

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 8 SEPTEMBRE 2009**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 13 OCTOBRE 2009**

ORDRE DU JOUR
de la CME du mardi 8 Septembre 2009
(salle du conseil d'administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq - Pr Coriat - Pr Aigrain*)
- 2- Suivi de l'EPRD 2009 (*M. Leclercq - Pr Coriat - M. Guin*)
 - Comité de suivi
 - Exécution du budget à mi-année (activités, recettes, dépenses)
- 3- Révision des gardes et astreintes (*M. Gottsmann - Pr Cheron*)
- 4- Révision des effectifs de PH (*M. Gottsmann*)
 - Suivi de la procédure 2009
 - Méthodologie de la révision des effectifs pour l'année 2010
- 5- Conférences stratégiques 2010-2014 (*Mme Decoopman - Mme Ferec - M. Pinson*)
- 6- Résultats de l'enquête sur les RMM avec l'appui des commissions CCQSS, vigilances et risques médicaux et EPP (*Mme Vidal-Trecan - Mme Pibarot - Pr. Lienhart*)
- 7- Approbation des comptes rendus des séances du 14 avril, 12 mai et 9 Juin 2009
- 8- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.

- **Assistent à la séance**
- ***avec voix consultative :***
 - Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
 - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
 - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
 - M. le Pr GARCIA.
- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - Mr. GOTTMANN, direction de la politique médicale,
 - Mme LUCIOLLI, direction de la politique médicale,
 - Mme MALO, direction de la politique médicale,
 - Mme MANACH, direction économique et financière,
 - M. PINSON, direction de la politique médicale.
- ***membres excusés :***
 - M. le Pr CARLI, M. le Dr DASSIER, Mme le Dr GIRAUDEAUX, M. le Pr LYON-CAEN, M. le Pr SCHLEMMER.

Sommaire

I.	Information sur les travaux du conseil exécutif	5
II.	Suivi de l'EPRD 2009	7
III.	Révision des gardes et astreintes	14
IV.	Révision des effectifs de PH	16
V.	Conférences stratégiques 2010-2014	20
VI.	Résultats de l'enquête sur les Revues Mortalité Morbidité (RMM) avec l'appui des commissions Commission Centrale de la Qualité et de la Sécurité des Soins (CCQSS), vigilances et risques médicaux et Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)	22
VII.	Approbation des comptes rendus des séances du 14 avril, 12 mai et 9 juin 2009	23
VIII.	Questions diverses	23

La séance est ouverte à 8 heures 35 sous la présidence de M. CORIAT.

En préambule, **Le Président CORIAT** souhaite saluer la mémoire d'Emile PAPIERNICK, figure importante de l'AP-HP, à la fois dans sa spécialité, la gynécologie obstétrique, mais aussi par son humanisme et son éthique. Il s'était particulièrement investi dans la démarche de gestion des risques. Son décès génère une grande tristesse et représente une perte pour l'institution. L'ensemble de la communauté médicale lui rend hommage.

Le Directeur général déplore la disparition de M. Daniel CAYZAC, directeur de l'hôpital Paul Doumer qui vient de décéder et qui a démontré de grandes qualités humaines et professionnelles au long de son exercice professionnel.

I. Information sur les travaux du conseil exécutif

Le Président indique que les travaux du conseil exécutif ont principalement porté sur le suivi de l'EPRD 2009. Les documents et résultats fournis ont permis d'offrir une vision du tableau de bord et du pilotage de l'exécution du budget, sur lequel le conseil exécutif semble néanmoins s'être concentré en oubliant que la convergence 2012 était en œuvre, dont les contraintes se feront sentir dès 2010. Ces dernières doivent désormais représenter la principale préoccupation de la CME qui, en 2010, n'aura plus à se prononcer formellement sur l'EPRD depuis la parution de la loi HPST, mais jouera un rôle dans le pilotage médical.

Il est apparu que le conseil exécutif devait commencer à acter certaines restructurations proposées par les commissions ad-hoc, afin de préparer le mieux possible l'EPRD 2010, de dégager de futures marges de manœuvres et de limiter le saupoudrage des mesures. Le conseil exécutif a décidé de rendre publiques ces décisions. L'une concerne le transfert de l'équipe du service de Chirurgie Générale et Oncologique de l'Hôpital Ambroise Paré vers l'HEGP pour créer un centre important de cancérologie digestive, accompagnée de l'équipe du service d'Hépatogastro-Entérologie et Oncologie digestive de l'Hôpital Ambroise Paré. Une réflexion est en cours pour proposer à l'hôpital Ambroise Paré une alternative au départ de la chirurgie. L'autre porte sur la fusion des réanimations médicale et chirurgicale à l'hôpital Ambroise Paré, avec suppression d'une garde. Le conseil exécutif soutient la CCOPS et affirme le caractère essentiel de réalisations concrètes en matière de gardes et astreintes, auxquelles le cabinet ministériel est très attentif.

L'AP-HP se trouve confrontée à une véritable problématique démographique. Des départs en retraite significatifs auront lieu à partir de 2011. La révision des postes de PH 2010 doit donc être la plus pertinente possible. Il importe que le conseil exécutif apporte des garanties en matière de restructuration des gardes et astreintes, afin que le ministère ne limite pas davantage le plafonnement des emplois médicaux.

Le Directeur général annonce qu'il veillera à l'application des décisions du conseil exécutif et souligne le caractère indispensable et incontournable de ces restructurations. Il reste encore des marges de progression significatives. Dans ce contexte, le conseil exécutif prend des décisions importantes et les évoque en CME.

Enfin, il dément les rumeurs sur sa nomination éventuelle à la direction de l'ARS Rhône-Alpes, n'ayant été ni candidat, ni pressenti pour ce poste.

Concernant les restructurations de l'Hôpital Ambroise Paré, **M. DRU** demande si un calendrier a été établi.

Le Président répond que les deux réanimations chirurgicales et médicales doivent travailler sur la même plateforme, l'existence de deux gardes de réanimation ne se justifiant pas au regard du nombre de malades pris en charge. La composante de réanimation chirurgicale demeure, tout comme sa structure qui doit être maintenue. La suppression d'une des deux gardes permettra d'abonder le budget des effectifs médicaux de l'AP-HP.

M. FAGON précise que la demande du CHSCT local d'un examen des risques d'infections nosocomiales a retardé la mise en œuvre de cette restructuration, qui devrait pouvoir être effective au 1^{er} novembre 2009. Il n'est pas question pour autant de supprimer une filière de formation de réanimation, soit pour des réanimateurs médicaux, soit pour des anesthésistes réanimateurs. **M. GOTTMANN** et lui-même veilleront à l'identification de ces filières sur une plateforme partagée par les deux équipes. Il espère que l'équipe devant prendre en charge la réanimation pourra être stabilisée dans les prochaines semaines.

Le Président rappelle que dans le contexte actuel, le maintien de structures non justifiées médicalement n'est pas possible et impose une démarche volontariste. Concernant l'anesthésie réanimation, il approuve le montage du regroupement des deux équipes sur une même plateforme.

M. CAPRON pose une question de méthode : qui décidera en dernier ressort d'appliquer les restructurations jugées nécessaires ? À titre d'exemple, il indique que l'HEGP lui a confié une mission sur la prise en charge de l'obésité. Lors de son enquête, il s'est heurté à des obstructions qualifiées de définitives. Il se demande qui pourra les lever. Le plan évoqué par **M. CORIAT** n'est pas incohérent, mais l'immobilisme du terrain risque de lui faire obstacle.

Le Président répond que l'obésité représente une activité d'excellence de l'HEGP, développée en dehors de tout plan stratégique, sur la base de compétences personnelles. Or ce type d'activité doit, à terme, être mis en cohérence avec le plan stratégique. Ces décisions reviennent à la CME et au conseil exécutif. **M. CORIAT** indique avoir expliqué au spécialiste concerné le mode d'examen des demandes en personnel médical. Celles-ci ne peuvent l'être en dehors du cadrage, sous peine de périliter. Il suggère d'indiquer en préambule du plan stratégique son caractère opposable. Les contraintes de la révision des effectifs, du fait du nombre élevé de demandes et au financement qui se restreint, que la priorité sera donnée aux activités inscrites dans ce cadre.

Le Directeur général ajoute que la gouvernance actuelle et future s'appliquera à faire respecter les décisions prises en refusant, par exemple, d'octroyer des moyens supplémentaires en cas d'immobilisme. L'AP-HP en a besoin pour évoluer fortement. Toute activité doit s'inclure dans le plan stratégique.

II. Suivi de l'EPRD 2009

Le Président souligne la précision des documents présentés, qui apportent des réponses à l'ensemble des questions posées par les membres de la CME.

1. Comité de suivi

M. GUIN souligne une certaine cohérence entre la situation de la fin du deuxième semestre et les tendances présentées lors des quatre premiers mois de l'année. L'AP-HP reste sous la menace d'un dérapage budgétaire de son résultat final, bien qu'une projection fiable soit prématurée pour l'instant. Les prévisions du CRPP faisant d'ores et déjà état d'un déficit, il importe de se tenir aussi près que possible de l'objectif.

La progression modérée de l'activité ne remet pas en cause les prévisions. Cependant l'activité réalisée n'augmente que de 0,6 % tous séjours confondus, soit un point de moins que dans les prévisions, et diminue de 0,6 % en hospitalisation complète de plus d'une nuit. L'impact du développement d'activités nouvelles à Bicêtre et Saint Antoine devrait être ressenti au second semestre, ce qui laisse espérer un redressement des résultats en fin d'année. Le retard pris sur les hospitalisations de plus d'une nuit risque en revanche d'être plus difficilement rattrapable. En hospitalisation partielle, la baisse de l'activité s'avère plus importante que prévu. Le projet de l'Hôpital Beaujon pourrait néanmoins contribuer à rattraper une partie du retard.

L'étude des activités à fin juin 2009 en hospitalisation complète de plus d'une nuit des hôpitaux de court séjour montre que seuls quatre hôpitaux atteignent ou dépassent leurs objectifs en termes d'activité (Necker, Paul Brousse, Raymond Poincaré, Saint-Louis). Deux hôpitaux parmi les plus importants se rapprochent des prévisions d'activité (Henri Mondor, la Pitié Salpêtrière). Les autres hôpitaux n'atteignent pas leur cible. La situation la plus préoccupante est celle des neuf hôpitaux cumulant un écart entre prévision et réalisation et une diminution de l'activité. Plusieurs d'entre eux sont concernés par une diminution de l'activité chirurgicale (Trousseau, Robert Debré) et de gynécologie obstétrique. Leurs équipes doivent s'attacher à comprendre les raisons de cette baisse d'activité, afin de la contrer.

M. GUIN ajoute que si les objectifs semblent encore atteignables, le retard risque néanmoins de devenir de plus en plus difficile à rattraper. La présentation du deuxième état quadrimestriel imposera vraisemblablement de prendre position sur des objectifs révisés.

L'analyse des recettes d'activités révèle, en titre 1, un retard de 24 millions d'euros en recettes d'activité, dont 11 millions d'euros au titre des GHS. Deux des facteurs explicatifs sont la nouvelle grille tarifaire et l'impact de la révision des modalités de financement des activités de surveillance continue. On observe un retard de recettes dans l'hospitalisation à domicile et les activités externes. Concernant les produits T2A, le manque à gagner s'élève à 12,5 millions d'euros, en raison notamment de retards de facturation corrigibles d'ici fin 2009, qui ne devraient pas impacter le résultat. En titre 2, les résultats sont conformes aux prévisions. En titre 3, les recettes marquent un retard de 15 millions d'euros, du en grande partie à des retards de facturation. En moyenne, la perte mensuelle de recettes est estimée à 600 000 euros. La baisse des effectifs de 45 % n'est pas compensée par l'effet tarif (+20 %), aboutissant à une baisse de recettes de 35 %. Les autres CHU

rencontrent le même problème. La situation a été portée devant les tutelles, qui ont reconnu son existence, mais ne devraient pas prendre de mesures correctives des règles financières avant 2010.

En titre 1, les dépenses de la masse salariale sont proches de la cible, mais en léger dépassement sur le personnel non médical, pour les titulaires et les heures supplémentaires. Ce dépassement est compensé par une sous exécution des dépenses sur le remplacement et l'intérim. La situation est donc globalement équilibrée. Au niveau médical, on observe une légère sous exécution des dépenses sur le personnel permanent, lié à un effet calendrier, ainsi qu'un léger dépassement sur les gardes et astreintes qui impose de poursuivre le plan d'action.

Au niveau des effectifs, la situation est globalement conforme aux objectifs, mais des tensions sont probables au second semestre qui concentre l'essentiel des mesures d'économies prévues à l'EPRD. Cette situation témoigne d'un équilibre au regard des objectifs de l'EPRD et d'une maîtrise des effectifs, mais l'essentiel des mesures d'économie ou d'efficience, notamment les gages de création de postes de PH décidées dans le cadre de la révision des effectifs 2009, doivent prendre effet au second semestre, qui sera donc plus contraint. La situation actuelle, cohérente avec l'EPRD, n'empêche pas qu'il faille rester vigilant sur ces points, attentivement surveillés par les tutelles.

Les dépenses de titre 2 sont supérieures aux prévisions de 23 millions d'euros, avec un impact prévisible sur le résultat d'exploitation de l'ordre de 12 millions d'euros. Elles présentent un réel facteur de risque budgétaire. Les dépenses de médicaments ont notamment fortement augmenté. Une analyse complémentaire est en cours, la croissance de l'activité ne pouvant pas les expliquer.

Les dépenses de titre 3 sont globalement très proches des prévisions initiales. Les dépenses de titre 4 sont supérieures aux prévisions de 20 millions d'euros, en raison d'annulations de titres plus importantes que prévues, compensées en partie par des recettes exceptionnelles. Les frais financiers sont conformes aux prévisions et devraient diminuer d'ici la fin de l'année, en raison de la situation des marchés financiers et d'un taux d'intérêt plus bas que prévu.

En synthèse, le déficit constaté au premier semestre est supérieur aux prévisions. Après correction des effets conjoncturels, le déficit infra annuel constaté peut être estimé à 44 millions d'euros, soit 20 à 25 millions d'euros de plus que prévu. La situation semestrielle 2009 fait apparaître une situation préoccupante. Il existe un risque de dégradation du résultat fin 2009 en l'absence de redressement de l'activité. Les facteurs de risques se concentrent essentiellement sur les dépenses de médicaments en titre 2 et sur l'incertitude de l'évolution de l'activité au second semestre. Par ailleurs, le respect des engagements de maîtrise des effectifs et de la masse salariale constitue un impératif. Il n'existe pas de marges de manœuvre qui permettraient de relâcher la pression sur les hôpitaux.

Le Président propose d'ouvrir la discussion sur cette vision d'ensemble.

M. FOURNIER souligne que les problèmes de facturation sont un sujet d'inquiétude commun à l'ensemble des sites. La capacité des services locaux à traiter avec régularité la facturation ne semble pas à la hauteur des exigences imposées au personnel soignant. Les sommes citées sont supérieures aux variations des dépenses des médicaments. L'amélioration de la facturation constitue pourtant l'un des points conditionnels des discussions avec les tutelles. Quelles sont les mesures envisagées ? Quel est le chiffrage des résultats attendus d'ici 2012 ?

M. GUIN répond que ces retards ont vocation à être rattrapés d'ici la fin de l'année 2009, à charge pour les hôpitaux de mettre en place des procédures permettant d'améliorer la situation. Ces retards ne génèrent pas de préoccupations autres que conjoncturelles et doivent être corrigés. M. GUIN indique que deux processus vont impacter le processus de facturation, sur lesquels la direction des finances fournit un soutien aux hôpitaux. Le plan d'amélioration de la facturation et du recouvrement se poursuit. Il a concerné pour l'instant une dizaine d'hôpitaux. Par ailleurs, des difficultés ont surgi du déploiement du NSI gestion (SAP) à Vaugirard, HEGP et Lariboisière, dont l'extension à d'autres hôpitaux est prévue dans les prochains mois. La situation semble désormais stabilisée, mais ces difficultés ont pu peser sur les chiffres globaux et entraîner des retards qui devraient être corrigés d'ici la fin de l'année.

M. RUSZNIEWSKI rappelle que la signature des contrats d'activité doit s'accompagner de moyens correspondants. Or, les moyens mis à disposition pour les réaliser font défaut. Il demande donc que les indicateurs présentés s'accompagnent également d'informations les moyens mis à disposition.

Le Président annonce que cette préoccupation a été rapportée au comité de suivi. Une présentation site par site des dotations de personnel non médical est prévue après ce point. Conscient de l'importance de ce sujet, il a demandé la diffusion d'un document analytique aux membres de la CME.

M. GUIN ajoute qu'il n'existe pas de corrélation évidente entre la situation des effectifs et l'atteinte des cibles. Certains secteurs peuvent effectivement souffrir de situations tendues, qui contraignent l'activité. Mais une analyse hôpital par hôpital s'impose avant d'en tirer des conclusions générales.

Globalement, un écart de convergence de 300 millions d'euros rend incontournables une réflexion et une mise en œuvre de toutes les actions susceptibles de développer l'activité et de renforcer la maîtrise de la masse salariale. Cette obligation sera maintenue jusqu'en 2012, date à laquelle cet écart devra avoir été résorbé.

M. SINGLAS fait part de sa surprise quant aux prévisions de dépenses de médicaments et à l'existence de 30 % de différentiel avec le réel.

M. GUIN répond que sur ce périmètre, les prévisions s'appuient sur les tendances constatées lors des derniers exercices, en raison des difficultés de prévision dont elles font l'objet. Les déterminants de l'évolution de la dépense du médicament sont en effet difficiles à connaître.

Mme MANACH ajoute qu'ont été établies des prévisions d'évolution faibles, mais non négatives, correspondant aux taux constatés en 2007 et 2008. Les chiffres du premier semestre sont en cours de stabilisation.

M. GUIN indique qu'une analyse plus précise des médicaments sera présentée lors du prochain point quadrimestriel.

Le Président rappelle qu'une analyse des données sur le personnel médical et non médical, ainsi que par activité a été demandée. Celle-ci s'est notamment concentrée sur les spécialités chirurgicales.

2. Analyse de l'activité chirurgicale

Mme MALO indique une baisse de l'activité MCO au premier semestre de 3,5 %, liée à la diminution de l'hospitalisation de jour, au passage des hôpitaux de jour gériatriques vers le SSR, ainsi qu'aux effets tardifs de la circulaire frontière, qui impacte les activités en baisse telles que la dermatologie, l'hématologie clinique et les maladies infectieuses.

L'activité diminue également en hospitalisation complète (-228 séjours), ce qui renvoie à une diminution significative des séjours de plus d'une nuit (-1 723). La chirurgie adulte enregistre une diminution de son activité de 1,4 %, soit 800 séjours de moins par rapport au premier semestre 2008. Cette diminution en volume est compensée en partie par l'augmentation de l'hospitalisation partielle sur ce poste (+600 séjours). L'obstétrique perd 390 séjours et la médecine pédiatrique, 718. Pour mieux comprendre la situation de cette dernière, une analyse spécialité par spécialité sera menée ultérieurement.

Concernant la chirurgie adulte, la baisse en volume concerne 7 établissements sur 24. L'hôpital Bichat et l'Hôtel-Dieu se trouvent dans une situation difficile, en raison d'une baisse en hospitalisation complète mais aussi en hospitalisation partielle.

La baisse concerne 6 des 11 spécialités étudiées et 48 % de l'activité chirurgicale en volume. L'ophtalmologie, impactée par l'incitation à la substitution de l'ambulatoire, enregistre une perte de 550 séjours chirurgicaux, essentiellement sur 2 sites, ceux de la Pitié-Salpêtrière et de l'Hôtel-Dieu. Une partie de cette perte est compensée par l'hospitalisation partielle à la Pitié.

La chirurgie viscérale enregistre quant à elle une perte de 240 séjours chirurgicaux de plus d'une nuit. 9 sites sur 18 sont en baisse, notamment Cochin, Hôtel-Dieu, Bichat et l'HEGP.

La neurochirurgie, non affectée par une substitution de l'hospitalisation partielle comme à l'HEGP, enregistre une perte de 225 séjours. Seule l'activité de Beaujon augmente fortement par rapport à ses prévisions. Les autres sont en forte diminution.

La chirurgie thoracique enregistre une baisse de 10 % au premier semestre. La majorité des sites sont impactés, à l'exception de l'HEGP, qui reste stable. Tenon enregistre une baisse de 20 %, alors qu'il prévoyait une stabilité dans son contrat, Avicenne, de 11 % et Bichat, de 8 %.

La chirurgie cardiovasculaire enregistre une diminution de son activité de 4 % : 3 sites sur 5 sont concernés, dont Bichat, en situation délicate sur les séjours avec actes chirurgicaux codés à fin juin 2009. L'hôpital Mondor et l'HEGP avaient prévu une hausse et sont en baisse.

L'activité de chirurgie vasculaire diminue de 8 %. Les 3 sites sont concernés.

Cependant, certaines spécialités chirurgicales enregistrent une hausse :

- la gynécologie (+1 %), sachant que l'HEGP, Jean Verdier et Beaujon sont en deçà de leurs prévisions, tandis qu'Antoine Béclère, Trousseau, Louis Mourier et Tenon les dépassent ;
- la chirurgie plastique esthétique et reconstructrice (CPER) (+ 3 %), essentiellement à Mondor et Saint-Louis ;

- l'urologie (+1,5 %), sachant que seul Cochin réalise sa prévision, Necker restant stable et Tenon étant en baisse de 2,5 % au lieu des +10 % prévus ;
- la chirurgie des brûlés, en hausse sur les 2 sites, adulte et pédiatrique
- la chirurgie orthopédique traumatologique (+200 séjours), qui expliquent la majeure partie de la hausse des séjours chirurgicaux du 1^{er} semestre 2009.

En conclusion, la politique institutionnelle de l'AP-HP sur le développement de l'ambulatoire, encouragée au niveau national, explique en partie la diminution de l'activité chirurgicale, sans toutefois rendre compte de l'intégralité de la baisse constatée. La situation de certains établissements s'avère particulièrement préoccupante, en hospitalisation complète comme partielle (Bichat, Hôtel Dieu et Cochin, à l'exception de l'urologie pour ce dernier site).

Le vice-président demande quelles sont les projections en recettes par rapport aux séjours prévus de plus d'une nuit. Les séjours les plus longs sont-ils restés dans l'institution ou la baisse de l'activité est-elle générale ?

Selon **Mme MALO** l'intervention de la V11 complexifie la lecture de l'activité d'un point de vue global. Pour répondre à sa question, il lui faudrait pouvoir récupérer les données de l'ensemble des établissements d'Ile-de-France, ce qui s'avère difficile pour les cliniques privées. La base régionale devrait toutefois pouvoir être récupérée dans les deux semaines qui viennent, et une analyse complémentaire sera transmise aux membres de la CME dès que possible.

Mme VIDAL-TRECAN suggère de mener une analyse épidémiologique à l'aide des données du PMSI.

Mme MALO répond que les analyses épidémiologiques sont généralement menées sur une année pour être représentatives : on considère en effet que les éventuels retards de codage sont rattrapés sur une période annuelle. En revanche, il serait possible d'analyser les GHM sur une base infra annuelle et de mener une analyse des parts de marché sur un semestre.

Le Président demande si les explications à cette baisse d'activité chirurgicale sont connues.

Mme MALO indique que l'Hôtel Dieu a demandé un audit sur les fuites des patients en chirurgie ophtalmologique vers d'autres sites. A ce stade cependant, aucune analyse infra annuelle de parts de marché n'ayant été menée, elle ne peut répondre à cette question.

Le Président remercie et cède la parole à Mme FEREC pour la présentation de l'affectation du personnel non médical soignant sur les différents sites. Cette présentation fait état des écarts par rapport à la cible inscrite dans l'EPRD 2009.

3. Analyse des effectifs non médicaux

Deux documents sont remis en séance :

- *situation de l'emploi et des effectifs PNM – ETPR et TPER moyens à fin juin 2009 ;*
- *ressources humaines – comparatif ETPR / TPER*

Mme FEREC signale quatre catégories de dépassement importantes, dont les aides soignants, les adjoints administratifs et les catégories ouvrières, notamment les ouvriers professionnels. La situation est satisfaisante pour les infirmières diplômées d'Etat. Les difficultés persistantes pèsent essentiellement sur les IBODE, les manipulateurs radio et les masseurs kinésithérapeutes. Des écarts de situation entre les sites peuvent néanmoins exister. Les groupes les plus en tension par rapport à leur cible sont Necker, Lariboisière-Saint-Louis, services centraux 2 (SC2) dépassement dû en particulier au NSI qui aurait dû être pris hors périmètre d'emplois, Bicêtre – Paul Brousse – Antoine Béclère.

Le Président souligne le niveau de détail des informations transmises sur le PNM. Il constate par ailleurs un écart peu important par rapport à la cible, tendant à illustrer une gestion rationnelle du PNM soignant, alors que les équipes de soins ont le sentiment d'une forte sous dotation en effectifs non médicaux.

M. RUSZNIEWSKI souhaite une explication sur l'écart ressenti sur le terrain par rapport à ces chiffres, à la lumière de l'évolution du taux d'absentéisme et de la proportion d'agents arrêtant leur activité avant la date officielle de départ en retraite.

Mme FEREC répond qu'*a priori*, l'AP-HP ne connaît pas d'augmentation de l'absentéisme pour maladie. Cependant, cette donnée globale peut connaître des déclinaisons diverses selon les secteurs. Il n'en demeure pas moins que l'absentéisme pèse sur l'organisation des services et qu'il est nécessaire de trouver les moyens de le diminuer. Des études sont en cours sur ce sujet.

Concernant les repos dus, de nombreuses personnes partent en retraite de manière effectivement anticipée. Une réflexion est en cours sur la valorisation de ces volumes, mais aucun moyen de substitution satisfaisant n'a été trouvé pour le personnel diplômé.

M. GARABEDIAN suggère de prendre en compte la définition de la cible, qui peut expliquer bien des écarts. Souvent définie de manière trop contrainte, elle crée des objectifs non atteignables, qui engendrent un cercle vicieux. Un retrait de mille emplois par an a été annoncé, mais il faudra bien finir par s'arrêter pour maintenir l'activité.

Le Président ajoute que le rendu de mille emplois en 2010 ne pourra pas avoir lieu sans fermeture de structures d'activité, dans la mesure où il est impossible de retirer davantage d'emplois. Il semble néanmoins légitime de réfléchir à la fermeture ou à la réorganisation des structures de soins les moins pertinentes. Par ailleurs, la répartition du personnel soignant dans les établissements doit être établie de manière médicalement raisonnée. Le contexte actuel n'en impose pas moins de poursuivre les restructurations.

M. WEILL demande quelle est la quatrième situation de dépassement.

Mme FEREC répond qu'il s'agit des secrétaires médicales.

M. WEILL souligne qu'il est reproché, à l'AP-HP, un sureffectif en techniciens de laboratoires. Or ceux-ci exercent parfois à des postes d'informaticiens, empêchant ainsi un recrutement hors AP-HP.

Mme FEREC répond que malheureusement, les outils de pilotage sur les effectifs non médicaux rémunérés présentent les données par grade et non par métier. De fait, les gardes ne renseignent pas sur la diversité des métiers exercés. Cette situation se retrouve dans d'autres catégories professionnelles.

M. CAPRON demande si les données sur les effectifs ont été croisées avec les données financières présentées par M. GUIN. L'hôpital Necker, par exemple, possède l'un des meilleurs taux d'activité, mais arrive dernier dans le respect de ses objectifs en personnel, ce qui semble logique.

Mme FEREC répond que cet exemple est une exception. Il n'existe pas de lien mécanique entre la situation des effectifs et celle de l'activité.

M. SEBBANE objecte que le secteur gériatrique a contribué à maintenir l'activité, alors qu'il lui est reproché de ne pas avoir atteint sa cible. Il demande par ailleurs si ces éléments ont été croisés avec les données d'activité.

M. CHERON demande des précisions sur le problème des cadres, qui possèdent un compte épargne temps (CET) de soixante jours en moyenne. A l'approche de la retraite, un cadre peut donc quitter son poste trois mois avant le terme officiel. Pour renouveler ce poste, il faut saisir la date de sortie de l'école des cadres sous peine de devoir attendre un an de plus. Il demande donc si les CET des cadres et des soignants ont été pris en compte dans la définition de la cible, sans quoi des dépassements peuvent se produire.

Mme FEREC répond que l'EPRD prend en compte les jours placés en CET par le biais d'une provision, mais ce mécanisme n'est pas intégré dans les prévisions d'effectifs des établissements. La situation des hôpitaux variant selon les sites et les catégories professionnelles, cette mécanique est difficile à mettre en place. Néanmoins, le sujet de l'encadrement est suivi de près et doit être au cœur de l'axe RH du plan stratégique.

M. VALLEUR souligne que l'affectation en ETP varie d'un hôpital à l'autre, pour des raisons historiques sans lien avec l'activité ni le nombre de structures sur site. Il suffit de regarder, pour s'en apercevoir, le bilan social de l'AP-HP évoquant le nombre d'ETP rapporté au nombre lits d'hospitalisation. Par ailleurs, l'impact des restructurations en cours risquant d'être faible en 2009, M. VALLEUR s'interroge sur la pression susceptible d'être exercée sur les TPER en 2010.

Le Président ajoute que les emplois rendus en 2010 ne devraient l'être que dans le cadre des restructurations effectives.

M. GUIN répond que cette articulation correspond bien aux orientations du Directeur général. De fait, seules des restructurations de grande ampleur permettront d'être à la hauteur des enjeux de la convergence en 2012. Concernant la préparation de l'exercice 2010, les réflexions entamées en 2009 devraient aboutir, lors des conférences stratégiques, à des mesures précises dont certaines pourraient exercer un impact à court terme et qui se doivent d'être ambitieuses pour préparer un EPRD 2010 dans de bonnes conditions.

Si la CME veut jouer son rôle de proposition, **M. CORIAT** souligne que ses membres doivent tous être convaincus qu'aucun emploi ne pourra être rendu en 2010 sans être le fruit d'une restructuration médicale pertinente, qui laisse une marge de manoeuvre suffisante.

M. VALLEUR souligne que plusieurs sites ont entamé des restructurations importantes, dont le groupe hospitalier Avicenne-Jean Verdier, qui envisage de regrouper les activités digestives. Des signaux forts doivent être adressés à ceux qui fournissent des efforts, plutôt que de poursuivre le saupoudrage du retrait des emplois.

Le vice-président ajoute qu'une opération de travaux de réhabilitation du service de chirurgie digestive doit être mise en œuvre rapidement pour pouvoir, par la fermeture d'un des deux sites, avancer dans ce sens.

Le Président insiste sur l'attention médicale que doit porter la CME à ce genre d'opération et à l'absence de conservation des structures, dans l'hypothèse non fondée d'une réouverture ultérieure.

Selon **M. FAYE**, l'impression forte des hôpitaux d'être en sous-effectif, malgré l'atteinte de la cible, souligne la faiblesse de cette cible. Il sera difficile de leur demander de fournir un tel effort pendant trois ans. Le traitement à appliquer dépend du diagnostic posé. A partir d'un constat de maîtrise de la masse salariale et de diminution de l'activité, deux interprétations sont possibles :

- considérer qu'il existe une corrélation entre la diminution de l'activité et la maîtrise de la masse salariale ;
- considérer qu'il s'agit d'un problème conjoncturel et non structurel, qui permettrait alors d'abonder dans le sens d'une poursuite de la maîtrise des effectifs.

La solution se situe vraisemblablement entre ces deux positions. Sa recherche nécessite de s'approprier les données financières.

Le Président précise que l'investissement fera l'objet d'une présentation à la CME en octobre.

III. Révision des gardes et astreintes

M. GOTTSMANN rappelle que la révision des gardes et astreintes repose sur une démarche en trois étapes :

- une première vague de mesures proposées spontanément par les sites en mars dernier pour « nettoyer » le dispositif de permanence des soins ;
- une deuxième vague de mesures proposées par la CCOPS et le conseil exécutif début juillet, en anticipation des groupes hospitaliers ;
- une troisième vague de propositions attendues pour fin 2009 dans le cadre des projets médicaux finalisés des groupes hospitaliers.

A fin août, le bilan de la première vague est mitigé. Les premières mesures n'ont pas toutes été mises en œuvre. Des retards vont réduire l'économie attendue de 1,7 millions d'euros pour 2009 à 1,2 millions d'euros. Des courriers de relance cosignés par le président de la CME, le président de la CCOPS et le directeur de la DPM ont été adressés aux sites n'ayant émis aucune proposition au titre de cette première étape.

La CCOPS du 1^{er} juillet 2009 et le conseil exécutif du 7 juillet 2009 ont fixé le cadre des mesures de la deuxième vague et identifié de nouvelles propositions de réduction. Quatre mesures en particulier ont été arrêtées par le conseil exécutif :

- regroupement au 1^{er} octobre des deux services de réanimation d'Ambroise Paré et réduction à une garde ;
- fermeture de la garde de chirurgie digestive de Tenon dans le cadre du groupe hospitalier ;
- fermeture de la garde de chirurgie digestive de Saint-Louis dans le cadre du groupe hospitalier ;
- regroupement des deux gardes de psychiatrie de Tenon et Saint Antoine.

L'ensemble de ces nouvelles propositions sont en cours de diffusion auprès des sites et collégiales concernées, dont les retours sont attendus pour le 19 octobre. La mise en œuvre de ces propositions d'ici la fin de l'année 2009 devrait permettre une économie de 400 000 euros, correspondant à un effet en année pleine de 2,5 millions d'euros. Ces efforts complémentaires permettront de répondre aux exigences des tutelles pour 2009.

Les deux premières séries de mesures devraient ainsi permettre de réaliser 5,1 millions d'euros d'économies, soit 50 % de l'objectif de 10 millions d'euros. La troisième étape, qui devra combler cet écart, débutera avec l'analyse des projets médicaux des groupes hospitaliers, en particulier dans le cadre des conférences stratégiques.

M. CHERON remercie M. GOTTSMANN pour sa constance dans un travail difficile et la clarté des chiffres présentés. Il salue également l'esprit de décision du conseil exécutif de juillet qui s'est saisi de certaines propositions de la CCOPS. Il souligne enfin que la communauté médicale tient son destin entre ses mains et invite les établissements à avancer de manière volontariste dans la réorganisation du dispositif de soins. Des réponses aux interrogations transmises par courrier sont attendues de la part des communautés médicales des établissements, dont la CCOPS tiendra un état des lieux début octobre.

Le Président remercie M. CHERON, M. GOTTSMANN et la CCOPS, tout en soulignant l'importance du problème. Premièrement, les gardes sont désormais financées par la direction des hôpitaux, qui ne manquera pas de les contrôler. Deuxièmement, la fermeture de gardes peut libérer du temps médical et paramédical redistribuable à des activités de jour. En actant des décisions, le conseil exécutif a souhaité témoigner son soutien à la CCOPS et prendre ses responsabilités en insistant sur la pertinence médicale du sujet.

M. VALLEUR conseille de situer les efforts des établissements dans le cadre des groupes hospitaliers. Il demande par ailleurs si cette première série de mesures a été évaluée uniquement en fonction du temps médical économisé, ou également du temps non médical qui soutient les gardes.

M. LACAU-SAINT-GUILY partage cette remarque. Par ailleurs, il suggère d'insister sur le bénéfice que les communautés médicales peuvent retirer des réorganisations.

Le Président demande, pour la prochaine CME, une présentation des économies réalisées dans le cadre de la révision des gardes et astreintes.

M. GOTTSMANN précise que l'économie de 10 millions d'euros est attendue sur les seules dépenses de gardes et astreintes. Ceci étant, une vision consolidée de l'impact sur le personnel non

médical est possible. Les économies indirectes ne pourront pas être déduites de l'objectif de 10 millions d'euros.

M. FAYE souligne que la diminution du nombre de gardes et astreintes diminuera le temps médical des praticiens. Il demande donc des assurances sur le redéploiement du temps de travail des praticiens sur des activités de jour.

Le Président souligne l'importance de ce point. Les économies réalisées sur le budget du personnel médical dans le cadre des gardes doivent être considérées comme une contribution du personnel médical à l'effort d'efficience demandé à l'ensemble de l'institution.

M. GOTTMANN répond que la suppression d'une ligne de permanence réintroduit mécaniquement de la disponibilité en temps médical de jour.

M. PINSON souligne la proportionnalité nécessaire des efforts fournis par la communauté médicale et le personnel non médical, qui devront être évalués en fonction de deux critères :

- la réalité des restitutions de 2009 ;
- la méthode de réalisation de révision des effectifs 2010.

M. DRU rappelle que l'offre de soins est déterminée par les besoins de santé publique. La réflexion devrait être envisagée sous l'angle de l'offre de soins voulue, plutôt que sous celui de l'effort de la communauté médicale.

IV. Révision des effectifs de PH

1. Suivi de la procédure 2009

M. GOTTMANN indique que le plafond d'emplois du personnel médical hors internes, FFI, étudiants et emplois financés sur recettes affectées et fonds subventionnels, est fixé à 8 992 ETPR moyens pour l'exercice 2009.

A propos des FFI, **M. CORIAT** suggère que la DPM diffuse une information, dès la parution des textes, sur les attestations de formation spécialisée (AFS) et attestations de formation spécialisée approfondie (AFSA) qui impactera fortement le fonctionnement des services de l'AP-HP.

M. GOTTMANN précise que le constat de l'évolution des effectifs médicaux des deux années précédentes montre une décrue systématique en septembre et octobre, liée principalement à l'impact des rendus de gages intervenant dans le cadre de la révision des effectifs de PH, suivie d'une hausse en novembre et en décembre. La fin de l'exercice est en effet marquée par une accélération des recrutements de praticiens contractuels, en particulier des anciens CCA.

Le vice-président objecte qu'il n'y a pas de création de postes de chefs.

M. GOTTMANN répond qu'au 1^{er} novembre, un grand nombre d'anciens CCA sont recrutés PHC dans l'attente d'une nomination en tant que PH ; dans le même temps, les nouvelles promotions de CCA prennent leurs fonctions. Il y a donc superposition de ces deux cohortes pendant plusieurs mois.

M. GOTTMANN reprend son exposé en indiquant qu'en août 2009, les effectifs médicaux s'élèvent à 9009 ETPR (hors internes, étudiants et emplois financés sur recettes affectées. Si l'on applique les coefficients d'évolution observés les deux dernières années sur les 4 derniers mois de l'année, on aboutit à une projection de clôture de l'exercice 2009 en dépassement de 17 ETPR cumulés par rapport au plafond d'emplois fixé à 8.992. Bien que la situation soit satisfaisante fin août, des efforts considérables devront ainsi être fournis sur les quatre derniers mois de l'année pour respecter le plafond d'emplois. Les leviers suivants devront être actionnés :

- respecter la totalité des engagements de rendus de la révision 2009 des PH ;
- renforcer la maîtrise des recrutements de praticiens contractuels (PA et PHC) ;
- obtenir une diminution de près de 60 ETPR chaque mois sur les quatre derniers mois de l'année, par rapport au réalisé d'août.

En raison de l'érosion du personnel médical qui survient dans l'année, **M. CORIAT** conseille de s'accorder une marge de manœuvre pour assurer l'activité médicale.

M. PINSON précise que le suivi du personnel a ses règles propres. Il est important de garder cette courbe présente à l'esprit. Par ailleurs, il est fondamental que les hôpitaux respectent le TPER du début de l'année, qui prévoyait la suppression d'un certain nombre de postes de PHC et de demi-journées en contrepartie du respect des engagements de révision.

Le Président souligne que les rendus budgétaires destinés à financer les postes de PH doivent avoir lieu conformément à ce qui était prévu. Il faut rester vigilant sur la réalité de l'autofinancement de certains postes.

M. GOTTMANN confirme le caractère essentiel de ces exigences. En 2009, 230 postes de PH-TP et PH-TPA ont été publiés au JO, donnant lieu à 15 désistements. 215 recrutements sont donc attendus, dont 116 devraient être effectifs en août et 99 en septembre. A fin août, la révision des effectifs de PH apparaît vertueuse à mi parcours des nominations. Il propose d'en dresser un nouveau bilan fin septembre.

Les perspectives de la révision des effectifs de PH, au titre de l'année 2010, sont les suivantes :

- 203 demandes de création recensées à ce jour, correspondant à 180,5 ETP ;
- 170 demandes de maintien, correspondant à 156 ETP.

Le total de demandes de création et de maintien s'élève à 373 postes pour 336,5 ETP. D'ici juillet 2010, 257 postes de PH, correspondant à 230 ETP, sont susceptibles d'être vacants, dont 43 départs à la retraite correspondant à 40,5 ETP. Ce dernier chiffre semble faible au regard de la vague de départs à la retraite attendue. La cassure démographique ne devrait en effet se faire ressentir de manière forte qu'à partir de 2011-2012.

Selon **le vice-président**, cela devrait conduire à pondérer la rigueur imposée au recrutement des PHC à la fin du clinicat en décembre, puisqu'ils sont les PH de la cassure démographique. S'ils ne sont pas recrutés, ils rejoindront les disciplines proposant une autre offre de soins.

Le Président s'enquiert des explications aux vacances de postes autres que les départs en retraite.

M. GOTTSMANN cite par exemple les mutations, les démissions, les détachements, les disponibilités. Il confirme au Président que dans 60 cas de vacances, les hôpitaux n'ont pas demandé le maintien de poste.

M. CORIAT demande si des postes des PH vacants peuvent être soustraits à la règle de la révision des effectifs.

M. GOTTSMANN dément cette idée. La direction d'un hôpital peut décider de suspendre le recrutement d'un PH, mais en aucun cas le poste lui-même ne peut être supprimé sans passage par les procédures tenues par la DPM en lien avec le Centre National de Gestion dans le cadre de la réglementation actuelle.

Dans un souci de lisibilité, **M. CORIAT** considère que tous les postes doivent figurer dans la révision des effectifs.

M. GOTTSMANN souligne l'importance de l'écart entre le niveau des demandes de postes et les capacités de l'institution en 2010. Il remarque que les hôpitaux ont maintenu un schéma inflationniste de demandes de création de postes.

M. CORIAT souligne qu'il faut se méfier des services qui ne demandent rien.

M. GOTTSMANN rappelle que la révision 2010 des effectifs sera sous fortes contraintes budgétaires. Des pistes de réflexion permettraient de les respecter :

- le respect par les hôpitaux des engagements de rendus et des plafonds d'emplois ;
- l'analyse des « opportunités » ouvertes par les départs à la retraite ;
- les impacts volontaristes des restructurations (analyse des demandes par rapport au projet médical des groupes hospitaliers).

Dans ce contexte, **M. PETIT** ajoute que les critères d'appréciation des demandes de postes doivent être formalisés et portés à la connaissance de tous. Parmi ces critères figureraient :

- la prise en compte de l'avis des CCM des établissements, des directoires des groupes hospitaliers et des collégiales ;
- la prise en compte du projet médical soutenant la demande de PH ;
- la mise en regard de la production de la structure en matière de soins, de formation et de recherches avec ses moyens, pour évaluer sa performance médicale et médico-économique ;
- la prise en compte de la situation financière de l'hôpital (comparatif TPER / ETPR).

D'autres critères sont à prendre en compte tels que :

- les priorités du plan stratégique ;
- les perspectives démographiques de la discipline ;
- le respect par les hôpitaux du rendu des gages de la révision des effectifs 2009.

M. VALLEUR suggère de prendre en compte également les projets de restructuration que l'octroi de moyens médicaux supplémentaires soutiendrait.

M. CAPRON souligne une inconnue dans la révision des effectifs, celle du niveau de contrainte budgétaire.

Le Président demande combien d'emplois de PH seront soustraits à la révision proposée, sachant que ce point doit faire l'objet d'une négociation entre la CME et la direction générale.

M. GUIN ne peut donner de chiffre précis à ce stade. Répondre à l'enjeu de la convergence à l'horizon 2012 nécessitera une diminution significative de l'ensemble des effectifs sur les trois prochaines années, dont le rythme et le niveau n'ont pas encore fait l'objet de décisions définitives. Un équilibre devra être trouvé dans le cadre des projets de groupe hospitalier.

M. CORIAT souligne que la diminution des emplois médicaux inclut deux problématiques, celle du nombre d'emplois et celle de l'enveloppe globale.

M. RILLIARD demande des précisions sur le nombre des départs en retraite à l'horizon 2011-2012, sur leur répartition par spécialité et sur leur anticipation.

M. CORIAT renvoie à un document émis par la DPM qui analyse ce sujet par spécialité et par année, à l'appui de chiffres précis.

M. PETIT confirme que ce document peut être mis en ligne sur les sites de la CME et des conférences stratégiques.

M. JULIARD demande si les collégiales doivent classer les candidats comme pour les CCM et si oui, selon quel type de classement.

M. PETIT répond que les collégiales doivent se conformer à la lettre de cadrage, ce qui suppose un seul classement quel que soit le mode de financement. L'évaluation doit croiser la valeur du candidat et la pertinence du projet médical.

M. FAYE souligne l'importance des classements, dont le mode de financement semblait constituer un critère. Pour l'analyse des demandes de postes en autofinancement, serait-il possible de disposer des ETPR et TPER de la structure, dont la crédibilité est essentielle ?

Le Président ajoute que les autofinancements doivent être analysés au regard de la situation de l'hôpital. Ce document sera-t-il transmis ?

M. PETIT répond que la collégiale n'a pas à prendre en compte le mode de financement des postes de PH.

M. PINSON précise que la collégiale a pour rôle de juger les compétences des candidats et les opportunités offertes en termes de redéploiement de postes.

Par souci d'équité et afin de mettre en cohérence la situation des structures avec leurs besoins réels, **M. VALLEUR** serait plutôt en faveur d'un classement unique. Il convient avant tout de se prononcer sur les projets.

M. LACAU-SAINT-GUILY rappelle que l'AP-HP doit répondre à deux objectifs, l'un démographique, l'autre de diminution du nombre de PH. Il importerait de trouver la meilleure

adéquation possible entre ces deux problématiques, entre remplir ses missions de santé publique et respecter ses contraintes budgétaires.

M. CORIAT précise que ce n'est pas le nombre de PH mais d'ETP qu'il faudrait diminuer.

M. FAYE demande la présentation d'un indicateur sur le poids moyen des séjours et des pathologies prises en charge.

M. MUSSET souhaite faire part à la CME des réflexions des présidents de CCM. Ceux-ci jugent plus favorable d'établir deux listes, l'une pour le maintien, l'autre pour la création de postes, quel que soit leur financement. La révision des effectifs serait probablement plus simple à étudier en séparant ces deux types de demandes.

A partir du moment où l'analyse se déroule en deux temps, **M. CORIAT** estime qu'établir deux listes ne ferait pas grande différence. En conclusion, il réaffirme l'engagement de la CME sur l'adoption d'une méthodologie de révision des effectifs de postes de PH claire et lisible.

V. Conférences stratégiques 2010-2014

M. PINSON rappelle que les groupes hospitaliers sont le vecteur d'un processus de transformation générale de l'AP-HP, dont les conférences stratégiques prévues à l'automne 2009 doivent constituer un temps fort. L'une des clés d'entrée dans ce processus est médicale, étant entendu que la somme des projets médicaux des groupes hospitaliers sera le plan stratégique de l'AP-HP. A l'inverse, le projet médical du plan stratégique de l'AP-HP constituera la ligne directrice de ceux des groupes hospitaliers. Par exemple, les orientations de la note sur les éléments de cadrage des projets médicaux des groupes hospitaliers d'avril dernier correspondent aux travaux conjoints de la CME et de l'administration. Cette pensée médicale irrigue le projet hospitalier.

Par ailleurs, il est souvent question de masses critiques, c'est-à-dire de la possibilité d'offrir une prise en charge coordonnée avec les moyens adéquats pour une meilleure prise en charge des patients, ce qui signifie que des choix devront être faits, appuyés sur le projet médical.

Enfin, les conférences stratégiques vont tenter d'articuler le plus possible le projet médical clinique et celui de recherche, de manière à atteindre une taille critique dans les deux domaines.

D'autre part, l'ensemble de l'offre de soins sera restructuré en tenant compte de l'aspect « territoires de santé ». La mise en œuvre du plan sera progressive. Une impulsion décisive est attendue des conférences stratégiques.

La constitution des groupes hospitaliers est l'occasion de refondre des processus tels que la réforme du siège (non renouvellements de départ à la retraite, réflexion sur la mutualisation de fonctions support etc.). Par ailleurs, d'un point de vue de management, les conférences stratégiques sont un mode de rupture dans le mode de travail du siège : à l'occasion du projet médical et du plan stratégique, elles ont été mises en place avec une unité de lieu et de temps, ainsi qu'avec la participation de l'ensemble des directions concernées à une analyse commune.

Les conférences stratégiques ont pour objectif de proposer une possibilité de choix clairs et structurants débouchant sur les feuilles de routes des groupes hospitaliers, conduisant à des restructurations et à des réorientations majeures. Pour ce faire, un travail préparatoire a été transmis aux groupes hospitaliers, croisant les préoccupations médicales, les analyses des groupes offre et demande et les réflexions locales. Parallèlement, une démarche est en cours pour croiser les projets d'efficacité avec des problématiques autres que médicales et techniques. 300 projets sont désormais identifiés, qui doivent être examinés sous l'angle :

- de la pertinence du projet médical ;
- de la pertinence de l'offre (structuration, organisation et qualité) ;
- des données financières ;
- de l'impact patrimonial.

Les projets structurants des groupes hospitaliers, identifiés dans les pré-conférences stratégiques, concernent essentiellement les restructurations patrimoniales, la cancérologie, les SAU et l'aval, la biologie.

Le calendrier est le suivant :

- remise d'un rapport définitif des groupes offre à partir d'octobre, devant traduire la vision transverse de l'AP-HP ;
- finalisation de l'identification des projets groupes hospitaliers et envoi des outils de travail en juin-juillet ;
- élaboration du dossier par les groupes hospitaliers avec possibilité de compléments ultérieurs de juillet à septembre ;
- analyse des dossiers Siège / groupes hospitaliers du 15 septembre au 15 octobre ;
- conférences stratégiques d'octobre à décembre ;
- feuilles de routes et formalisation du projet médical du Plan Stratégique en décembre.

Mme LUCIOLLI précise que la plupart des groupes installés en février ont rendu un rapport intermédiaire en avril et un rapport définitif en juin-juillet. Les autres devraient rendre leur rapport en septembre, certains pouvant faire l'objet de compléments jusqu'à la fin des conférences stratégiques. Un certain nombre de sujets ont été étudiés en lien avec les groupes offres, notamment pathologies professionnelles, médecine légale, odontologie, gynécologie médicale et précarité. Une synthèse des recommandations présentées en juillet a été élaborée. Certaines impactent l'organisation des groupes hospitaliers.

Le groupe « Organisation des filières de soins » pointe les problèmes d'articulation avec la médecine de ville en amont et en aval, en émettant des recommandations concrètes, par exemple en termes d'accessibilité téléphonique, de visibilité de l'offre et de mise en place de filières d'accès privilégié pour les professionnels de santé.

Le groupe « Evolution des plateformes médico-techniques » est composé de deux sous-groupes, « Biologie » et « Imagerie ». Le premier a mis en place un dispositif de correspondants biologie par groupes hospitaliers. Ses recommandations portent notamment sur la définition de la biologie « d'urgence », des éléments relevant du niveau supra-hospitalier et sur l'anticipation des évolutions de la législation sur les laboratoires. Quant au groupe Imagerie, il insiste sur les aspects

organisationnels et les efforts à fournir en matière de prise de rendez-vous et de développement d'une offre ambulatoire.

Le groupe « Médicaments » travaille sur des aspects médico-économiques et sur le circuit du médicament.

Le groupe « Standards de soins » propose de définir dix standards prioritaires transversaux à l'ensemble des l'AP-HP, afin de renforcer la cohérence de l'institution dans ce domaine.

Le groupe « Dépistage et diagnostic précoce » poursuit ses travaux autour de deux axes, l'un étant le prénatal et le diagnostic précoce, le second concernant les adultes, et notamment les maladies chroniques et l'éducation thérapeutique.

Le groupe « Prise en charge du polyhandicap » a favorisé l'émergence d'une dynamique dans les quatre sites de l'AP-HP le prenant en charge. Il souligne l'inadéquation de la tarification de ces soins spécifiques, souvent très lourds.

Le groupe « Pédiatrie » devrait rendre ses conclusions fin septembre.

Le groupe « Evolution des métiers et coopérations » devrait également compléter ses travaux d'ici la fin septembre. Ceux-ci portent à la fois sur les évolutions des métiers médicaux et paramédicaux, et pour ces derniers notamment sur les pratiques avancées dans le cadre de la réforme « LMD ».

Le groupe « Cancer » travaille sur l'évolution de l'offre de l'AP-HP en cancérologie sous forme soit de centres intégrés, soit de centres experts.

Enfin, le groupe « Recherche biomédicale et santé publique » devrait rendre ses conclusions en octobre.

Le Président souligne l'avancement des travaux sur le Plan Stratégique, dans lequel la CME s'implique activement.

M. CAPRON rappelle que les discussions sur les groupes de travail s'étaient déroulées dans un contexte différent, un an auparavant. Les évolutions actuelles ne demanderaient-elles pas des ajustements ?

M. CORIAT répond que la perception des contraintes est présente tout au long de l'année. Les propositions devront être revues du point de vue de leur mise en œuvre. Ces données dynamiques restent à mettre en perspective.

VI. Résultats de l'enquête sur les Revues de Mortalité Morbidité (RMM) avec l'appui des commissions CCQSS, vigilances et risques médicaux et EPP

M. LIENHART rappelle l'objectif 2010, à savoir la réalisation de RMM par 100 % des services à risques. Le bilan est encourageant mais pourrait être meilleur. 50 % des services à risques font des RMM, mais seuls 10 % répondent aux critères de la Haute Autorité de Santé, notamment en raison de manques dans l'écriture de la procédure et le suivi des actions envisagées. 74 % des services à risques ont déclaré en faire prochainement. 28 % des autres services cliniques font des RMM et

55 % ont déclaré les mettre en route prochainement. Globalement, les hôpitaux ayant institutionnalisé la démarche sont mieux placés. Quatre pistes d'action sont proposées :

- un rappel, maintenant, dans les services « à risques » manquants, connus des établissements ;
- le développement des RMM dans les autres services ;
- l'explication de la méthodologie Haute Autorité de Santé, inspirée de celle de l'AP-HP, sur le site Internet de l'AP-HP plutôt que sur l'Intranet, avec des exemples et des réponses à des « FAQ » ;
- l'inscription du RMM dans tous les contrats de pôle et projets impliquant les services cibles.

Tous les hôpitaux ont répondu à l'enquête, mais pas tous les services. Les hôpitaux Bécclère, La Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine, Trousseau et Necker sont les mieux classés. Le croisement de l'ensemble des critères montre que seuls 10 % des services sont prêts, 51 % des services ont organisé les RMM.

M. LIENHART insiste par ailleurs sur les contraintes de l'Intranet et suggère de mettre le document RMM en ligne sur le site Internet de l'AP-HP. Il souligne enfin les limites de l'enquête résidant au caractère déclaratif des données.

Le Président demande des conseils pour renforcer la traçabilité des actions.

M. LIENHART renvoie au guide de la Haute Autorité de Santé, très bien conçu. Il conviendrait également d'être plus vigilant dans le choix des cas rapportés et d'harmoniser leur présentation avec les critères Haute Autorité de Santé.

M. VALLEUR souligne la difficulté à organiser le suivi de ces actions. Il espère que le NSI futur pourra fournir un outil de soutien à cette approche.

M. LIENHART distingue l'impact clinique réel, de l'établissement d'un dossier RMM. Par ailleurs, son remplissage est relativement simple et permet de reconnaître l'action mais pas le cas.

Mme VIDAL-TRECAN plaide pour qu'une partie des documents soit accessible sur le site de la CME, en Internet et non en Intranet.

VII. Approbation des comptes rendus des séances du 14 avril, 12 mai et 9 juin 2009

Les procès-verbaux des séances du 14 avril, 12 mai et 9 juin 2009 sont approuvés à l'unanimité.

VIII. Questions diverses

1. Situation d'un praticien hospitalier

M. DRU demande si la situation d'un praticien hospitalier, qui travaille en chirurgie cardiaque pour deux hôpitaux, l'HEGP et Bichat, et dont aucun ne veut le rémunérer, est en cours de règlement.

M. VALLEUR indique qu'il a déposé une demande auprès des services cardiovasculaires de Paris. Le fait que ce praticien travaille effectivement dans l'hôpital et donne entière satisfaction, y compris au chef de service, impliquerait qu'il soit régularisé.

Le Président ajoute que ce praticien est apprécié pour son travail. Pour l'instant, l'hôpital Bichat continue à le rémunérer. Un arbitrage pourrait intervenir pour régulariser la situation. Par ailleurs, une solution pourrait lui être proposée dans le cadre de la réflexion qui sera menée sur la chirurgie cardiaque à l'AP-HP.

M. VALLEUR souligne que ce genre d'exemple ne doit pas se multiplier, l'ouverture des postes de PH ne pouvant pas être utilisée comme un placard.

M. CORIAT considère que le service perdant est celui de l'hôpital Bichat, qui rémunère un collègue ne travaillant pas chez lui.

M. VALLEUR ajoute qu'un certain nombre de collègues qui travaillaient à Bichat s'en vont. La résolution de son cas entraînerait un afflux de demandes dans le service. La prime à la mauvaise foi ne me semble pas une bonne chose.

2. Documents transmis en CME

Mme MAUGOURD demande à ce que les documents diffusés en CME soient transmis à ses membres la semaine précédant la réunion.

M. CORIAT répond que cette demande a été transmise le jour précédent au Directeur général et à M. FAGON.

M. PINSON le confirme.

La séance est levée à 13 heures.

*

* *

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

Mardi 13 octobre 2009 à 08h30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 30 septembre 2009 à 16h30

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

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