

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 12 OCTOBRE 2010**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU 7 DECEMBRE 2010**

SOMMAIRE

I.	Information du Président de la CME	6
II.	Allocution de Madame la Directrice générale	8
III.	Avis sur le règlement intérieur de l'AP-HP dans le cadre de la loi HPST	10
IV.	Avis sur le règlement intérieur de la CME et des CME locales dans le cadre de la loi HPST	14
V.	Révision des effectifs de PH pour 2011, méthode, cadrage	18
VI.	Point sur les dépenses de personnel médical : TPER et indemnisation de la permanence des soins	21
VII.	Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2011	23
VIII.	Evolution des comptes d'exploitation et des dotations MIGAC/MERRI à l'AP-HP de 2007 à 2010	25
IX.	Information sur le rapport d'étape annuelle 2009 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Île-de-France	26
X.	Présentation du compte financier unique 2009	28
XI.	Information sur la rencontre du siège avec la Haute Autorité de Santé (le 10 décembre 2010)	29
XII.	La prévention des infections nosocomiales à l'AP-HP	29
XIII.	Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1 ^{er} septembre 2010	30
XIV.	Avis sur des contrats d'activité libérale	30
XV.	Approbation du compte rendu de la séance du 6 juillet 2010	30

ORDRE DU JOUR
CME du mardi 12 octobre 2010
(8H30 - salle des instances)

=====

SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Allocution de Madame la Directrice générale (*Mme Faugère*)
- 3- Avis sur le règlement intérieur de l'AP-HP dans le cadre de la loi HPST (*M. Dupont*)
- 4- Avis sur le règlement intérieur de la CME et des CME locales dans le cadre de la loi HPST (*M. Hubin*)
- 5- Révision des effectifs de PH pour 2011, méthode, cadrage (*Pr Coriat, DPM, DEF*)
- 6- Point sur les dépenses de personnel médical : TPER et indemnisation de la permanence des soins (*M. Hubin*)
- 7- Evolution des comptes d'exploitation et des dotations MIGAC MERRI à l'AP-HP de 2007 à 2010 (*M. Sauvage*)
- 8- Information sur le rapport d'étape annuelle 2009 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile de France (*Mme Montagnier-Pétrissans*)
- 9- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2011 (*M. Hubin*)
- 10- Présentation du compte financier unique (*M. Sauvage*)
- 11- La prévention des infections nosocomiales à l'AP-HP (*M. Jarlier, Mme Fournier*)
- 12- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2010 (*M. Hubin*)
- 13- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 14- Approbation du compte rendu de la séance du 6 juillet 2010
- 15- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur des demandes de nominations de chefs de pôle à titre provisoire
- Avis sur des demandes de nomination de chefs de service à titre provisoire
- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel
- Avis sur une première demande et sur cinq demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers
- Avis sur une demande de changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel.

Composition B

- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de MCU-PH
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de MCU-PH en odontologie

Composition A

- Avis sur la mobilité hospitalière d'un PU-PH
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de PU-PH
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de PU-PH en odontologie.

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- M. le Dr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
- Mme DESOUCHES, médecin de l'Agence Régionale de Santé,
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

• ***les représentants de l'administration :***

- Mme FAUGERE, directrice générale,
- M. DEGUELLE, directeur de Cabinet DG
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
- Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
- Mme QUESADA, directrice exécutive du groupe hospitalier Sud,
- M. BOURDON, directeur de l'investissement, travaux, maintenance, et sécurité
- M. PINSON, directeur par intérim de la politique médicale,
- M. MORIN, directeur des affaires juridiques,
- Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
- M. SAUVAGE, directeur des services économiques et financiers,
- Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- M. HUBIN, direction de la politique médicale,

• ***membres excusés :***

- M. le Dr BOIZAT, M. le Dr FLEJOU, Mme le Dr GAUSSEM, Mme le Dr LE HEUZEY, M. le Dr REMY, M. le Dr RUSZNIEWSKI

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

I. Information du Président de la CME

Le Président fait part de son plaisir d'accueillir Madame Faugère, Directrice générale de l'AP-HP, qui est l'occasion pour la CME d'exposer les positions et ambitions des représentants de la communauté médicale.

Il souhaite également la bienvenue au Professeur Michel Fournier qui vient d'être nommé directeur de la politique médicale, précédemment membre de la CME et du Directoire, dont la voix était écoutée et respectée au sein de cette instance. Il considère ce choix comme une marque de confiance et un geste d'ouverture de la part de la Direction générale, qui marque ainsi sa volonté de travailler en étroite collaboration avec la communauté médicale pour l'élaboration et la conduite des projets médicaux.

Par ailleurs, deux nouveaux membres à la CME viennent d'être nommés : respectivement Monsieur Devictor, en remplacement de Monsieur Richard démissionnaire, et Monsieur Rondot, en remplacement de Monsieur Fournier nommé directeur de la politique médicale.

Madame Desouches, en tant que médecin inspecteur régional, était invitée permanente à la CME ; la nouvelle législation supprimant cette fonction et Madame Desouches étant désormais conseiller médical de Madame Barreteau à l'agence régionale de santé (ARS), le bureau de la CME doit réétudier le principe de sa présence.

Mme DESOUCHES confirme que ses fonctions de médecin inspecteur régional ont cessé avec la promulgation de la loi HPST. La CME n'étant plus tenue d'avoir un représentant de l'administration, son invitation en tant que représentant de l'ARS relève du propre choix de la CME. Il doit également être discuté avec la direction de l'ARS.

Le Président souligne qu'il importe que la CME soit une instance identifiée comme portant le projet médical de l'AP-HP. Il lui semble pertinent que l'ARS puisse assister aux réunions de l'instance. Dans l'attente d'une décision, il la remercie de sa présence à la CME en tant que médecin régional.

Le Président s'adresse ensuite à la Directrice générale et lui souhaite la bienvenue au nom de la CME et de la communauté médicale de l'AP-HP. Mme Faugère prend ses fonctions à un moment particulièrement important pour l'Institution, mais aussi très difficile en raison des nombreuses contraintes médico-économiques subies depuis deux ans. En 2009, la mise en place de la tarification à l'activité a conduit à une très forte diminution du personnel soignant. Peu rompue aux mécanismes d'allocation des ressources et des dépenses, les membres de la CME n'ont pas bien cerné la contrainte subie. En effet, entre 2008 et 2009, le tableau des emplois dont disposait chaque hôpital a laissé place à la notion d'emploi rémunéré puis, d'emploi moyen rémunéré. Dans une institution tenue par la sortie des écoles pour le personnel infirmier et par la fin du clinicat pour le personnel médical, il y avait de nombreux postes vacants en attente de recrutement. Ce double décrochage a retiré de nombreux emplois soignants à l'AP-HP. Pour 2010, l'ensemble du personnel a mesuré combien l'objectif premier de supprimer des emplois était une méthode qui pénalisait l'Institution et les projets de restructuration. Au premier semestre 2010, l'ensemble de la communauté médicale a pesé pour empêcher tout retrait d'emplois soignant en dehors des réorganisations qu'elle avait validées. Son attitude déterminée et forte s'imposait car les retraits

d'emplois soignants impactaient tant la qualité que la quantité de l'offre de soins. Le retrait arbitraire d'emplois soignants reste actuellement la « ligne rouge » de la CME : il n'est plus possible de retirer un seul emploi soignant, sauf à compromettre le fonctionnement entier des structures de soin. Dans ces dernières, la CME ne peut que constater une forte pénibilité liée à des difficultés de fonctionnement par manque de soignants. La fermeture des urgences de l'hôpital Tenon il y a dix jours témoigne du fait qu'un hôpital n'avait plus aucune marge de manœuvre pour compenser des emplois manquants au niveau d'une structure aussi importante. La pénurie actuelle des emplois soignants a plusieurs causes. Depuis plusieurs années, les établissements rentrent dans le cadre de plans d'économies des mensualités de remplacement, ce qui a fait disparaître les possibilités de remplacement et de recours à l'intérim. Les retraits d'emplois pour l'année 2009 ont été considérables. En outre, au dernier trimestre de chaque année, se posent des difficultés de recrutement d'emplois infirmiers dans l'attente de la sortie d'école. Il semble urgent de dégager des marges de manœuvre par des réorganisations et pour améliorer rapidement les conditions de travail des soignants. C'est une véritable priorité. Par ailleurs, bien que le montant des dépenses d'investissement soit particulièrement important pour l'année 2010, au quotidien, dans les hôpitaux, on constate une baisse des travaux de 40 % et une diminution de 20 % des crédits d'équipement. L'informatisation de l'AP-HP est coûteuse, certes indispensable, mais il faut savoir que se posent des problèmes de remplacement d'équipements médicaux.

C'est pourquoi, si l'AP-HP veut maintenir ses ambitions médicales, il convient, ensemble, de définir une méthode, un calendrier et des objectifs nouveaux qui assureront rapidement un engagement consensuel de la communauté de l'AP-HP dans une vision qui ne doit pas être celle de l'immédiateté de l'EPRD 2010. Une seule action est possible : réaliser l'indispensable mutation de l'hôpital public vers la médecine du 21^{ème} siècle. Entre la plainte récurrente sur les défauts d'emplois et l'immobilisme de certains, existe une voie que la CME doit trouver en mettant en œuvre les réorganisations du plan stratégique pour dégager des marges de manœuvre. Il y a urgence à agir car une course de vitesse est engagée contre l'avancée inexorable des contraintes de financement de l'hôpital public et des dépenses actuelles. A très court terme, l'EPRD 2011 doit être élaboré dans un climat de confiance avec une méthodologie bien précise. En pratique, l'EPRD 2011 doit être établi par projets et objectifs chiffrés, chaque projet dégageant des marges de manœuvre, à partir desquelles seulement pourront être rendus des emplois soignants. Les réorganisations qui seront menées dans le cadre de la modernisation de l'offre de soins doivent préserver les emplois soignants actuellement vacants du fait des difficultés de recrutement de fin d'année. Leur suppression entraînerait un arrêt de fonctionnement de l'Institution.

Par ailleurs, il paraît indispensable que le rôle de la CME dans l'élaboration et la conduite des projets médicaux soit confortée. En effet, l'importance des enjeux exige une position claire de la communauté médicale. C'est à elle d'élaborer et d'appliquer le projet médical en accompagnant les réorganisations, les transferts et la constitution d'équipes renforcées. C'est également à elle d'impulser, avec les directeurs d'UFR, de nouvelles ambitions en termes de recherche fondamentale et clinique. Sans cela, la restructuration de l'AP-HP ne serait qu'un plan d'économies à la moyenne. Il existe aujourd'hui un consensus fort sur les réorganisations qui s'imposent. Sous l'impulsion de la communauté hospitalière, plus d'une centaine de réorganisations ont été déjà réalisées depuis douze mois. Ces réorganisations légitiment l'AP-HP dans sa demande d'un investissement supplémentaire obtenu au-delà de ses capacités d'autofinancement. Cet investissement, essentiel, permettra le renouvellement de l'offre de soins. La Directrice générale a pu constater elle-même, lors de ses visites, que la vétusté du bâti à l'AP-HP est indigne d'un CHU.

Pour conclure, les enjeux de l'automne 2010 sont très importants et s'imposent à la communauté médicale comme à la Direction générale. Par la CME, la communauté médicale souhaite et va peser avec plusieurs objectifs :

- offrir une vision à long terme de l'Institution ;
- assurer un pilotage médicalisé des projets de modernisation de l'offre de soins inscrite dans le plan stratégique ;
- élaborer par projet, avant la fin de l'année 2010, un EPRD 2011 prospectif, valorisant les équipes soignantes.

Pour finir, le président exprime l'espoir que place la CME dans la Directrice générale.

II. Allocution de Madame la Directrice générale

La Directrice générale remercie le Président Coriat et salue les membres de la CME. Lors de sa première semaine de fonction, elle a effectivement visité les hôpitaux et rencontré ceux qui font l'offre de soins. Elle a ensuite eu l'occasion d'exprimer ses premières impressions et sa vision pour l'AP-HP. Appréciant de pouvoir intervenir à la présente CME, elle témoigne de son attachement à la qualité de la collaboration entre la communauté médicale et le personnel administratif. La Directrice générale ne peut que marquer son accord quant à l'importance du travail avec la communauté médicale, sans laquelle l'hôpital n'est rien. Elle se déclare heureuse d'arriver dans l'Institution au moment où le plan stratégique forme un socle pour construire le futur. Elle considère ce plan stratégique non pas comme une fin, mais comme le début des travaux qui seront portés par la communauté médicale, paramédicale et les directeurs de groupe au sein d'une nouvelle gouvernance.

Il est fondé d'avoir de grandes ambitions pour l'AP-HP, tant en termes de qualité de l'offre de soins, que de recherche et d'enseignement. La posture de l'Institution doit probablement changer : à l'image « de fermeture » qui lui est associée, s'opposent désormais des signes d'ouverture sur le territoire, comme le demande l'ARS. Il importe que l'AP-HP joue pleinement son rôle dans la filière de soins et soit à l'offensive sur tous les terrains. Il s'agit de faire préférer l'AP-HP, à la fois aux patients, au personnel mais également à ses partenaires.

Le niveau d'activité de l'Institution correspond à l'offre de soins que nous faisons. Force est de constater qu'il n'est pas très satisfaisant d'un point de vue global : la comparaison du niveau d'activité de l'AP-HP avec celui des autres organismes révèle des pertes de parts de marché. La Directrice générale recommande donc de travailler sur ce niveau et d'aller chercher l'activité. Un effort doit également être porté sur les coûts. C'est sur tous les fronts qu'il convient de se battre.

La Directrice générale considère par ailleurs que sa responsabilité est entière quant à la façon de proposer et de mener la transformation de l'AP-HP. En termes de méthode, il importe de s'accorder sur la manière de mettre en œuvre les transformations. Le plan stratégique comprend des propositions très bonnes, dont certaines sont plus abouties que d'autres. Mais il ne peut être réussi que si sa mise en œuvre suit, ce qui implique d'obtenir l'accord des parties prenantes. Il importe donc de discuter des objectifs. Elle rappelle que l'intérêt collectif de l'AP-HP n'est pas la somme des intérêts individuels. De ce point de vue, il existe une responsabilité collective au niveau de la méthode, du partage des enjeux et du calendrier de mise en œuvre. C'est une impérieuse nécessité pour mener à bien la transformation de l'AP-HP. Le paradoxe liant l'urgence des résultats et le

temps nécessaire à la compréhension et à la mise en œuvre des réorganisations confère au travail initié une importance particulière.

Parmi les composantes de la réussite du projet, l'université joue un rôle important. A ce jour, la constitution des groupes hospitaliers (GH) et les projets de gouvernance privilégient la cohérence entre les territoires des universités et les GH. Dans la mesure où un certain nombre de transformations traversent les frontières des universités, la Directrice générale lance un appel à la solidarité collective pour trouver les moyens de développer des projets supra-groupes et supra-et donc souvent entre universités. La réussite doit concerner toutes les composantes de l'AP-HP.

Concernant le choix du Directeur de la DPM, La Directrice générale remercie Monsieur FOURNIER d'avoir accepté cette mission, assurance d'une concertation avec la communauté médicale. La DPM a besoin d'un homme fort, expérimenté et apprécié de ses collègues, attentif aux aspects médicaux mais aussi économiques. De ce point de vue, il est l'homme de la situation.

Pour conclure, l'ordre du jour aborde des points de méthode, tels que la nomination des PU-PH et la préparation de l'EPRD 2011. Il est en effet essentiel de trouver une méthode qui réponde aux objectifs à atteindre. A ce sujet, la Directrice générale partage l'objectif exprimé par le Président Coriat d'un rendu d'emplois médicalement justifié.

M. LYON-CAEN, en son nom et en ceux de M. Lacau-St-Guily, M. Oury, M. Garabedian, M. Faye, M. Singlas, M. Chéron et M. Capron, s'adresse à la Directrice générale. Leur inquiétude sur l'avenir de l'AP-HP est grande et les mesures prises pour réduire un déficit, somme toute modeste, et qui portent sur l'emploi soignant, ne font que l'accroître. Ces mesures heurtent profondément leur vision de l'hôpital, dont elles bouleversent le fonctionnement. Les soignants sont leur cœur des hôpitaux. On ne supprime pas les emplois d'hommes et de femmes qui en sont l'âme si on veut que l'hôpital vive. Ils refusent donc absolument cette politique, menée à la hache et sans réflexion. L'arrivée de Mme Faugère et d'un nouveau directeur de la politique médicale, dont ils souhaitent qu'il fasse partie du directoire de l'AP-HP, leur fait espérer qu'une politique différente peut être mise en œuvre. C'est la raison pour laquelle tout en respectant l'action de leur collègue, le professeur Richard, ils n'ont pas démissionné de leur mandat. Mais c'est aussi dans cet esprit qu'ils souhaitent fixer un rendez-vous à la Directrice générale. D'ici la fin de l'année 2010, ils attendent d'elle des informations et des engagements précis sur les points suivants, assortis de précisions chiffrées et d'un calendrier :

- politique de l'emploi ;
- gestion de la politique médicale ;
- politique de l'investissement ;
- politique stratégique vis-à-vis des groupes hospitaliers et de la région.

Le corps médical, dont ils font partie, n'est pas exempt de critiques telles qu'un refus de prendre certaines responsabilités ou une vision égocentrique de certains projets. Les auteurs de ce message se déclarent prêts à agir avec elle, à condition que les objectifs soient véritablement partagés. Pour cela, il faut que la gouvernance trouve une méthode de travail différente, laissant davantage de place au dialogue, à la prospective, à l'innovation, à la recherche et à une véritable concertation en amont des décisions. Ils attendent de la Directrice générale des réponses précises et c'est en fonction de ces réponses qu'ils décideront de rester ou non à la CME, pour travailler à l'avenir de

l'AP-HP, dans une enceinte au sein de laquelle souffle depuis quelques temps un vent de passivité médicale et de dogmatisme financier qui mène inexorablement à l'agonie.

La Directrice générale répond que rendez-vous est pris.

Le Président signale par ailleurs que le directoire doit être recomposé, suite à la nomination de M. Fournier au poste de directeur de la politique médicale, en conséquence, il propose de désigner MM. Aigrain et Hardy comme représentants de la communauté médicale au directoire.

III. Adaptation du règlement intérieur de l'AP-HP dans le cadre de la loi HPST (Hôpital – Patients – Santé – Territoires)

En préalable, **M. FRONTINO** indique que suite à la loi HPST qui entraîne une évolution du règlement intérieur, le représentant élu de la commission des soins ne devait plus assister à la CME. Aussi a-t-il formulé une demande de maintien du représentant élu de la commission des soins à la CME en tant qu'invité permanent. Il remercie le Président d'avoir donné une suite favorable à cette demande.

Le Président répond que cette présence garantit le lien entre les soignants et la communauté médicale.

M. DUPONT indique que la proposition de règlement intérieur fait suite à une large consultation. Différentes réunions avec les représentants des usagers ont également eu lieu. Le projet de règlement contient des évolutions sur le fonctionnement courant de l'établissement et reprend pour l'essentiel des dispositions à caractère légal et réglementaire.

Le règlement intérieur est rendu nécessaire par la mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009, ses textes d'application et le décret du 29 avril 2010 relatif à l'AP-HP et par la mise en place des groupes hospitaliers (GH), qui modifie la gouvernance et induit la constitution des instances à l'échelon du Groupe ; ceci à l'exception des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) locaux et des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) locales.

Les dispositions sur la nouvelle gouvernance sont, à l'échelon central de l'AP-HP :

- un rappel des attributions du conseil de surveillance, du directeur général, du directoire et du président de la CME ;
- la nouvelle composition de la CME ;
- un CHSCT central, instance de coordination des CHSCT locaux ;
- la recomposition du dispositif des instances traitant de la qualité et de la sécurité des soins ;
- une nouvelle instance : la commission centrale de concertation avec les usagers.

Concernant la gouvernance locale, à l'échelon des GH et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un GH, s'applique un principe de liberté interne d'organisation. Le décret renvoie une partie importante des règles de fonctionnement internes au règlement intérieur, sous réserve du maintien des grands principes. Dans ces conditions, le règlement intérieur prévoit :

- une commission de surveillance par site ;

- un comité exécutif ;
- une commission médicale d'établissement (CME) locale, qui se substitue aux CCM ;
- un comité technique d'établissement (CTE) local ;
- un CHSCT local ;
- une CRUQPC ;
- une commission des soins locale ;

Des CME locales seront donc constituées dans les GH. Les hôpitaux Hendaye, Paul-Doumer et San Salvador seront en revanche pourvus d'un CCM local, en raison de leurs effectifs médicaux plus restreints.

Le troisième volet du règlement intérieur concerne l'organisation interne des GH. La loi HPST prévoit les organisations suivantes :

- des pôles hospitalo-universitaires, le cas échéant composé de structures internes ;
- les modalités de création et de modification des structures ;
- les modalités de désignation des responsables médicaux ;
- les attributions des chefs de pôle ;
- les modalités de création de structures hospitalo-universitaires spécifiques.

Le règlement intérieur régit également la participation des usagers, en prévoyant :

- une commission centrale de concertation avec les usagers ;
- une représentation au sein du conseil de surveillance, mais également, au plan local, au sein des commissions de surveillance ;
- le maintien des CRUQPC sur chaque site hospitalier ;
- une participation plus grande aux instances de qualité des soins ;
- une participation aux commissions de l'activité libérale.

Enfin, le règlement intérieur intègre dans cette mise à jour différentes dispositions concernant la vie quotidienne à l'hôpital. D'autres dispositions ont été actualisées, s'agissant notamment de l'organisation du CHU dans ses aspects les plus concrets d'organisation interne.

Le Président indique que la CME et la Direction générale doivent redéfinir le calendrier de désignation des chefs de pôles hospitalo-universitaires. Ceux-ci sont nommés par la Direction générale sur proposition de la CME. Il faut également mettre en place un groupe de travail CME et directeurs d'UFR pour harmoniser les notions de DHU (départements hospitalo-universitaires) et PHU (pôles hospitalo-universitaires).

La Directrice générale souligne que l'adoption du règlement intérieur est un préalable à la création des structures. Il faudra définir le calendrier final, et prend note de l'importance d'une réponse rapide sur ce point.

Le Président rappelle qu'il est essentiel que l'ensemble des pôles soient instruits préalablement par la commission des structures.

M. MUSSET remarque que si les PHU peuvent se constituer prioritairement en DHU, des services au sein d'un pôle, ayant les qualités universitaires et les pré-requis leur permettant d'accéder à des

projets de DHU, pourront mettre en place ces projets, en contractualisant avec des services d'un autre pôle, voire d'un autre hôpital.

Concernant les GH, sans refuser la constitution des groupes hospitaliers, l'hôpital Antoine Béchère a besoin de définir une politique de territoire avec les hôpitaux des Hauts-de-Seine, un territoire qui diffère de celui des deux autres hôpitaux du groupe, situés dans le Val-de-Marne. Pour ce faire, il est indispensable que l'hôpital Antoine Béchère dispose d'une autonomie en termes de contraintes budgétaires et de direction fonctionnelle.

La Directrice générale répond qu'aucun GH n'est semblable. La logique de leur définition est géographique et universitaire. Si le GH auquel M. Musset fait référence remplit davantage le second critère que le premier, il n'en demeure pas moins la meilleure proposition possible de regroupement. Il importe désormais de le faire fonctionner collectivement et de rechercher un mode d'organisation adapté, en tenant compte de sa particularité. La Directrice générale recommande d'employer le terme « particularité » plutôt que celui « d'autonomie », afin de ne pas rompre avec la logique de solidarité des groupes. Autant elle veut bien travailler cette particularité de manière opérationnelle, autant elle ne veut pas opposer le travail sur un territoire et l'appartenance à un groupe. Elle salue le travail initié par l'hôpital Antoine Béchère avec les structures hospitalières de son territoire, tout en soulignant que celles-ci ne sont pas contradictoires avec son appartenance à un groupe. Elle permettra à cet hôpital de maintenir et d'améliorer ses performances, en recherchant un fonctionnement harmonieux et pragmatique au sein du groupe.

M. FAYE note que la présentation de M. Dupont ne mentionne pas la commission consultative des marchés, qui assure la sécurité juridique des marchés de l'AP-HP. Celle-ci a besoin d'un éclairage médical.

M. MORIN répond qu'il est bien prévu de mettre en place cette commission et de l'intégrer au règlement intérieur dès que sa composition et son périmètre seront arrêtés.

M. SINGLAS signale que l'AGEPS ne sera pas dotée d'une CME locale mais conservera un CCM ce qui risque de pénaliser sa représentativité car les présidents de CCM ne sont pas membres de droit de la CME centrale. Il considère que la participation de l'AGEPS à la mise en œuvre des essais cliniques institutionnels doit être réaffirmée et qu'il doit être clairement indiqué dans le règlement intérieur de l'APHP que l'AGEPS fait partie des composantes du CHU de Paris, au même titre que les hôpitaux, même si le statut ancien d'Etablissement de Santé ne lui est plus applicable.

Mme AIACH observe que les doyens de faculté de pharmacie sont représentés dans les CME locales, mais pas dans le CCM de l'AGEPS. La présence d'un doyen serait pourtant souhaitable.

M. SINGLAS indique que l'AGEPS a déposé une demande de modification du projet de règlement intérieur de telle sorte que sa composition prévoie la présence des doyens, comme pour les CME locales.

M. DUPONT répond que cette demande lui a été transmise, mais trop tardivement pour être intégrée à la présentation de ce jour. Une suite favorable lui sera donnée. Il est également prévu d'ajouter une mention de la participation de l'AGEPS aux essais cliniques.

M. WEILL note que la présentation des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) dans l'annexe 9 n'est pas cohérente avec l'esprit de la constitution des GH. Il s'étonne ainsi du maintien de

l'autonomie des EOH dans les hôpitaux, considérant que leur fusion ou leur inclusion dans un réseau opérationnel garantirait l'homogénéité des procédures entre les sites, une plus grande efficacité et une économie de moyens. Il demande donc s'il est possible de modifier le règlement intérieur dans le sens suivant : « Une EOH est constituée dans chaque GH. Elle résulte de la fusion des EOH de chaque site et est représentée par son responsable au CLIN local » ou à tout le moins par la formulation suivante : « Les EOH de site sont organisées en réseau et coordonnées par un responsable qui les représente au CLIN local. »

Le Président souligne la pertinence de cette remarque. Cependant, plusieurs GH insistent sur l'importance de confier le pilotage des cellules d'hygiène local à une EOH locale. Il suggère donc de laisser les deux possibilités ouvertes.

M. JARLIER recommande de laisser le texte en l'état, les EOH ayant la possibilité de travailler en bonne harmonie. Seule une personne qui connaît les cadres, les infirmières et les chefs de service d'un site peut travailler efficacement sur ce site. C'est à ce prix qu'une action de fond peut être menée en matière d'hygiène opérationnelle et de prévention des infections nosocomiales. Il estime que la compréhension des particularismes locaux ne doit pas conduire à modifier le règlement intérieur en leur nom.

M. MORIN souligne qu'il est extrêmement important que les EOH soient au plus proche du terrain.

M. SCHLEMMER rappelle que si les PHU sont prévus par la loi, les DHU sont simplement mentionnés dans le rapport Marescaux. Leur vocation universitaire d'enseignement et de recherche est marquée. Cette absence de support réglementaire autorise de la souplesse : les DHU doivent pouvoir être trans-pôles, trans-sites, voire trans-GH. Il importe que l'AP-HP puisse mettre en œuvre les moyens d'accroître sa visibilité nationale et internationale.

Le Président suggère de réfléchir à l'articulation des DHU et PHU et propose que les directeurs d'UFR présents fassent partager leur point de vue à la communauté présente.

M. SCHLEMMER précise que le découpage des pôles entraîne des réflexions dans les UFR. Il appartient aux directeurs d'UFR travaillant avec l'AP-HP et aux représentants des GH de définir le périmètre de ces structures et leur ouverture éventuelle. Par ailleurs, il fait part de son insatisfaction face à la proposition de l'annexe 3 du règlement intérieur, dont la rédaction est établie en insuffisante concertation avec l'université. Il considère que le comité exécutif local devait être établi en miroir du directoire, puisqu'il remplit la même mission universitaire. Il n'y a pas de raison que le premier CHU de France s'en affranchisse. Il ne comprend pas non plus l'absence de vice-président recherche, aux côtés des directeurs des UFR, dans l'organigramme des comités exécutifs des GH.

M. LYON-CAEN approuve l'idée des DHU et PHU, dont il ne faudrait pas, cependant, couper les ailes d'emblée. Il doit impérativement y avoir une implication majeure de la recherche dans le fonctionnement de ces structures et de l'université. Pour prendre de l'ampleur, ces projets doivent être interuniversitaires. Deux obstacles doivent être dépassés : d'une part la réserve des doyens à dépasser les frontières d'une université, d'autre part, la politique frileuse de l'AP-HP selon laquelle la comptabilité va à la structure médicale identifiée, alors que les départements peuvent être interuniversitaires et inter-hospitaliers. La création de ces départements nécessite d'assouplir la gestion des structures et d'encourager l'ouverture entre universités.

Le Président retient de ces échanges que les directeurs d'UFR envisagent favorablement la création d'un groupe de travail sur les DHU commun avec la CME. Il remercie par ailleurs M. Schlemmer pour ses remarques sur les CME locales, qui doivent effectivement inclure un représentant de la recherche, désigné par le directeur d'UFR et les EPST. Il suggère de modifier le règlement intérieur en ce sens.

M. LYON-CAEN demande que soit mesuré, au plan hospitalier, le problème que cela posera pour la création de DHU inter-GH. La rigidité administrative crée des obstacles de principe au bon fonctionnement des DHU. Il faut donc avancer sur ces sujets, à moins de rester prisonnier d'une logique de GH.

M. SCHLEMMER ajoute que les sujets inter-GH ou trans-GH doivent faire l'objet d'une injonction forte de la Direction générale à l'adresse des directeurs de groupe.

Le Président répond qu'un groupe de travail réunissant la DPM, la CME et les directeurs d'UFR, travaillera sur le cadrage des DHU et prendra en compte les remarques émises.

La Directrice générale se réjouit de l'esprit d'ouverture dont témoignent les remarques sur des DHU inter-GH et inter-Universités. Elle encouragera volontiers les directeurs de groupe hospitalier à travailler dans ce sens, de même que les universités. S'agissant de la présence des doyens dans les CME locales, elle comprend la demande des doyens, mais rappelle que l'AP-HP est un CHU uni et non sécable. Elle n'est donc pas favorable à l'introduction de l'automatisme de leur présence dans le règlement intérieur.

M. SCHLEMMER répond que la présence d'un vice-président recherche dans les CME locales n'est pas de nature à démanteler l'AP-HP. L'installation de CME locales, établies en miroir du niveau central, lequel donne l'image unie de l'AP-HP, est importante pour des raisons de proximité de terrain. Certains sites se différencient par le type d'activité de recherche dont ils assurent la promotion : la présence d'un vice-président local facilitera le fonctionnement des GH.

Le Président propose de prendre le temps de discuter d'un amendement sur ce point avec la Direction générale.

IV. Modification du règlement intérieur de la CME et des CME locales dans le cadre de la loi HPST

M. HUBIN indique que la constitution de groupes hospitaliers et les effets de la loi HPST conduisent à revoir le règlement intérieur de l'AP-HP et celui de la CME. Il apparaît également nécessaire de disposer d'un règlement intérieur pour les nouvelles commissions médicales d'établissement locales (CMEL) et de revoir le règlement intérieur des CCM.

M. HUBIN précise qu'en attendant la constitution des nouvelles instances, les instances actuelles exercent leurs nouvelles compétences. La CME doit être consultée sur le règlement intérieur de l'AP-HP tandis qu'elle s'organise librement sur la base de son propre règlement intérieur. Les prochaines élections aux CME et CMEL doivent avoir lieu théoriquement en mars 2011 mais pourraient être reportées à fin 2011.

La révision du règlement intérieur de l'AP-HP décline le cadre législatif et réglementaire à l'AP-HP et contient des annexes sur la CME, les CMEL, les CCM, les CCOPS et CCOPS de GH, etc.

Les règlements intérieurs de la CME et de la CMEL sont des documents distincts. Cette révision doit répondre à plusieurs enjeux :

- la montée en puissance des GH, qui impacte le niveau de délégation de la CME vers les CMEL, en lien avec la délégation de la direction générale aux DGH ;
- la mise en cohérence des compétences PCME et des compétences CME/L ;
- la clarification de l'organisation en pôles d'activité / responsables de structures internes aux pôles / ligne managériale ;
- la délégation de gestion aux chefs de pôle.

1. Règlement intérieur de la CME

L'organisation générale retenue prévoit une et une seule CME centrale, avec des CME locales de niveau GH, à raison d'une CMEL par GH. Les hôpitaux Necker et Robert Debré auraient également une CMEL, constituant actuellement un GH à eux-seuls. Quant à San Salvador, Hendaye, la HAD, l'AGEPS et Villemin-Paul Doumer, ils seraient pourvus d'un CCM, leur taille ne permettant pas la constitution d'une CMEL. Le décret du 30 avril 2010 sur les CME stipule que les membres et présidents de CME siégeant à la date de publication du présent décret sont maintenus en fonctions jusqu'à l'échéance de leur mandat et qu'à compter de la publication du décret, la CME exerce ses nouvelles compétences, ce qui vaut également pour les CMEL.

La composition de la CME passerait de 59 à 79 membres élus ou désignés, hors voix consultatives et invités, répartis comme suit :

- des membres élus avec voix délibérative, à raison de 46 représentants des personnels titulaires, 6 représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral dont 2 hospitalo-universitaires et 4 hospitaliers non permanents, 10 représentants des chefs de pôles et 1 représentant des sages-femmes ;
- des membres de droit à voix délibérative : les présidents de CME locales ;
- des membres désignés à voix délibérative : 4 représentants d'internes (élus avant).

La composition nouvelle de la CME prévoit en tant que membres à voix consultative :

- le président du directoire ou son représentant ;
- le président du comité de coordination de l'enseignement médical ;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un directeur d'UFR de pharmacie (choix à organiser) ;
- un directeur d'UFR d'odontologie (choix à organiser) ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;
- le représentant du comité technique d'établissement central, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;

Ne sont plus membres à voix consultative le médecin inspecteur régional et le médecin inspecteur départemental de santé publique, ainsi que le médecin-conseil de la caisse assurant l'analyse d'activité de l'établissement. Sont invités permanents deux directeurs d'UFR médicale désignés par la conférence régionale des directeurs d'UFR médicale d'Ile-de-France et le médecin responsable

de la médecine du travail, s'il n'est pas membre de la commission. Par ailleurs, nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Dans la nouvelle CME, le président doit être élu parmi les représentants du personnel hospitalo-universitaire et le vice-président parmi les représentants des praticiens de l'établissement. La question est alors posée de savoir si le vice-président peut aussi être HU (puisque aussi « praticien »). L'élection se fait désormais au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si la majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé et la majorité relative suffit. Les mandats successifs sont limités à deux et les fonctions de président de CME sont incompatibles avec celles de chef de pôle et de présidents de CMEL.

La CME conserve les sous-commissions existantes et en acquiert une nouvelle consacrée au développement professionnel continu médical. Les autres sous-commissions dont l'existence est prévue par voie réglementaires sont les suivantes : CCOPS (Commission Centrale de l'Organisation et de la Permanence des Soins), CCAL (Commission Centrale de l'Activité Libérale), Qualité et Sécurité des soins, Comité Central EPP/DPC (Evaluation des Pratiques Professionnelles / Développement Professionnel Continu), CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition), COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles), CLUD-ASP (Comité de Lutte contre la Douleur - Accompagnement en Soins Palliatifs), COVRiS (Coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires).

La CME dispose de compétences dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et est consultée pour avis et information sur une liste exhaustive de thèmes. Le président de la CME, chargé des affaires médicales et vice-président du directoire, a des compétences propres ; élu de et par la CME, le Président peut aussi décider de consulter sa commission pour toutes les questions relatives aux affaires médicales. Le projet de nouveau règlement intérieur de la CME fait ainsi référence à « l'examen » par la CME de certaines questions relevant des compétences propres de son Président (« saisine pour examen » sur des questions d'ordre individuel ou institutionnel).

2. Règlement intérieur des CMEL et des CCM

Les CMEL et CCM ont également un bloc de compétences réglementaires, sur lesquelles elles sont saisies pour avis et information. La CME pouvant s'organiser librement, son règlement introduit des compétences supplémentaires, non réglementaires donc non opposables dans un processus de décision, dont certaines peuvent être déléguées aux CMEL. Certaines de ces compétences déléguées le sont sous contrôle de la CME : ainsi le président de la CME et le Directeur général, s'ils l'estiment nécessaire ou saisis d'un recours individuel ou d'une contestation émanant de toute personne intéressée peuvent solliciter l'avis de la commission médicale d'établissement.

S'agissant de leur composition, les CMEL sont au nombre de 12 et comprennent chacune au minimum 63 membres avec voix délibérative, dont des membres élus (avec 10 représentants des responsables de structures internes aux pôles), des membres de droit (chefs de pôle) et des membres désignés (3 représentants d'internes et 1 représentant des internes en odontologie quand cette discipline est représentée dans le GH). Les CMEL comprennent également des membres à voix consultative. Les membres élus le sont selon les mêmes dispositions que pour la CME. Il n'existe pas de contrainte réglementaire pour l'élection de la présidence et de la vice-présidence. Les sous-

commissions sont les mêmes que pour la CME sauf la sous-commission du développement professionnel continu qui n'existe qu'au niveau central.

Les CCM, quant à eux, continuent d'exister jusqu'aux prochaines élections. Ceux qui seront maintenus connaîtront peu de modifications, à l'exception du fait que les présidents de CCM ne sont pas membres de droit de la CME. Les CCM partagent les compétences et le fonctionnement des CME Locales.

M. DEVICTOR suggère de présenter ces informations à l'actuelle collégiale des présidents de CCM et soulève la problématique de la composition des instances locales en cas de différence de taille entre les établissements d'un même GH.

Le Président précise que tous les chefs de pôle siègent au CCM.

S'agissant des élections, **M. FAYE** demande comment interpréter les « catégories » (professionnelles ou statut).

M. DUPONT répond que les catégories réglementaires sont les représentants des HU titulaires et des PH titulaires, sans mention de la spécialité.

Le Président ajoute que la différenciation par collège souhaitée au niveau de la CME, dans un souci de représentation harmonieuse de la communauté médicale, s'exerce au sein des catégories définies par les textes de loi. Il propose d'organiser une concertation avec la Direction des affaires juridiques et des droits du patient sur ce point au prochain bureau de la CME.

M. CAPRON estime qu'il serait anormal que les médecins, dont le nombre est majoritaire, fassent la loi électorale de la CME et qu'il faut anticiper cette difficulté.

Le Président promet que le règlement intérieur sera défini démocratiquement. Jusqu'à présent, la loi prévoit deux groupes, H et HU, au sein desquels il est possible d'appliquer des quotas définis de manière consensuelle pour les différentes spécialités.

M. DASSIER recommande de maintenir les collèges.

Le Président précise que les H et les HU votent respectivement pour les H et HU dans les collèges.

Concernant les missions des CMEL, **Mme MARCHAND** signale que les articles relatifs à l'avis donné sur les recrutements disciplinaires, licenciement et mutations des attachés ont été oubliés.

Le Président demande l'ajout de ces articles au règlement intérieur.

M. RYMER signale une incohérence dans le règlement intérieur de l'AP-HP : il prévoit une instance rattachée à la Qualité, nommée Comité Central du DPC, qui devait être supprimée, alors que le DPC doit devenir une sous-commission de la CME.

M. PINSON répond qu'il s'agit d'une instance de coordination administrative.

Le Président répond que le DPC doit être une sous-commission de la CME, dans la mesure où il importe que cette dernière s'implique dans la formation continue des médecins. La vision de la DPM et de la CME ne divergent pas sur ce point.

M. RYMER recommande de modifier l'intitulé du comité central et ses attributions dans le règlement intérieur, afin de ne pas retirer les siennes à la sous-commission de la CME.

V. Révision des effectifs de PH pour 2011, méthode, cadrage

Le Président rappelle que la révision des effectifs de PH pour 2011 est un temps fort de la CME. Comme chaque année, il faut travailler avec méthode et cadrage, en menant une réflexion prioritairement médicale. La pertinence du candidat et du poste doivent être pris en compte dans les décisions de maintien, de redistribution et d'autofinancement. En termes de méthodologie, l'analyse porte d'abord sur les postes libérés par des démissions ou départs à la retraite, afin de décider de leur maintien dans les structures et du recrutement éventuel d'un remplaçant, puis sur les postes à redistribuer. Sont ensuite examinées les demandes des GH et les contreparties financières qu'ils proposent pour trouver l'adéquation entre les besoins médicaux et les contraintes économiques. Le Président rappelle que la plupart des candidats se préparent depuis plusieurs années à ces postes. Il faut donc faire preuve de prudence dans les décisions de suppression pour éviter de perdre des médecins de qualité. Le Président appelle à élaborer une révision des effectifs ambitieuse, mais également respectueuse des contraintes de l'AP-HP.

M. HUBIN précise que les demandes de création de postes seront analysées prochainement en groupe de travail restreint. Les demandes de création de postes et du résultat global de la révision des effectifs de PH 2011 seront présentées au bureau élargi, puis à la CME du 7 décembre 2010.

La révision des effectifs suit plusieurs principes directeurs :

- un véritable classement des demandes quelles que soient leur nature ou l'origine de leur financement (tout maintien est analysé comme le serait une création par souci d'équité entre les établissements) ;
- le niveau des reprises de postes conditionne le niveau des créations (création par redéploiement institutionnel de moyens) et le niveau de participation de la procédure de révision au plan de convergence (les postes devenus vacants n'ont pas nécessairement vocation à être maintenus) ;
- la prise en compte de la situation financière globale de l'hôpital dans l'appréciation des demandes (logique T2A), dont les dépenses de la permanence des soins au regard des objectifs d'économies assignés pour 2010 ;
- l'appréciation favorable des demandes de maintien en vue d'un redéploiement interne hôpital ou GH dans une logique de développement d'activité ;
- la prise en compte du plafond d'emplois et d'une contrainte en masse salariale telle que fixée dans le PGFP du plan stratégique (rendre des postes et de la masse salariale) ;
- le respect systématique des demandes de retours d'emprunts CME ;
- le respect des engagements et des rendus de l'année 2010 ;
- la possibilité réaffirmée d'un rejet d'une demande de création même totalement autofinancée / valeur du projet, du candidat / situation financière site ;
- la prise en compte des décalages sur les économies de permanence des soins.

La grille d'analyse des demandes tient compte de :

- la cohérence du projet / orientations stratégiques du GH ;
- la prévision d'activité quantifiée le plus précisément possible et impact ;

- le prévisionnel sur le compte de résultat du site ;
- la valeur professionnelle du candidat ;
- la situation démographique de la discipline ;
- la production régulière des tableaux mensuels de service ;
- l'analyse de la performance médico-économique de la structure.

A ce jour, sont recensées 184 demandes de maintien de postes de PH temps plein, ce qui représente une masse salariale d'environ 20 millions d'euros, et 29 demandes de maintien de postes de PH temps partiel, ce qui représente une masse salariale d'environ 1,6 million d'euros, soit 201,4 ETP contre 152,5 en 2009.

Pour les demandes de création de postes autofinancées, sont recensées 54 demandes de création de postes de PH temps plein et 29 demandes de création de postes de PH temps partiel, soit 71,4 ETP contre 98,5 ETP en 2009.

Pour les autres créations de postes, sont recensées 51 demandes de postes de PH temps plein partiellement ou pas financées, 7 demandes de postes de PH temps partiel partiellement ou pas financées et 6 demandes de postes de PH temps plein par retours d'emprunt, soit 61,2 ETP contre 95,5 ETP en 2009.

Pour finir, M. HUBIN présente l'évolution du nombre de PH à l'APHP depuis 5 ans. Les chiffres correspondent aux PH payés au 31 décembre de chaque année ; ces chiffres sont issus du bilan social. M.HUBIN attire l'attention sur le fait que le nombre de PH au 31 décembre de l'année est différent du nombre de postes publiés au titre de la révision des effectifs de l'année en cours du fait du turn-over, d'écarts entre postes et effectifs payés...). Néanmoins, depuis 2005, on dénombre 500 postes de PH supplémentaires. En contrepartie, le nombre de praticiens contractuels a baissé.

Le Président remercie M. HUBIN pour ce cadrage, qui servira de base à une révision des effectifs prioritairement fondée sur une analyse médicalisée.

Mme DEGOS demande quelle part revient aux maladies rares dans la croissance du nombre de postes de PH et quand a lieu l'évaluation des centres maladies rares.

M. HUBIN répond que les postes créés pour les centres maladie rares ne constituent pas la majorité des 500 postes de PH supplémentaires ; quant à l'évaluation, M. LYON-CAEN précise que celle-ci tous les 5 ans. Comme les premiers centres se sont constitués il y a 5 ans, les premières évaluations ont commencé. M. LYON-CAEN n'a pas connaissance de centres qui n'auraient pas été confirmés après leur évaluation en Ile-de-France. M.LYON-CAEN pense que les postes de PH créés pour les centres maladies rares ne devraient pas être soumis aux contraintes pesant sur la révision des effectifs puisque par définition, les crédits obtenus pour ces centres sous la forme de financements fléchés doivent être mis en œuvre indépendamment de la situation financière des hôpitaux.

M. CAPRON note que le groupe de travail restreint inclut Monsieur Fournier, nommé depuis au poste de directeur de la politique médicale. Il propose de le remplacer par Monsieur Chéron.

Le Président en prend note. Il précise que Monsieur Fournier participera au groupe de travail en tant que DPM dont l'objectif est de procéder à une première lecture à titre de toilettage. Son rôle est uniquement technique.

M. FOURNIER souligne que la trajectoire d'activité des structures pèse également dans les demandes de maintien.

M. HUBIN répond que ce point est identifié. Le ratio d'activité est celui de 2009, mais si des données sur 2010 peuvent être obtenues, elles seront prises en compte.

M. FOURNIER s'enquiert du poids des internes dans la partie dépenses.

M. HUBIN répond qu'à ce jour, il n'a pas de vision claire du nombre d'internes programmés pour le prochain semestre. Le numerus clausus augmentant, les dépenses devraient augmenter également.

M. LYON-CAEN observe que les chiffres des retraits d'emplois des praticiens hospitaliers n'ont pas été évoqués. Il demande si ce point est reporté à la prochaine CME.

Le Président répond que la révision des effectifs doit être médicalisée et suivre une méthodologie claire, rappelée en début de ce point. Il convient d'étudier préalablement les dépenses des gardes médicales et astreintes. Ensuite seulement, il sera possible de répondre à cette question.

M. LYON-CAEN rappelle qu'au bureau de la CME, a été avancée l'hypothèse d'un retrait de 140 postes de praticiens hospitaliers, il demande si ce chiffre est maintenu.

Le Président explique que la révision des effectifs des postes de PH doit être portée par une réflexion médicale et que l'EPRD 2011, qui conditionne les dépenses en temps médical, doit être élaboré de manière prospective. C'est à ces conditions qu'il sera possible de connaître l'enveloppe du temps médical et sa répartition. Il convient préalablement d'analyser les dépenses de personnel médical actuelles et celles de 2011. Pour autant, le Président refuse que le nombre de PH soit une variable d'ajustement du temps médical. Il considère en revanche que la permanence des soins peut en être une.

M. LYON-CAEN partage l'idée selon laquelle il est possible de réduire le temps médical par d'autres moyens que le nombre de PH. Il n'en demeure pas moins un problème de méthode, puisqu'une réunion de bureau de la CME s'est tenue il y a quinze jours, au cours de laquelle une Direction a annoncé un retrait de 140 emplois de PU-PH. Or aujourd'hui, le Président Coriat annonce une autre procédure.

Le Président répond que le chiffre de 140 résultait d'une opération arithmétique, consistant à déclinier une masse salariale retirée, divisée par le coût d'un PH. Il réaffirme qu'afficher un nombre de retrait d'emplois comme objectif n'est pas une bonne méthode. Un groupe de travail est chargé d'analyser les postes vacants et les demandes, dont le seul critère sera la qualité médicale des candidats et la pertinence médicale des postes. Le Président réaffirme qu'il est possible de mobiliser des réserves importantes sur la permanence des soins.

M. VALLEUR rappelle que sur les 14 millions d'euros à rendre sur le budget du personnel médical, 4 millions font partie d'une dette liée à la permanence des soins. Il semble donc risqué de concentrer les efforts sur cette dernière, en sachant que l'effort de l'année précédente a abouti à un surcoût de 1 million d'euros.

Le Président réaffirme que la permanence des soins demeure la principale variable d'ajustement. Si l'AP-HP ne s'en charge pas, l'ARS le fera. Les erreurs de l'an passé ne seront pas reconduites. Les réserves de la permanence des soins seront mobilisées pour sauver les postes de PH.

Dans un contexte contraint, **M. FAYE** demande à quel niveau se situent les règles budgétaires et combien de pertes de postes elles induisent en 2011. Il souhaite savoir comment se fera la révision des effectifs et sur quelle base de reprise d'emplois.

Le Président précise que la réponse apportée sera exprimée en euros et non en nombre de postes. Il suggère de réfléchir de façon médicalisée. Pour répondre à ces questions, il faut laisser M. HUBIN présenter le point suivant de l'ordre du jour.

M. MUSSET rappelle que l'AP-HP a abouti à un excédent de dépenses de 1 million d'euros en 2009 sur la permanence des soins alors qu'elle s'était engagée à en rendre 4 millions. Si le retrait des lignes budgétaires des gardes restituées, voté unanimement par la CME, avait été appliqué, l'excédent des dépenses n'aurait pas été constaté. Le maintien de ces lignes budgétaires mérite une explication.

VI. Point sur les dépenses de personnel médical : TPER et indemnisation de la permanence des soins

M. HUBIN indique qu'à ce jour, le plafond d'emploi est respecté, puisqu'on dénombre 8 956 ETPR pour un plafond de 8 954 ETPR. Il convient cependant de rester attentif, le dernier trimestre de l'année risquant d'entraîner des dérives. La situation reste stable entre fin août et fin septembre, mais varie selon les GH. En termes d'ETPR moyens, une dégradation générale est observée : les avances tendent à se réduire et les dépassements, à se creuser. L'écart moyen de -83,97 est passé à -67,95.

S'agissant de la permanence des soins, le niveau des dépenses tous postes confondus est passé de -410 000 euros à -734 000 euros entre fin août 2010 et fin septembre 2010, par rapport aux mois correspondant en 2009. Si la baisse des dépenses s'accélère, elle n'en demeure pas moins insuffisante. Sans tenir compte d'une accélération supplémentaire du rythme des économies, le dépassement prévisionnel des dépenses par rapport aux crédits notifiés à fin 2010 serait de 4,255 millions d'euros. Une accélération des économies au dernier trimestre est indispensable. Selon les postes de dépenses, les variations entre 2009 et 2010 diffèrent. Le total des dépenses de gardes et astreintes est de -910 000 euros mais les dépenses de plages additionnelles restent supérieures en 2010 à celle de 2009.

L'effort sur les astreintes, dont le coût moyen d'indemnisation est de 1 000 euros par mois à l'APHP, doit être poursuivi. Un travail est en cours sur les astreintes dont le coût s'écarte nettement de la moyenne.

Prochainement, sera envoyée aux GH une base de données permettant l'analyse fine des dépenses de PDS par spécialité et type de dispositifs. A la prochaine CCOPS seront invités les consultants missionnés sur l'analyse des dispositifs de la PDS dans certaines spécialités.

Le Président prend note de la proposition de **M. MUSSET** qui recommande d'ajouter un radiologue dans la liste des consultants missionnés sur l'analyse des dispositifs de la PDS et suggère le nom du Professeur Marsault.

M. LACAU-ST-GUILY aurait souhaité que la problématique du personnel non médical soit davantage intégrée aux réflexions. Segmenter la réflexion sur les gardes et astreintes et le personnel médical sans intégrer cette dimension ne saurait aboutir.

Le Président propose à la Directrice générale d'apporter un éclairage financier sur le sujet.

Sur la méthode, **la Directrice générale** partage l'idée selon laquelle il ne faut pas découper la réflexion. S'appuyer sur des projets médicalement justifiés est extrêmement important pour réfléchir sur un niveau d'activité. Il doit y avoir une cohérence entre les ressources, l'équipement, le personnel médical et le personnel non médical. Elle constate que la CME prête une grande attention au personnel non médical et au projet médical global : cette attention doit être maintenue.

Sur le cadrage, les chiffres annoncés d'économie sur le personnel sont de 10 millions d'euros, auxquels s'ajoutent 4 millions d'euros non repris en 2010 sur la permanence des soins. L'EPRD 2011 serait donc à élaborer sur la base d'un effort sur les dépenses de 14 millions d'euros. Il importe d'anticiper le plus possible l'EPRD 2011 pour éviter les notifications tardives. Quant aux recettes, l'attention de la communauté médicale doit être attirée sur le fait qu'elles résultent de la capacité à tenir l'activité et à maîtriser les charges. Le dérapage du chiffre d'affaires dans l'année ne pourra qu'entraîner un creusement du déficit. Il faut aussi réfléchir aux solutions de rattrapage dans ce type de situation.

En conclusion, la réflexion doit s'appuyer sur des projets médicaux, en analysant les trois composantes que sont le personnel médical, la permanence des soins et les praticiens attachés. Le résultat de cette analyse donnera un nombre de PH. C'est un résultat et non une entrée, l'entrée étant le cadrage financier.

Mme MARCHAND, qui représente les praticiens attachés, rappelle que la CME s'est battue pour que ces derniers ne soient pas la variable d'ajustement.

M. LYON-CAEN note que la Directrice générale part d'une réflexion sur le niveau d'activité. Il rappelle qu'entrent en compte également les recettes engendrées par l'activité, contraintes par la convergence, ainsi que les décrochages entre l'augmentation de l'activité et celle des recettes. Les activités ne sont pas toutes rentables. Ce sujet doit être mis en débat : des activités doivent être maintenues sans pour autant renvoyer à des espérances de recettes.

Concernant le retard de l'EPRD qu'évoque la Directrice générale, **M. LYON-CAEN** précise que cette politique est imposée par des instances et non par la CME et la précédente direction générale.

S'agissant des économies sur le personnel médical, il rappelle que selon les chiffres de l'ONDAM, une croissance de 2 % constitue l'hypothèse la plus optimiste. Le déficit est ainsi programmé. Il faut en tenir compte dans les réflexions, plutôt que de tableur sur l'augmentation des recettes.

M. CAPRON recommande de veiller à la qualité du recouvrement des sommes dues à l'AP-HP. Le rapport de la Cour des comptes annonce 10 à 15 % d'évaporation entre la facture et ce qui est effectivement payé. Sachant que la facture globale est de 5 milliards d'euros, la perte serait de 500 millions d'euros. Il semble donc plus important d'insister sur ce point que de supprimer des postes de médecin.

M. LACAU-ST-GUILY souligne qu'une activité peut ne pas être rentable pour plusieurs raisons. Ce peut être le cas d'une activité nécessaire mais mal rémunérée et des services rendus à des

populations non solvables ou dont la co-morbidité est importante et nécessite une prise en charge à l'hôpital. Il est donc impossible de choisir les activités en fonction du seul critère de la rentabilité. La spécificité de l'hôpital est de prendre en charge les activités qui ne sont pas rentables. La dimension non marchande de l'hôpital public doit être rappelée.

M. FAYE partage ces propos qui renvoient au principe de solidarité. Il insiste également sur l'équité, qui doit être considérée comme une valeur : la réalité du terrain doit être prise en compte.

Mme GIRARD souligne que l'ophtalmologie est considérée comme une spécialité rentable, mais contient également des niches non rentables, qui n'en doivent pas moins être maintenues. Il importe que l'hôpital public, qui remplit une mission à la fois universitaire et sociale, continue à servir les populations qui l'entourent et reste un hôpital de proximité.

La Directrice générale répond qu'il faut se battre sur tous les fronts, dont le niveau d'activité. Cela consiste à se faire connaître, à donner envie aux patients de venir à l'AP-HP, à recouvrer les factures, etc. Tous les sujets doivent être traités. Sur la rémunération des actes, la Direction défend en permanence le point de vue de l'AP-HP. Il importe pour cela de documenter ses positions et d'argumenter concrètement le discours général de l'Institution. Il existe par ailleurs un débat politique sur le rôle de l'hôpital public. Son ambition est que l'AP-HP soit leader dans le domaine, ce qui signifie être à l'offensive. Le sujet des charges demande de l'équité et une contribution de chacun. Il faut être attentif au fait que chaque élément doit être analysé et faire l'objet d'actions.

M. LACAU-ST-GUILY compte sur la Directrice Générale pour défendre la place de l'hôpital public.

M. FAYE souligne que la fierté de l'AP-HP réside dans la mixité sociale de ses patients. C'est une spécificité qu'il tient à conserver.

VII. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2011

M. HUBIN indique avoir remis à la CME des informations sur :

- la consolidation des demandes faites à l'AP-HP ;
- les demandes déposées par les UFR ;
- le classement par UFR émanant des CCM après les conférences hospitalo-universitaires de juin.

Le Président propose que seules les situations non concordantes soient étudiées en séance.

A l'Université Paris V, deux postes n'ont pas été retenus par l'UFR, l'un pour l'HEGP en anatomie et cytologie pathologiques, l'autre pour Corentin Celton, en médecine légale et droit de la santé.

Pour l'anatomie pathologique, **M. BERCHE** explique que le Conseil a estimé que le projet universitaire était en inadéquation avec le projet de cancérologie, qui représente 80% de l'activité d'anatomie-pathologique de l'HEGP. Il a été donc proposé au candidat de se présenter à l'Hôpital Necker où se fait aujourd'hui l'essentiel de la pathologie rénale.

Concernant l'hépatologie sur le GHU Ouest, le candidat est moins bien classé par le CCM de l'hôpital Cochin mais le Conseil estime qu'il doit être recruté rapidement et prioritairement par

rapport aux autres, au regard de la qualité de son dossier. Il rappelle par ailleurs que le GHU Ouest ne comprend qu'un seul service d'hépatologie.

Quant au candidat de la médecine légale, le Conseil souhaite vivement le recruter, mais ne pouvait donner suite à sa demande cette année. M. BERCHE annonce son intention de créer un département de médecine légale et universitaire, pour lequel il s'est engagé par écrit à recruter ce candidat.

Concernant la position du CCM de l'hôpital Cochin, M. WEILL explique que le service d'hépatologie qui comporte 16 lits, est bien pourvu en personnel universitaire et hospitalier. Ce n'est pas la valeur du candidat, mais l'effectif du service qui a conduit la commission des effectifs et le CCM à ne pas le classer dans les premiers. En revanche, le CCM de Cochin a classé l'ophtalmologiste en deuxième position en raison de la forte activité du service sur le site, en constante augmentation, et du départ en retraite imminent de trois HU dans cette discipline sur le GH.

M. HUBIN signale qu'une demande déposée à l'université Paris V pour l'hôpital Saint-Joseph est restée sans suite.

M. BERCHE indique que cette demande en réanimation médicale ne pose pas problème pour l'Université. Le candidat a été nommé MCU-PH en réanimation médicale il y a deux ans, pour qu'il soit promu PU-PH. Par ailleurs, un accord avec l'hôpital Saint-Joseph a été signé entre l'AP-HP et l'Université pour la mutation d'un PU-PH d'oncologie pneumologique à St Joseph.

M. HUBIN fait ensuite part de divergences pour Paris VII : quatre postes demandés par l'AP-HP n'ont pas été retenus par l'UFR, dont un PUPH devenant MCU-PH, et trois PUPH, dont un en ophtalmologie et un en cardiologie à Lariboisière et un en pédiatrie pour Robert Debré. La CME soutient la candidature de ces collègues.

M. SCHLEMMER fait part de l'absence de divergences sur le fond. Le fait est que les CCM des GH ont déposé des demandes excédant le nombre d'emplois disponibles. Les candidats proposés dans des disciplines où il y a des besoins devraient être nommés à brève échéance.

M. HUBIN fait part de deux demandes de postes de PUPH non retenus par l'UFR de Paris XIII, l'un en médecine d'Urgence et l'autre en Rhumatologie pour Avicenne. A l'Université de Paris XI, un poste n'a pas été retenu par l'UFR en radiologie et imagerie médicale pour l'hôpital Antoine Béchère et un poste en bio-statistiques, informatique médicale et technologies de la communication pour Paul Brousse.

Le Président pose par ailleurs la problématique de Paris XII : une demande de poste en chirurgie cardiaque a été déposée, mais la direction de l'ARS maintient sa demande de fermeture d'un des quatre centres de chirurgie cardiaque de l'AP-HP. Pour faire ce choix, il convient d'établir une méthodologie claire et de trouver une démarche consensuelle avec ces quatre centres. En outre, le CNU chirurgical émet pour l'instant des réserves quant à l'acceptabilité du candidat. La Direction générale est impliquée dans cette réflexion.

Le Président rappelle également son souhait d'avancer rapidement dans la réflexion sur les activités supra-GH, avec la DPM et la Direction générale de l'AP-HP, en raison notamment de la difficulté des centres de neuroradiologie à assurer la permanence des soins devant la fragilité de leurs effectifs médicaux. Les dossiers de la pédiatrie spécialisée et de la chirurgie cardiaque de l'hôpital Henri Mondor doivent également être ré-ouverts.

M. HUBIN signale deux difficultés en odontologie : d'une part, la non-transmission à l'APHP d'une demande de poste PU-PH à l'Université Paris VII, d'autre part, la difficulté pour l'hôpital Rothschild à assumer le coût de deux transformations de postes de MCU-PH temps partiel en temps plein, bien que la DPM insiste sur le principe de transformation des temps partiel en temps plein.

Le Président signale qu'il est urgent de réfléchir à la structuration de l'hôpital Rothschild, qui pose un problème d'ensemble de projet médical et de transfert d'activités. La CME est à la disposition de la DPM pour avancer sur ce sujet.

M. LACAU-ST-GUILY rappelle qu'il est impératif de ne pas limiter le projet médical de l'hôpital Rothschild à un projet gériatrique. Il est essentiel de rediscuter de la prise en charge des patients de l'est parisien sans se cantonner à ce projet, en incluant par exemple l'aval des urgences et les inter-cures dans les traitements aigus.

VIII. Evolution des comptes d'exploitation et des dotations MIGAC/MERRI à l'AP-HP de 2007 à 2010

M. SAUVAGE rappelle que les MIGAC ne concernent que le secteur MCO et sont liés à la mise en œuvre d'un certain nombre de missions (service public, priorités nationales, qualité des soins, etc.). Le niveau de MIGAC est mentionné dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS.

Trois catégories de missions se distinguent :

- **MERRI :**

L'enveloppe MERRI se décompose en trois paquets : les MERRI fixes, modulables et variables. La mise en œuvre de la réforme des MERRI est pilotée directement par le Ministère.

- **MIG :**

L'enveloppe MIG contient des financements pour les missions de vigilance, de veille et d'expertise, de télémedecine, pour les équipes mobiles, les actions de prévention, interventions pluridisciplinaires, SAMU-SMUR, DPI, permanence des soins et précarité. L'évolution MIGAC est fixée spécifiquement chaque année au sein de l'ONDAM.

- **AC (aide à la contractualisation) :**

L'enveloppe AC finance les surcoûts liés aux investissements, les mesures spécifiques de personnel et l'accompagnement non fléché.

Les montants financiers des MIGAC/MERRI à l'AP-HP sont estimés à 746 millions d'euros en 2010, soit une augmentation de près de dix millions d'euros, tirée par les MERRI modulables et variables. La tendance est à la baisse pour les MIG et les AC, mais le total des MIGAC reste stable, à raison d'une légère augmentation de 1 million d'euros. L'évolution pluriannuelle des MIGAC témoigne d'une augmentation très forte de 2007 à 2009, avec une stabilité depuis 2009. Le passage de 2008 à 2009 est marqué par le retrait de la partie précarité et PDSH des tarifs pour être inclus en MIG. La croissance des MIGAC de l'AP-HP est essentiellement liée à l'évolution du système de tarification de l'activité. La part des MERRI fixes est stable, tandis que la part des MERRI modulables est en hausse avec un effet prix, de même que la part variable. Est à noter la baisse de certains MERRI liés à des activités non reproductibles (fin de programmes hospitaliers de

recherche cliniques, STIC). Les MIG sont en légère diminution (2 millions d'euros), en raison de la réfaction des MIG. Sur les AC, une diminution de 3,8 millions d'euros est observée, en raison également de la réfaction.

La ventilation de l'enveloppe MIGAC entre les GH et l'AP-HP se fait pour les MIG sur la base d'un socle datant de 2004 et d'une application fléchée par MIG datant de 2005. Le caractère très historique de cette ventilation impliquera un travail d'amélioration de la répartition des MIG entre établissements hospitaliers. Sur l'enveloppe MERRI, des indicateurs précis sont fixés par le Ministère, qui conduisent à appliquer les règles nationales aux GH.

S'agissant des perspectives d'évolution, le modèle des MERRI devrait continuer à évoluer, avec un accent mis notamment sur les brevets. Pour les MIG, la question principale est celle de la poursuite ou non du redéploiement régional. Pour défendre la position de l'AP-HP, un travail de recensement des activités pouvant relever des MIG mais n'étant pas dotées comme telles et des ressources et coûts mobilisés pour les MIG est actuellement mené. Pour les AC, le risque majeur réside également dans la poursuite du redéploiement régional. L'AP-HP participe par ailleurs aux réflexions nationales sur l'identification des MIGAC SSR.

M. GARABEDIAN appelle de ses vœux une répartition équitable des MIGAC. Il craint par ailleurs que la diminution générale des MIGAC ne réduise la capacité de l'AP-HP à contractualiser ses projets de recherches cliniques et ses publications. Il demande donc à M. Sauvage s'il a des précisions sur les perspectives d'évolution 2011.

M. SAUVAGE ne peut répondre à cette question. La péréquation est contestable, dans la mesure où elle a été menée sur des bases démographiques. S'agissant des PHRC, qui sont non-reconductibles, il est normal que le financement qui leur est lié disparaisse, ce qui n'empêche pas de gagner de nouveaux projets. Le solde en 2010 était ainsi positif. Quant au travail de révision de la répartition des MIG entre les GH et l'AP-HP, il a été mené avec les GH dans une recherche de cohérence, en s'alignant sur les directives ministérielles.

M. FAYE note l'annonce d'une diminution des recettes, alors que M. Sauvage a précédemment affirmé qu'un jeu de compensation permettrait de dépasser les prévisions relatives au montant des MIGAC de 20 millions d'euros. Il lui demande donc de préciser ce point. Rappelant par ailleurs que l'AP-HP est un centre d'innovation, il demande un point d'avancement sur la réflexion portant sur la valorisation des activités innovantes et suggère de la relancer si nécessaire.

M. SAUVAGE explique avoir annoncé une réfaction de 27 millions d'euros, mais des effets supplémentaires d'environ 20 millions d'euros, ce qui permet une compensation finale. Sur le deuxième sujet, un groupe de travail est en cours.

IX. Information sur le rapport d'étape annuelle 2009 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Île-de-France (C-BUS)

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS rappelle que le CBUS, signé avec l'ARS et l'Assurance maladie, est obligatoire et en place depuis 2006. Il y a un seul contrat pour l'AP-HP qui obtient en 2010 le score de 85,9/100. La DPM et le comité de pilotage synthétisent les données fournies par les hôpitaux dans le rapport d'étape de l'Institution. S'ouvre ensuite une période de négociation du taux de remboursement. Pour 2010, plusieurs constats peuvent être faits.

En ce qui concerne le circuit des médicaments, on peut noter les points suivants :

Points forts :

- mise en place d'un support unique pour la prescription et l'administration ;
- des prescriptions datées et signées comportant la totalité du traitement
- un accès facile pour les prescripteurs aux référentiels de juste prescription notamment grâce à leur intégration dans les logiciels de prescription.

Points en évolution :

- l'analyse pharmaceutique des prescriptions ;
- la centralisation sous responsabilité pharmaceutique de la préparation des chimiothérapies ;
- l'informatisation de la prescription;
- le suivi et l'analyse des prescriptions.

Points à améliorer :

- la traçabilité des différents actes réalisés autour du médicament dans le dossier patient ;
- la dispensation nominative ;
- l'enregistrement informatisé des administrations.

Le circuit des DMI est quant à lui beaucoup moins bien sécurisé. Si le suivi des actes de cardiologie interventionnelle grâce au registre **CARDIO ARHIF** constitue un point fort de l'institution, l'effort doit porter sur la traçabilité du circuit complet des DMI et des implantations dans le dossier du patient ainsi que sur l'analyse des consommations et des pratiques.

En termes de communication, un effort a été fait en 2010 sur les objectifs et sur le contenu du **CBUS**, ainsi que sur l'évolution de la sécurisation des circuits. Sur le bon usage, des recommandations nationales ou locales ont été élaborées et diffusées et les pratiques de prescription ont fait l'objet de différentes analyses. Sur la gestion des risques, le signalement des erreurs médicamenteuses est plus fréquent et les retours d'expérience se mettent en place.

Des contrôles sur le respect de nos engagements sont prévus par le décret de 2005 et un score inférieur à 80 peut entraîner des sanctions. Une facturation non-conforme peut également entraîner une récupération d'indus et la baisse du taux de remboursement des produits de santé pris en charge en sus des GHS. La loi de financement de la sécurité sociale 2009 impose par ailleurs de maîtriser les dépenses de ces produits de santé. Enfin, une circulaire en attente de publication encadrera les plus gros contributeurs (dont fait partie l'AP-HP) avec possibilité de récupération d'indus.

En conclusion, le niveau de sécurisation des circuits des médicaments et des dispositifs médicaux implantables s'améliore de façon continue depuis quatre ans. Cependant, il n'est toujours pas optimum et peut être amélioré en tenant compte du contexte actuel, marqué notamment par le renforcement des liens avec la certification (HAS), la mise en place de l'ARS et le renforcement des contrôles. En intra-AP-HP, la montée en charge du NSI et son déploiement (fin de déploiement du NSI gestion et début du déploiement pour le NSI patient dès 2011) est un élément clé de cette réflexion (même s'il n'est pas le seul) ainsi que la création des GH.

Enfin, il faut noter les pistes d'amélioration proposées dans le rapport publié en juillet 2010 par les conseillers généraux des établissements de santé sur la sécurisation du circuit du médicament à l'AP-HP avec trois priorités :

- faciliter et sécuriser le travail de chacun ;
- optimiser les organisations et les ressources existantes ;
- renforcer la collaboration des différents acteurs notamment médico-pharmaceutique.

Pour ce faire, le pilotage institutionnel autour de toutes ces réflexions doit prendre en compte les acteurs de terrain et ceux du siège.

Mme VASSEUR précise que la collaboration doit être renforcée sur le plan médico-pharmaceutique mais aussi soignant, l'infirmière restant le maillon ultime de l'administration médicamenteuse.

X. Présentation du compte financier unique 2009

M. SAUVAGE précise que la certification des comptes conduit à modifier des écritures comptables. En 2009, la valorisation de l'activité est bonne, après correction des effets de périmètre et de bascule et sous l'effet du passage à la V11, qui compense la baisse de recettes due au coefficient de transition de la convergence intrasectorielle. Une évolution favorable des recettes est à noter sur la permanence des soins. Le titre II progresse également. En revanche, le titre III est en forte baisse, en raison des reprises sur provisions de l'année 2008 et de la modification des écritures comptables. Les charges sont globalement maîtrisées en 2009. Abstraction faite des CET monétisés en 2008, l'augmentation des charges de personnel est de 0,46 %. Le titre 4 est responsable de la majeure partie de la progression des charges.

Parmi les comptes de résultats annexes 2009, le déficit de l'USLD est préoccupant. En revanche, une forte hausse des capacités d'autofinancement est à noter par rapport à 2008, avec un passage de 256 millions d'euros à 328 millions d'euros. La marge brute d'exploitation augmente mais de manière insuffisante pour couvrir les charges d'amortissement. Les investissements en 2009 sont en hausse de 5 % par rapport à 2008 et le remboursement de la dette est en nette diminution : il rejoint le rythme annuel de 80 millions d'euros. Dans ce contexte, l'essentiel du besoin de financement est couvert par le recours à l'emprunt malgré les cessions, les subventions et la capacité d'autofinancement. La dette progresse de 302 millions d'euros, avec un taux moyen d'intérêt de 2,9 %.

Pour conclure, l'exercice 2009 est contrasté. Les indicateurs financiers sont en nette amélioration, les recettes sont en hausse et les dépenses sont maîtrisées. Cependant, la dette augmente fortement et la structure bilantielle se dégrade.

M. CAPRON demande des précisions sur les créances non recouvrées.

M. SAUVAGE répond que les créances non recouvrées représentent une somme significative de près de 50 millions d'euros. Un travail important est fourni pour les recouvrer et en diminuer le nombre à l'avenir. La facturation fait également l'objet d'un travail important. La mise en place de SAP devrait aider. Le problème est que cela n'aura pas d'impact direct puisque seront ainsi soldées des créances dues depuis plusieurs années. Les créances irrécouvrables concernent essentiellement les créances hors Assurance maladie.

Le Président a le sentiment qu'un nombre considérable d'emplois soignants ont été perdus en 2009. Il note par ailleurs que la convergence intrasectorielle serait compensée par la V11, avec une activité correcte, mais sans amélioration de la structure bilantielle finale. Ce n'est guère motivant.

M. SAUVAGE répond que la structure bilantielle se dégrade essentiellement sous l'effet de l'investissement. L'exercice 2009 est contrasté, il en retient l'amélioration de certains indicateurs, dont la CAF. La comparaison avec l'année 2008 ne doit pas tromper : le résultat 2009 est un bon résultat. Concernant les emplois, l'effort a principalement porté sur les emplois non permanents, ce qui a pu peser sur le ressenti des équipes pendant la période d'ajustement. En 2010, le niveau des emplois non permanents resterait stable, les organisations s'étant ajustées.

M. LACAU-ST-GUILY recommande de porter le débat plus loin : la dégradation structurelle du nombre de personnels non médicaux est un fait, les emplois vacants n'étant pas pourvus et les personnels soignants étant remplacés par des CDD. Les ajustements sont impossibles dans ces conditions.

M. SAUVAGE l'invite à se reporter aux documents du bilan des effectifs 2009 et explique qu'en 2009, s'est produite une diminution significative des emplois de remplacement par rapport aux emplois permanents.

M. LACAU-ST-GUILY a le sentiment d'un dialogue de sourd entre la commission et le reste de la communauté. Tant que les ajustements structurels visant à concentrer les moyens pour assurer l'offre de soins ne sont pas mis en œuvre, des difficultés majeures se posent, quels que soient les documents d'information remis à la CME.

XI. Information sur la rencontre du siège avec la Haute Autorité de Santé (le 10 décembre 2010)

Ce point est reporté à la prochaine CME.

XII. La prévention des infections nosocomiales à l'AP-HP

Mme FOURNIER rappelle le champ d'activité de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) du siège de l'AP-HP :

- proposition et mise en œuvre des actions au CLIN central ;
- élaboration et analyse des indicateurs propres à l'AP-HP ;
- gestion des alertes et signalements des infections nosocomiales.

L'EOH est rattachée à la DPM et interagit avec les directions fonctionnelles du Siège (DAJDP, DITMS, DPFLL, Communication interne, AGEPS, médecine du travail, etc.), le CCLIN Paris Nord et l'ARS. L'EOH est en relation étroite avec les EOH des sites pour la gestion des alertes, la mise en place de la politique du CLIN central, le recueil et l'analyse des indicateurs.

M. JARLIER cite ensuite des exemples de programmes de prévention des infections nosocomiales. L'ouverture de l'HEGP s'était accompagnée d'une épidémie de légionellose nosocomiale. Un plan de formation pluridisciplinaire avait été mis en place, complété par un

indicateur institutionnel de moyens, la surveillance des réseaux d'eau et des cas de légionellose nosocomiale, ainsi que des échanges réguliers entre l'EOH et les services techniques. Ces dispositions ont permis des progrès mais une épidémie s'est encore produite en 2007.

La campagne « Préserver l'efficacité des antibiotiques », par ailleurs, a permis d'obtenir une diminution de 15 % de la consommation, pour atteindre un niveau qui reste néanmoins bien supérieur à la moyenne des pays européens. Il faudrait diminuer encore la consommation des antibiotiques à l'AP-HP. La campagne est donc relancée en 2011.

Les campagnes de lutte contre les épidémies de bactéries multi-résistantes (BMR), lancées à l'AP-HP en 1993, ont donné lieu à des programmes repris par le Ministère de la Santé. Elles entraînent une diminution de plus de la moitié des SARM à l'AP-HP. Cependant, l'incidence des entérobactéries multirésistantes (BLSE) risque de continuer à augmenter et à entraîner la consommation des antibiotiques et notamment des carbapénèmes. La Grèce et Israël sont confrontés à des difficultés majeures en la matière et il n'existe pas d'alternative thérapeutique en préparation dans les laboratoires. Il faut donc gérer la vie hospitalière sans nouveaux antibiotiques en perspective.

Mme FOURNIER fait ensuite le point sur les indicateurs nationaux et sur ceux de l'AP-HP, dont font partie la couverture vaccinale des personnels contre la grippe saisonnière et celle des patients hospitalisés en soins de longue durée. Les indicateurs sont diffusés au public par des affiches et un site Internet qui a ouvert en octobre 2010 : <http://qualite-securite.aphp.fr> .

M. JARLIER précise que des alertes récentes ont mobilisé l'EOH du Siège, notamment une épidémie d'aspergilloses à Necker en 2007, des épidémies de grippe nosocomiale A H1N1, une épidémie de tuberculose à Bicêtre. Chaque année, une centaine d'alertes sont envoyées aux autorités sanitaires (ARS, CCLIN). L'EOH du Siège soutient les EOH locales, participe aux réunions avec les directions et le CCLIN, etc. Ce travail permet d'anticiper les crises à venir.

XIII. Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2010

Ce point est reporté à la prochaine CME.

XIV. Avis sur des contrats d'activité libérale

M. HUBIN précise que les contrats d'activité libérale présentés ce jour à la CME ont tous reçu un avis favorable de la CTEM.

Les contrats d'activité libérale présentés à la CME du 12 octobre 2010 sont approuvés à la majorité. Deux membres de la CME ne prennent pas part au vote.

XV. Approbation du compte rendu de la séance du 6 juillet 2010

L'approbation du compte-rendu de la séance du 6 juillet 2010 est reportée.

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 13 heures 20.

ANNEXES

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 12 OCTOBRE 2010**

POUR APPROBATION

SOMMAIRE

I.	Information du Président de la CME	6
II.	Allocution de Madame la Directrice générale	8
III.	Avis sur le règlement intérieur de l'AP-HP dans le cadre de la loi HPST	10
IV.	Avis sur le règlement intérieur de la CME et des CME locales dans le cadre de la loi HPST	14
V.	Révision des effectifs de PH pour 2011, méthode, cadrage	18
VI.	Point sur les dépenses de personnel médical : TPER et indemnisation de la permanence des soins	21
VII.	Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2011	23
VIII.	Evolution des comptes d'exploitation et des dotations MIGAC/MERRI à l'AP-HP de 2007 à 2010	25
IX.	Information sur le rapport d'étape annuelle 2009 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Île-de-France	26
X.	Présentation du compte financier unique 2009	28
XI.	Information sur la rencontre du siège avec la Haute Autorité de Santé (le 10 décembre 2010)	29
XII.	La prévention des infections nosocomiales à l'AP-HP	29
XIII.	Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1 ^{er} septembre 2010	30
XIV.	Avis sur des contrats d'activité libérale	30
XV.	Approbation du compte rendu de la séance du 6 juillet 2010	30

ORDRE DU JOUR
CME du mardi 12 octobre 2010
(8H30 - salle des instances)

=====

SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Allocution de Madame la Directrice générale (*Mme Faugère*)
- 3- Avis sur le règlement intérieur de l'AP-HP dans le cadre de la loi HPST (*M. Dupont*)
- 4- Avis sur le règlement intérieur de la CME et des CME locales dans le cadre de la loi HPST (*M. Hubin*)
- 5- Révision des effectifs de PH pour 2011, méthode, cadrage (*Pr Coriat, DPM, DEF*)
- 6- Point sur les dépenses de personnel médical : TPER et indemnisation de la permanence des soins (*M. Hubin*)
- 7- Evolution des comptes d'exploitation et des dotations MIGAC MERRI à l'AP-HP de 2007 à 2010 (*M. Sauvage*)
- 8- Information sur le rapport d'étape annuelle 2009 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile de France (*Mme Montagnier-Pétrissans*)
- 9- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2011 (*M. Hubin*)
- 10- Présentation du compte financier unique (*M. Sauvage*)
- 11- La prévention des infections nosocomiales à l'AP-HP (*M. Jarlier, Mme Fournier*)
- 12- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2010 (*M. Hubin*)
- 13- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 14- Approbation du compte rendu de la séance du 6 juillet 2010
- 15- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur des demandes de nominations de chefs de pôle à titre provisoire
- Avis sur des demandes de nomination de chefs de service à titre provisoire
- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel
- Avis sur une première demande et sur cinq demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers
- Avis sur une demande de changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel.

Composition B

- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de MCU-PH
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de MCU-PH en odontologie

Composition A

- Avis sur la mobilité hospitalière d'un PU-PH
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de PU-PH
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de PU-PH en odontologie.

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- M. le Dr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
- Mme DESOUCHES, médecin de l'Agence Régionale de Santé,
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

• ***les représentants de l'administration :***

- Mme FAUGERE, directrice générale,
- M. DEGUELLE, directeur de Cabinet DG
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
- Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
- Mme QUESADA, directrice exécutive du groupe hospitalier Sud,
- M. BOURDON, directeur de l'investissement, travaux, maintenance, et sécurité
- M. PINSON, directeur par intérim de la politique médicale,
- M. MORIN, directeur des affaires juridiques,
- Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
- M. SAUVAGE, directeur des services économiques et financiers,
- Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- M. HUBIN, direction de la politique médicale,

• ***membres excusés :***

- M. le Dr BOIZAT, M. le Dr FLEJOU, Mme le Dr GAUSSEM, Mme le Dr LE HEUZEY, M. le Dr REMY, M. le Dr RUSZNIEWSKI

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

I. Information du Président de la CME

Le Président fait part de son plaisir d'accueillir Madame Faugère, Directrice générale de l'AP-HP, qui est l'occasion pour la CME d'exposer les positions et ambitions des représentants de la communauté médicale.

Il souhaite également la bienvenue au Professeur Michel Fournier qui vient d'être nommé directeur de la politique médicale, précédemment membre de la CME et du Directoire, dont la voix était écoutée et respectée au sein de cette instance. Il considère ce choix comme une marque de confiance et un geste d'ouverture de la part de la Direction générale, qui marque ainsi sa volonté de travailler en étroite collaboration avec la communauté médicale pour l'élaboration et la conduite des projets médicaux.

Par ailleurs, deux nouveaux membres à la CME viennent d'être nommés : respectivement Monsieur Devictor, en remplacement de Monsieur Richard démissionnaire, et Monsieur Rondot, en remplacement de Monsieur Fournier nommé directeur de la politique médicale.

Madame Desouches, en tant que médecin inspecteur régional, était invitée permanente à la CME ; la nouvelle législation supprimant cette fonction et Madame Desouches étant désormais conseiller médical de Madame Barreteau à l'agence régionale de santé (ARS), le bureau de la CME doit réétudier le principe de sa présence.

Mme DESOUCHES confirme que ses fonctions de médecin inspecteur régional ont cessé avec la promulgation de la loi HPST. La CME n'étant plus tenue d'avoir un représentant de l'administration, son invitation en tant que représentant de l'ARS relève du propre choix de la CME. Il doit également être discuté avec la direction de l'ARS.

Le Président souligne qu'il importe que la CME soit une instance identifiée comme portant le projet médical de l'AP-HP. Il lui semble pertinent que l'ARS puisse assister aux réunions de l'instance. Dans l'attente d'une décision, il la remercie de sa présence à la CME en tant que médecin régional.

Le Président s'adresse ensuite à la Directrice générale et lui souhaite la bienvenue au nom de la CME et de la communauté médicale de l'AP-HP. Mme Faugère prend ses fonctions à un moment particulièrement important pour l'Institution, mais aussi très difficile en raison des nombreuses contraintes médico-économiques subies depuis deux ans. En 2009, la mise en place de la tarification à l'activité a conduit à une très forte diminution du personnel soignant. Peu rompue aux mécanismes d'allocation des ressources et des dépenses, les membres de la CME n'ont pas bien cerné la contrainte subie. En effet, entre 2008 et 2009, le tableau des emplois dont disposait chaque hôpital a laissé place à la notion d'emploi rémunéré puis, d'emploi moyen rémunéré. Dans une institution tenue par la sortie des écoles pour le personnel infirmier et par la fin du clinicat pour le personnel médical, il y avait de nombreux postes vacants en attente de recrutement. Ce double décrochage a retiré de nombreux emplois soignants à l'AP-HP. Pour 2010, l'ensemble du personnel a mesuré combien l'objectif premier de supprimer des emplois était une méthode qui pénalisait l'Institution et les projets de restructuration. Au premier semestre 2010, l'ensemble de la communauté médicale a pesé pour empêcher tout retrait d'emplois soignant en dehors des réorganisations qu'elle avait validées. Son attitude déterminée et forte s'imposait car les retraits

d'emplois soignants impactaient tant la qualité que la quantité de l'offre de soins. Le retrait arbitraire d'emplois soignants reste actuellement la « ligne rouge » de la CME : il n'est plus possible de retirer un seul emploi soignant, sauf à compromettre le fonctionnement entier des structures de soin. Dans ces dernières, la CME ne peut que constater une forte pénibilité liée à des difficultés de fonctionnement par manque de soignants. La fermeture des urgences de l'hôpital Tenon il y a dix jours témoigne du fait qu'un hôpital n'avait plus aucune marge de manœuvre pour compenser des emplois manquants au niveau d'une structure aussi importante. La pénurie actuelle des emplois soignants a plusieurs causes. Depuis plusieurs années, les établissements rentrent dans le cadre de plans d'économies des mensualités de remplacement, ce qui a fait disparaître les possibilités de remplacement et de recours à l'intérim. Les retraits d'emplois pour l'année 2009 ont été considérables. En outre, au dernier trimestre de chaque année, se posent des difficultés de recrutement d'emplois infirmiers dans l'attente de la sortie d'école. Il semble urgent de dégager des marges de manœuvre par des réorganisations et pour améliorer rapidement les conditions de travail des soignants. C'est une véritable priorité. Par ailleurs, bien que le montant des dépenses d'investissement soit particulièrement important pour l'année 2010, au quotidien, dans les hôpitaux, on constate une baisse des travaux de 40 % et une diminution de 20 % des crédits d'équipement. L'informatisation de l'AP-HP est coûteuse, certes indispensable, mais il faut savoir que se posent des problèmes de remplacement d'équipements médicaux.

C'est pourquoi, si l'AP-HP veut maintenir ses ambitions médicales, il convient, ensemble, de définir une méthode, un calendrier et des objectifs nouveaux qui assureront rapidement un engagement consensuel de la communauté de l'AP-HP dans une vision qui ne doit pas être celle de l'immédiateté de l'EPRD 2010. Une seule action est possible : réaliser l'indispensable mutation de l'hôpital public vers la médecine du 21^{ème} siècle. Entre la plainte récurrente sur les défauts d'emplois et l'immobilisme de certains, existe une voie que la CME doit trouver en mettant en œuvre les réorganisations du plan stratégique pour dégager des marges de manœuvre. Il y a urgence à agir car une course de vitesse est engagée contre l'avancée inexorable des contraintes de financement de l'hôpital public et des dépenses actuelles. A très court terme, l'EPRD 2011 doit être élaboré dans un climat de confiance avec une méthodologie bien précise. En pratique, l'EPRD 2011 doit être établi par projets et objectifs chiffrés, chaque projet dégageant des marges de manœuvre, à partir desquelles seulement pourront être rendus des emplois soignants. Les réorganisations qui seront menées dans le cadre de la modernisation de l'offre de soins doivent préserver les emplois soignants actuellement vacants du fait des difficultés de recrutement de fin d'année. Leur suppression entraînerait un arrêt de fonctionnement de l'Institution.

Par ailleurs, il paraît indispensable que le rôle de la CME dans l'élaboration et la conduite des projets médicaux soit confortée. En effet, l'importance des enjeux exige une position claire de la communauté médicale. C'est à elle d'élaborer et d'appliquer le projet médical en accompagnant les réorganisations, les transferts et la constitution d'équipes renforcées. C'est également à elle d'impulser, avec les directeurs d'UFR, de nouvelles ambitions en termes de recherche fondamentale et clinique. Sans cela, la restructuration de l'AP-HP ne serait qu'un plan d'économies à la moyenne. Il existe aujourd'hui un consensus fort sur les réorganisations qui s'imposent. Sous l'impulsion de la communauté hospitalière, plus d'une centaine de réorganisations ont été déjà réalisées depuis douze mois. Ces réorganisations légitiment l'AP-HP dans sa demande d'un investissement supplémentaire obtenu au-delà de ses capacités d'autofinancement. Cet investissement, essentiel, permettra le renouvellement de l'offre de soins. La Directrice générale a pu constater elle-même, lors de ses visites, que la vétusté du bâti à l'AP-HP est indigne d'un CHU.

Pour conclure, les enjeux de l'automne 2010 sont très importants et s'imposent à la communauté médicale comme à la Direction générale. Par la CME, la communauté médicale souhaite et va peser avec plusieurs objectifs :

- offrir une vision à long terme de l'Institution ;
- assurer un pilotage médicalisé des projets de modernisation de l'offre de soins inscrite dans le plan stratégique ;
- élaborer par projet, avant la fin de l'année 2010, un EPRD 2011 prospectif, valorisant les équipes soignantes.

Pour finir, le président exprime l'espoir que place la CME dans la Directrice générale.

II. Allocution de Madame la Directrice générale

La Directrice générale remercie le Président Coriat et salue les membres de la CME. Lors de sa première semaine de fonction, elle a effectivement visité les hôpitaux et rencontré ceux qui font l'offre de soins. Elle a ensuite eu l'occasion d'exprimer ses premières impressions et sa vision pour l'AP-HP. Appréciant de pouvoir intervenir à la présente CME, elle témoigne de son attachement à la qualité de la collaboration entre la communauté médicale et le personnel administratif. La Directrice générale ne peut que marquer son accord quant à l'importance du travail avec la communauté médicale, sans laquelle l'hôpital n'est rien. Elle se déclare heureuse d'arriver dans l'Institution au moment où le plan stratégique forme un socle pour construire le futur. Elle considère ce plan stratégique non pas comme une fin, mais comme le début des travaux qui seront portés par la communauté médicale, paramédicale et les directeurs de groupe au sein d'une nouvelle gouvernance.

Il est fondé d'avoir de grandes ambitions pour l'AP-HP, tant en termes de qualité de l'offre de soins, que de recherche et d'enseignement. La posture de l'Institution doit probablement changer : à l'image « de fermeture » qui lui est associée, s'opposent désormais des signes d'ouverture sur le territoire, comme le demande l'ARS. Il importe que l'AP-HP joue pleinement son rôle dans la filière de soins et soit à l'offensive sur tous les terrains. Il s'agit de faire préférer l'AP-HP, à la fois aux patients, au personnel mais également à ses partenaires.

Le niveau d'activité de l'Institution correspond à l'offre de soins que nous faisons. Force est de constater qu'il n'est pas très satisfaisant d'un point de vue global : la comparaison du niveau d'activité de l'AP-HP avec celui des autres organismes révèle des pertes de parts de marché. La Directrice générale recommande donc de travailler sur ce niveau et d'aller chercher l'activité. Un effort doit également être porté sur les coûts. C'est sur tous les fronts qu'il convient de se battre.

La Directrice générale considère par ailleurs que sa responsabilité est entière quant à la façon de proposer et de mener la transformation de l'AP-HP. En termes de méthode, il importe de s'accorder sur la manière de mettre en œuvre les transformations. Le plan stratégique comprend des propositions très bonnes, dont certaines sont plus abouties que d'autres. Mais il ne peut être réussi que si sa mise en œuvre suit, ce qui implique d'obtenir l'accord des parties prenantes. Il importe donc de discuter des objectifs. Elle rappelle que l'intérêt collectif de l'AP-HP n'est pas la somme des intérêts individuels. De ce point de vue, il existe une responsabilité collective au niveau de la méthode, du partage des enjeux et du calendrier de mise en œuvre. C'est une impérieuse nécessité pour mener à bien la transformation de l'AP-HP. Le paradoxe liant l'urgence des résultats et le

temps nécessaire à la compréhension et à la mise en œuvre des réorganisations confère au travail initié une importance particulière.

Parmi les composantes de la réussite du projet, l'université joue un rôle important. A ce jour, la constitution des groupes hospitaliers (GH) et les projets de gouvernance privilégient la cohérence entre les territoires des universités et les GH. Dans la mesure où un certain nombre de transformations traversent les frontières des universités, la Directrice générale lance un appel à la solidarité collective pour trouver les moyens de développer des projets supra-groupes et supra-et donc souvent entre universités. La réussite doit concerner toutes les composantes de l'AP-HP.

Concernant le choix du Directeur de la DPM, La Directrice générale remercie Monsieur FOURNIER d'avoir accepté cette mission, assurance d'une concertation avec la communauté médicale. La DPM a besoin d'un homme fort, expérimenté et apprécié de ses collègues, attentif aux aspects médicaux mais aussi économiques. De ce point de vue, il est l'homme de la situation.

Pour conclure, l'ordre du jour aborde des points de méthode, tels que la nomination des PU-PH et la préparation de l'EPRD 2011. Il est en effet essentiel de trouver une méthode qui réponde aux objectifs à atteindre. A ce sujet, la Directrice générale partage l'objectif exprimé par le Président Coriat d'un rendu d'emplois médicalement justifié.

M. LYON-CAEN, en son nom et en ceux de M. Lacau-St-Guily, M. Oury, M. Garabedian, M. Faye, M. Singlas, M. Chéron et M. Capron, s'adresse à la Directrice générale. Leur inquiétude sur l'avenir de l'AP-HP est grande et les mesures prises pour réduire un déficit, somme toute modeste, et qui portent sur l'emploi soignant, ne font que l'accroître. Ces mesures heurtent profondément leur vision de l'hôpital, dont elles bouleversent le fonctionnement. Les soignants sont leur cœur des hôpitaux. On ne supprime pas les emplois d'hommes et de femmes qui en sont l'âme si on veut que l'hôpital vive. Ils refusent donc absolument cette politique, menée à la hache et sans réflexion. L'arrivée de Mme Faugère et d'un nouveau directeur de la politique médicale, dont ils souhaitent qu'il fasse partie du directoire de l'AP-HP, leur fait espérer qu'une politique différente peut être mise en œuvre. C'est la raison pour laquelle tout en respectant l'action de leur collègue, le professeur Richard, ils n'ont pas démissionné de leur mandat. Mais c'est aussi dans cet esprit qu'ils souhaitent fixer un rendez-vous à la Directrice générale. D'ici la fin de l'année 2010, ils attendent d'elle des informations et des engagements précis sur les points suivants, assortis de précisions chiffrées et d'un calendrier :

- politique de l'emploi ;
- gestion de la politique médicale ;
- politique de l'investissement ;
- politique stratégique vis-à-vis des groupes hospitaliers et de la région.

Le corps médical, dont ils font partie, n'est pas exempt de critiques telles qu'un refus de prendre certaines responsabilités ou une vision égocentrique de certains projets. Les auteurs de ce message se déclarent prêts à agir avec elle, à condition que les objectifs soient véritablement partagés. Pour cela, il faut que la gouvernance trouve une méthode de travail différente, laissant davantage de place au dialogue, à la prospective, à l'innovation, à la recherche et à une véritable concertation en amont des décisions. Ils attendent de la Directrice générale des réponses précises et c'est en fonction de ces réponses qu'ils décideront de rester ou non à la CME, pour travailler à l'avenir de

l'AP-HP, dans une enceinte au sein de laquelle souffle depuis quelques temps un vent de passivité médicale et de dogmatisme financier qui mène inexorablement à l'agonie.

La Directrice générale répond que rendez-vous est pris.

Le Président signale par ailleurs que le directoire doit être recomposé, suite à la nomination de M. Fournier au poste de directeur de la politique médicale, en conséquence, il propose de désigner MM. Aigrain et Hardy comme représentants de la communauté médicale au directoire.

III. Adaptation du règlement intérieur de l'AP-HP dans le cadre de la loi HPST (Hôpital – Patients – Santé – Territoires)

En préalable, **M. FRONTINO** indique que suite à la loi HPST qui entraîne une évolution du règlement intérieur, le représentant élu de la commission des soins ne devait plus assister à la CME. Aussi a-t-il formulé une demande de maintien du représentant élu de la commission des soins à la CME en tant qu'invité permanent. Il remercie le Président d'avoir donné une suite favorable à cette demande.

Le Président répond que cette présence garantit le lien entre les soignants et la communauté médicale.

M. DUPONT indique que la proposition de règlement intérieur fait suite à une large consultation. Différentes réunions avec les représentants des usagers ont également eu lieu. Le projet de règlement contient des évolutions sur le fonctionnement courant de l'établissement et reprend pour l'essentiel des dispositions à caractère légal et réglementaire.

Le règlement intérieur est rendu nécessaire par la mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009, ses textes d'application et le décret du 29 avril 2010 relatif à l'AP-HP et par la mise en place des groupes hospitaliers (GH), qui modifie la gouvernance et induit la constitution des instances à l'échelon du Groupe ; ceci à l'exception des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) locaux et des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) locales.

Les dispositions sur la nouvelle gouvernance sont, à l'échelon central de l'AP-HP :

- un rappel des attributions du conseil de surveillance, du directeur général, du directoire et du président de la CME ;
- la nouvelle composition de la CME ;
- un CHSCT central, instance de coordination des CHSCT locaux ;
- la recomposition du dispositif des instances traitant de la qualité et de la sécurité des soins ;
- une nouvelle instance : la commission centrale de concertation avec les usagers.

Concernant la gouvernance locale, à l'échelon des GH et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un GH, s'applique un principe de liberté interne d'organisation. Le décret renvoie une partie importante des règles de fonctionnement internes au règlement intérieur, sous réserve du maintien des grands principes. Dans ces conditions, le règlement intérieur prévoit :

- une commission de surveillance par site ;

- un comité exécutif ;
- une commission médicale d'établissement (CME) locale, qui se substitue aux CCM ;
- un comité technique d'établissement (CTE) local ;
- un CHSCT local ;
- une CRUQPC ;
- une commission des soins locale ;

Des CME locales seront donc constituées dans les GH. Les hôpitaux Hendaye, Paul-Doumer et San Salvador seront en revanche pourvus d'un CCM local, en raison de leurs effectifs médicaux plus restreints.

Le troisième volet du règlement intérieur concerne l'organisation interne des GH. La loi HPST prévoit les organisations suivantes :

- des pôles hospitalo-universitaires, le cas échéant composé de structures internes ;
- les modalités de création et de modification des structures ;
- les modalités de désignation des responsables médicaux ;
- les attributions des chefs de pôle ;
- les modalités de création de structures hospitalo-universitaires spécifiques.

Le règlement intérieur régit également la participation des usagers, en prévoyant :

- une commission centrale de concertation avec les usagers ;
- une représentation au sein du conseil de surveillance, mais également, au plan local, au sein des commissions de surveillance ;
- le maintien des CRUQPC sur chaque site hospitalier ;
- une participation plus grande aux instances de qualité des soins ;
- une participation aux commissions de l'activité libérale.

Enfin, le règlement intérieur intègre dans cette mise à jour différentes dispositions concernant la vie quotidienne à l'hôpital. D'autres dispositions ont été actualisées, s'agissant notamment de l'organisation du CHU dans ses aspects les plus concrets d'organisation interne.

Le Président indique que la CME et la Direction générale doivent redéfinir le calendrier de désignation des chefs de pôles hospitalo-universitaires. Ceux-ci sont nommés par la Direction générale sur proposition de la CME. Il faut également mettre en place un groupe de travail CME et directeurs d'UFR pour harmoniser les notions de DHU (départements hospitalo-universitaires) et PHU (pôles hospitalo-universitaires).

La Directrice générale souligne que l'adoption du règlement intérieur est un préalable à la création des structures. Il faudra définir le calendrier final, et prend note de l'importance d'une réponse rapide sur ce point.

Le Président rappelle qu'il est essentiel que l'ensemble des pôles soient instruits préalablement par la commission des structures.

M. MUSSET remarque que si les PHU peuvent se constituer prioritairement en DHU, des services au sein d'un pôle, ayant les qualités universitaires et les pré-requis leur permettant d'accéder à des

projets de DHU, pourront mettre en place ces projets, en contractualisant avec des services d'un autre pôle, voire d'un autre hôpital.

Concernant les GH, sans refuser la constitution des groupes hospitaliers, l'hôpital Antoine Bécclère a besoin de définir une politique de territoire avec les hôpitaux des Hauts-de Seine, un territoire qui diffère de celui des deux autres hôpitaux du groupe, situés dans le Val-de-Marne. Pour ce faire, il est indispensable que l'hôpital Antoine Bécclère dispose d'une autonomie en termes de contraintes budgétaires et de direction fonctionnelle.

La Directrice générale répond qu'aucun GH n'est semblable. La logique de leur définition est géographique et universitaire. Si le GH auquel M. Musset fait référence remplit davantage le second critère que le premier, il n'en demeure pas moins la meilleure proposition possible de regroupement. Il importe désormais de le faire fonctionner collectivement et de rechercher un mode d'organisation adapté, en tenant compte de sa particularité. La Directrice générale recommande d'employer le terme « particularité » plutôt que celui « d'autonomie », afin de ne pas rompre avec la logique de solidarité des groupes. Autant elle veut bien travailler cette particularité de manière opérationnelle, autant elle ne veut pas opposer le travail sur un territoire et l'appartenance à un groupe. Elle salue le travail initié par l'hôpital Antoine Bécclère avec les structures hospitalières de son territoire, tout en soulignant que celles-ci ne sont pas contradictoires avec son appartenance à un groupe. Elle permettra à cet hôpital de maintenir et d'améliorer ses performances, en recherchant un fonctionnement harmonieux et pragmatique au sein du groupe.

M. FAYE note que la présentation de M. Dupont ne mentionne pas la commission consultative des marchés, qui assure la sécurité juridique des marchés de l'AP-HP. Celle-ci a besoin d'un éclairage médical.

M. MORIN répond qu'il est bien prévu de mettre en place cette commission et de l'intégrer au règlement intérieur dès que sa composition et son périmètre seront arrêtés.

M. SINGLAS signale que l'AGEPS ne sera pas dotée d'une CME locale mais conservera un CCM ce qui risque de pénaliser sa représentativité car les présidents de CCM ne sont pas membres de droit de la CME centrale. Il considère que la participation de l'AGEPS à la mise en œuvre des essais cliniques institutionnels doit être réaffirmée et qu'il doit être clairement indiqué dans le règlement intérieur de l'APHP que l'AGEPS fait partie des composantes du CHU de Paris, au même titre que les hôpitaux, même si le statut ancien d'Etablissement de Santé ne lui est plus applicable.

Mme AIACH observe que les doyens de faculté de pharmacie sont représentés dans les CME locales, mais pas dans le CCM de l'AGEPS. La présence d'un doyen serait pourtant souhaitable.

M. SINGLAS indique que l'AGEPS a déposé une demande de modification du projet de règlement intérieur de telle sorte que sa composition prévoit la présence des doyens, comme pour les CME locales.

M. DUPONT répond que cette demande lui a été transmise, mais trop tardivement pour être intégrée à la présentation de ce jour. Une suite favorable lui sera donnée. Il est également prévu d'ajouter une mention de la participation de l'AGEPS aux essais cliniques.

M. WEILL note que la présentation des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) dans l'annexe 9 n'est pas cohérente avec l'esprit de la constitution des GH. Il s'étonne ainsi du maintien de

l'autonomie des EOH dans les hôpitaux, considérant que leur fusion ou leur inclusion dans un réseau opérationnel garantirait l'homogénéité des procédures entre les sites, une plus grande efficacité et une économie de moyens. Il demande donc s'il est possible de modifier le règlement intérieur dans le sens suivant : « Une EOH est constituée dans chaque GH. Elle résulte de la fusion des EOH de chaque site et est représentée par son responsable au CLIN local » ou à tout le moins par la formulation suivante : « Les EOH de site sont organisées en réseau et coordonnées par un responsable qui les représente au CLIN local. »

Le Président souligne la pertinence de cette remarque. Cependant, plusieurs GH insistent sur l'importance de confier le pilotage des cellules d'hygiène local à une EOH locale. Il suggère donc de laisser les deux possibilités ouvertes.

M. JARLIER recommande de laisser le texte en l'état, les EOH ayant la possibilité de travailler en bonne harmonie. Seule une personne qui connaît les cadres, les infirmières et les chefs de service d'un site peut travailler efficacement sur ce site. C'est à ce prix qu'une action de fond peut être menée en matière d'hygiène opérationnelle et de prévention des infections nosocomiales. Il estime que la compréhension des particularismes locaux ne doit pas conduire à modifier le règlement intérieur en leur nom.

M. MORIN souligne qu'il est extrêmement important que les EOH soient au plus proche du terrain.

M. SCHLEMMER rappelle que si les PHU sont prévus par la loi, les DHU sont simplement mentionnés dans le rapport Marescaux. Leur vocation universitaire d'enseignement et de recherche est marquée. Cette absence de support réglementaire autorise de la souplesse : les DHU doivent pouvoir être trans-pôles, trans-sites, voire trans-GH. Il importe que l'AP-HP puisse mettre en œuvre les moyens d'accroître sa visibilité nationale et internationale.

Le Président suggère de réfléchir à l'articulation des DHU et PHU et propose que les directeurs d'UFR présents fassent partager leur point de vue à la communauté présente.

M. SCHLEMMER précise que le découpage des pôles entraîne des réflexions dans les UFR. Il appartient aux directeurs d'UFR travaillant avec l'AP-HP et aux représentants des GH de définir le périmètre de ces structures et leur ouverture éventuelle. Par ailleurs, il fait part de son insatisfaction face à la proposition de l'annexe 3 du règlement intérieur, dont la rédaction est établie en insuffisante concertation avec l'université. Il considère que le comité exécutif local devait être établi en miroir du directoire, puisqu'il remplit la même mission universitaire. Il n'y a pas de raison que le premier CHU de France s'en affranchisse. Il ne comprend pas non plus l'absence de vice-président recherche, aux côtés des directeurs des UFR, dans l'organigramme des comités exécutifs des GH.

M. LYON-CAEN approuve l'idée des DHU et PHU, dont il ne faudrait pas, cependant, couper les ailes d'emblée. Il doit impérativement y avoir une implication majeure de la recherche dans le fonctionnement de ces structures et de l'université. Pour prendre de l'ampleur, ces projets doivent être interuniversitaires. Deux obstacles doivent être dépassés : d'une part la réserve des doyens à dépasser les frontières d'une université, d'autre part, la politique frileuse de l'AP-HP selon laquelle la comptabilité va à la structure médicale identifiée, alors que les départements peuvent être interuniversitaires et inter-hospitaliers. La création de ces départements nécessite d'assouplir la gestion des structures et d'encourager l'ouverture entre universités.

Le Président retient de ces échanges que les directeurs d'UFR envisagent favorablement la création d'un groupe de travail sur les DHU commun avec la CME. Il remercie par ailleurs M. Schlemmer pour ses remarques sur les CME locales, qui doivent effectivement inclure un représentant de la recherche, désigné par le directeur d'UFR et les EPST. Il suggère de modifier le règlement intérieur en ce sens.

M. LYON-CAEN demande que soit mesuré, au plan hospitalier, le problème que cela posera pour la création de DHU inter-GH. La rigidité administrative crée des obstacles de principe au bon fonctionnement des DHU. Il faut donc avancer sur ces sujets, à moins de rester prisonnier d'une logique de GH.

M. SCHLEMMER ajoute que les sujets inter-GH ou trans-GH doivent faire l'objet d'une injonction forte de la Direction générale à l'adresse des directeurs de groupe.

Le Président répond qu'un groupe de travail réunissant la DPM, la CME et les directeurs d'UFR, travaillera sur le cadrage des DHU et prendra en compte les remarques émises.

La Directrice générale se réjouit de l'esprit d'ouverture dont témoignent les remarques sur des DHU inter-GH et inter-Universités. Elle encouragera volontiers les directeurs de groupe hospitalier à travailler dans ce sens, de même que les universités. S'agissant de la présence des doyens dans les CME locales, elle comprend la demande des doyens, mais rappelle que l'AP-HP est un CHU uni et non sécable. Elle n'est donc pas favorable à l'introduction de l'automatisme de leur présence dans le règlement intérieur.

M. SCHLEMMER répond que la présence d'un vice-président recherche dans les CME locales n'est pas de nature à démanteler l'AP-HP. L'installation de CME locales, établies en miroir du niveau central, lequel donne l'image unie de l'AP-HP, est importante pour des raisons de proximité de terrain. Certains sites se différencient par le type d'activité de recherche dont ils assurent la promotion : la présence d'un vice-président local facilitera le fonctionnement des GH.

Le Président propose de prendre le temps de discuter d'un amendement sur ce point avec la Direction générale.

IV. Modification du règlement intérieur de la CME et des CME locales dans le cadre de la loi HPST

M. HUBIN indique que la constitution de groupes hospitaliers et les effets de la loi HPST conduisent à revoir le règlement intérieur de l'AP-HP et celui de la CME. Il apparaît également nécessaire de disposer d'un règlement intérieur pour les nouvelles commissions médicales d'établissement locales (CMEL) et de revoir le règlement intérieur des CCM.

M. HUBIN précise qu'en attendant la constitution des nouvelles instances, les instances actuelles exercent leurs nouvelles compétences. La CME doit être consultée sur le règlement intérieur de l'AP-HP tandis qu'elle s'organise librement sur la base de son propre règlement intérieur. Les prochaines élections aux CME et CMEL doivent avoir lieu théoriquement en mars 2011 mais pourraient être reportées à fin 2011.

La révision du règlement intérieur de l'AP-HP décline le cadre législatif et réglementaire à l'AP-HP et contient des annexes sur la CME, les CMEL, les CCM, les CCOPS et CCOPS de GH, etc.

Les règlements intérieurs de la CME et de la CMEL sont des documents distincts. Cette révision doit répondre à plusieurs enjeux :

- la montée en puissance des GH, qui impacte le niveau de délégation de la CME vers les CMEL, en lien avec la délégation de la direction générale aux DGH ;
- la mise en cohérence des compétences PCME et des compétences CME/L ;
- la clarification de l'organisation en pôles d'activité / responsables de structures internes aux pôles / ligne managériale ;
- la délégation de gestion aux chefs de pôle.

1. Règlement intérieur de la CME

L'organisation générale retenue prévoit une et une seule CME centrale, avec des CME locales de niveau GH, à raison d'une CMEL par GH. Les hôpitaux Necker et Robert Debré auraient également une CMEL, constituant actuellement un GH à eux-seuls. Quant à San Salvador, Hendaye, la HAD, l'AGEPS et Villemin-Paul Doumer, ils seraient pourvus d'un CCM, leur taille ne permettant pas la constitution d'une CMEL. Le décret du 30 avril 2010 sur les CME stipule que les membres et présidents de CME siégeant à la date de publication du présent décret sont maintenus en fonctions jusqu'à l'échéance de leur mandat et qu'à compter de la publication du décret, la CME exerce ses nouvelles compétences, ce qui vaut également pour les CMEL.

La composition de la CME passerait de 59 à 79 membres élus ou désignés, hors voix consultatives et invités, répartis comme suit :

- des membres élus avec voix délibérative, à raison de 46 représentants des personnels titulaires, 6 représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral dont 2 hospitalo-universitaires et 4 hospitaliers non permanents, 10 représentants des chefs de pôles et 1 représentant des sages-femmes ;
- des membres de droit à voix délibérative : les présidents de CME locales ;
- des membres désignés à voix délibérative : 4 représentants d'internes (élus avant).

La composition nouvelle de la CME prévoit en tant que membres à voix consultative :

- le président du directoire ou son représentant ;
- le président du comité de coordination de l'enseignement médical ;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un directeur d'UFR de pharmacie (choix à organiser) ;
- un directeur d'UFR d'odontologie (choix à organiser) ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;
- le représentant du comité technique d'établissement central, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;

Ne sont plus membres à voix consultative le médecin inspecteur régional et le médecin inspecteur départemental de santé publique, ainsi que le médecin-conseil de la caisse assurant l'analyse d'activité de l'établissement. Sont invités permanents deux directeurs d'UFR médicale désignés par la conférence régionale des directeurs d'UFR médicale d'Ile-de-France et le médecin responsable

de la médecine du travail, s'il n'est pas membre de la commission. Par ailleurs, nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Dans la nouvelle CME, le président doit être élu parmi les représentants du personnel hospitalo-universitaire et le vice-président parmi les représentants des praticiens de l'établissement. La question est alors posée de savoir si le vice-président peut aussi être HU (puisque aussi « praticien »). L'élection se fait désormais au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si la majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé et la majorité relative suffit. Les mandats successifs sont limités à deux et les fonctions de président de CME sont incompatibles avec celles de chef de pôle et de présidents de CMEL.

La CME conserve les sous-commissions existantes et en acquiert une nouvelle consacrée au développement professionnel continu médical. Les autres sous-commissions dont l'existence est prévue par voie réglementaires sont les suivantes : CCOPS (Commission Centrale de l'Organisation et de la Permanence des Soins), CCAL (Commission Centrale de l'Activité Libérale), Qualité et Sécurité des soins, Comité Central EPP/DPC (Evaluation des Pratiques Professionnelles / Développement Professionnel Continu), CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition), COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles), CLUD-ASP (Comité de Lutte contre la Douleur - Accompagnement en Soins Palliatifs), COVRiS (Coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires).

La CME dispose de compétences dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et est consultée pour avis et information sur une liste exhaustive de thèmes. Le président de la CME, chargé des affaires médicales et vice-président du directoire, a des compétences propres ; élu de et par la CME, le Président peut aussi décider de consulter sa commission pour toutes les questions relatives aux affaires médicales. Le projet de nouveau règlement intérieur de la CME fait ainsi référence à « l'examen » par la CME de certaines questions relevant des compétences propres de son Président (« saisine pour examen » sur des questions d'ordre individuel ou institutionnel).

2. Règlement intérieur des CMEL et des CCM

Les CMEL et CCM ont également un bloc de compétences réglementaires, sur lesquelles elles sont saisies pour avis et information. La CME pouvant s'organiser librement, son règlement introduit des compétences supplémentaires, non réglementaires donc non opposables dans un processus de décision, dont certaines peuvent être déléguées aux CMEL. Certaines de ces compétences déléguées le sont sous contrôle de la CME : ainsi le président de la CME et le Directeur général, s'ils l'estiment nécessaire ou saisis d'un recours individuel ou d'une contestation émanant de toute personne intéressée peuvent solliciter l'avis de la commission médicale d'établissement.

S'agissant de leur composition, les CMEL sont au nombre de 12 et comprennent chacune au minimum 63 membres avec voix délibérative, dont des membres élus (avec 10 représentants des responsables de structures internes aux pôles), des membres de droit (chefs de pôle) et des membres désignés (3 représentants d'internes et 1 représentant des internes en odontologie quand cette discipline est représentée dans le GH). Les CMEL comprennent également des membres à voix consultative. Les membres élus le sont selon les mêmes dispositions que pour la CME. Il n'existe pas de contrainte réglementaire pour l'élection de la présidence et de la vice-présidence. Les sous-

commissions sont les mêmes que pour la CME sauf la sous-commission du développement professionnel continu qui n'existe qu'au niveau central.

Les CCM, quant à eux, continuent d'exister jusqu'aux prochaines élections. Ceux qui seront maintenus connaîtront peu de modifications, à l'exception du fait que les présidents de CCM ne sont pas membres de droit de la CME. Les CCM partagent les compétences et le fonctionnement des CME Locales.

M. DEVICTOR suggère de présenter ces informations à l'actuelle collégiale des présidents de CCM et soulève la problématique de la composition des instances locales en cas de différence de taille entre les établissements d'un même GH.

Le Président précise que tous les chefs de pôle siègent au CCM.

S'agissant des élections, **M. FAYE** demande comment interpréter les « catégories » (professionnelles ou statut).

M. DUPONT répond que les catégories réglementaires sont les représentants des HU titulaires et des PH titulaires, sans mention de la spécialité.

Le Président ajoute que la différenciation par collège souhaitée au niveau de la CME, dans un souci de représentation harmonieuse de la communauté médicale, s'exerce au sein des catégories définies par les textes de loi. Il propose d'organiser une concertation avec la Direction des affaires juridiques et des droits du patient sur ce point au prochain bureau de la CME.

M. CAPRON estime qu'il serait anormal que les médecins, dont le nombre est majoritaire, fassent la loi électorale de la CME et qu'il faut anticiper cette difficulté.

Le Président promet que le règlement intérieur sera défini démocratiquement. Jusqu'à présent, la loi prévoit deux groupes, H et HU, au sein desquels il est possible d'appliquer des quotas définis de manière consensuelle pour les différentes spécialités.

M. DASSIER recommande de maintenir les collèges.

Le Président précise que les H et les HU votent respectivement pour les H et HU dans les collèges.

Concernant les missions des CMEL, **Mme MARCHAND** signale que les articles relatifs à l'avis donné sur les recrutements disciplinaires, licenciement et mutations des attachés ont été oubliés.

Le Président demande l'ajout de ces articles au règlement intérieur.

M. RYMER signale une incohérence dans le règlement intérieur de l'AP-HP : il prévoit une instance rattachée à la Qualité, nommée Comité Central du DPC, qui devait être supprimée, alors que le DPC doit devenir une sous-commission de la CME.

M. PINSON répond qu'il s'agit d'une instance de coordination administrative.

Le Président répond que le DPC doit être une sous-commission de la CME, dans la mesure où il importe que cette dernière s'implique dans la formation continue des médecins. La vision de la DPM et de la CME ne divergent pas sur ce point.

M. RYMER recommande de modifier l'intitulé du comité central et ses attributions dans le règlement intérieur, afin de ne pas retirer les siennes à la sous-commission de la CME.

V. Révision des effectifs de PH pour 2011, méthode, cadrage

Le Président rappelle que la révision des effectifs de PH pour 2011 est un temps fort de la CME. Comme chaque année, il faut travailler avec méthode et cadrage, en menant une réflexion prioritairement médicale. La pertinence du candidat et du poste doivent être pris en compte dans les décisions de maintien, de redistribution et d'autofinancement. En termes de méthodologie, l'analyse porte d'abord sur les postes libérés par des démissions ou départs à la retraite, afin de décider de leur maintien dans les structures et du recrutement éventuel d'un remplaçant, puis sur les postes à redistribuer. Sont ensuite examinées les demandes des GH et les contreparties financières qu'ils proposent pour trouver l'adéquation entre les besoins médicaux et les contraintes économiques. Le Président rappelle que la plupart des candidats se préparent depuis plusieurs années à ces postes. Il faut donc faire preuve de prudence dans les décisions de suppression pour éviter de perdre des médecins de qualité. Le Président appelle à élaborer une révision des effectifs ambitieuse, mais également respectueuse des contraintes de l'AP-HP.

M. HUBIN précise que les demandes de création de postes seront analysées prochainement en groupe de travail restreint. Les demandes de création de postes et du résultat global de la révision des effectifs de PH 2011 seront présentées au bureau élargi, puis à la CME du 7 décembre 2010.

La révision des effectifs suit plusieurs principes directeurs :

- un véritable classement des demandes quelles que soient leur nature ou l'origine de leur financement (tout maintien est analysé comme le serait une création par souci d'équité entre les établissements) ;
- le niveau des reprises de postes conditionne le niveau des créations (création par redéploiement institutionnel de moyens) et le niveau de participation de la procédure de révision au plan de convergence (les postes devenus vacants n'ont pas nécessairement vocation à être maintenus) ;
- la prise en compte de la situation financière globale de l'hôpital dans l'appréciation des demandes (logique T2A), dont les dépenses de la permanence des soins au regard des objectifs d'économies assignés pour 2010 ;
- l'appréciation favorable des demandes de maintien en vue d'un redéploiement interne hôpital ou GH dans une logique de développement d'activité ;
- la prise en compte du plafond d'emplois et d'une contrainte en masse salariale telle que fixée dans le PGFP du plan stratégique (rendre des postes et de la masse salariale) ;
- le respect systématique des demandes de retours d'emprunts CME ;
- le respect des engagements et des rendus de l'année 2010 ;
- la possibilité réaffirmée d'un rejet d'une demande de création même totalement autofinancée / valeur du projet, du candidat / situation financière site ;
- la prise en compte des décalages sur les économies de permanence des soins.

La grille d'analyse des demandes tient compte de :

- la cohérence du projet / orientations stratégiques du GH ;
- la prévision d'activité quantifiée le plus précisément possible et impact ;

- le prévisionnel sur le compte de résultat du site ;
- la valeur professionnelle du candidat ;
- la situation démographique de la discipline ;
- la production régulière des tableaux mensuels de service ;
- l'analyse de la performance médico-économique de la structure.

A ce jour, sont recensées 184 demandes de maintien de postes de PH temps plein, ce qui représente une masse salariale d'environ 20 millions d'euros, et 29 demandes de maintien de postes de PH temps partiel, ce qui représente une masse salariale d'environ 1,6 million d'euros, soit 201,4 ETP contre 152,5 en 2009.

Pour les demandes de création de postes autofinancées, sont recensées 54 demandes de création de postes de PH temps plein et 29 demandes de création de postes de PH temps partiel, soit 71,4 ETP contre 98,5 ETP en 2009.

Pour les autres créations de postes, sont recensées 51 demandes de postes de PH temps plein partiellement ou pas financées, 7 demandes de postes de PH temps partiel partiellement ou pas financées et 6 demandes de postes de PH temps plein par retours d'emprunt, soit 61,2 ETP contre 95,5 ETP en 2009.

Pour finir, M. HUBIN présente l'évolution du nombre de PH à l'APHP depuis 5 ans. Les chiffres correspondent aux PH payés au 31 décembre de chaque année ; ces chiffres sont issus du bilan social. M.HUBIN attire l'attention sur le fait que le nombre de PH au 31 décembre de l'année est différent du nombre de postes publiés au titre de la révision des effectifs de l'année en cours du fait du turn-over, d'écarts entre postes et effectifs payés...). Néanmoins, depuis 2005, on dénombre 500 postes de PH supplémentaires. En contrepartie, le nombre de praticiens contractuels a baissé.

Le Président remercie M. HUBIN pour ce cadrage, qui servira de base à une révision des effectifs prioritairement fondée sur une analyse médicalisée.

Mme DEGOS demande quelle part revient aux maladies rares dans la croissance du nombre de postes de PH et quand a lieu l'évaluation des centres maladies rares.

M. HUBIN répond que les postes créés pour les centres maladie rares ne constituent pas la majorité des 500 postes de PH supplémentaires ; quant à l'évaluation, M. LYON-CAEN précise que celle-ci tous les 5 ans. Comme les premiers centres se sont constitués il y a 5 ans, les premières évaluations ont commencé. M. LYON-CAEN n'a pas connaissance de centres qui n'auraient pas été confirmés après leur évaluation en Ile-de-France. M.LYON-CAEN pense que les postes de PH créés pour les centres maladies rares ne devraient pas être soumis aux contraintes pesant sur la révision des effectifs puisque par définition, les crédits obtenus pour ces centres sous la forme de financements fléchés doivent être mis en œuvre indépendamment de la situation financière des hôpitaux.

M. CAPRON note que le groupe de travail restreint inclut Monsieur Fournier, nommé depuis au poste de directeur de la politique médicale. Il propose de le remplacer par Monsieur Chéron.

Le Président en prend note. Il précise que Monsieur Fournier participera au groupe de travail en tant que DPM dont l'objectif est de procéder à une première lecture à titre de toilettage. Son rôle est uniquement technique.

M. FOURNIER souligne que la trajectoire d'activité des structures pèse également dans les demandes de maintien.

M. HUBIN répond que ce point est identifié. Le ratio d'activité est celui de 2009, mais si des données sur 2010 peuvent être obtenues, elles seront prises en compte.

M. FOURNIER s'enquiert du poids des internes dans la partie dépenses.

M. HUBIN répond qu'à ce jour, il n'a pas de vision claire du nombre d'internes programmés pour le prochain semestre. Le numerus clausus augmentant, les dépenses devraient augmenter également.

M. LYON-CAEN observe que les chiffres des retraits d'emplois des praticiens hospitaliers n'ont pas été évoqués. Il demande si ce point est reporté à la prochaine CME.

Le Président répond que la révision des effectifs doit être médicalisée et suivre une méthodologie claire, rappelée en début de ce point. Il convient d'étudier préalablement les dépenses des gardes médicales et astreintes. Ensuite seulement, il sera possible de répondre à cette question.

M. LYON-CAEN rappelle qu'au bureau de la CME, a été avancée l'hypothèse d'un retrait de 140 postes de praticiens hospitaliers, il demande si ce chiffre est maintenu.

Le Président explique que la révision des effectifs des postes de PH doit être portée par une réflexion médicale et que l'EPRD 2011, qui conditionne les dépenses en temps médical, doit être élaboré de manière prospective. C'est à ces conditions qu'il sera possible de connaître l'enveloppe du temps médical et sa répartition. Il convient préalablement d'analyser les dépenses de personnel médical actuelles et celles de 2011. Pour autant, le Président refuse que le nombre de PH soit une variable d'ajustement du temps médical. Il considère en revanche que la permanence des soins peut en être une.

M. LYON-CAEN partage l'idée selon laquelle il est possible de réduire le temps médical par d'autres moyens que le nombre de PH. Il n'en demeure pas moins un problème de méthode, puisqu'une réunion de bureau de la CME s'est tenue il y a quinze jours, au cours de laquelle une Direction a annoncé un retrait de 140 emplois de PU-PH. Or aujourd'hui, le Président Coriat annonce une autre procédure.

Le Président répond que le chiffre de 140 résultait d'une opération arithmétique, consistant à déclinier une masse salariale retirée, divisée par le coût d'un PH. Il réaffirme qu'afficher un nombre de retrait d'emplois comme objectif n'est pas une bonne méthode. Un groupe de travail est chargé d'analyser les postes vacants et les demandes, dont le seul critère sera la qualité médicale des candidats et la pertinence médicale des postes. Le Président réaffirme qu'il est possible de mobiliser des réserves importantes sur la permanence des soins.

M. VALLEUR rappelle que sur les 14 millions d'euros à rendre sur le budget du personnel médical, 4 millions font partie d'une dette liée à la permanence des soins. Il semble donc risqué de concentrer les efforts sur cette dernière, en sachant que l'effort de l'année précédente a abouti à un surcoût de 1 million d'euros.

Le Président réaffirme que la permanence des soins demeure la principale variable d'ajustement. Si l'AP-HP ne s'en charge pas, l'ARS le fera. Les erreurs de l'an passé ne seront pas reconduites. Les réserves de la permanence des soins seront mobilisées pour sauver les postes de PH.

Dans un contexte contraint, **M. FAYE** demande à quel niveau se situent les règles budgétaires et combien de pertes de postes elles induisent en 2011. Il souhaite savoir comment se fera la révision des effectifs et sur quelle base de reprise d'emplois.

Le Président précise que la réponse apportée sera exprimée en euros et non en nombre de postes. Il suggère de réfléchir de façon médicalisée. Pour répondre à ces questions, il faut laisser M. HUBIN présenter le point suivant de l'ordre du jour.

M. MUSSET rappelle que l'AP-HP a abouti à un excédent de dépenses de 1 million d'euros en 2009 sur la permanence des soins alors qu'elle s'était engagée à en rendre 4 millions. Si le retrait des lignes budgétaires des gardes restituées, voté unanimement par la CME, avait été appliqué, l'excédent des dépenses n'aurait pas été constaté. Le maintien de ces lignes budgétaires mérite une explication.

VI. Point sur les dépenses de personnel médical : TPER et indemnisation de la permanence des soins

M. HUBIN indique qu'à ce jour, le plafond d'emploi est respecté, puisqu'on dénombre 8 956 ETPR pour un plafond de 8 954 ETPR. Il convient cependant de rester attentif, le dernier trimestre de l'année risquant d'entraîner des dérives. La situation reste stable entre fin août et fin septembre, mais varie selon les GH. En termes d'ETPR moyens, une dégradation générale est observée : les avances tendent à se réduire et les dépassements, à se creuser. L'écart moyen de -83,97 est passé à -67,95.

S'agissant de la permanence des soins, le niveau des dépenses tous postes confondus est passé de -410 000 euros à -734 000 euros entre fin août 2010 et fin septembre 2010, par rapport aux mois correspondant en 2009. Si la baisse des dépenses s'accélère, elle n'en demeure pas moins insuffisante. Sans tenir compte d'une accélération supplémentaire du rythme des économies, le dépassement prévisionnel des dépenses par rapport aux crédits notifiés à fin 2010 serait de 4,255 millions d'euros. Une accélération des économies au dernier trimestre est indispensable. Selon les postes de dépenses, les variations entre 2009 et 2010 diffèrent. Le total des dépenses de gardes et astreintes est de -910 000 euros mais les dépenses de plages additionnelles restent supérieures en 2010 à celle de 2009.

L'effort sur les astreintes, dont le coût moyen d'indemnisation est de 1 000 euros par mois à l'APHP, doit être poursuivi. Un travail est en cours sur les astreintes dont le coût s'écarte nettement de la moyenne.

Prochainement, sera envoyée aux GH une base de données permettant l'analyse fine des dépenses de PDS par spécialité et type de dispositifs. A la prochaine CCOPS seront invités les consultants missionnés sur l'analyse des dispositifs de la PDS dans certaines spécialités.

Le Président prend note de la proposition de **M. MUSSET** qui recommande d'ajouter un radiologue dans la liste des consultants missionnés sur l'analyse des dispositifs de la PDS et suggère le nom du Professeur Marsault.

M. LACAU-ST-GUILY aurait souhaité que la problématique du personnel non médical soit davantage intégrée aux réflexions. Segmenter la réflexion sur les gardes et astreintes et le personnel médical sans intégrer cette dimension ne saurait aboutir.

Le Président propose à la Directrice générale d'apporter un éclairage financier sur le sujet.

Sur la méthode, **la Directrice générale** partage l'idée selon laquelle il ne faut pas découper la réflexion. S'appuyer sur des projets médicalement justifiés est extrêmement important pour réfléchir sur un niveau d'activité. Il doit y avoir une cohérence entre les ressources, l'équipement, le personnel médical et le personnel non médical. Elle constate que la CME prête une grande attention au personnel non médical et au projet médical global : cette attention doit être maintenue.

Sur le cadrage, les chiffres annoncés d'économie sur le personnel sont de 10 millions d'euros, auxquels s'ajoutent 4 millions d'euros non repris en 2010 sur la permanence des soins. L'EPRD 2011 serait donc à élaborer sur la base d'un effort sur les dépenses de 14 millions d'euros. Il importe d'anticiper le plus possible l'EPRD 2011 pour éviter les notifications tardives. Quant aux recettes, l'attention de la communauté médicale doit être attirée sur le fait qu'elles résultent de la capacité à tenir l'activité et à maîtriser les charges. Le dérapage du chiffre d'affaires dans l'année ne pourra qu'entraîner un creusement du déficit. Il faut aussi réfléchir aux solutions de rattrapage dans ce type de situation.

En conclusion, la réflexion doit s'appuyer sur des projets médicaux, en analysant les trois composantes que sont le personnel médical, la permanence des soins et les praticiens attachés. Le résultat de cette analyse donnera un nombre de PH. C'est un résultat et non une entrée, l'entrée étant le cadrage financier.

Mme MARCHAND, qui représente les praticiens attachés, rappelle que la CME s'est battue pour que ces derniers ne soient pas la variable d'ajustement.

M. LYON-CAEN note que la Directrice générale part d'une réflexion sur le niveau d'activité. Il rappelle qu'entrent en compte également les recettes engendrées par l'activité, contraintes par la convergence, ainsi que les décrochages entre l'augmentation de l'activité et celle des recettes. Les activités ne sont pas toutes rentables. Ce sujet doit être mis en débat : des activités doivent être maintenues sans pour autant renvoyer à des espérances de recettes.

Concernant le retard de l'EPRD qu'évoque la Directrice générale, **M. LYON-CAEN** précise que cette politique est imposée par des instances et non par la CME et la précédente direction générale.

S'agissant des économies sur le personnel médical, il rappelle que selon les chiffres de l'ONDAM, une croissance de 2 % constitue l'hypothèse la plus optimiste. Le déficit est ainsi programmé. Il faut en tenir compte dans les réflexions, plutôt que de tableur sur l'augmentation des recettes.

M. CAPRON recommande de veiller à la qualité du recouvrement des sommes dues à l'AP-HP. Le rapport de la Cour des comptes annonce 10 à 15 % d'évaporation entre la facture et ce qui est effectivement payé. Sachant que la facture globale est de 5 milliards d'euros, la perte serait de 500 millions d'euros. Il semble donc plus important d'insister sur ce point que de supprimer des postes de médecin.

M. LACAU-ST-GUILY souligne qu'une activité peut ne pas être rentable pour plusieurs raisons. Ce peut être le cas d'une activité nécessaire mais mal rémunérée et des services rendus à des

populations non solvables ou dont la co-morbidité est importante et nécessite une prise en charge à l'hôpital. Il est donc impossible de choisir les activités en fonction du seul critère de la rentabilité. La spécificité de l'hôpital est de prendre en charge les activités qui ne sont pas rentables. La dimension non marchande de l'hôpital public doit être rappelée.

M. FAYE partage ces propos qui renvoient au principe de solidarité. Il insiste également sur l'équité, qui doit être considérée comme une valeur : la réalité du terrain doit être prise en compte.

Mme GIRARD souligne que l'ophtalmologie est considérée comme une spécialité rentable, mais contient également des niches non rentables, qui n'en doivent pas moins être maintenues. Il importe que l'hôpital public, qui remplit une mission à la fois universitaire et sociale, continue à servir les populations qui l'entourent et reste un hôpital de proximité.

La Directrice générale répond qu'il faut se battre sur tous les fronts, dont le niveau d'activité. Cela consiste à se faire connaître, à donner envie aux patients de venir à l'AP-HP, à recouvrer les factures, etc. Tous les sujets doivent être traités. Sur la rémunération des actes, la Direction défend en permanence le point de vue de l'AP-HP. Il importe pour cela de documenter ses positions et d'argumenter concrètement le discours général de l'Institution. Il existe par ailleurs un débat politique sur le rôle de l'hôpital public. Son ambition est que l'AP-HP soit leader dans le domaine, ce qui signifie être à l'offensive. Le sujet des charges demande de l'équité et une contribution de chacun. Il faut être attentif au fait que chaque élément doit être analysé et faire l'objet d'actions.

M. LACAU-ST-GUILY compte sur la Directrice Générale pour défendre la place de l'hôpital public.

M. FAYE souligne que la fierté de l'AP-HP réside dans la mixité sociale de ses patients. C'est une spécificité qu'il tient à conserver.

VII. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2011

M. HUBIN indique avoir remis à la CME des informations sur :

- la consolidation des demandes faites à l'AP-HP ;
- les demandes déposées par les UFR ;
- le classement par UFR émanant des CCM après les conférences hospitalo-universitaires de juin.

Le Président propose que seules les situations non concordantes soient étudiées en séance.

A l'Université Paris V, deux postes n'ont pas été retenus par l'UFR, l'un pour l'HEGP en anatomie et cytologie pathologiques, l'autre pour Corentin Celton, en médecine légale et droit de la santé.

Pour l'anatomie pathologique, **M. BERCHE** explique que le Conseil a estimé que le projet universitaire était en inadéquation avec le projet de cancérologie, qui représente 80% de l'activité d'anatomie-pathologique de l'HEGP. Il a été donc proposé au candidat de se présenter à l'Hôpital Necker où se fait aujourd'hui l'essentiel de la pathologie rénale.

Concernant l'hépatologie sur le GHU Ouest, le candidat est moins bien classé par le CCM de l'hôpital Cochin mais le Conseil estime qu'il doit être recruté rapidement et prioritairement par

rapport aux autres, au regard de la qualité de son dossier. Il rappelle par ailleurs que le GHU Ouest ne comprend qu'un seul service d'hépatologie.

Quant au candidat de la médecine légale, le Conseil souhaite vivement le recruter, mais ne pouvait donner suite à sa demande cette année. M. BERCHE annonce son intention de créer un département de médecine légale et universitaire, pour lequel il s'est engagé par écrit à recruter ce candidat.

Concernant la position du CCM de l'hôpital Cochin, M. WEILL explique que le service d'hépatologie qui comporte 16 lits, est bien pourvu en personnel universitaire et hospitalier. Ce n'est pas la valeur du candidat, mais l'effectif du service qui a conduit la commission des effectifs et le CCM à ne pas le classer dans les premiers. En revanche, le CCM de Cochin a classé l'ophtalmologiste en deuxième position en raison de la forte activité du service sur le site, en constante augmentation, et du départ en retraite imminent de trois HU dans cette discipline sur le GH.

M. HUBIN signale qu'une demande déposée à l'université Paris V pour l'hôpital Saint-Joseph est restée sans suite.

M. BERCHE indique que cette demande en réanimation médicale ne pose pas problème pour l'Université. Le candidat a été nommé MCU-PH en réanimation médicale il y a deux ans, pour qu'il soit promu PU-PH. Par ailleurs, un accord avec l'hôpital Saint-Joseph a été signé entre l'AP-HP et l'Université pour la mutation d'un PU-PH d'oncologie pneumologique à St Joseph.

M. HUBIN fait ensuite part de divergences pour Paris VII : quatre postes demandés par l'AP-HP n'ont pas été retenus par l'UFR, dont un PUPH devenant MCU-PH, et trois PUPH, dont un en ophtalmologie et un en cardiologie à Lariboisière et un en pédiatrie pour Robert Debré. La CME soutient la candidature de ces collègues.

M. SCHLEMMER fait part de l'absence de divergences sur le fond. Le fait est que les CCM des GH ont déposé des demandes excédant le nombre d'emplois disponibles. Les candidats proposés dans des disciplines où il y a des besoins devraient être nommés à brève échéance.

M. HUBIN fait part de deux demandes de postes de PUPH non retenus par l'UFR de Paris XIII, l'un en médecine d'Urgence et l'autre en Rhumatologie pour Avicenne. A l'Université de Paris XI, un poste n'a pas été retenu par l'UFR en radiologie et imagerie médicale pour l'hôpital Antoine Bécclère et un poste en bio-statistiques, informatique médicale et technologies de la communication pour Paul Brousse.

Le Président pose par ailleurs la problématique de Paris XII : une demande de poste en chirurgie cardiaque a été déposée, mais la direction de l'ARS maintient sa demande de fermeture d'un des quatre centres de chirurgie cardiaque de l'AP-HP. Pour faire ce choix, il convient d'établir une méthodologie claire et de trouver une démarche consensuelle avec ces quatre centres. En outre, le CNU chirurgical émet pour l'instant des réserves quant à l'acceptabilité du candidat. La Direction générale est impliquée dans cette réflexion.

Le Président rappelle également son souhait d'avancer rapidement dans la réflexion sur les activités supra-GH, avec la DPM et la Direction générale de l'AP-HP, en raison notamment de la difficulté des centres de neuroradiologie à assurer la permanence des soins devant la fragilité de leurs effectifs médicaux. Les dossiers de la pédiatrie spécialisée et de la chirurgie cardiaque de l'hôpital Henri Mondor doivent également être ré-ouverts.

M. HUBIN signale deux difficultés en odontologie : d'une part, la non-transmission à l'APHP d'une demande de poste PU-PH à l'Université Paris VII, d'autre part, la difficulté pour l'hôpital Rothschild à assumer le coût de deux transformations de postes de MCU-PH temps partiel en temps plein, bien que la DPM insiste sur le principe de transformation des temps partiel en temps plein.

Le Président signale qu'il est urgent de réfléchir à la structuration de l'hôpital Rothschild, qui pose un problème d'ensemble de projet médical et de transfert d'activités. La CME est à la disposition de la DPM pour avancer sur ce sujet.

M. LACAU-ST-GUILY rappelle qu'il est impératif de ne pas limiter le projet médical de l'hôpital Rothschild à un projet gériatrique. Il est essentiel de rediscuter de la prise en charge des patients de l'est parisien sans se cantonner à ce projet, en incluant par exemple l'aval des urgences et les inter-cures dans les traitements aigus.

VIII. Evolution des comptes d'exploitation et des dotations MIGAC/MERRI à l'AP-HP de 2007 à 2010

M. SAUVAGE rappelle que les MIGAC ne concernent que le secteur MCO et sont liés à la mise en œuvre d'un certain nombre de missions (service public, priorités nationales, qualité des soins, etc.). Le niveau de MIGAC est mentionné dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS.

Trois catégories de missions se distinguent :

- **MERRI :**

L'enveloppe MERRI se décompose en trois paquets : les MERRI fixes, modulables et variables. La mise en œuvre de la réforme des MERRI est pilotée directement par le Ministère.

- **MIG :**

L'enveloppe MIG contient des financements pour les missions de vigilance, de veille et d'expertise, de télémedecine, pour les équipes mobiles, les actions de prévention, interventions pluridisciplinaires, SAMU-SMUR, DPI, permanence des soins et précarité. L'évolution MIGAC est fixée spécifiquement chaque année au sein de l'ONDAM.

- **AC (aide à la contractualisation) :**

L'enveloppe AC finance les surcoûts liés aux investissements, les mesures spécifiques de personnel et l'accompagnement non fléché.

Les montants financiers des MIGAC/MERRI à l'AP-HP sont estimés à 746 millions d'euros en 2010, soit une augmentation de près de dix millions d'euros, tirée par les MERRI modulables et variables. La tendance est à la baisse pour les MIG et les AC, mais le total des MIGAC reste stable, à raison d'une légère augmentation de 1 million d'euros. L'évolution pluriannuelle des MIGAC témoigne d'une augmentation très forte de 2007 à 2009, avec une stabilité depuis 2009. Le passage de 2008 à 2009 est marqué par le retrait de la partie précarité et PDSH des tarifs pour être inclus en MIG. La croissance des MIGAC de l'AP-HP est essentiellement liée à l'évolution du système de tarification de l'activité. La part des MERRI fixes est stable, tandis que la part des MERRI modulables est en hausse avec un effet prix, de même que la part variable. Est à noter la baisse de certains MERRI liés à des activités non reproductibles (fin de programmes hospitaliers de

recherche cliniques, STIC). Les MIG sont en légère diminution (2 millions d'euros), en raison de la réfaction des MIG. Sur les AC, une diminution de 3,8 millions d'euros est observée, en raison également de la réfaction.

La ventilation de l'enveloppe MIGAC entre les GH et l'AP-HP se fait pour les MIG sur la base d'un socle datant de 2004 et d'une application fléchée par MIG datant de 2005. Le caractère très historique de cette ventilation impliquera un travail d'amélioration de la répartition des MIG entre établissements hospitaliers. Sur l'enveloppe MERRI, des indicateurs précis sont fixés par le Ministère, qui conduisent à appliquer les règles nationales aux GH.

S'agissant des perspectives d'évolution, le modèle des MERRI devrait continuer à évoluer, avec un accent mis notamment sur les brevets. Pour les MIG, la question principale est celle de la poursuite ou non du redéploiement régional. Pour défendre la position de l'AP-HP, un travail de recensement des activités pouvant relever des MIG mais n'étant pas dotées comme telles et des ressources et coûts mobilisés pour les MIG est actuellement mené. Pour les AC, le risque majeur réside également dans la poursuite du redéploiement régional. L'AP-HP participe par ailleurs aux réflexions nationales sur l'identification des MIGAC SSR.

M. GARABEDIAN appelle de ses vœux une répartition équitable des MIGAC. Il craint par ailleurs que la diminution générale des MIGAC ne réduise la capacité de l'AP-HP à contractualiser ses projets de recherches cliniques et ses publications. Il demande donc à M. Sauvage s'il a des précisions sur les perspectives d'évolution 2011.

M. SAUVAGE ne peut répondre à cette question. La péréquation est contestable, dans la mesure où elle a été menée sur des bases démographiques. S'agissant des PHRC, qui sont non-reconductibles, il est normal que le financement qui leur est lié disparaisse, ce qui n'empêche pas de gagner de nouveaux projets. Le solde en 2010 était ainsi positif. Quant au travail de révision de la répartition des MIG entre les GH et l'AP-HP, il a été mené avec les GH dans une recherche de cohérence, en s'alignant sur les directives ministérielles.

M. FAYE note l'annonce d'une diminution des recettes, alors que M. Sauvage a précédemment affirmé qu'un jeu de compensation permettrait de dépasser les prévisions relatives au montant des MIGAC de 20 millions d'euros. Il lui demande donc de préciser ce point. Rappelant par ailleurs que l'AP-HP est un centre d'innovation, il demande un point d'avancement sur la réflexion portant sur la valorisation des activités innovantes et suggère de la relancer si nécessaire.

M. SAUVAGE explique avoir annoncé une réfaction de 27 millions d'euros, mais des effets supplémentaires d'environ 20 millions d'euros, ce qui permet une compensation finale. Sur le deuxième sujet, un groupe de travail est en cours.

IX. Information sur le rapport d'étape annuelle 2009 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Île-de-France (C-BUS)

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS rappelle que le CBUS, signé avec l'ARS et l'Assurance maladie, est obligatoire et en place depuis 2006. Il y a un seul contrat pour l'AP-HP qui obtient en 2010 le score de 85,9/100. La DPM et le comité de pilotage synthétisent les données fournies par les hôpitaux dans le rapport d'étape de l'Institution. S'ouvre ensuite une période de négociation du taux de remboursement. Pour 2010, plusieurs constats peuvent être faits.

En ce qui concerne le circuit des médicaments, on peut noter les points suivants :

Points forts :

- mise en place d'un support unique pour la prescription et l'administration ;
- des prescriptions datées et signées comportant la totalité du traitement
- un accès facile pour les prescripteurs aux référentiels de juste prescription notamment grâce à leur intégration dans les logiciels de prescription.

Points en évolution :

- l'analyse pharmaceutique des prescriptions ;
- la centralisation sous responsabilité pharmaceutique de la préparation des chimiothérapies ;
- l'informatisation de la prescription;
- le suivi et l'analyse des prescriptions.

Points à améliorer :

- la traçabilité des différents actes réalisés autour du médicament dans le dossier patient ;
- la dispensation nominative ;
- l'enregistrement informatisé des administrations.

Le circuit des DMI est quant à lui beaucoup moins bien sécurisé. Si le suivi des actes de cardiologie interventionnelle grâce au registre **CARDIO ARHIF** constitue un point fort de l'institution, l'effort doit porter sur la traçabilité du circuit complet des DMI et des implantations dans le dossier du patient ainsi que sur l'analyse des consommations et des pratiques.

En termes de communication, un effort a été fait en 2010 sur les objectifs et sur le contenu du **CBUS**, ainsi que sur l'évolution de la sécurisation des circuits. Sur le bon usage, des recommandations nationales ou locales ont été élaborées et diffusées et les pratiques de prescription ont fait l'objet de différentes analyses. Sur la gestion des risques, le signalement des erreurs médicamenteuses est plus fréquent et les retours d'expérience se mettent en place.

Des contrôles sur le respect de nos engagements sont prévus par le décret de 2005 et un score inférieur à 80 peut entraîner des sanctions. Une facturation non-conforme peut également entraîner une récupération d'indus et la baisse du taux de remboursement des produits de santé pris en charge en sus des GHS. La loi de financement de la sécurité sociale 2009 impose par ailleurs de maîtriser les dépenses de ces produits de santé. Enfin, une circulaire en attente de publication encadrera les plus gros contributeurs (dont fait partie l'AP-HP) avec possibilité de récupération d'indus.

En conclusion, le niveau de sécurisation des circuits des médicaments et des dispositifs médicaux implantables s'améliore de façon continue depuis quatre ans. Cependant, il n'est toujours pas optimum et peut être amélioré en tenant compte du contexte actuel, marqué notamment par le renforcement des liens avec la certification (HAS), la mise en place de l'ARS et le renforcement des contrôles. En intra-AP-HP, la montée en charge du NSI et son déploiement (fin de déploiement du NSI gestion et début du déploiement pour le NSI patient dès 2011) est un élément clé de cette réflexion (même s'il n'est pas le seul) ainsi que la création des GH.

Enfin, il faut noter les pistes d'amélioration proposées dans le rapport publié en juillet 2010 par les conseillers généraux des établissements de santé sur la sécurisation du circuit du médicament à l'AP-HP avec trois priorités :

- faciliter et sécuriser le travail de chacun ;
- optimiser les organisations et les ressources existantes ;
- renforcer la collaboration des différents acteurs notamment médico-pharmaceutique.

Pour ce faire, le pilotage institutionnel autour de toutes ces réflexions doit prendre en compte les acteurs de terrain et ceux du siège.

Mme VASSEUR précise que la collaboration doit être renforcée sur le plan médico-pharmaceutique mais aussi soignant, l'infirmière restant le maillon ultime de l'administration médicamenteuse.

X. Présentation du compte financier unique 2009

M. SAUVAGE précise que la certification des comptes conduit à modifier des écritures comptables. En 2009, la valorisation de l'activité est bonne, après correction des effets de périmètre et de bascule et sous l'effet du passage à la V11, qui compense la baisse de recettes due au coefficient de transition de la convergence intrasectorielle. Une évolution favorable des recettes est à noter sur la permanence des soins. Le titre II progresse également. En revanche, le titre III est en forte baisse, en raison des reprises sur provisions de l'année 2008 et de la modification des écritures comptables. Les charges sont globalement maîtrisées en 2009. Abstraction faite des CET monétisés en 2008, l'augmentation des charges de personnel est de 0,46 %. Le titre 4 est responsable de la majeure partie de la progression des charges.

Parmi les comptes de résultats annexes 2009, le déficit de l'USLD est préoccupant. En revanche, une forte hausse des capacités d'autofinancement est à noter par rapport à 2008, avec un passage de 256 millions d'euros à 328 millions d'euros. La marge brute d'exploitation augmente mais de manière insuffisante pour couvrir les charges d'amortissement. Les investissements en 2009 sont en hausse de 5 % par rapport à 2008 et le remboursement de la dette est en nette diminution : il rejoint le rythme annuel de 80 millions d'euros. Dans ce contexte, l'essentiel du besoin de financement est couvert par le recours à l'emprunt malgré les cessions, les subventions et la capacité d'autofinancement. La dette progresse de 302 millions d'euros, avec un taux moyen d'intérêt de 2,9 %.

Pour conclure, l'exercice 2009 est contrasté. Les indicateurs financiers sont en nette amélioration, les recettes sont en hausse et les dépenses sont maîtrisées. Cependant, la dette augmente fortement et la structure bilantielle se dégrade.

M. CAPRON demande des précisions sur les créances non recouvrées.

M. SAUVAGE répond que les créances non recouvrées représentent une somme significative de près de 50 millions d'euros. Un travail important est fourni pour les recouvrer et en diminuer le nombre à l'avenir. La facturation fait également l'objet d'un travail important. La mise en place de SAP devrait aider. Le problème est que cela n'aura pas d'impact direct puisque seront ainsi soldées des créances dues depuis plusieurs années. Les créances irrécouvrables concernent essentiellement les créances hors Assurance maladie.

Le Président a le sentiment qu'un nombre considérable d'emplois soignants ont été perdus en 2009. Il note par ailleurs que la convergence intrasectorielle serait compensée par la V11, avec une activité correcte, mais sans amélioration de la structure bilantielle finale. Ce n'est guère motivant.

M. SAUVAGE répond que la structure bilantielle se dégrade essentiellement sous l'effet de l'investissement. L'exercice 2009 est contrasté, il en retient l'amélioration de certains indicateurs, dont la CAF. La comparaison avec l'année 2008 ne doit pas tromper : le résultat 2009 est un bon résultat. Concernant les emplois, l'effort a principalement porté sur les emplois non permanents, ce qui a pu peser sur le ressenti des équipes pendant la période d'ajustement. En 2010, le niveau des emplois non permanents resterait stable, les organisations s'étant ajustées.

M. LACAU-ST-GUILY recommande de porter le débat plus loin : la dégradation structurelle du nombre de personnels non médicaux est un fait, les emplois vacants n'étant pas pourvus et les personnels soignants étant remplacés par des CDD. Les ajustements sont impossibles dans ces conditions.

M. SAUVAGE l'invite à se reporter aux documents du bilan des effectifs 2009 et explique qu'en 2009, s'est produite une diminution significative des emplois de remplacement par rapport aux emplois permanents.

M. LACAU-ST-GUILY a le sentiment d'un dialogue de sourd entre la commission et le reste de la communauté. Tant que les ajustements structurels visant à concentrer les moyens pour assurer l'offre de soins ne sont pas mis en œuvre, des difficultés majeures se posent, quels que soient les documents d'information remis à la CME.

XI. Information sur la rencontre du siège avec la Haute Autorité de Santé (le 10 décembre 2010)

Ce point est reporté à la prochaine CME.

XII. La prévention des infections nosocomiales à l'AP-HP

Mme FOURNIER rappelle le champ d'activité de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) du siège de l'AP-HP :

- proposition et mise en œuvre des actions au CLIN central ;
- élaboration et analyse des indicateurs propres à l'AP-HP ;
- gestion des alertes et signalements des infections nosocomiales.

L'EOH est rattachée à la DPM et interagit avec les directions fonctionnelles du Siège (DAJDP, DITMS, DPFLL, Communication interne, AGEPS, médecine du travail, etc.), le CCLIN Paris Nord et l'ARS. L'EOH est en relation étroite avec les EOH des sites pour la gestion des alertes, la mise en place de la politique du CLIN central, le recueil et l'analyse des indicateurs.

M. JARLIER cite ensuite des exemples de programmes de prévention des infections nosocomiales. L'ouverture de l'HEGP s'était accompagnée d'une épidémie de légionellose nosocomiale. Un plan de formation pluridisciplinaire avait été mis en place, complété par un

indicateur institutionnel de moyens, la surveillance des réseaux d'eau et des cas de légionellose nosocomiale, ainsi que des échanges réguliers entre l'EOH et les services techniques. Ces dispositions ont permis des progrès mais une épidémie s'est encore produite en 2007.

La campagne « Préserver l'efficacité des antibiotiques », par ailleurs, a permis d'obtenir une diminution de 15 % de la consommation, pour atteindre un niveau qui reste néanmoins bien supérieur à la moyenne des pays européens. Il faudrait diminuer encore la consommation des antibiotiques à l'AP-HP. La campagne est donc relancée en 2011.

Les campagnes de lutte contre les épidémies de bactéries multi-résistantes (BMR), lancées à l'AP-HP en 1993, ont donné lieu à des programmes repris par le Ministère de la Santé. Elles entraînent une diminution de plus de la moitié des SARM à l'AP-HP. Cependant, l'incidence des entérobactéries multirésistantes (BLSE) risque de continuer à augmenter et à entraîner la consommation des antibiotiques et notamment des carbapénèmes. La Grèce et Israël sont confrontés à des difficultés majeures en la matière et il n'existe pas d'alternative thérapeutique en préparation dans les laboratoires. Il faut donc gérer la vie hospitalière sans nouveaux antibiotiques en perspective.

Mme FOURNIER fait ensuite le point sur les indicateurs nationaux et sur ceux de l'AP-HP, dont font partie la couverture vaccinale des personnels contre la grippe saisonnière et celle des patients hospitalisés en soins de longue durée. Les indicateurs sont diffusés au public par des affiches et un site Internet qui a ouvert en octobre 2010 : <http://qualite-securite.aphp.fr> .

M. JARLIER précise que des alertes récentes ont mobilisé l'EOH du Siège, notamment une épidémie d'aspergilloses à Necker en 2007, des épidémies de grippe nosocomiale A H1N1, une épidémie de tuberculose à Bicêtre. Chaque année, une centaine d'alertes sont envoyées aux autorités sanitaires (ARS, CCLIN). L'EOH du Siège soutient les EOH locales, participe aux réunions avec les directions et le CCLIN, etc. Ce travail permet d'anticiper les crises à venir.

XIII. Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2010

Ce point est reporté à la prochaine CME.

XIV. Avis sur des contrats d'activité libérale

M. HUBIN précise que les contrats d'activité libérale présentés ce jour à la CME ont tous reçu un avis favorable de la CTEM.

Les contrats d'activité libérale présentés à la CME du 12 octobre 2010 sont approuvés à la majorité. Deux membres de la CME ne prennent pas part au vote.

XV. Approbation du compte rendu de la séance du 6 juillet 2010

L'approbation du compte-rendu de la séance du 6 juillet 2010 est reportée.

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 13 heures 20.

ANNEXES

**DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE
DEPARTEMENT DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES**

**REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES
AU TITRE DE L'ANNEE 2011
PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIER**

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT DU 12 OCTOBRE 2010

PROPOSITIONS AP-HP
(Biochimie et biologie moléculaire 44-01 biologique) Pôle biologie et médicaments Service biochimie PR BEAUNE - BROUSSAIS HEGP (Marie-Anne LORIOT LANDAU - MCU-PH) type 1 1er CCM
(Maladies infectieuses 45-03 clinique) Pôle médecine UF centre d'investigation clinique de vaccinologie Cochin Pasteur COCHIN (Odile LAUNAY - MCU-PH) type 1 1er CCM (2ème GH)
(Neurochirurgie 49-02 clinique) Pôle médico chirurgical pédiatrique Service neurochirurgie pédiatrique PR SAINTE-ROSE - NECKER ENFANTS MALADES (Stéphanie PUGET - PHU) type 1 2ème CCM
(Thérapeutique 48-04 clinique avec disc.hosp en immunologie clinique) Pôle urgences, proximité et prévention Service centre de diagnostic PR BLACHER - HOTEL DIEU (Jean-Paul VIARD - PH) type 3 1er A CCM (1er GH)
(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire 51-03 clinique) Pôle spécialités médico-chirurgicales UF de chirurgie thoracique HOTEL DIEU (Marco ALIFANO - PH) type 1 3ème CCM (7ème GH)
(Pédiatrie 54-01 clinique) Pôle hématologie immunologie infectiologie Service immunologie hématologie PR FISCHER - NECKER ENFANTS MALADES (Pierre QUARTIER DIT MAIRE - PH) type 1 3ème CCM
(Médecine d'urgence 48-02 clinique) Pôle réanimations urgences Service d'accueil des urgences PR POURRIAT (prov) - COCHIN (Marie-Anne LORIOT LANDAU - MCU-PH)

PROPOSITIONS AP-HP
(Pneumologie 51-01 clinique) Pôle cardio respiratoire Service pneumologie PR DUSSER - COCHIN (Pierre-Régis BURGEL - MCU-PH) type 1 3ème CCM (4ème GH)
(Thérapeutique 48-04 clinique) Pôle Cardio vasculaire Service médecine préventive cardio-vasculaire PR SIMON - BROUSSAIS HEGP (Jean-Louis MEGNIEN - MCU-PH) type 1 3(A) CCM
(Radiologie et imagerie médicale 43-02 clinique) Pôle Imagerie et explorations Service radiologie PR VADROT - HOTEL DIEU (Marie-Pierre REVEL - PH à HEGP) type 1 1er CCM (6ème GH)
(Ophtalmologie 55-02 clinique) Pôle activités à dominante ambulatoire UF d'ophtalmologie COCHIN (Dominique MONNET - Prat cont) type 1 2ème CCM (3ème GH)
(Réanimation médicale) Service réanimation médico-chirurgicale SAINT JOSEPH (Benoit MISSET - MCU-PH) type 1

PARIS ILE DE FRANCE OUEST**PU-PH****EMPLOIS VACANTS : 5**

PROPOSITIONS AP-HP
(Cytologie histologie 42-02 biologie) Pôle aigu Service anatomie et cytologie pathologiques - médecine légale PR LORIN DE LA GRANDMAISON (prov) - RAYMOND POINCARE (Fabrice CHRETIEN- MCU-PH à Mondor) type 1 1er CCM
(Physiologie 44-02 clinique) Pôle spécialités et oncologie Service physiologie et explorations fonctionnelles PR RAFFESTIN - AMBROISE PARE (Marcel BONAY - MCU-PH à Bichat) type 1
(Nutrition 44-04 clinique) Pôle spécialités et oncologie Service nutrition obésité - AMBROISE PARE (Sébastien CZERNICHOW - MCU-PH à Avicenne) type 1
(Thérapeutique 48-04 clinique) CIC - IT RAYMOND POINCARE (David ORLIKOWSKI - PH) type 1 3ème CCM
(Gynécologie obstétrique 54-03 clinique) Périnatalogie Service Gynécologie obstétrique CH de POISSY (Patrick ROZENBERG - PH) type 3

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 11

PROPOSITIONS AP-HP
(Néphrologie 52-03 clinique) Pôle UNIMED (urologie, urgences néphrologiques et transplantation rénale, néphrologie et dialyses, maladies infectieuses et tropicales, HJ de médecine Service urgences néphrologiques et transplantation rénale PR RONDEAU - TENON (Alexandre HERTIG - MCU-PH) type 1 1er CCM (2ème GH)
(ORL 55-01 clinique) Pôle Thorax voies aériennes réanimations Service ORL PR LACAU ST GUILY - TENON (Bertrand BAUJAT -) type 1 4 ème CCM (5ème GH)
(Neurologie 49-01 clinique) Pôle Urgences médecine tête Service neurologie PR ALAMOWITCH (prov) - TENON (Bruno STANKOFF - MCU-PH) type 1 2 ème CCM (3ème GH)
(Chirurgie digestive 52-02 clinique) Pôle Digestif Service chirurgie hépato biliaire et transplantation hépatique SAINT-ANTOINE (Olivier SCATTON - PHU) type 1 1er CCM (1er GH)
(Anatomie 42-01 clinique avec disc hospit en urologie) Pôle UNIMED (urologie, urgences néphrologiques et transplantation rénale, néphrologie et dialyses, maladies infectieuses et tropicales, HJ de médecine Service urologie PR HAAB - TENON (Philippe SEBE - MCU-PH) type 1 3 ème CCM (4ème GH)
(Physiologie 44-02 biologie) Pôle Médecines spécialisées Service Physiologie PR DUSSAULE - SAINT-ANTOINE (Emmanuelle APARTIS-BOURDIEU - MCU-PH) type 1 2 ème CCM (6ème GH)
(Chirurgie thoracique et cardio vasculaire 51-03 clinique)

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 11

PROPOSITIONS AP-HP

(Chirurgie générale 53-02 clinique)
Pôle Chirurgie néphro urologie gynécologie obstétrique
néonatalogie
UF chirurgie générale à orientation endocrinienne
PR MENEGAUX - PITIE SALPETRIERE
(Christophe TRESALLET - PH)
type 1

2ème CCM

(Physiologie 44-02 clinique avec disc hospit en cardiologie)
Pôle Cœur
Département cardiologie médicale
PR KOMAJDA - PITIE SALPETRIERE
(Stéphane HATEM - Prat att)
type 2

3ème CCM

(Génétique 47-04 biologique)
Pôle Biologie médicale
Département génétique cytogénétique et embryologie
PR SOUBRIER - PITIE SALPETRIERE
(Eric LE GUERN - MCU-PH)
type 1

4ème A CCM

**PARIS VII - DENIS DIDEROT
PU-PH**

**EMPLOIS VACANTS : 11 - 1 restitution d'un prêt à PIDFO pour
mutation du Pr PUY à Bichat en 2010.**

Cette restitution a été classée en n°1 par l'UFR

PROPOSITIONS AP-HP
(Maladies infectieuses 45-03 clinique) Pôle Clinique et biologie des maladies infectieuses et tropicales Service maladies infectieuses et tropicales PR YENI - BICHAT (Yazdan YASDANPANA - PU-PH à Lille) MUTATION 1er CCM (classement GH : A)
(Neurochirurgie 49-02 clinique) Pôle Neurosensoriel Tête et cou Service Neurochirurgie PR GEORGE - LARIBOISIERE (Sébastien FROELICH - PU-PH à Strasbourg) MUTATION 1er CCM (1er GH)
(Cancérologie 47-02 clinique) SAINT-LOUIS (Stéphane CULINE - PU-PH à Mondor) MUTATION
(Anesthésiologie et réanimation 48-01 clinique) Pôle pédiatrie aigue et médecine interne Département anesthésie réanimation PR MANTZ (prov) - ROBERT DEBRE (Souhayl DAHMANI) Type 1 1er CCM
(Hépatologie 52-01 clinique) Pôle Digestif Service hépatologie PR VALLA - BEAUJON (Tarik ASSELAH - PH) Type 1 2ème CCM (classement GH : A)
(Rhumatologie 50-01 clinique) Pôle Appareil locomoteur Service rhumatologie A PR BARDIN - LARIBOISIERE (Pascal RICHETTE - MCU-PH) Type 1 2ème CCM (4ème GH)
(Immunologie 47-03 biologique) Pôle Biologie morphologie et pharmacie UF dysfonctionnement immunitaire PR POCIDALO - BICHAT (Renato MONTEIRO -) Détachement INSERM ? 4ème CCM (classement GH : A)

**PARIS VII - DENIS DIDEROT
PU-PH**

**EMPLOIS VACANTS : 11 - 1 restitution d'un prêt à PIDFO pour
mutation du Pr PUY à Bichat en 2010.**

Cette restitution a été classée en n°1 par l'UFR

PROPOSITIONS AP-HP
(Pédiatrie 54-01 clinique) Pôle Femme Enfant Service pédiatrie générale PR PIOLOT (prov) - LOUIS MOURIER (Nathalie PAREZ - PH) Type 1 1er CCM (classement GH : A)
(Rhumatologie 50-01 clinique) Pôle Médecine spécialisée Service rhumatologie PR MEYER - BICHAT (Philippe DIEUDE - MCU-PH) Type 1 3ème CCM (classement GH : A)
(Radiologie imagerie médicale 43-02 clinique) Pôle Imagerie et de cancérologie Service radiologie PR FRIJA - SAINT-LOUIS (Cédric de BAZELAIRE - PHU) Type 1 1er CCM (2er GH)
(Génétique 47-04 biologique) Pôle Biologie morphologie et pharmacie Service biochimie B PR GRANDCHAMP DESRAUX - BICHAT (Nadem SOUFIR - MCU-PH) Type 1 hors classement
(Chirurgie digestive 52-02 clinique) Pôle Digestif Service chirurgie colorectale PR PANIS - BEAUJON (Frédéric BRETAGNOL - PH) Type 1 1er CCM (classement GH : A)
(Gastro-entérologie 52-01 clinique) Pôle Digestif Service pancréato-gastroentérologie PR RUSZNIEWSKI - BEAUJON (Dermot O TOOLE - Prat att) Type 1 3ème CCM (classement GH : A)

PARIS XIII - BOBIGNY

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 3 + 1 par transformation d'un poste de M
(proposition de l'UFR) = 4

PROPOSITIONS AP-HP
(Hépatologie 52-01 clinique) Pôle Spécialités médico chirurgicales à orientation digestive et métabolique Service hépato gastro entérologie PR BEAUGRAND - JEAN VERDIER (Nathalie GANNE CARIE - PH) type 3 5ème CCM - 5ème GH
(Anatomie 42-01 clinique) avec disc hospit en chirurgie générale Pôle Chirurgie Service chirurgie générale et digestive PR WIND (prov) - AVICENNE (Richard DOUARD - MCU-PH à Cochin) type 1 1er CCM - 1er GH
(Chirurgie orthopédique et traumatologique 50-02) Pôle Chirurgie Service chirurgie orthopédique et traumatologique PR MASQUELET - AVICENNE (Laurent VASTEL - PH à Cochin) type 3 2ème CCM - 3ème GH
(Epidémiologie, économie de la santé et prévention 46-01) Département de santé publique AVICENNE (Pierre LOMBRILLE - PU-PH à Nantes) MUTATION

PARIS XI - KREMLIN BICETRE

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 8

PROPOSITIONS AP-HP
(Gynécologie obstétrique 54-03 clinique) Pôle Adolescent Mère Enfant Service Obstétrique et gynécologie chirurgicale PR FERNANDEZ - BICETRE (Marie-Victoire SENAT - PH) type 3 2ème CCM
(Neurochirurgie 49-02 clinique) Pôle Neurosciences - tête et cou Service neurochirurgie PR PARKER (prov) - BICETRE (Noza AGHAKHANI - PH) type 1 3ème CCM
(Biologie et médecine du développement 54-05 biologique) Pôle Biologie pharmacie pathologie Service histologie embryologie cytogénétique PR TACHDJIAN - ANTOINE BECLERE (Nelly ACHOUR-FRYDMAN - PH) type 1 1er CCM
(Hépatologie 52-01 clinique) Pôle Foie et cancer Département Hépato-biliaire PR CASTAING - PAUL BROUSSE (Jean-Charles DUCLOS-VALLEE - MCU-PH) type 1 1er CCM (Néphrologie 52-03 clinique) Pôle Immunopathologie transplantation métabolisme Service Néphrologie PR CHARPENTIER - BICETRE (Hélène PRADIER - MCU-PH) type 1 4ème CCM
(Pédiatrie 54-01 clinique) Pôle Adolescent Mère Enfant Service Réanimation pédiatrique polyvalente PR DEVICTOR - BICETRE (Pierre TISSIERES - PH) type 1 1er CCM
(Biophysique et médecine nucléaire 43-01 biologique) Pôle Image et fonction Service Biophysique et médecine nucléaire PR PRIGENT - BICETRE

Université Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC)

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 4 + 1 (proposition de l'UFR : restitution par le ministère de l'emploi de MCU-PH retiré en 2006 et sa transformation en PU-Ph) + 2 création l'UFR = 7 vacants

Le poste classé en 5ème position par l'UFR est celui réservé à la réintégration du PR COUETIL (chirurgie thoracique et cardio vasculaire) sur le poste qui sera libéré par la mutation du PR KIRCH à PARIS VI (PSP) cette opération n'est pas à inclure dans la révision mais à signaler pour mémoire.

PROPOSITIONS AP-HP
(Anatomie 42 01 biologique) avec disc hospit en urologie Pôle Oncologie transplantation et immunité Service urologie PR ABBOU - HENRI MONDOR (René YIOU - MCU-PH) Type 1 3ème CCM (3ème GH)
(Hématologie 47-01 clinique) Pôle Oncologie transplantation et immunité Service hématologie clinique PR CORDONNIER - HENRI MONDOR (Sébastien MAURY - MCU-PH) Type 1 1er CCM (1er GH)
(Médecine d'urgence 48-04 clinique) Pôle Médecine urgences Service urgences DR RENAUD - HENRI MONDOR (Bertrand RENAUD - PH) Type 3 2ème CCM (2ème GH)
(Néphrologie 52-03 clinique) Pôle Oncologie transplantation et immunité Service néphrologie et transplantation PR LANG - HENRI MONDOR (Djillali SAHALI - MCU-PH) Type 1
(Chirurgie thoracique et cardio vasculaire 51-03 clinique) Pôle Médico chirurgical cardiaque et vasculaire Service chirurgie vasculaire et endocrinienne PR BECQUEMIN - HENRI MONDOR (Thierry FOLLIGUET -)

UFR PARIS V - RENE DESCARTES

DEMANDES DU C.H.U.		
DISCIPLINE UNIVERSITAIRE demandée	OPTION (2)	LOCALISATION HOSPITALIERE
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale 54-04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Service endocrinologie et maladies métaboliques Pôle Endocrinologie Diabétologie (Guillaume ASSIE) GH Cochin SVP
Pédiatrie 54-01		Service néphrologie pédiatrique Pôle Médico chirurgical pédiatrique (Olivia BOYER) GH Necker Enfants Malades
Rhumatologie 50-01		Service Rhumatologie A Pôle Ostéoarticulaire (Julien WIPFF) GH Cochin SVP
Urologie 52-04		Service urologie Pôle Périnatalogie périconceptologie et gynécologie (Nicolas BARRY-DELONGCHAMPS) GH Cochin SVP
Radiologie et imagerie médicale 43-02		Service imagerie Pôle Imagerie explorations fonctionnelles Alban REDHEUIL GH Broussais - HEGP
Gastroentérologie ; Hépatologie ; addictologie 52-01	Gastroentérologie	Département des maladies digestives, cancérologie digestive et tumeurs endocrines Pôle Hépatogastroentérologie médico chirurgical (Romain CORIAT) GH Cochin SVP

UFR PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

DEMANDES DU C.H.U.		
DISCIPLINE UNIVERSITAIRE demandée	OPTION (2)	LOCALISATION HOSPITALIERE
Urologie 52-04		Service urologie et de transplantations rénales Pôle Chirurgie néphro urologie gynécologie obstétrique néonatalogie (Morgan ROUPRET) GH Pitié Salpêtrière

Recrutement de praticiens hospitaliers universitaires, au titre de l'année 2010-2011
(effet au 1er mai 2011)
 (classement des propositions)

U.F.R. PARIS VII - DENIS DIDEROT

DEMANDES DU C.H.U. (Classées par ordre de priorité)		
DISCIPLINE UNIVERSITAIRE demandée	OPTION (2)	LOCALISATION HOSPITALIERE
Gastroentérologie ; Hépatologie ; addictologie 52-01	Gastroentérologie	Service Pancréato gastroentérologie Pôle Digestif (Xavier TRETON) Hôpital Beaujon
Gastroentérologie ; Hépatologie ; addictologie 52-01	Gastroentérologie	Service Gastro-entérologie et assistance nutritive Pôle Digestif (Vinciane REBOURS) Hôpital Beaujon
Biologie cellulaire avec discipline hospitalière en rhumatologie 44-03		Service Rhumatologie B Pôle Appareil locomoteur (Hang Korng EA) GH Lariboisière F.Widal
Radiologie et imagerie médicale 43-02		Service Imagerie pédiatrique Pôle Physiologie et imagerie pédiatriques (Marianne ALISON) Hôpital Robert Debré
Maladies infectieuses ; Maladies tropicales 45-03	Maladies infectieuses	Service Maladies infectieuses et tropicales Pôle Produits de santé anti infectieux infections nosocomiales évaluation (Sébastien GALLIEN) Hôpital Saint-Louis
Cancérologie ; Radiothérapie 47-02	Cancérologie	Service Oncologie médicale Pôle Imagerie et cancérologie (Guilhem BOUSQUET) Hôpital Saint-Louis

**DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE
DEPARTEMENT DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES**

**REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES
DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES & BIOLOGIQUES
AU TITRE DE L'ANNEE 2011**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS
DES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT DU 12 OCTOBRE 2010

3
ALIERS

PROPOSITIONS AP-HP
(Biostatistique) Pôle biologie pharmacie pathologie URC COCHIN - HOTEL DIEU (Déborah HIRT - Prat att)
(Biochimie nutrition) Biologie pharmacie Service de biochimie PR CYNOBER - COCHIN - HOTEL DIEU (Marie-Céline BLANC - PH)

PROPOSITIONS AP-HP
(Pharmacotechnie) Pôle recherche et développement Service recherche et développement analytique et galénique AGEPS en recherche de candidat
(Biologie du développement et de la reproduction) Pôle biologie pharmacie pathologie Département de biologie hormonale et métabolique PR CLAUSER - COCHIN - HOTEL DIEU (Jean GUIBOURDENCHE - PH) Type concours 62-B
(Chimie thérapeutique) Pôle biologie pharmacie pathologie PUI DR DAUPHIN - COCHIN - HOTEL DIEU (Michel VIDAL -) Type concours 62-A
(Microbiologie) Pôle Produits de santé évaluation infectiologie Service de bactériologie virologie PR SIMON - SAINT-LOUIS (Jean-Louis PONS - PU-PH à Rouen) MUTATION

PARIS XI - UFR de PHARMACIE

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 2

PROPOSITIONS AP-HP

(Hématologie)

Pôle Biologie pharmacie anatomie pathologie santé publique Hématologie et immunologie biologiques
--

BICETRE

(Véronique PICARD-FEGER - Prat att)

**DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE
DEPARTEMENT DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES**

**REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES
AU TITRE DE L'ANNEE 2011**

RES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT DU 12 OCTOBRE 2010

LIERS

PARIS V - René DESCARTES

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 8 + le doyen demande par anticipation des postes de MC qui seront libérés par des promotions PU-PH en 2011 et propose un prêt d'un p pour 2 ans à l'UFR Paris VII en compensation du départ du PR TREDANIEL à S

PROPOSITIONS AP-HP
(Pédiatrie 54-01 clinique) Pôle hématologie immunologie infectiologie Service immunologie hématologie PR FISCHER - NECKER ENFANTS MALADES (Bénédicte NEVEN - Prat att) 48-1 1er CCM
(Chirurgie orthopédique et tranumatologique 50-02 clinique) Pôle Ostéoarticulaire Service Orthopédie B PR ANRACT - COCHIN (Frédéric SAILHAN - Prat att) 48-1 1er CCM
(Médecine interne 53-01 clinique) Pôle urgences réseaux Service médecine interne PR CAPRON - BROUSSAIS HEGP (Brigitte RANQUE - CCA) 48-1 1er CCM
(Chirurgie orthopédique et tranumatologique 50-02 clinique) Pôle urgences réseaux Service chirurgie orthopédique et traumatologique PR AUGEREAU VACHER - BROUSSAIS HEGP (Thomas GREGORY - PHU) 48-1 2ème CCM
(Hématologie 47-01 biologie) Pôle biologie pharmacie pathologie Service hématologie biologique PR LACOMBE - COCHIN (Olivier KOSMIDER - AHU) 48-1 2ème CCM
(Chirurgie infantile 54-02 clinique) Pôle médico chirurgical pédiatrique Service chirurgie viscérale pédiatrique PR REVILLON - NECKER ENFANTS MALADES (Khen DUNLOP - Prat att) 48-1 3ème CCM
(ORL 55-01 clinique) Pôle cancérologie spécialités

PARIS V - René DESCARTES

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 8 + le doyen demande par anticipation des postes de MC qui seront libérés par des promotions PU-PH en 2011 et propose un prêt d'un p pour 2 ans à l'UFR Paris VII en compensation du départ du PR TREDANIEL à S

PROPOSITIONS AP-HP
(Biologie cellulaire 44-03 biologique) Pôle Biologie UF Centre d'études des déficits immunitaires NECKER EM (Jacinta BUSTAMENTE -) 48-2
(Anatomie et cytologie pathologiques 42-03 clinique) Pôle biologie pharmacie pathologie Service anatomie et cytologie pathologiques PR VACHER-LAVENU - COCHIN (Mathilde SIBONY - MCU-PH à TENON) MUTATION CCM FAV

PARIS ILE DE FRANCE OUEST

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 4

PROPOSITIONS AP-HP
(Epidémiologie, économie de la santé et prévention 46-01) CIC - IT RAYMOND POINCARE (Lamia GRIMALDI-BENSOUDA -) 48-01 3ème CCM (3ème GH)
(Ophtalmologie 55-02 clinique) Pôle urgences et proximité Service ophtalmologie PR BAUDOIN (prov) - AMBROISE PARE (Antoine LABBE - CCA) 48-1 2ème GH
(Médecine légale et droit de la santé 46-03 clinique avec disc hosp en anatomie et cytologie pathologiques) Pôle aigu Service anatomie et cytologie pathologiques - médecine légale PR LORIN DE LA GRANDMAISON (prov)- RAYMOND POINCARE (Philippe CHARLIER - AHU) 48-1
(Neurologie 49-01 clinique) Pôle aigu Unité neurologie RAYMOND POINCARE (Stéphanie DEBETTE -) 48-01 1er CCM (1er GH)

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 12 moins 1 redéployé pour la médecine général

= 11 postes vacants

PROPOSITIONS AP-HP
(Dermatologie vénéréologie 50-03 clinique) Pôle Thorax voies aériennes réanimations Service dermatologie, allergologie PR FRANCES - TENON (Sarah GUEGAN - CCA) 48-1 4ème CCM (6ème GH)
(Biologie cellulaire 44-03 biologique) Pôle Biologie Service biochimie PR CAPEAU - TENON (Mathieu BOISSAN - AHU) 48-1 3ème CCM (4ème GH)
(Médecine interne 53-01 clinique) Pôle Urgences médecine tête Service médecine interne PR GRATEAU - TENON (Olivier STEICHEN - CCA) 48-1 2ème CCM (3ème GH)
(Gastro-entérologie 52-01 clinique) Pôle Digestif Service Hépatogastroentérologie et de nutrition PR COSNES - SAINT-ANTOINE (Harry SOKOL - CCA) 48-1 2ème CCM (5ème GH)
(Biophysique et médecine nucléaire 43-01 biologique) Pôle biologie et imagerie Service médecine nucléaire et biophysique PR DEVAUX (prov)- SAINT-ANTOINE (Laure GAURA SCHMIDT - AHU) 48-1 1er CCM (2ème GH)
(Radiologie imagerie médicale 43-02 clinique) Pôle biologie et imagerie Service Radiologie PR MENU - SAINT-ANTOINE (Laurent HUWART - CCA) 48-1 3ème CCM (7ème GH)
(Gynécologie obstétrique 54-03 clinique) Pôle Gynécologie et périnatalité

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 12 moins 1 redéployé pour la médecine général

= 11 postes vacants

PROPOSITIONS AP-HP
(Chirurgie maxillo faciale et stomatologie - 55-03 clinique) Pôle Chirurgie Tête et cou Service stomatologie et chirurgie maxillo faciale PR GOUDOT (prov) - PITIE SALPETRIERE (Chloë BERTOLUS - PHU) 48-1 3ème CCM
(Immunologie 47-03 biologique) Pôle Infections immunité inflammation Département d'immunologie PR DEBRE - PITIE SALPETRIERE (Amélie GUILHOT - AHU) 48-1 4ème CCM

Les postes classés en 1 et 2 par l'UFR correspondent à 2 réintégré
DR de CREMOUX à ST-LOUIS, DR GOTTOT à R.DEBRE.

PROPOSITIONS AP-HP
(Neurologie 49-01 clinique) Pôle Cœur vaisseaux Service neurologie PR AMARENCO - BICHAT (Mikaël MAZIGHI - PHU) Type 1 2ème CCM (classement GH : A) classement pour PU-PH
(Chirurgie thoracique et cardio vasculaire 51-03 clinique) Pôle Cœur vaisseaux Service chirurgie cardiaque et vasculaire PR NATAF - BICHAT (Nawwar AL ATTAR - Prat att) 48-2 1er CCM (classement GH : A)
(Pneumologie 51-01 clinique) Pôle Thorax Service de pneumologie A PR AUBIER - BICHAT (Camille TAILLE - PHU) 48-1 2ème CCM (classement GH : A)
(Endocrinologie diabète et maladies métaboliques 54-04 clinique) Pôle Cœur vaisseaux Service diabétologie endocrinologie et nutrition PR MARRE - BICHAT (Florence POGGI TRAVERT - Prat att) Type 1 4ème CCM (classement GH : A)
(Biochimie et biologie moléculaire 44-01 biologique) Pôle Biologie génétique pharmacie Service biochimie et génétique moléculaire PR DEYBACH - LOUIS MOURIER (Caroline SCHMITT MARTIN - MCU-PH à A.Paré) MUTATION 1er CCM (classement GH : A)
(Pédiatrie 54-01 clinique) Pôle Biologie mère enfant et de PUI UF génétique clinique ROBERT DEBRE (Sandrine PASSEMARD - Prat att) 48-1 2ème CCM
(Anatomie et cytologie pathologiques 43-03 clinique) Pôle Biologie morphologie et pharmacie Service anatomie et cytologie pathologiques

PARIS XIII - BOBIGNY

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 4 moins pour une transformation en poste de
(proposition de l'UFR)

PROPOSITIONS AP-HP
(Endocrinologie diabète et maladies métaboliques 54-04 clinique) Pôle Spécialités médicales Service endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques PR REACH - AVICENNE (Hélène BIHAN - PHU) 48-01 1er CCM (1er GH)
(Parasitologie et mycologie 45-02 biologique) Pôle Biologie UF parasitologie AVICENNE (Sophie BRUN - Prat att) 48-1 2ème CCM (2ème GH)

PARIS XI - KREMLIN BICETRE

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 5

PROPOSITIONS AP-HP

(Pneumologie 51-01 clinique)
Pôle Thoracique
Service pneumologie
PR SIMONNEAU - ANTOINE BECLERE
(David MONTANI -)
type 1
1er CCM

(Parasitologie et mycologie 45-02 biologique)
Pôle Biologie pharmacie anatomie pathologie santé publique
Service microbiologie bactériologie virologie
PR NORDMANN - BICETRE
(Adela ANGOULVANT - Prat att)
48-1
1er CCM

(Biochimie et biologie moléculaire 44-01 biologique)
Pôle Biologie pharmacie anatomie pathologie santé publique
Service génétique moléculaire, pharmacogénétique et
hormonologie
PR MANTEL - BICETRE
(Séverine TRABADO - AHU)
48-1
2ème CCM

(Cytologie et histologie 42-02 biologique)
Pôle Biologie pharmacie pathologie
Service histologie embryologie cytogénétique
PR TACHDJIAN - ANTOINE BECLERE
(Lucie TOSCA - AHU)
48-1
3ème CCM

(hématologie 47-01 clinique)

Service hématologie clinique
IGR
(Stéphane de BOTON -)
48-1

(Anatomie 42-01 clinique avec disc hosp Gynécologie obstétrique)
Pôle Thoracique
Service radiologie et imagerie
PR MUSSET - ANTOINE BECLERE
(Olivier AMI - Prat cont)
48-1

PROPOSITIONS AP-HP
(Chirurgie digestive 52-02 clinique) Pôle Oncologie transplantation et immunité Service chirurgie digestive - HENRI MONDOR (Medhi KAROUI - PHU) 48-1 1er CCM (1er GH)
(Radiologie imagerie médicale 43-02 clinique) Pôle Fonction image thérapeutique Service imagerie médicale PR RAHMOUNI - HENRI MONDOR (Jean-François DEUX - PHU) 48-1 2ème CCM (2ème GH)
(Epidémiologie, économie de la santé et prévention 46-01 clinique) Pôle Recherche clinique et santé publique Service santé publique PR DURAND ZALESKI - HENRI MONDOR (Florence KANOUI-POITRINE - AHU) 48-1 3ème CCM (3ème GH)
(Médecine interne 53-01 clinique) Pôle Médecine urgences Service médecine interne PR GODEAU - HENRI MONDOR (Pablo BARTOLUCCI - CCA) 48-1 CCM FAV