en cas de décision commune de l'hôpital et du siège. En revanche, apparaîtra une meilleure visibilité sur l'impact attendu de la procédure sur l'équilibre de l'EPRD. La suite de la procédure reste fondamentalement inchangée.

A l'issue de ces deux procédures, le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés pour 2008 et la masse salariale prévisionnelle de chaque hôpital et de l'AP-HP seront alors définitivement arrêtés et intégrés à la notification initiale.

En conclusion, observe M. PINSON, l'adaptation de la procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers et son articulation avec la procédure budgétaire permettront d'offrir une meilleure visibilité pour tous, d'anticiper et d'objectiver son impact financier sur l'évolution de la masse salariale réelle de chaque hôpital et plus largement, sur le niveau de son compte de résultat. Des critères d'analyse plus complets devraient permettre une meilleure évaluation de la pertinence des demandes et des objectifs plus ambitieux de redéploiements. Cette procédure devra sans doute encore évoluer du fait des nouvelles règles de gestion des praticiens hospitaliers qui résulteront de la mise en place du centre national de gestion.

Le **président** souligne l'investissement de l'AP-HP sur ce dossier, même si la démarche s'inscrit dans une dimension presque strictement économique. Il reviendra à la CME et à ses membres d'insuffler un esprit médical et de veiller à la préservation des valeurs médicales.

Le processus proposé s'avère à la fois intéressant et exigeant remarque **M. LACAU ST GUILY**. Le site hospitalier, premier niveau d'arbitrage et de régulation, devra opérer des investissements lourds de conséquences sur des activités stratégiquement importantes. De ce fait, le siège joue un rôle régulateur majeur au travers de sa direction générale et de la CME. Il reste à déterminer si les choix stratégiques s'opéreront à l'échelon des GHU ou à l'échelon central. Enfin, il appartient aux collégiales d'indiquer le niveau de réalisation des investissements programmés dans leur discipline et de se prononcer dans le choix des personnes.

L'instance doit tendre, insiste le **président**, à arrêter la révision des effectifs dans le cadre médical. Les hôpitaux ont effectué un important travail de préparation dont la CME va prendre connaissance pour engager sa réflexion. Les collégiales consultées transmettront leur classement à l'instance qui débitera l'étude des postes vacants et à créer, munie de l'avis des hôpitaux, des collégiales et des référentiels de la DPM.

L'hôpital devra expliquer et justifier chaque demande, prouver le besoin des postes à créer ou à maintenir, précise **M. PINSON**. Le rôle des instances centrales est à double détente : on les retrouve dans les réunions qui se tiendront en octobre 2007 et à travers la coordination des procédures dans le respect du pré-cadrage.

**M. GUIN** déclare que la régulation proposée vise à mieux intégrer les deux procédures et à répondre aux inconvénients des procédures précédemment en vigueur. Par ailleurs, dans le cadre de la montée en puissance de la T2A, il convient de conserver des éléments de souplesse et d'adaptation possible en fonction de l'évolution de l'activité. Dans la perspective de la préparation du budget de l'année suivante, on doit formaliser de façon précise la manière dont les deux procédures s'interpénétreront. Il semble que la procédure envisagée permettra au moment de la définition du budget d'éviter les défauts de lisibilité et l'imprécision.

Le dossier porte sur la constitution des équipes hospitalo-universitaires parisiennes avise **M. SCHLEMMER**, lequel estime qu'il faut avancer plus significativement vers la meilleure convergence dans les décisions relatives à la constitution de ces équipes.

Tandis que l'AP-HP connaît l'ensemble des effectifs universitaires de ses services, l'université ne dispose pas dans ses fichiers de la constitution des équipes en termes d'effectifs hospitaliers, information pourtant déterminante, estime-t-il. On doit garder à l'esprit cette préoccupation et songer à la définition des politiques à entreprendre permettant l'élaboration d'équipes solides.

En outre, l'opération de rachat budgétaire s'avère inenvisageable à l'université. Aussi, il plaide au nom de l'ensemble des doyens, pour une meilleure transversalité des fichiers, tout en respectant leur nécessaire confidentialité. Les services informatiques pourraient extraire et croiser des éléments afin de parvenir à envisager les équipes dans leur totalité.

La démarche se fonde sur une approche hospitalo-universitaire déclare le **président**, les doyens étant les bienvenus dans les commissions prochainement constituées en vue de l'examen des postes. Par ailleurs, il signale avoir attiré l'attention de la DPM sur le caractère fondamental de disposer des référentiels exacts sur les effectifs médicaux des services et donc de veiller à la qualité des informations qu'elle communique, point de vue partagé par **M. OURY**.

**M. RYMER** exprime son inquiétude à propos des plateaux médico-techniques. Il s'interroge sur la définition d'un excellent plateau médico-technique dont on sait calculer les dépenses mais non les recettes, or pour bénéficier d'une vision transversale, on doit connaître les recettes de chaque plateau, recettes que de multiples moyens permettent d'évaluer selon **M. MUSSET**.

L'équilibre général en dépenses et recettes et l'efficience constituent des critères qui se traitent de manière différenciée mais complémentaire indique **M. PINSON**. On peut évaluer l'activité d'un plateau médico-technique par rapport à ses effectifs.

La notion de recettes associées aux dépenses des plateaux médico-techniques n'a de sens à l'hôpital que dans la relation entre les pôles ajoute **M. GUIN**. Les seules recettes dont on dispose à l'échelon de l'AP-HP sont celles associées aux groupes homogènes de séjour (GHS). Dans l'approche proposée, le critère du compte d'exploitation ne peut pas s'imposer au détriment de tous les autres. Les projets de dépenses ou de création de postes liés à la nécessité de moderniser ou de développer les plateaux viendront en compte dans les discussions, en particulier, dans le cadre de la définition d'une stratégie qui ne saurait uniquement reposer sur des critères financiers.

**M. FAYE** invite les doyens et les responsables des plateaux médico-techniques à participer aux travaux de la commission activité-ressources laquelle aura, entre autres missions, d'une part de « médicaliser » les outils financiers de la DEF et de garantir la bonne cohérence financière des préoccupations de la CME, et d'autre part, de répondre à toutes « commandes » passées par la CME ou ses commissions.

L'exposé lui suggère une éventuelle fongibilité des budgets. Il imagine désormais la possibilité de mobiliser les ressources d'un hôpital à l'autre, d'un GHU à l'autre, d'un service à l'autre.

Par ailleurs, il voudrait connaître le mode de valorisation financière des postes hospitalo-universitaires dont les charges sociales de la part hospitalière se révèlent moindres de celles d'un praticien hospitalier.

Enfin, jusqu'à présent, la révision des effectifs prévoyait l'octroi de postes par le redéploiement des postes de praticiens hospitaliers promus PU-PH ou MCU-PH, ou par l'autofinancement. Dans le premier cas, on recrute des personnes au cursus brillant, dans le second des personnes au cursus fortement moins académique. Il convient que l'institution recrute dorénavant avant tout les meilleurs sur la base d'indicateurs équitables et lisibles par tous.

Concernant la fongibilité des moyens budgétaires entre les hôpitaux ou entre les GHU, la procédure proposée permettra de garantir la transparence des moyens notamment de redéploiement ou d'autofinancement, déclare **M. GUIN**. Dans le système actuel, la valorisation relative au personnel médical, en demi-journées ou en équivalent praticien attaché, s'avère confuse et incomprise. Son souci consiste, pour établir un budget, à utiliser des unités monétaires (en euros) correspondant à des coûts réels.

Pour la révision 2007, intervient **M. PINSON**, les redéploiements représentaient 37,5 postes en ETP et les autofinancements 185, mouvements réputés neutres sur le plan financier en raison de la contrepartie aux restitutions de crédits. La réflexion en cours porte sur le maintien ou non d'éléments existants, la logique visant à favoriser les redéploiements dans le cadre d'une solidarité inter-hôpital qui corresponde à une activité réelle.

**M. LYON-CAEN** évoque deux questions : celle de l'anticipation dans la déclaration des postes libres de praticien hospitalier, ce qui permet la poursuite des activités ; celle de la reconnaissance plus rapide de l'innovation (technique ou biologique), source de ressources financières pour les structures hospitalières. Aujourd'hui, trop de temps s'écoule entre l'application médicale de l'innovation et sa codification tarifaire, ce qui pénalise les acteurs de la recherche et les sites où celle-ci s'effectue.

Après avoir cité les différentes sources de financement notamment les GHS, les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) et les missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) prises en considération dans la construction budgétaire, **M. GUIN** signale que les financements envisagés sur tel ou tel projet ne seront pas nécessairement équilibrés. Au final, il lui appartient de veiller à ce que les dépenses engagées trouvent un financement au niveau global de l'AP-HP.

**M. PINSON** précise que disposer de la marge temporelle de deux ans constitue une souplesse appréciable en termes de gestion des candidatures. L'administration travaille sur la fluidité de la procédure, elle en attend une meilleure gestion des ouvertures de postes.

Concernant la diminution du nombre de praticiens attachés au profit des praticiens hospitaliers, **Mme Brigitte GIRARD** reconnaît que pour la constitution d'une équipe hospitalière, il est facile de travailler avec ces derniers, continuellement présents au sein des services. Toutefois, dans le système de tarification à l'activité, le praticien attaché reste indispensable car il n'est pas accaparé par des travaux d'enseignement, de publication ou de recherche qui demandent du temps et désormais mis en valeur par les MIGAC et les MERRI. L'intervenante demande si le nombre des praticiens attachés continuera à diminuer au profit des praticiens hospitaliers car leur nombre en consultation conditionne le nombre de patients soignés et le nombre d'interventions chirurgicales programmées dans les services médico-chirurgicaux ou chirurgicaux. Par ailleurs, pour avoir constaté une grande variation des modes de financement et d'utilisation des praticiens attachés d'un GHU à l'autre, d'un hôpital à l'autre, voire au sein d'un même établissement, elle s'interroge sur l'homogénéisation de ces modes, en soulignant qu'une certaine souplesse dans la répartition des praticiens attachés permet une facilité de recrutement.

Le **président** déclare que la démarche de transformation des postes de praticiens attachés en postes de praticiens hospitaliers émane du service qui évalue ses besoins. S'il n'existe aucune volonté de diminuer leur nombre dans les services, en revanche, on se tient à l'écoute de tous les services qui formulent la demande de transformation. S'agissant du travail des praticiens attachés, le salaire d'un médecin attaché est réglementairement fixé. Les tableaux de services doivent être remplis pour tous les praticiens, attachés ou hospitaliers, car ces tableaux conditionnent leur rémunération.

**Mme MARCHAND** observe que certains praticiens attachés s'avèrent davantage diplômés que des praticiens hospitaliers. Aussi, mentionner que les praticiens attachés serviront de caution sur un poste vacant n'est pas acceptable car cela signifierait une régression du système. Un poste vacant peut être également pourvu par des personnes de statuts différents, d'autant si ce poste leur est destiné. Il ne faut plus raisonner en demi-journées mais en enveloppe budgétaire permettant de pourvoir temporairement le poste vacant. Il convient de faire preuve d'une grande transparence sur les contrats en communiquant clairement auprès des praticiens attachés que ce poste de titulaire ne leur est pas destiné.

Selon **M. DRU**, le statut des praticiens attachés est souvent utilisé de façon minimale dans certaines spécialités au profit du statut des praticiens contractuels lequel s'avère financièrement plus intéressant. Le nombre de seize demi-journées lui paraît plus adapté que celui de dix demi-journées pour recruter un médecin sur un poste de praticien hospitalier non pourvu.

La lettre de cadrage financier indique **M. PINSON** prévoit d'examiner le financement d'un poste et le décalage, sachant que le financement peut être, en partie, apporté par l'hôpital ou par l'activité complémentaires générée.

**M. HINGLAIS** suggère d'oublier les demi-journées et de leur préférer le concept de masse salariale.

L'avantage de la démarche présentée vient du fait qu'elle se fonde sur la masse salariale dépensée en 2006 explique **M. CORIAT**. C'est à partir de celle-ci que M. GUIN analysera les projets et la révision des effectifs pour l'année 2007.

**M. SEBBANE** se félicite de la volonté affichée de transparence dans les recrutements avant d'aborder la situation dans les hôpitaux de gériatrie. Ils connaissent de réelles difficultés de recrutement notamment dans le domaine médical où parfois on ne trouve pas de candidat pour occuper des postes hospitaliers. Il faudra donc intégrer ces éléments à la réflexion, sans remettre en question les modalités de recrutement et d'exigence.

**M. FAGON** souligne l'importance de la présentation qui décrit les termes de la nouvelle démarche médicale et économique. Il lui apparaît légitime que cette révision des effectifs de praticiens hospitaliers débute par un cadrage financier et qu'on s'assure qu'il soit respecté. Dès lors, les critères majeurs d'arbitrage correspondent d'une part, à la réalité des besoins, c'est-à-dire à la cohérence dans la bonne gestion des demandes, d'autre part, à l'efficacité et l'efficacités des équipes. Avec les doyens, la DPM examinera les travaux d'enseignement et de recherche des équipes. Cet examen et la fourniture de l'information sur l'activité médicale, constituent un élément majeur dans l'analyse des demandes. Evidemment, les collégiales occuperont toute leur place dans cette démarche par leur vision globale de la discipline qu'elles recouvrent et leur sentiment sur la qualité d'un candidat à un poste donné. Enfin, il insiste sur la nécessité de respecter le cadrage initial. Il compte sur l'assemblée pour réussir cette démarche nouvelle.

#### **IV- Développement de structures médico-sociales pour personnes âgées sur les terrains de l'AP-HP.**

En propos liminaire, **Mme PULVENIS** indique que le programme proposé (cf. document présenté lors de la séance) est piloté par la DPM en lien avec les directions fonctionnelles du siège, les directeurs de GHU et les hôpitaux. La dénomination d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se substitue à celle de maison de retraite. La contribution de l'AP-HP au développement des EHPAD figure dans son plan stratégique.

##### 1- Les principaux objectifs.

Le volet malades âgés du plan stratégique prévoit :

- de recentrer et de développer l'offre pour répondre aux besoins croissants de soins de proximité et de soins de recours des populations âgées ;
- de renforcer les partenariats avec la Ville de Paris et le secteur médico-social ;
- d'humaniser les unités de soins de longue durée (SLD) ;
- de contribuer au développement de places d'EHPAD.
- de contribuer au développement de places d'EHPAD ;
- la création, en cinq ans, de plus de 1 400 lits et places au bénéfice des malades âgés ;
- la fermeture de 800 lits de SLD, 500 pour l'humanisation et 300 pour la création de soins de suite et de réadaptation (SSR).

A la fin de l'année 2007 :

- 64 lits de court séjour gériatrique ;
- 7 équipes d'intervention gériatrique (EIG) ;
- 36 places d'hôpital de jour ;
- 139 lits de SSR ;
- 120 places d'hospitalisation à domicile (HAD)

auront été créés ; deux tiers de lits de SSR ont été rouverts à la fin de l'année 2006.

## 2- La participation de l'AP-HP au déploiement des EHPAD.

*La contribution financière* porte en particulier sur la restitution des crédits d'assurance-maladie par l'AP-HP en accompagnement de la politique d'humanisation (23 millions d'euros) ainsi que la création de près de 2 000 places d'ici 2009 dédiées à la lourde dépendance (GMP 800) et habilitées à l'aide sociale. Après avoir décliné la répartition de ces ouvertures Mme PULVENIS indique qu'au total, 7 000 places d'EHPAD vont être créées en Ile-de-France en cinq ans, dont 2 000 grâce aux crédits rendus par l'AP-HP. La fermeture des lits de SLD de l'AP-HP s'avère, par conséquent, largement compensée globalement et par département.

*La participation foncière* consiste à proposer des terrains hospitaliers à des opérateurs pour leur permettre d'y bâtir des EHPAD. En amont de la procédure réglementaire, il est prévu un passage en CROMS et la sollicitation de l'autorisation du président du conseil général et du préfet du département intéressés. Plusieurs sites sont potentiellement inscrits dans cette procédure : les hôpitaux Charles Foix, Paul Brousse, Emile Roux, Louis Mourier, Joffre, Bigottini et Albert Chenevier. La méthode utilisée se fonde d'abord sur la rédaction d'un cahier des charges concerté avec les partenaires, puis la procédure d'appel à candidatures suivie d'une commission d'audition de tous les candidats à l'appel d'offres. Un jury, associant les conseils généraux, les services de l'Etat, l'AP-HP (hôpital et siège), les mairies et les usagers, se prononce sur la base des critères de choix pris en compte.

Les projets doivent généralement prévoir des partenariats médical, logistique et administratif. Il peut arriver, de façon exceptionnelle de traiter de gré à gré.

## 3- Un point d'étape.

Sont programmées 420 places d'EHPAD en petite couronne sur les sites de Paul Brousse (160 places), d'Emile Roux (120 places) et de Charles Foix (140 places). Un projet en cours à Louis Mourier prévoit en particulier 70 places d'EHPAD. Une étude de faisabilité architecturale porte sur les sites d'Albert Chenevier, de Joffre et de Bigottini. Mme PULVENIS mentionne ensuite le calendrier des opérations sur Paul Brousse et Charles Foix. A l'hôpital Emile Roux, une convention gré à gré a été signée entre l'AP-HP et la Fondation Favier, tandis qu'à l'hôpital Louis Mourier, des discussions se déroulent avec le conseil général et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) pour créer sur le site, un établissement pilote accueillant, à la fois des personnes handicapées et des personnes âgées.

En conclusion, elle retient trois éléments à cette stratégie : l'expérimentation d'équipes mobiles gériatriques externes intervenant en EHPAD avec la Ville de Paris et la DHOS ; l'intervention de l'HAD de l'AP-HP en EHPAD ; la téléconsultation par visioconférence entre l'EHPAD et l'hôpital, expérimentation nationale en cours pilotée par l'hôpital européen Georges Pompidou.

Au terme de l'exposé, le **président** ouvre le débat.

La présentation permet de mettre en perspective les prévisions de l'AP-HP dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées lourdement dépendantes, note **M. SEBBANE**. Cependant, au quotidien, on observe la fermeture des lits de soins de longue durée et l'allongement des durées moyennes de séjour, en raison de l'absence de structure *ad hoc*.

Par ailleurs, il insiste sur le fait que des équipes soignantes ou médico-soignantes en effectif suffisant et justifiant des compétences requises à une réelle prise en charge des personnes hébergées, conditionne l'ouverture des structures envisagées.

Il rappelle qu'une personne âgée dépendante atteinte de la maladie d'Alzheimer porteuse d'une alimentation entérale n'est pas prise en charge par les EHPAD car les établissements ne veulent pas prendre le risque de poursuites judiciaires de la part de la famille. Il importe donc de redéfinir les critères permettant de garantir la réelle collaboration et de coordonner la réduction prévue des lits de soins de longue durée avec l'ouverture de ces structures qui favoriseront en amont l'aval gériatrique. Si l'intervenant se félicite que l'AP-HP participe à de tels projets, il constate cependant qu'à la fin de l'année 2007, seulement 64 lits de court séjour gériatrique seront créés.

La coordination de l'ouverture et de la fermeture des lits a été la préoccupation majeure affirme **Mme PULVENIS**. L'étude rétrospective de l'évolution de l'activité à l'AP-HP dans les années passées, révèle que la durée moyenne de séjour en SSR n'a pas augmenté mais au contraire diminué depuis le début des années 2000. Les EHPAD jouissant de la programmation disposent de moyens comparables à ceux des SLD et pourront prendre en charge la lourde dépendance.

Puis elle confirme à **Mme MAUGOURD** la présence dans les EHPAD d'infirmiers de nuit pour gérer cette lourde dépendance.

S'il se réjouit de cette évolution vers une multiplication des EHPAD, qui font partie du troisième aval des urgences hospitalières, et qui contribuent beaucoup à en améliorer la fluidité, **M. CAPRON** insiste sur la nécessité d'augmenter les capacités d'accueil dans des structures comparables aux EHPAD, mais dédiées aux handicapés lourds âgés de moins de 65 ans, qui ne trouvent pas aisément de place après leur passage dans les services de premier (court séjour) ou de deuxième (SSR) aval.

Effectivement, il n'existe pas de structure sociale pour les patients âgés atteints d'handicaps lourds répond **Mme PULVENIS**. Quelques unes seront créées dans la région, notamment à l'hôpital Louis Mourier. Le manque d'offre adaptée pour la prise en charge de ces patients devient encore plus criant pour les patients neurologiques vieillissants. C'est la raison pour laquelle on réfléchit à la mise en œuvre d'un projet en y sensibilisant les interlocuteurs de la DRASS.

L'exposé de l'un des aspects de la prise en charge par l'AP-HP des personnes âgées dépendantes et de sa contribution avise le **directeur général**, fait preuve d'une politique réellement volontariste en ce domaine. L'AP-HP étant un établissement public universitaire de soins, les EHPAD s'éloignent de son savoir-faire initial, toutefois elle consacre à cette mission davantage de moyens que certains autres établissements.

Le développement des places en EHPAD se fait dans le cadre d'une médicalisation croissante et non à effectif constant. Les malades âgés en général, et ceux d'entre eux lourdement handicapés en particulier, nécessitent une approche technique spécifique. Or, il n'existe pas dans les structures administratives actuelles de l'AP-HP de véritables moyens adaptés et dédiés, on doit donc faire connaître auprès de la DRASS ou du ministère, les demandes en ce domaine. Plus on avancera dans la prise en charge généraliste des personnes âgées dépendantes, plus les situations se complexifieront et les problèmes apparaîtront. Il est tout à l'honneur de l'AP-HP d'apporter des solutions à ce sujet, conclut **M. LECLERCQ**.

## **V- Avis sur des contrats d'activité libérale.**

**Mme PORTENGUEN** donne lecture du dossier relatif aux contrats d'activité libérale.

Les trois nouveaux contrats reçoivent l'approbation de la CME par 34 voix pour, 3 voix contre et 6 abstentions.

Concernant le renouvellement de dix-sept contrats, elle précise que l'état de l'effectif hospitalo-universitaire et hospitalier a été dressé pour certains d'entre eux.

A l'hôpital Tenon, dans le service de gynécologie-obstétrique, deux médecins ainsi que le chef de service demandent un renouvellement à hauteur de 20 % de leur contrat. L'effectif s'élève à 19,8 ETP et l'activité exercée à titre libéral équivaut à 1,2 ETP. Dans le service d'urologie, l'effectif s'élève à 9,2 ETP et l'activité libérale réalisée équivaut à 80 % d'un ETP.

Après avoir signalé que la CME est à l'origine de la demande de ces informations, le **président** souhaite entendre le président de la collégiale de gynécologie-obstétrique.

**M. OURY** fait savoir que les trois demandes exprimées au sein du service de gynécologie-obstétrique représentent 10 % de l'activité.

Pour le service d'urologie, **Mme PORTENGUEN** indique que la demande exprimée représente moins de 10 % de l'activité libérale réalisée dans le service.

Le **président** rappelle que l'activité libérale est codifiée et qu'il revient à la CME de vérifier, grâce à ses commissions, le respect de la législation dans ce domaine. Si l'assemblée venait à le souhaiter, **M. CORIAT** engagerait un débat en CME à propos de l'activité libérale ou sur la façon de procéder à l'examen des demandes.

Le rapport établi sur l'activité libérale à l'AP-HP révèle l'effort significatif effectué pour vérifier l'application des textes et pour s'assurer du respect de la législation. Le système d'information de l'institution permet d'évaluer avec une extrême précision l'activité de chaque praticien.

Puis en réponse à une question de **M. DRU**, le **président** précise que le pourcentage de l'exercice d'activité libérale s'avère conditionné à l'exercice de l'activité publique ; cependant, il constate que plus il y a de praticiens hospitaliers dans un service, plus l'activité libérale se révèle importante.

La CME approuve le renouvellement de ces 17 contrats d'activité libérale par 32 voix pour, 3 voix contre et 8 abstentions.

## **VI- Désignation au sein de la CME de deux suppléants à l'AGOSPAP.**

**Mme GOUYET** et **M. DASSIER** sont désignés suppléants de **Mme LE HEUZÉY** et de **M. GAILLARD**, titulaires, pour représenter la CME à l'AGOSPAP.

## **VII- Approbation du compte-rendu de la séance du 10 juillet 2007.**

La CME approuve le compte-rendu à l'unanimité ; un membre ne prend pas part au vote.

## **VIII- Questions diverses.**

Le **président** informe que le 8 octobre prochain se tiendra au Palais des congrès de la porte Maillot, la convention annuelle de l'AP-HP. Il compte sur la présence des membres de la CME car cette journée donnera l'occasion d'échanger sur le fonctionnement des pôles et sur les possibles améliorations à y apporter.

### **- La prime mensuelle des cadres administratifs de pôle.**

**M. WEILL** témoigne d'un malaise grandissant au sein du groupe hospitalier Cochin – Saint-Vincent-de-Paul à propos de la prime qui doit être versée aux cadres administratifs de pôle. Il s'interroge sur une éventuelle contagion de ce malaise à d'autres établissements. Une prime mensuelle de cent euros leur a été accordée mais elle ne peut être versée aux cadres contractuels qui représentent 70 % de ces cadres administratifs. Parmi les agents titulaires, 20 % ne peuvent y prétendre en raison d'une incompatibilité avec la perception d'une indemnité liée à leur statut. Un sentiment de frustration intense se diffuse chez les cadres administratifs de pôle. Une solution devait être trouvée pour régler cette situation.

Aucun texte réglementaire ne régle le droit à cette prime indique **M. FAGON**. La DHOS a initié une réflexion à ce sujet qui devrait aboutir dans les prochains mois.

### **- La part complémentaire variable des chirurgiens.**

**M. FAYE** souhaite connaître les conditions et les délais d'application au personnel concerné de la part complémentaire variable, attribuable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Publié au printemps dernier, le texte régissant le fonctionnement de la part complémentaire variable est applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, déclare **Mme PORTENGUEN**. Il prévoit un certain nombre de pré-requis, tels l'existence d'un tableau prévisionnel et réalisé par service, de protocoles d'hygiène et de bonnes pratiques, un minimal d'activité opératoire, notamment. Ces pré-requis satisfaits, certains critères entrent alors en vigueur, d'ordre qualitatif et quantitatif, les seconds pondèrent les premiers. Le texte s'avère donc particulièrement complexe. Un groupe de travail a été créé au sein de l'AP-HP afin de réfléchir aux conditions dans lesquelles peuvent profiter de cette prime les personnels concernés de l'institution. Les premières observations du groupe soulignent la nécessité d'étendre la prime destinée à ce jour aux seuls chirurgiens, afin de préserver l'esprit d'équipe dans les blocs opératoires. La DHOS devrait communiquer le 17 septembre prochain, sur cette part complémentaire variable.

La CME est ouverte à cette mesure, indique le **président**, on doit recenser les services AP-HP qui souhaitent bénéficier de la prime et vérifier au préalable qu'ils justifient des pré-requis.

**M. HARDY** intervient pour préciser que la psychiatrie est également éligible à une indemnité d'activité sectorielle et de liaison, depuis la publication d'un arrêté le 28 mars 2007. Cette indemnité, qui ne s'applique pas aux structures mais aux individus, va imposer une mise à jour des tableaux prévisionnels de service destinée à intégrer le nouveau dispositif. Il serait souhaitable, lors de la réunion prochaine de la DHOS, de demander des précisions sur certains aspects du texte, notamment sur son application aux psychiatres exerçant dans les services non sectorisés.

Tous les CHU rencontrent des difficultés, signale le **président**, pour mettre en œuvre cette part complémentaire variable au seul bénéfice des chirurgiens, en raison des nombreux problèmes qui se posent dans les services concernés. En revanche, pour la psychiatrie, les CHU font preuve d'un réel volontarisme. Aussi, on doit engager sans tarder cette demande au profit de la psychiatrie.

**M. RYMER** pense qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'ensemble des spécialités pourrait prétendre à la part complémentaire variable.

- La reconstitution de carrière à la suite d'un détachement.

**M. DASSIER** aborde le sujet de la reconstitution de carrière de praticiens hospitaliers réintégrés à l'AP-HP après un détachement. Après avoir occupé pendant plusieurs mois des postes de praticiens contractuels, depuis le 1<sup>er</sup> juillet, ils sont réintégrés sur des postes de praticiens hospitaliers mais attendent encore leur reconstitution de carrière, que **M. DASSIER** détaille. Cette situation leur crée de graves problèmes financiers, aussi il demande à la DPM de prendre rapidement les mesures qui s'imposent.

**Mme PORTENGUEN** rappelle que seul le ministère de la santé est compétent, l'AP-HP se bornant à calculer les sommes dues, une fois la reconstitution de carrière effectuée.

- Le fonds de retraite sur les émoluments hospitaliers des hospitalo-universitaires.

**M. SCHLEMMER** demande à être informé sur le stade d'avancement de la mise en place à l'AP-HP d'un fonds de retraite sur les émoluments hospitaliers des hospitalo-universitaires.

**Mme PORTENGUEN** relate des discussions engagées avec Préfon retraite et le CGOS. Un récent courrier de ce dernier organisme assure qu'il examine la requête de l'AP-HP et qu'il soumettra un certain nombre de propositions. Pour sa part, la Préfon retraite prévoit de rencontrer les directeurs de CHU. L'intervenante communiquera à la CME les informations qu'elle obtiendra.

**M. RYMER** croit savoir que la MACSF, un des acteurs majeurs du secteur, refuse de rentrer dans ce processus au motif de la complexité du recouvrement des cotisations. Il rappelle que les mesures doivent être intégralement arrêtées avant le 31 décembre et souligne l'urgence pour conclure le dossier.

\*

\* \*

La séance est levée à 12 heures 30.

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

**Mardi 9 octobre 2007 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 26 septembre 2007 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.