

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 14 SEPTEMBRE 2010

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU 16 NOVEMBRE 2010

SOMMAIRE

I. Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Directoire	5
II. Présentation de l'EPRD 2010	9
III. Information sur la création juridique des GH	16
IV. Point sur la permanence des soins à fin août 2010	17
V. Organisation en pôles des groupes hospitaliers	19
VI. Projet de modifications du règlement intérieur de la CME des CME locales dans le cadre de la loi HPST	21
VII. Evolution des comptes d'exploitation et des dotations MIGAC MERRI à l'AP-HP de 2007 à 2010	23
VIII. Présentation de l'appel à projets coopérations entre professionnels de santé	23
IX. Avis sur les contrats d'activité libérale	25
X. Approbation du compte-rendu de la séance du 8 juin 2010	25
XI. Questions diverses	25

ORDRE DU JOUR
CME du mardi 14 septembre 2010
(8H30 - salle des instances)

=====

SEANCE PLENIERE

- 1- Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Directoire (*M. Leclercq - Pr Coriat*)
- 2- Présentation de l'EPRD 2010 (*M. Leclercq - M. Sauvage*)
- 3- Information sur la création juridique des GH (*M. Leclercq*)
- 4- Point sur la permanence des soins à fin août 2010 (*M. Hubin*)
- 5- Organisation en pôles des groupes hospitaliers (*DPM/commission des structures*)
- 6- Projet de modifications du règlement intérieur de la CME et des CME locales dans le cadre de la loi HPST (*M. Hubin*)
- 7- Evolution des comptes d'exploitation et des dotations MIGAC MERRI à l'AP-HP de 2007 à 2010 (*M. Sauvage*)
- 8- Présentation de l'appel à projets coopérations entre professionnels de santé (*Mme Vasseur – Dr Luciolli*)
- 9- Avis sur les contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 10- Approbation du compte rendu de la séance du 8 juin 2010
- 11- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Pas de point inscrit à l'ordre du jour.

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
- M. le Dr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
- Mme DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. LECLERCQ, directeur général,
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
- Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
- Mme QUESADA, directrice exécutive du groupe hospitalier Sud,
- 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,
- Mme RAVIER, conseiller technique en charge du suivi des questions financières et médicales.

• ***membres excusés :***

- Mme le Dr F. DEGOS, Mme le Dr V. GIRAUDEAUX, Mme le Dr L. GOUYET, Mme le Dr MF. LEHEUZEY, M. le Pr P. RUSZNIEWSKI, M. le Pr SCHLEMMER

La séance est ouverte à 8 heures 40.

Le Président explique que, pendant les vacances estivales, la communauté médicale de l'AP-HP a été bouleversée par le décès brutal de Monsieur Marc LEMANN, chef du service de gastroentérologie de l'hôpital Saint-Louis. Outre ses qualités professionnelles, le Professeur LEMANN manifestait une chaleur humaine remarquable très appréciée de tous.

M. RUSZNIEWSKI rappelle que M. LEMANN était un homme extrêmement discret et sensible, qui n'appréciait guère que l'on parle de lui. Il avait consacré sa carrière aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, c'est-à-dire la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique et devait prendre la présidence de la Société Française de Gastroentérologie le 1^{er} janvier 2011. A l'annonce de son décès, les patients atteints de ces maladies qui, pour bon nombre d'entre eux, sont constitués en associations, sont catastrophés. Sur leurs sites Internet, beaucoup disent qu'ils perdent à la fois un ami et une personne qui savait les soigner et les écouter.

Par ailleurs, Marc LEMANN était un enseignant extraordinaire, probablement l'un des plus doués de sa génération. Il savait faire un exposé d'une très grande clarté. Il était lumineux lorsqu'il parlait. Chef du service de gastroentérologie de l'hôpital Saint-Louis depuis 2004, ses collaborateurs témoignent tous de la grande rigueur dont il faisait preuve dans la direction de son service mais aussi de sa très grande humanité.

L'émotion était particulièrement visible à ses obsèques avec la présence de nombreux représentants du monde entier. Le deuil de Marc LEMANN sera long et difficile pour tous. La communauté de Saint-Louis, où il était également chef de pôle des activités médicales, est également très affectée par cette disparition.

L'assemblée observe une minute de silence en mémoire du Professeur Marc LEMANN.

I. Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Directoire

Le Président déclare que les enjeux de la rentrée 2010 imposent une position claire, démocratique et consensuelle de la communauté médicale et de la CME sur une méthode et des objectifs pour mener l'action jusqu'à la fin du mandat. Pour cela, il apparaît nécessaire de faire une analyse objective du passé qui portera sur l'EPRD 2010 et sur la vie hospitalière mais aussi sur la place qu'a tenu la CME dans la période de mise en place de la loi HPST.

L'EPRD 2010 a été plus subi que proposé ; la CME a tenté d'en influencer le cours, dont certaines lignes méthodologiques étaient désapprouvées. La compréhension des mécanismes d'élaboration de l'EPRD et de ses impacts sur le tableau des emplois fût longue et fastidieuse. La présente séance va être l'occasion de discuter du bilan 2010 de l'EPRD. Pour l'année 2011, une méthodologie différente, impliquant davantage la communauté médicale, sera adoptée pour son élaboration.

Le Président rappelle que la CME a contribué à l'élaboration du règlement intérieur, aux nominations de chefs de pôle et de service et à la révision des effectifs. De plus, la CME de l'AP-HP s'est positionnée comme un interlocuteur incontournable auprès de l'ARS pour discuter du projet médical. Enfin, elle a joué un rôle important dans l'élaboration du plan stratégique, qui a été adopté à la faveur d'un large consensus.

Il convient maintenant de décider des mesures à prendre pour poursuivre la modernisation de l'offre de soins que l'AP-HP doit mener tout en tenant compte des contraintes économiques qui lui sont imposées. Cette modernisation passe par l'application du plan stratégique, le développement des partenariats avec les groupes hospitaliers pour l'activité intra-GH. Il est fondamental qu'au

cours des deux prochains mois, la CME s'approprie une réflexion médicale sur les activités supra-GH que sont l'obésité, la cardiologie lourde et la chirurgie cardiaque, la neurologie interventionnelle, la neuroradiologie et la neurochirurgie.

Enfin, **le Président** souhaite rouvrir le dossier de la pédiatrie spécialisée en toute sérénité et l'appréhender dans une vision prospective et dynamique.

Au cours des deux prochains mois, la CME devra également revoir le contour des pôles et nommer les chefs de pôle. Pour l'heure, le Président rappelle que les consultants ne peuvent pas être chefs de pôle mais que le Ministère a fait part de sa volonté d'amender la loi en vigueur. La CME devra, en outre, procéder à la désignation des chefs de service, conformément à la loi HPST, aucune nomination de chef de service n'ayant eu lieu depuis deux ans.

Il apparaît également indispensable, au cours des trois prochains mois, de travailler sur l'EPRD 2011 à partir d'une vision médicalisée, afin de légitimer les moyens demandés en investissements.

Pour tenir ce calendrier et réaffirmer la place de la CME dans l'ensemble des processus décisionnels, un consensus doit se dégager sur les objectifs évoqués précédemment d'ici la fin de la mandature.

Les Présidents de CCM ont, à la demande du Président de la CME, organisé une réunion de leur collégiale pour expliquer ces différents points et réitérer l'importance que la CME accorde à la réflexion des CCM pour bâtir l'EPRD et prendre ses décisions.

M. MUSSET demande au Président, au Vice-président de la CME et au Directeur général et Directeur de la Politique médicale par intérim d'inscrire le sujet de la radiologie interventionnelle comme prioritaire pour la dernière année de la mandature car ce secteur est menacé au sein de l'AP-HP. Les conditions démographiques sont tellement dramatiques que la plupart des médecins de ce secteur vont cesser leur activité professionnelle au cours de l'année 2014. Aussi, souhaite-il être associé à ce travail de réflexion sur la pérennité de la radiologie interventionnelle au sein de l'AP-HP.

Le Président reconnaît que les sujets supra-GH doivent être rapidement traités par la CME. Le fonctionnement des urgences risque également de poser problème au cours des prochains mois. La collégiale des urgentistes l'a déjà alerté sur les difficultés que rencontrent les hôpitaux Beaujon et Tenon. Pour l'ensemble de ces décisions médicales, le Président s'enquiert de la méthodologie à adopter pour donner une plus grande lisibilité à l'action de la CME. Faut-il instruire ces dossiers supra-GH au niveau du bureau ou au niveau d'une Commission de la Stratégie renforcée ?

M. CAPRON estime que la démission du Directeur de la Politique médicale, le Professeur Jean-Yves FAGON, ne peut être passée sous silence et souhaite avoir des informations sur l'organisation de cette direction du Siège depuis cette démission. Il rappelle en effet que les relations entre la Direction de la Politique médicale et la CME étaient au cœur des restructurations que le Président appelle de ses vœux.

Le Directeur général confirme que le Professeur FAGON a quitté, à sa demande, ses fonctions de Directeur de la Politique médicale à la fin du mois de juillet 2010, pour des raisons personnelles. Lui-même annonce qu'il quittera prochainement ses fonctions de Directeur général de l'AP-HP. Dans ces circonstances, il ne lui paraît pas correct de décider avec la CME et le Directoire de l'organisation de la Direction de la Politique médicale et de désigner un remplaçant au Professeur FAGON. Cette tâche incombera à son successeur. Le Directeur général souligne que M. FAGON est parvenu à placer la politique médicale au cœur de l'action de la Direction générale de l'Assistance Publique. A titre conservatoire, M. PINSON, l'adjoint de M. FAGON, assure

l'intérim. Les évolutions de la gouvernance prévues par la loi HPST devront notamment être prises en compte dans la nouvelle organisation de la Direction de la Politique médicale.

Prenant la parole au nom de la communauté médicale, **le Président** remercie le Directeur général de l'écoute dont il a fait preuve pendant son mandat. De son point de vue, la CME doit s'approprier le projet médical de l'Institution et veiller à son exécution. Il estime en effet que la CME ne doit abandonner aucune des prérogatives qui lui sont conférées par la loi HPST. Il rappelle, par ailleurs, qu'un directoire se trouve désormais au cœur des processus de décision. Ce directoire comporte cinq représentants de la communauté médicale (le Président de la CME, le représentant des doyens, le représentant de la recherche et deux représentants de la CME). La question est de savoir si un Directeur de la Politique médicale va siéger dans cette instance. Cette décision appartiendra à la nouvelle direction générale de l'AP-HP. Le Président souhaite que la CME soit le porte-parole du projet médical au sein du Directoire.

Le Président rappelle que le Directeur de la Politique médicale est désigné par le Directeur général. Il insiste, par ailleurs, sur le fait qu'il n'existe aucun lien hiérarchique entre le Directeur général et le Président de la CME, ce dernier étant élu démocratiquement. Il lui paraît en outre nécessaire de recentrer l'activité de la CME sur le projet médical, celle-ci s'étant trop souvent égarée dans des préoccupations financières et comptables. Un recentrage de l'instance sur le projet médical semble être le meilleur atout de la CME pour moderniser l'offre de soins de l'AP-HP.

Enfin, **le Président** s'enquiert de l'instance qui, selon la CME, est la mieux placée pour préparer et proposer à la CME un projet médical. Est-ce, par exemple, la Commission de la Stratégie ?

M. LYON-CAEN s'interroge sur le virage à 180° que le Président propose de faire prendre à la CME. En effet, bien que celle-ci doive s'approprier le projet médical et l'élaborer, il considère que cela ne fût guère le cas au cours des derniers mois. Défendre le projet médical et sa dimension prospective n'ont jamais été la priorité donnée à l'activité de la CME : un compromis a en effet été trouvé entre une approche économique et une véritable prospective médicale. Or il insiste sur le fait que la CME a pour principale mission de développer un projet médical. L'application de la loi HPST bouleversant considérablement l'environnement de l'AP-HP, il estime nécessaire de repenser le mode de fonctionnement de la CME afin de le rendre plus démocratique et plus transparent.

Pour **le Président**, la CME a toujours fonctionné selon des règles rigoureusement démocratiques et a toujours manifesté la volonté de s'approprier le projet médical de l'AP-HP. Cependant, depuis l'automne 2009, elle a travaillé sous la contrainte d'une mauvaise méthode suite à l'annonce d'un retrait important d'emplois au sein de l'AP-HP et dans un climat de défiance de la part du Cabinet de la Ministre de la Santé à l'égard de la communauté médicale. Dans ce contexte, la CME a cherché à peser pour limiter l'hémorragie d'emplois annoncée à l'automne 2009.

Pour **le Président**, dans la conjoncture actuelle, il est préférable de s'approprier le projet médical plutôt que de démissionner et d'abandonner le terrain. Or la CME a été détournée de ses missions médicales traditionnelles par le climat délétère instauré par le Ministère de la Santé et par l'objectif imposé par ce dernier de supprimer 1 000 emplois. Il estime nécessaire de retrouver le droit chemin et de renouer un dialogue constructif et un climat de confiance avec les pouvoirs publics.

M. LYON-CAEN estime qu'à la différence d'autres membres de l'institution, les médecins jouissent d'une liberté de penser, d'agir et de faire part de leurs positions. Or par sa passivité, le corps médical est aussi responsable de la situation actuelle que les pouvoirs publics. **M. LYON-CAEN** considère que le chemin sera long pour revenir dans le droit chemin.

Le Président rappelle que les actions menées par la CME pour limiter les retraits d'emplois de soignants et pour défendre le rôle de la communauté médicale dans les processus décisionnels n'ont pas été vaines.

M. RICHARD souhaite avoir des précisions sur la méthodologie envisagée par le Président pour recueillir l'avis de la communauté médicale et pour prendre des décisions à propos du projet médical de l'AP-HP. Outre les effets d'annonce, la CME a besoin d'informations pragmatiques sur les modalités de son implication.

Le Président a pour sa part, appelé la CME à recentrer son action sur ses missions médicales. Il rappelle en effet que le plan stratégique de l'AP-HP a été amendé et voté en 2010 par la CME à l'unanimité moins une voix. Grâce au travail de la CME, d'importantes modifications ont été apportées au projet de restructuration. Le Président suggère de recentrer le travail de la CME sur ses missions médicales. Il s'engage en outre à une parfaite lisibilité des décisions qui seront prises sur les réorganisations en les confiant à une structure qui les portera et en rendra compte à la CME.

Mme Brigitte GIRARD trouve les paroles encourageantes du Président de la CME étonnantes dans un contexte politique marqué par la démission du Professeur FAGON et le prochain départ du Directeur général et dans un contexte de difficultés financières de l'Etablissement. Or le projet médical ne peut être mis en œuvre dans la mesure où les moyens financiers viennent à manquer. Elle rappelle en outre que la CME n'a ni les moyens ni le pouvoir de mener à bien le projet médical, d'autant plus qu'elle n'a qu'un rôle consultatif.

Le Président explique qu'il existe une nouvelle donne en matière de gouvernance de l'AP-HP : désormais, la parole de la CME est portée par ses représentants au Directoire, ce qui a profondément marqué le rôle de la Direction de la Politique médicale. Dans un contexte marqué par le départ du Directeur de la Politique médicale et du Directeur général, le Président estime que les membres de la CME ne doivent pas démissionner et laisser le champ libre.

M. FOURNIER souligne que, depuis 2010, le cadre légal est marqué par un partenariat unique entre l'ARS et l'AP-HP. Ce cadre étant nouveau, l'AP-HP devra démontrer sa capacité à peser face à l'ARS. Le sujet des urgences dans les hôpitaux extra-périphériques constitue, par exemple, un bon test. Il considère en outre que l'AP-HP dispose de marges de manœuvre, d'une part, à travers la mise en œuvre rapide des décisions matures qui ont été prises dans le plan de restructurations et, d'autre part, dans la révision d'autres projets encore immatures. Il estime enfin que la réforme du Siège doit être beaucoup plus profonde et plus rapide et répondre à une problématique de transversalité entre les directions fonctionnelles car les médecins et les restructurations ne peuvent pas avancer tant qu'il n'y aura pas une sorte de guichet unique regroupant la qualité des soins, les ressources humaines médicales et non médicales, et les finances au sein de l'AP-HP. Il convient également de revoir le pilotage des restructurations : il est urgent de déterminer qui les commande. A son sens, de petites équipes projets doivent être rapidement mises en place.

M. FAYE estime que le discours du Président de la CME prônant une course en avant sur le projet médical vise à masquer le dogmatisme du passé sur les restructurations. Il appelle la CME à faire preuve de pragmatisme et à accompagner par un pilotage humain et par des investissements les restructurations en cours.

Le Président estime nécessaire de définir très rapidement la structure chargée de porter et de piloter le projet médical. Il s'engage à faire rapidement des propositions en ce sens à la CME.

II. Présentation de l'EPRD 2010

Le Directeur général rappelle que depuis la loi HPST, l'EPRD est arrêté par le Directeur général de l'AP-HP après consultation du Directoire, ce qui a été fait le 20 juillet 2010.

Après avoir enregistré un déficit de 20 millions d'euros en 2008 et de 93 millions d'euros en 2009, le compte de résultat prévisionnel 2010 porte sur un déficit tendanciel avant efficience de 150 millions d'euros, porté à 177 millions d'euros avec la péréquation MIGAC. Le déficit prévisionnel 2010 de 115 M€ prend en compte :

- l'effort d'efficience de l'Institution, à hauteur de 49 millions d'euros ;
- une augmentation de l'activité et des recettes liées aux séjours et à l'activité externe, à hauteur de 4,9 millions d'euros ;
- l'évolution des autres recettes (forfaits) ;
- l'évolution des MIGAC ;
- un ratio d'endettement maintenu à 30 % des recettes ;
- un déficit réduit par les comptes annexes.

L'activité en hospitalisation complète est supérieure à la réalisation 2009, mais reste inférieure à la prévision à fin juin 2010 pour ce qui est de l'hospitalisation complète, seule l'activité partielle est supérieure aux prévisions.

Le développement de la chirurgie ambulatoire se confirme (+8 % à fin juin 2010 par rapport à fin juin 2009) avec un effet de substitution important sur certains sites (Jean Verdier, Hôtel Dieu, Necker, Avicenne...). Par ailleurs, les séances de chimiothérapie enregistrent une progression de +13%.

S'agissant des recettes de titre 1 liées à l'activité, elles sont marquées par :

- une valorisation des séjours prévus qui se traduit par une augmentation brute des recettes de 44 millions d'euros ;
- une diminution des recettes de 40 millions d'euros provoquée par l'impact du coefficient de transition ;
- et donc une hausse de recettes issues de l'hospitalisation prévue de + 4,4 millions d'euros (+0,2 % par rapport à 2009) ;
- une augmentation de la HAD de 910 000 euros (+2 %).

A fin juin, la réalisation des recettes apparaît inférieure aux prévisions de 32 millions d'euros avec :

- des recettes d'hospitalisation en baisse de 10,5 millions d'euros ;
- des produits « molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables T2A » en diminution de -16 millions d'euros mais qui sont remboursés à l'euro près (neutralité sur le résultat) à condition de respecter le contrat de bon usage ;
- un retard de 5,4 millions d'euros par rapport aux prévisions sur les recettes des consultations et actes externes du fait de la diminution du nombre de passages aux urgences et de la forte progression de la facturation des actes techniques d'urgence (ATU), de la stabilité de l'activité des consultations et de l'amélioration des délais de facturation et, enfin, de la facturation correcte des forfaits dialyses.

Pour être atteints les objectifs de l'EPRD au second semestre 2010, il convient de procéder :

- à la réouverture de lits à l'Hôpital Ambroise Paré avec un objectif de 750 séjours supplémentaires ;
- à un redémarrage des activités transférées (transfert de l'hématologie de l'Hôtel Dieu vers Saint-Antoine en juin 2010, transfert de la pédiatrie de Saint-Vincent de Paul à Necker, transfert de l'urologie de Necker vers HEGP, transfert de l'odontologie de l'Hôtel-Dieu vers Pitié/Rothschild avec augmentation d'activité ;
- à la mise en place d'un plan de relance sur les hôpitaux du GH Avicenne-Jean Verdier (développement de la chirurgie ORL et digestive, diminution des transferts depuis les urgences, développement des contacts avec les prescripteurs en ville).

L'amélioration des recettes doit se poursuivre par une mobilisation forte des sites sur l'activité de facturation et par l'amélioration des pratiques de codage en vue d'améliorer le poids moyen du cas traité (PMCT).

Les autres prévisions de recettes de l'EPRD concernent les MIGAC. Ces dernières s'élèvent à :

- -6 millions d'euros au titre de la participation à l'effort d'économie de l'assurance maladie ;
- 10,7 millions d'euros pour la prise en compte des effets prix ;
- 4 millions d'euros provenant de l'effet en année pleine du financement des missions d'intérêt général de la précarité ;
- 0,7 million d'euros pour l'évolution du modèle national MERRI ;
- 9,3 millions d'euros au titre des financements Hôpital 2012 (soutien à l'investissement) ;
- 3,7 millions d'euros pour les financements fléchés 2010 ;
- 3,9 millions d'euros en provenance des financements non reconductibles ;
- -17 millions d'euros au titre de la réfaction des enveloppes « missions d'intérêt général régionales » ;
- -10,9 millions d'euros au titre de la réfaction de l'enveloppe « aide à la contractualisation ».

La dotation annuelle de financement (DAF) (activités de SSR et de psychiatrie) s'élève à 584 millions d'euros, en progression de +2,5 millions d'euros (+0,43 %) par rapport à 2009. Les forfaits urgences sont stables à 69 millions d'euros. Les forfaits greffes sont également stables à 13,8 millions d'euros. Enfin, il en est de même pour les prélèvements d'organes à 4,2 millions d'euros.

Les autres titres de recettes se caractérisent :

- pour les recettes non-facturables à l'Assurance maladie, par :
 - une stabilité du nombre de journées facturées ;
 - l'extension en année pleine des augmentations de tarifs et du forfait journalier de +12,5 % (mesure nationale) ;
 - une meilleure facturation des activités de consultations et des actes externes conjuguée avec une hausse de ces activités ;
- pour les recettes diverses, par :
 - des ventes de produits et de prestations à hauteur de 5,3 millions d'euros ;
 - une diminution des produits exceptionnels, mais également une baisse des remboursements des budgets annexes et de la marge de rétrocession.

A fin juin, les réalisations sont conformes aux prévisions pour les recettes de titre 2 mais elles se caractérisent par un retard conjoncturel de -10,5 millions d'euros pour les recettes de titre 3.

En conclusion, force est de constater qu'il existe un risque sur les recettes liées à l'activité à hauteur de 11 millions d'euros à fin juin, qui nécessite une vigilance sur l'activité et la poursuite de l'optimisation du codage. L'ARS a partagé l'analyse de l'AP-HP : cet écart, à ce jour, ne remet pas en cause la cible initiale en recettes inscrite à l'EPRD. Les prévisions inscrites à l'EPRD initial sont maintenues.

Les prévisions de dépenses au 30 juin 2010 sont marquées par :

- une évolution de 1 % des dépenses de titre 1, qui passeraient de 4,006 milliards d'euros en 2009 à 4,041 milliards d'euros en 2010. Cette évolution intègre l'effort d'efficience de l'AP-HP à hauteur de 39,6 millions d'euros ;
- une progression des dépenses de charges médicales (titre 2) de +46 millions d'euros par rapport à 2009, à 1,27 milliard d'euros ;
- une progression de +8,2 millions d'euros des dépenses de charges hôtelières (titre 3), à 591,7 millions d'euros ;
- une stabilité des charges financières (titre 4) à 595 millions d'euros après ajustement.

L'effort d'efficience 2010 porte sur :

- 39,6 millions d'euros pour le titre 1, dont 34,4 millions d'euros pour le personnel non-médical, soit 783 ETPR, 2,2 millions d'euros pour le personnel médical, soit 50,8 ETPR, et 3 millions d'euros pour la permanence des soins ;
- 4 millions d'euros pour le titre 2 ;
- et 5,29 millions d'euros pour le titre 3.

Les conférences budgétaires qui ont eu lieu en juin ont permis d'être en ligne avec l'EPRD sur la base de projets, comme la fermeture de l'hôpital Broussais, le transfert de l'hématologie clinique de l'Hôtel Dieu à Saint-Antoine, la mise en place des groupes hospitaliers, l'optimisation des secteurs techniques et logistiques, etc.

De nouvelles mesures ont été financées sous réserve d'un redressement du résultat en 2010, d'un respect du TPER 2010 notifié, d'une réalisation effective du développement d'activité prévu pour le projet et d'une montée en charge progressive. Ces mesures portent, par exemples, sur :

- l'extension à 60 greffes de l'hématologie pédiatrique de l'hôpital Robert Debré ;
- l'ouverture de 17 lits de gériatrie aigüe dans le nouvel hôpital Rothschild ;
- l'ouverture de l'unité d'accueil des jeunes adolescents à Saint Louis / Lariboisière ;
- la réouverture progressive des lits fermés en 2009 à Ambroise Paré, en fonction de l'augmentation d'activité.

Des ajustements à la hausse du TPER ont été accordés lorsqu'un excédent 2009 a été constaté ou lorsque le groupe hospitalier s'est engagé à respecter son TPER et son objectif de résultat 2010.

A fin juin, les dépenses de titre 1 sont en léger dépassement et portent principalement sur les heures supplémentaires et l'intérim. Les effectifs permanents sont en quasi équilibre par rapport à la cible saisonnière. Les effectifs de remplacement sont en dépassement de 74 ETPR mais doivent pouvoir être remis en ligne avec les objectifs rapidement dans la mesure où il s'agit de postes mobiles. Par conséquent, le TPER des personnels non-médical est en voie d'être respecté, sous réserve de la poursuite des efforts réalisés au cours du premier semestre.

Les dépenses de personnel médical affichent, pour leur part, à fin juin, un écart de 6 millions d'euros par rapport à juin 2009 du fait :

- d'effectifs moyens légèrement supérieurs à la cible (+16 ETPR) ;
- de dépenses de permanence des soins supérieures aux prévisions ;
- des dépenses liées au dispositif H1N1 (1 million d'euros).

Concernant la permanence des soins, si le nombre de gardes diminue, du fait des opérations de restructuration, le gain en masse salariale disparaît à cause d'un effet de substitution sur les astreintes et les plages additionnelles, ainsi que de l'augmentation tarifaire. La gestion de la permanence des soins doit donc être revue.

Les dépenses de titres 2 et 3 sont maîtrisées en dépit d'un dépassement sur les dépenses techniques par rapport aux prévisions initiales.

En conclusion, les objectifs peuvent être atteints au prix d'efforts à maintenir sur la réalisation de l'activité, la facturation et le codage, le respect du TPER et sur la maîtrise des dépenses en titres 1, 2 et 3. Les cibles globales en effectifs sont maintenues. Un suivi sera organisé en septembre-octobre prioritairement pour les groupes hospitaliers auxquels a été fixée une clause de rendez-vous. Il faudra également très rapidement préparer l'exercice 2011.

S'agissant des comptes de résultat prévisionnels annexes, le secteur Unités de Soins de Longue Durée (USLD) affiche une prévision d'activité de 1 140 074 journées, un Gir Moyen Pondéré (GMP) prévisionnel de 860, un résultat total équilibré en charges et en produits à 228 millions d'euros, dont 114 millions d'euros de dotations de soins. Il existe néanmoins des risques de voir ces dotations diminuer. De plus, un plan d'action devra être engagé pour différencier les patients relevant de l'activité de longue durée des personnes âgées dépendantes pour augmenter le GMP.

Pour ce qui est de l'Unité d'Hospitalisation des Personnes Agées Dépendantes (UHPAD), la prévision d'activité pour l'année 2011 s'élève à 147 730 journées. Son GMP prévisionnel est de 875. Le résultat total est équilibré en charges et en produits à 27,135 millions d'euros. Les dotations en soins sont en diminution de 0,7 million d'euros, à 11,317 millions d'euros.

Concernant l'investissement, la capacité d'autofinancement de l'AP-HP (en baisse) s'élève à 280 millions d'euros en 2010. Son endettement est en hausse de 192 millions d'euros (278,2 millions d'euros d'emprunts nouveaux et 86,3 millions d'euros de remboursements). Le niveau de crédits de paiement (500 millions d'euros) va rester très supérieur aux capacités d'autofinancement. Le Directeur général insiste sur le fait que 2009, 2010 et 2011 ont été et seront trois années historiques en matière d'investissements pour l'AP-HP. Enfin, les autorisations d'engagements notifiées à ce jour s'élèvent à 322 millions d'euros (137,1 millions d'euros pour le système d'information, 128,2 millions d'euros pour les travaux, 57,3 millions d'euros pour les équipements), en hausse de +12 % par rapport à 2009.

Le Président indique que la CME demandait depuis plusieurs mois un EPRD très détaillé parce qu'il lui paraissait indispensable d'informer correctement la communauté médicale de l'évolution du tableau des emplois depuis le début de l'année 2010. Il lui paraît important de souligner que l'ARS n'a pas modifié le cours des dépenses de l'Institution. L'AP-HP a ainsi évité de sombrer dans une spirale déflationniste. Pour la première fois, le retrait d'emplois porte majoritairement sur les postes administratifs et logistiques.

M. LYON-CAEN remercie le Directeur général pour la clarté de son intervention et souligne le fait que la prise en compte des différents paramètres financiers conduit à un creusement inéluctable du déficit de l'AP-HP en 2011 par rapport à 2010. De son point de vue, seule une très forte augmentation de l'activité pourrait briser cette spirale déficitaire. La situation générale de l'Institution est donc extrêmement précaire.

Par ailleurs, **M. LYON-CAEN** compare la situation de l'Hôpital à celle de l'Education Nationale : alors que le Ministre annonce *urbi et orbi* que la rentrée s'est bien passée, les inspecteurs généraux manifestent une grande inquiétude dans la presse et, sur le terrain, les enseignants dépeignent une réalité encore plus difficile. A l'instar de la situation qui prévaut à l'Education Nationale, il a le sentiment que la présentation de l'EPRD est biaisée : les suppressions de postes ont laissé place au non-remplacement des emplois. Le pôle des maladies du système nerveux accuse, par exemple, un déficit de 15 infirmières faute de ne pas avoir remplacé les départs depuis plusieurs mois. Le pôle tête et cou de la Pitié-Salpêtrière souffre, pour sa part, d'un déficit de 13 infirmières faute de pouvoir faire de la prospective et de remplacer les départs. La manière de réaliser des économies est devenue plus subtile et sournoise. Il invite le Président de la CME à s'inquiéter de cette situation.

Le Président estime que la CME doit être légitime pour obtenir les investissements demandés mais souligne que l'AP-HP ne s'oriente pas vers un retour à l'équilibre budgétaire. Par ailleurs, il a bien conscience que l'AP-HP manque de personnel et notamment d'infirmières, alors que l'Institution paie des personnels qui ne sont plus sur le terrain. Or il n'existe plus de marges de manœuvre pour mener une prospective raisonnée du personnel soignant. L'AP-HP ne peut plus se permettre de travailler à flux tendu.

Mme Brigitte GIRARD s'étonne que les services ne soient pas autorisés à recruter du personnel pour pourvoir les postes vacants (alors que le personnel est disponible).

M. CAPRON estime nécessaire de connaître la part de l'effectif supprimé qui est médicalement justifiée. Il rappelle en effet qu'un millier de praticiens hospitaliers ont signé en décembre 2009 un engagement à démissionner collectivement de leurs fonctions administratives si des emplois médicalement justifiés étaient supprimés. Si la situation de l'emploi ne s'améliore pas, il invite les praticiens hospitaliers à respecter leur engagement.

Le Président indique qu'il n'a eu de cesse d'inviter la Direction générale à préciser la nature des emplois supprimés. Bien que le nombre de postes supprimés ne semble pas significatif, la réponse à la question de la CME n'est pas aisée, tant l'information est éparse et difficile à consolider. Par exemple, à la Pitié-Salpêtrière, aucun emploi médicalement justifié n'a été supprimé. Or le personnel a l'impression qu'il manque des postes. Il invite Mme RICOMES à expliquer l'écart qui réside entre le ressenti du terrain d'un manque de personnel et le nombre historiquement élevé de l'effectif payé.

Concernant les remarques liées aux difficultés en personnel, rencontrées sur les sites, **Mme RICOMES** rappelle que l'EPRD est une présentation budgétaire macroéconomique et qu'il n'a pas pour objectif de refléter la présence effective des personnels sur le terrain, qui dépend de nombreux autres éléments de la gestion des ressources humaines. L'écart entre la situation sur le terrain et les chiffres présentés s'explique notamment par un turn-over de 14 % au sein du corps des infirmières contre 10 % pour l'ensemble de l'effectif de l'AP-HP et par un absentéisme (maladie ordinaire) moyen de 7 jours par personne et par an. Par ailleurs, la période allant de la fin de l'été jusqu'au mois de décembre, période à laquelle les infirmières sortent des écoles, est toujours critique pour l'AP-HP. Enfin, elle précise qu'il n'y a aucune interdiction de la DRH de recruter des infirmières sur postes vacants.

La troisième explication au manque de personnel ressenti dans les services est la gestion du temps de travail qui, faute de véritable réflexion depuis 2002 sur l'organisation du travail médical et paramédical aboutit à ce que l'AP-HP doit à son personnel 1,3 million de jours de repos.

Mme RICOMES répond à M. HARDY en rappelant que le contrôleur financier a pour mission de contrôler la régularité financière des recrutements de contractuels.

M. MUSSET constate que, sous couvert de difficultés financières, certains hôpitaux ont eu en 2009 un TPER inférieur à ce qu'il devrait être. Il demande si les suppressions de postes concernent également les manipulateurs radio.

Concernant les difficultés de recrutement rencontrées en 2009, **Mme DECOOPMANN** indique que les problèmes sont remontés par les établissements et pris en compte dans leur TPER en conférence budgétaire.

Revenant sur les professions dites sensibles, comme les manipulateurs radio, **Mme RICOMES** précise que 43 personnes ont pu être recrutées en 2010 en plus des prévisions initiales. De la même manière, 46 préparateurs en pharmacie supplémentaires ont pu être recrutés.

M. MUSSET reconnaît qu'un effort significatif a été réalisé par la Direction des Ressources Humaines pour les manipulateurs radios. Cependant, il cite l'exemple où le Contrôleur Financier a opposé une fin de non-recevoir à un recrutement de manipulateur radio bien que la masse salariale soit disponible.

M. RICHARD constate que le « tableau présenté » affiche le détail de 659 ETPR et que l'objectif cible est de 783 ETPR. Il demande si cela signifie qu'un effort est encore attendu.

Mme DECOOPMAN répond qu'une vigilance est nécessaire pour maintenir l'effort déjà réalisé, qu'un effort reste à faire et que celui-ci est couvert en grande partie par la fermeture de Saint-Vincent-de-Paul, qui s'est effectuée à partir de juillet. Le tableau présenté était à fin juin

Revenant sur l'absentéisme du personnel médical, **M. REMY** rappelle que la CME n'a toujours pas pu obtenir une analyse précise de cet absentéisme et de ses raisons.

Mme RICOMES explique que l'absentéisme pour maladie ordinaire est multifactoriel (conditions de travail, condition de vie des personnels, problème de management etc.) qui doivent être traités parallèlement. L'un des enjeux importants des prochains EPRD portera sur sa réduction.

M. FAYE considère que les investissements sont le miroir aux alouettes du plan stratégique. En effet, l'EPRD présente une capacité d'autofinancement de 280 millions d'euros, alors que la capacité d'autofinancement nécessaire est d'1,795 milliard d'euros sur la durée du plan stratégique.

Le Directeur général rappelle que la capacité d'autofinancement est la capacité de l'AP-HP à financer par elle-même ses projets. Or le plan stratégique d'1,795 milliard d'euros sera financé par l'autofinancement et par l'emprunt.

Pour **M. LYON-CAEN**, il est plus urgent de débattre du problème du sous-effectif des infirmières que des considérations médicales. Il estime urgent d'agir dans ce domaine. Il demande si la question cruciale du non-remplacement des infirmières dans les services ne doit pas poser sérieusement la question de la présence des médecins à la CME.

M. SEBBANE insiste sur le fait que la coupe Pathos va avoir lieu en 2011 sur les soins de longue durée et aura inévitablement des conséquences en matière de nombre de lits dans ce secteur et, à terme, des conséquences sur les personnes soignants.

Le Directeur général explique que, sur 4 000 lits de soins de longue durée, 1 000 auraient dû être basculés en UHPAD mais que seulement 400 l'ont été après discussion avec les gériatres.

En conclusion, **le Président** trouve nécessaire de souligner :

- l'absence de réponse sur la demande d'un investissement au-delà des capacités d'autofinancement de l'AP-HP pour soutenir sa modernisation ;
- un financement inéquitable des CHU de l'AP-HP à travers les MIGAC ;
- le caractère précoce et irréaliste de la date de 2012 pour réaliser la convergence.

Le Président insiste sur le fait qu'il demande officiellement des réponses à ces trois questions.

Quant à la question des emplois soignants retirés au-delà des réorganisations opérées, **le Président** estime qu'à première vue, il ne semble pas y avoir de suppressions d'emplois. Il demande cependant une double vérification de la part des présidents de CCM et des directeurs de groupe hospitalier sur cette question. Néanmoins, en dépit de plus de 100 réorganisations menées en 2010, il ne semble pas que des suppressions d'emplois aient été réalisées en 2010. Enfin, le Président estime que, sans l'intervention de la CME, le bilan aurait été tout autre.

M. CAPRON demande un délai pour obtenir la réponse à cette question importante. Il demande une réunion exceptionnelle de la CME médicale afin de discuter des suites à donner à la situation qui prévaut sur le terrain lorsque des informations incontestables auront été communiquées à la CME.

Le Président insiste sur le caractère détaillé des informations qui ont été transmises à la CME sur l'EPRD 2010. Il constate que cette information n'a pas permis d'identifier une réelle suppression d'emplois. Aussi, si ces chiffres sont contestés, le Président invite les membres de la CME à apporter des éléments factuels.

Mme DALOZ s'enquiert de la différence entre un non-remplacement et une suppression d'emploi. En effet, le non-remplacement d'un poste n'est-il pas une suppression d'emploi ?

M. LACAU SAINT GUILY souligne que les présents échanges montrent bien l'écart qu'il existe entre les chiffres présentés et la réalité du terrain. Il insiste sur le fait que 659 emplois non-médicaux ont tout de même été supprimés. L'Institution est en train d'être étranglée progressivement, ce qui aboutit dans les faits à la mort de ses activités.

Le Président rappelle que l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière a dû fermer 15 % de ses lits faute de personnel.

Pour **M. LACAU SAINT GUILY**, cette évolution conduit à une dégradation de l'offre de soins.

M. GARABEDIAN soutient l'analyse que dresse M. LACAU SAINT GUILY d'une dégradation progressive de l'hôpital public français au regard des autres pays développés. Cette dégradation se manifeste notamment par des difficultés concernant les plans d'équipement qui ont été très réduits cette année, des travaux courants d'entretien qui n'ont plus de budget et la pénurie de personnels vécue au quotidien.

Pour **le Président**, les organisations médicales doivent être revues pour être adaptées.

M. VALLEUR constate que, depuis quatre ans, tout le monde sait qu'une restructuration de l'AP-HP est nécessaire pour faire face aux enjeux. Pour résoudre les problèmes budgétaires auxquels l'AP-HP est confrontée, il faudra procéder à une restructuration en profondeur de l'Institution, qui passera par des fermetures de structures. Toutes les menaces de démission seront, de son point de vue, inefficaces dans la mesure où ces restructurations sont inéluctables.

M. CHERON estime que toutes les questions posées au sein de la CME sont liées. La Commission Centrale de l'Organisation de la Permanence des Soins (CCOPS) a, par exemple, proposé la

réorganisation des gardes de biologie au sein de chaque GH pour réaliser des économies. Si techniquement, une économie de 2 millions d'euros peut être réalisée sur ces gardes, le Siège répond qu'aucun hôpital n'a fait de demande en ce sens. Aussi s'interroge-t-il sur la présence au sein de l'Institution d'un pilote de la restructuration.

Le Directeur général rappelle qu'en l'espace de deux ans, l'effectif total a progressé de 29 personnes, que de nouveaux équipements ont été construits et que les engagements en matière d'endettement ont été tenus. Si l'année 2010 voit diminuer les montants consacrés aux équipements médicaux, des investissements plus importants sont prévus à partir de 2011 pour accroître l'acquisition d'équipements médicaux.

Sur la permanence des soins, il rappelle que le pilote est la CCOPS, en partenariat avec la CME et la Direction générale. Or la résistance acharnée de certains biologistes face à la restructuration des gardes de biologie demandée par la CCOPS ralentit considérablement l'action engagée. Par conséquent, il faudra dresser un état des lieux des hôpitaux qui font de la résistance pour les contraindre à appliquer les restructurations de gardes demandées.

En définitive, l'EPRD 2010 se trouve à la croisée des chemins. Si son bilan est nuancé en matière de permanence des soins, le bilan des investissements est positif.

III. Information sur la création juridique des Groupes Hospitaliers (GH)

Le Directeur général informe la CME de la mise en place juridique progressive des groupes hospitaliers. La phase administrative et juridique est en cours avec la mise en place progressive des équipes de direction ; les instances locales sont actuellement consultées. Il rappelle qu'en juin 2009, la CME avait soutenu favorablement et largement le principe de création des groupes hospitaliers. Le CTE sera informé et consulté le 14 septembre 2010 et le CHSCT central le jeudi 16 septembre après-midi. Lorsque l'ensemble des concertations centrales et locales sera achevé, la Direction générale présentera à la CME le résultat des consultations.

Concernant le groupe Bicêtre – Antoine Béclère – Paul Brousse, **le Président** appelle à reprendre la discussion avec l'hôpital concerné.

Avant de quitter la séance, **le Directeur général** souhaite remercier les membres de la CME pour la qualité des débats auxquels il a pu participer, ainsi que du soutien apporté à sa gestion. Il tient également à remercier le Professeur FAGON de son implication et de son soutien au plan stratégique. Il rappelle qu'au cours de son mandat, de profondes restructurations de l'AP-HP ont été engagées et souhaite à la CME et à l'AP-HP une bonne continuation pour que l'Institution puisse tenir son rang et poursuivre sa mission au bénéfice des patients.

Le Président tient à saluer les qualités humaines et professionnelles du Directeur général que ce dernier a mis au service de l'Institution. En ces temps difficiles, le Président souligne que le Directeur général a su faire preuve d'une parfaite écoute de la communauté médicale. Par ailleurs, dans le cadre de la loi HPST, il a su mettre en place une gestion équilibrée. Il a également plaidé sans relâche pour un financement renforcé de l'Institution. Il insiste enfin sur le fait que l'AP-HP a bénéficié de l'écoute et des qualités humaines de son Directeur général. Au nom de la CME, le Président souhaite à ce dernier une bonne continuation dans ses activités professionnelles.

IV. Point sur la permanence des soins à fin août 2010

M. HUBIN indique qu'à fin août, le tableau des emplois médicaux est en baisse par rapport à 2009. Cette tendance devrait s'accroître avec le rendu des gages de la révision des effectifs de PH 2010. Après huit mois de réalisation, l'évolution du tableau des emplois devrait permettre de tenir le plafond réajusté d'emplois du personnel médical décidé en 2010. Néanmoins, une vigilance particulière des hôpitaux doit porter sur les recrutements de contractuels en fin d'année. A date, trois groupes hospitaliers sont en effet en situation de dépassement.

S'agissant de la permanence des soins, **M. HUBIN** rappelle qu'en 2009, le résultat présentait un dépassement de 2,5 millions d'euros par rapport aux crédits notifiés. En juin, des engagements visant à réaliser des propositions d'économies de 1,6 millions d'euros ont été pris lors des conférences budgétaires, or à cette date, le volume de dépenses de la permanence des soins (PDS) a été supérieur à celui de juin 2009 du fait de l'intégration en paie de diverses régularisations. A partir du mois de juillet, la PDS affiche une tendance à la baisse mais la projection des dépenses à fin 2010 conduit toujours à un dépassement d'environ 4 millions d'euros par rapport aux crédits notifiés.

Les principales dépenses portent sur :

- les gardes et astreintes seniors (une économie globale de -688 000 euros est constatée sur les huit premiers mois de l'année 2010 du fait d'une baisse de volume) ;
- les plages additionnelles (ce poste affiche une progression de 112 423 euros sur les huit premiers mois de l'année par rapport à 2009) ;
- les gardes d'internes.

Un courrier a été adressé à tous les groupes hospitaliers pour s'assurer des mesures prises pour atteindre les objectifs et connaître les raisons d'un écart éventuel par rapport aux engagements pris en juin. Une vigilance particulière devra porter sur les plages additionnelles, sur la constitution des listes de gardes et dans l'établissement des plannings.

Le Président estime qu'en l'absence de réorganisation de la prise en charge des malades dans le cadre de la permanence des soins, aucune économie ne sera possible sur les gardes. Il craint qu'à défaut de propositions de la part de la CME, cette restructuration ne soit imposée par l'ARS.

M. MUSSET partage l'analyse du Président. Il rappelle que la CME avait acté que les services ne tenant pas de plannings prévisionnels ne pouvaient être éligibles à la CET et aux plages additionnelles.

M. PINSON souligne que peu de services dressent un tableau de service. Il précise que l'applicatif va être modifié pour permettre la saisie des tableaux de service.

M. CHERON rappelle que la CME a voté une résolution pour faire respecter la loi. Or l'outil voté par la CME n'a pas été mis en place dans les hôpitaux. Aussi demande-t-il l'application des sanctions prévues contre les services récalcitrants.

Le Président constate que le relais avec les directeurs hospitaliers n'est pas toujours bien fait.

Pour **M. DRU**, le maintien du temps médical et la diminution du nombre d'emplois médicaux sont contradictoires. Il pense que le retrait des emplois médicaux et l'absence de mise en place de plages additionnelles conduiront à une baisse du temps médical.

Le Président estime que la révision des effectifs des postes de PH a été faite de façon médicalement justifiée. Il rappelle, en outre, que la CME s'était engagée en 2009 à ce que les personnels médicaux et les dépenses de personnel médical ne soient pas exonérés des contraintes qui pèsent sur le personnel soignant non-médical. Or il constate une augmentation des dépenses de personnel médical et une diminution des dépenses de personnel non-médical.

M. CAPRON souligne que le Président de l'ARS a dénoncé avec véhémence l'excédent de 16 ETPR médicaux à l'AP-HP au cours d'une réunion à l'ARS sur la répartition des postes d'internes. Or il pensait que la révision des effectifs de PH avait permis de récupérer 50 ETPR.

M. PINSON confirme que l'objectif de réduction de 50 ETPR devrait être tenu en fin d'année.

M. FAYE précise que le remède étonnant trouvé à l'excédent de TPER de personnel médical à l'HEGP est le recours à des préretraités originaires d'autres hôpitaux et des propositions de transfert des activités qui y fonctionnent bien. En ce qui concerne la permanence des soins, il rappelle que le Conseil d'Administration du Syndicat des Chirurgiens s'est ému des publications de M. EVIN dans la presse. Aussi souhaite-t-il mener une réflexion avec les urgentistes sur l'organisation d'une permanence des soins compatible avec les enjeux auxquels sont confrontés les urgences. Il convient notamment de tenir compte de la baisse de la démographie des urgentistes et du besoin d'avis chirurgicaux dans les SAU.

M. VALLEUR trouve qu'à vouloir trop s'attacher aux plages additionnelles, le débat ne porte pas suffisamment sur le cœur du sujet, à savoir l'évolution du nombre de gardes.

M. HUBIN répond qu'une dizaine de gardes a été supprimée depuis deux ans.

M. DASSIER rappelle que les tableaux de service ont été instaurés par la loi hospitalière de 1973. Il ne comprend pas pourquoi l'administration hospitalière a encore des difficultés à les obtenir ! Les tableaux de service sont le gage d'une transparence organisationnelle, permettant de savoir qui fait quoi, quand et où. Leur mise en place dans certains services est rendue difficile car les praticiens soupçonnent qu'ils puissent être utilisés à des fins de contrôle.

Concernant les effectifs médicaux, **M. DASSIER** souligne que la démographie de certaines spécialités va aller en diminuant tant la discipline est peu attractive auprès des jeunes. De plus, lorsqu'un médecin part en retraite ou mute, il vide son CET. Or pendant ce temps, le médecin n'est pas remplacé et son activité est assumée par la communauté médicale en place. D'où une surcharge de travail pour les praticiens hospitaliers restant en place, et une source d'économie substantielle pour les administrations hospitalières qui ne recrutent pas un remplaçant.

M. DASSIER rappelle que les plages additionnelles ne peuvent exister sans un tableau de service correctement rempli. Elles ne se font que sous la forme du volontariat et imposent l'élaboration d'un contrat entre l'établissement et le praticien. Ces critères ont été rappelés lors d'un récent arrêt du tribunal administratif condamnant l'hôpital Necker. Aussi **M. DASSIER** s'enquiert-il de l'élaboration d'un contrat type AP-HP précisant le nombre mensuel de plages additionnelles et si les plages additionnelles sont réalisées de jour ou de nuit.

M. PINSON s'engage à en élaborer un et à le présenter à la CME.

S'agissant des CET, **M. HUBIN** rappelle qu'ils sont ouverts pour une durée de dix ans et alimentés dans la limite de 30 jours par an par, tout ou partie des jours de RTT, du temps de travail additionnel, des congés annuels dans la limite de cinq jours.

En 2009, 386 nouveaux CET ont été ouverts et 1 297 jours ont été soldés. La provision s'élève à 42,3 millions d'euros pour couvrir les CET et indemniser 102 173 jours épargnés, soit 55 % du nombre de jours placés sur les CET. M. HUBIN précise que 55 % des jours épargnés concernent des PH à temps plein.

Le Président rappelle que la CME va ouvrir prochainement le débat sur la révision des effectifs des postes de PH. En prévision, il faudra prendre en compte les efforts effectués dans les hôpitaux en matière de révision des effectifs.

M. RYMER constate que l'AP-HP fait une impasse budgétaire de 50 millions d'euros sur les CET.

M. PINSON précise que le taux de provision de l'AP-HP est supérieur à celui d'autres CHU.

Mme DECOOPMAN ajoute qu'une partie des CET est soldée par la prise des jours et non par leur paiement.

M. REMY demande si certains PH seront pénalisés par cette situation ou seront contraints de prendre leur CET.

M. HUBIN explique que le montant de la provision est un des plus élevés si l'on compare l'APHP aux autres CHU ; dans ces conditions et vu l'étalement de la charge, aucun PH ne devraient être pénalisés par cette situation.

Pour **le Président**, les structures en sous-effectif chronique pâtissent de l'absence de volonté de tisser des liens avec d'autres structures. Par ailleurs, alors que l'engagement avait été pris de baisser les effectifs en 2010, il souligne que ces derniers ont progressé. Il est en outre nécessaire d'examiner la liste des astreintes par ordre décroissant de coût.

M. DRU rappelle que les plages additionnelles doivent être payées à partir de contrats établis. Or certains établissements ont rémunéré les plages additionnelles en-dehors de tout contrat et, de plus, sans tableau de service.

M. HUBIN répond à M. DASSIER que la provision sert à remplacer le temps médical qui disparaît lors de l'utilisation du CET.

V. Organisation en pôles des groupes hospitaliers

M. HARDY explique que la mise en place des groupes hospitaliers et leur réorganisation en pôles entraînera de profondes modifications de structures. La reconfiguration des pôles devra être réalisée en cohérence avec le plan stratégique et le projet médical validé du GH.

Il rappelle en outre que les pôles doivent obéir à une pertinence médicale. De plus, la déclinaison du plan stratégique et la recherche d'une optimisation dans l'organisation des activités médicales devraient conduire à la constitution de nombreux pôles intersites. Les règles à respecter sont :

- la mise en place d'au moins une unité fonctionnelle (UF) au sein des structures internes ;
- pour les structures intersites, la constitution d'au moins une UF sur chacun des sites concernés ;
- la disparition des structures médicales rattachées au conseil exécutif local (CEL).

Les groupes hospitaliers étant spécifiques, il n'existe pas de règle absolue en matière de dimensionnement des pôles. Néanmoins, chaque groupe hospitalier devrait comporter une dizaine de pôles comportant au moins 150 à 200 ETP médicaux et non-médicaux.

Au regard de l'expérience passée et des observations formulées à l'égard des premiers pôles, les nouveaux pôles devront privilégier les regroupements fondés sur un organe ou sur un type de pathologie.

Les activités de cancérologie devront être organisées en prenant en compte les réflexions conduites dans le cadre des CIN-ONCO. Les pôles de cancérologie pourront s'associer à des services participant à l'activité de cancérologie.

Par ailleurs, une réflexion spécifique est conduite sur l'organisation des activités d'urgence, soit autour d'une thématique « patients graves » et « contexte d'urgence » avec une organisation polaire autour du service d'accueil des urgences (SAU), du département d'anesthésie réanimation (DAR) et des réanimations répondant aux besoins de polyvalence des acteurs et de coordination des plateaux médico-techniques, soit autour d'une thématique « filière de proximité » avec une organisation polaire autour du SAU, d'un Département d'aval des Urgences (DAU) et d'une structure de gériatrie.

Pour les blocs, il ressort que les sites ayant mis en place un coordonnateur et une charte de bloc présentent un bilan positif. Ce dispositif est recommandé.

Sur les activités médico-techniques, l'expérience montre que :

- la logique de gestion ne favorise pas les pôles mixtes ;
- trois types d'activités ont vocation à constituer des ensembles médico-techniques au sein d'un GH (biologie, imagerie, pharmacies à usage interne (PUI) ;
- une formalisation des relations inter-pôles doit être mise en œuvre.

Par ailleurs, s'il n'existe pas de modèle prédéfini pour les activités transversales, il est recommandé de procéder à un regroupement au sein d'un pôle médico-technique selon une logique de prestataire ou de constitution d'un pôle de type « santé publique », sous réserve d'une masse critique suffisante.

Pour la biologie, les textes réglementaires imposent de les rassembler au sein d'un seul pôle dont la direction doit être confiée à un biologiste.

Quant aux activités placées sous la responsabilité des PUI du GH, elles ont vocation à être regroupées au sein d'un ensemble unique qui, selon sa taille, constituera un pôle à part entière ou sera regroupé avec d'autres activités. Le maintien des activités de biologie au sein d'une PUI implique, à terme, son rattachement au pôle de biologie.

La mise en place de la nouvelle organisation interne des groupes hospitaliers devrait s'étaler sur une durée de six mois pour aboutir en avril à la désignation des chefs de pôle.

Le Président remercie la DPM et la Commission des structures pour cette présentation. Il insiste sur le fait que la CME doit garder la main sur la validation médicale des pôles.

M. LACAU SAINT GUILY estime que les centres intégrés d'oncologie vont dans le bon sens mais soulèvent des problématiques spécifiques. En effet, l'objectif n'est pas de constituer des CLCC au sein de l'AP-HP. Se pose en outre la question de la gouvernance des centres intégrés et de leur cohérence. Une réflexion médicale et fonctionnelle doit être menée autour de la constitution des pôles de cancérologie pour en améliorer le fonctionnement.

M. MUSSET émet pour sa part une réserve majeure sur la constitution des pôles des groupes hospitaliers. En effet, l'expérience montre que les pôles qui ont été mis en place sont uniquement

des pôles de gestion économique. Il ne faut donc pas que la constitution en pôles inter-hospitaliers soit une obligation mais une orientation. Un groupe hospitalier peut proposer des pôles intra hospitaliers, et s'inscrire par ailleurs dans la réflexion de départements hospitalo-universitaires.

Le Président insiste sur le fait que la CME doit valider la constitution des pôles et que les directeurs hospitaliers ne peuvent imposer un périmètre de pôle contre l'avis de la CME.

M. MUSSET ajoute que le regroupement des secteurs médico-techniques et des activités de biologie clinique ne fonctionne pas, comme d'autres. Il lui semble donc préférable de permettre à ces secteurs médico-techniques de constituer des pôles thématiques centrés sur leur discipline plutôt que de les contraindre à se marier les uns avec les autres.

Le Président insiste sur le fait que les secteurs médico-techniques ont toute liberté pour se constituer en pôles à leur convenance.

Mme RICOMES ajoute que parallèlement à la réflexion sur la constitution des pôles, une réflexion managériale doit être conduite sur la politique institutionnelle à arrêter (cadre commun des contrats de pôle, place et rôle des collaborateurs des chefs de pôle, organisation de la concertation interne, formation des chefs de pôle).

Elle suggère que ces sujets fassent l'objet d'un pilotage institutionnel à travers une commission mixte réunissant des représentants de la CME, des chefs de pôle, des directeurs de GH et des représentants des directions impliquées.

VI. Projet de modifications du règlement intérieur de la CME des CME locales dans le cadre de la loi HPST

Le Président indique que le règlement intérieur de la CME et des CME locales a largement circulé et a été amendé en fonction des remarques qui ont été faites. La CME sera officiellement consultée lors de la séance du mois d'octobre. Par conséquent, des amendements peuvent encore y être apportés.

M. HUBIN indique qu'une question relative à la Présidence et à la Vice-présidence de la CME demeure en suspens. L'interrogation concerne le fait que le Vice-président puisse être un praticien hospitalo-universitaire. Par ailleurs, une question porte sur l'organisation de la Présidence et de la Vice-présidence des CME locales.

M. HUBIN précise, en outre, que la représentation du pôle du handicap ne concerne que la CME et non les CME locales.

Enfin, l'organisation des prochaines élections relèvera d'un règlement électoral particulier qui sera préparé en collaboration avec la Direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient (DAJDP) et soumis à la CME.

Le Président insiste sur le fait que le projet de règlement intérieur devra être validé par la CME, de même que le règlement électoral. Il souligne que la volonté de la CME de représenter l'ensemble des collèges électoraux au sein de la future Instance figure dans le projet de règlement électoral.

En ce qui concerne le règlement intérieur, **le Président** demande à tous les membres de la CME de le relire afin qu'il puisse être adopté démocratiquement lors de la prochaine réunion.

M. DASSIER propose de remplacer la Formation Médicale Continue (FMC) par le Développement Professionnel Continu (DPC) dans la Commission de la Vie hospitalière. Par ailleurs, il semblerait y avoir une CME locale spécifique pour les hôpitaux pédiatriques.

M. HINGLAIS confirme que le décret en cours de réalisation parle de DPC, c'est à dire à la fois de FMC et EPP (évaluation des pratiques professionnelles).

Le Président répond qu'il était important de représenter à la CME les hôpitaux qui n'appartiennent pas à un groupe hospitalier.

Le Vice-président confirme que Necker est actuellement un GH à lui tout seul, mais qu'il a commencé à fusionner avec Saint-Vincent de Paul et que à terme il se rapprochera également de l'IPP. Il s'agit d'une situation ponctuelle, et non structurelle. Il estime que d'une manière générale il n'est pas souhaitable qu'un hôpital pédiatrique reste isolé, cela vaut bien sûr également pour Robert Debré.

M. MUSSET souhaite intégrer au règlement intérieur de la CME la phrase suivante : « Le Président de la CME locale doit vérifier que les dossiers et les décisions prises en CME locale sont correctement transmises et communiquées aux communautés médicale et soignante des hôpitaux du groupe et évaluer régulièrement la qualité et l'exhaustivité de ces transmissions et communications ». Cette précision lui paraît indispensable car les hôpitaux du groupe qui seront parfois distants de l'hôpital qui sera le siège de la CME locale n'auront que ce moyen pour bénéficier des communications de la CME locale.

M. MUSSET suggère en outre de faire figurer dans le règlement intérieur la possibilité pour chaque hôpital de constituer une collégiale regroupant les chefs de pôle, de service et d'unité fonctionnelle, dont le responsable serait le représentant direct auprès du Président de la CME locale pour tous les sujets ayant un impact sur les hôpitaux du groupe et, en particulier, l'hôpital local.

Le Président apporte son soutien à la première proposition de M. MUSSET soulignant la nécessité d'une communication auprès des communautés soignantes. Concernant la seconde proposition, il rappelle que, dans de nombreux hôpitaux, des comités de chefs de pôle se réunissent sans demander une autorisation préalable à quiconque. Par conséquent, il s'interroge sur la nécessité de faire figurer ce point dans le règlement intérieur.

M. RUSZNIOWSKI trouve que cette seconde proposition répond à une réelle préoccupation sur le terrain.

Le Président propose que cette seconde proposition soit examinée par les affaires juridiques et discutée en Bureau. Son objectif est en effet de n'interdire à personne de se réunir.

M. RICHARD demande si un chef de pôle peut être président de CME locale et si un responsable de structure interne peut être candidat à la présidence d'une CME locale.

Le Président répond que la loi stipule que ni un chef de pôle ni un Président de CME locale ne peuvent être désignés Président de la CME. Pour ce qui est des CME locales, il appartient à la CME de fixer les règles en matière de désignation de leur président.

M. HUBIN ajoute que, réglementairement, le modèle des CME de CHU a été dupliqué aux CME locales : y siègent de droit les chefs de pôle et il est procédé à une représentation électorale des responsables de structures internes. Il précise néanmoins qu'il est possible de convenir d'une autre organisation.

M. FAYE s'interroge, pour sa part, sur la composition des équipes de direction des GH, et en particulier sur le nombre de directeur d'hôpitaux qui peut dans certains cas s'élever à 20, il pense cette situation inappropriée aujourd'hui et pense qu'une réflexion doit être engagée sur ce thème.

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

Le point est reporté au mois prochain à la demande du Président.

VIII. Présentation de l'appel à projets coopérations entre professionnels de santé

Mme VASSEUR informe la CME que l'appel à projets ministériel relatif aux protocoles de coopération entre les professionnels de santé a été lancé le 12 septembre 2010. La réflexion à l'APHP a été menée via l'élaboration du projet médical du plan stratégique : les premiers groupes qui avaient trait à l'offre de soins avaient évoqué cette problématique et souhaité y travailler. Parallèlement, les tutelles - l'ARS et la HAS - ont lancé un appel à projets auxquels les équipes de l'AP-HP sont vivement appelées à participer, dans la mesure où l'Institution dispose de l'ensemble du case-mix et d'un panel qualitatif et quantitatif de compétences médicales et paramédicales conséquent.

Mme LARIBIERE indique que la HAS a mis en ligne les outils nécessaires aux professionnels de santé qui souhaitent mettre en œuvre des projets de protocoles de coopération. Dès le lendemain de cette publication, la Direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (DCSIRMT), la DPM et la DRH ont procédé à un envoi à l'ensemble des établissements afin que leurs équipes puissent répondre à l'appel à projets. La production de cette dernière est très attendue par les tutelles en vue de publier un arrêté qui prévaudra pour l'élaboration des protocoles de coopération au niveau de la région et qui pourra servir de modèle au niveau national. Il serait donc intéressant que les protocoles de l'AP-HP soient mis en avant.

Mme VASSEUR ajoute que, si les protocoles de coopérations de l'AP-HP n'émergent pas rapidement, d'autres protocoles de coopérations portés par d'autres équipes risquent de s'imposer aux équipes de l'AP-HP lorsqu'elles souhaiteront travailler sur des thématiques similaires.

Mme LARIBIERE explique qu'au sein de l'AP-HP, la démarche est coordonnée par la DCS, la DPM et la DRH avec avis de la DAJDP car l'AP-HP est une personne morale, responsable de l'organisation et de la qualité/sécurité des soins.

Les trois directions avaliseront conjointement les protocoles avant leur transmission par les professionnels concernés à l'ARS et à la HAS. Le rôle des trois directions est de :

- contribuer, avec la direction de chaque GH, à informer les équipes sur les coopérations ;
- viser les protocoles de coopération, pour une bonne adéquation avec le plan stratégique et les objectifs institutionnels ;
- accompagner les professionnels dans leurs démarches ;
- recenser les projets, faire connaître et partager les expériences des équipes dans ce domaine, suivre les réalisations et effectuer un bilan annuel des projets mis en place.

Les principales étapes du processus sont :

- l'identification des projets de coopération au sein des groupes hospitaliers ;
- l'accès au dossier de candidature, téléchargeable sur le site de la HAS et via le site de la DCSIRMT ;
- le renseignement du dossier par l'équipe médicale et paramédicale intéressée par le projet ;
- l'obtention de l'accord écrit du directeur du groupe hospitalier et/ou du directeur de l'hôpital ;
- l'information des instances ;
- l'examen du protocole de coopération par le Siège en fonction d'une grille d'analyse en vue de donner l'aval de l'AP-HP ;
- la transmission du dossier à l'ARS et à la HAS par l'équipe concernée après validation par le Siège et par la direction du groupe hospitalier et/ou de l'hôpital ;
- l'instruction du dossier et la décision d'autorisation par l'ARS après avis favorable de la HAS ;
- l'adhésion au protocole par les professionnels en sollicitant l'ARS.

En conclusion, les enjeux des nouvelles coopérations entre professionnels de santé sont :

- la qualité et la continuité de la prise en charge des patients ;
- l'optimisation des parcours de soins en renforçant la coordination entre tous les intervenants ;
- le gain de temps médical, avec la possibilité de le réinvestir sur des activités complexes, d'expertise et de recours ;
- l'évolution de l'exercice professionnel, avec l'extension des champs d'intervention des professions paramédicales ;
- la valorisation de l'Institution.

La démarche, pilotée par la tutelle, est lourde pour les professionnels mais s'allègera sans doute à l'avenir.

Mme LUCIOLLI ajoute que ce projet est capital pour l'AP-HP et que la DPM et la DCSIRMT peuvent aider les équipes à s'organiser pour présenter un projet de coopération entre professionnels de santé. Elle insiste sur la nécessité pour l'AP-HP de jouer un rôle moteur dans les coopérations car la France a pris beaucoup de retard dans ce domaine, notamment dans l'application du cursus Licence – Mastère – Doctorat (LMD) dans les professions médicales et paramédicales.

M. MUSSET souligne que les réflexions du groupe imagerie en matière de transfert de tâches vers des manipulateurs se heurtent à des contraintes réglementaires.

Mme LUCIOLLI rappelle que la loi HPST permet précisément de déroger à certaines contraintes réglementaires et que le présent appel à projets s'inscrit dans ce cadre. Il est donc possible de proposer des projets qui dérogent au cadre réglementaire actuel.

M. MUSSET estime que tout projet de transfert de tâches risque de se heurter au blocage des organismes professionnels.

Mme VASSEUR précise que les relations avec les organismes professionnels et les sociétés savantes relèveront de la HAS. L'objectif du présent projet, qui n'émane pas de l'AP-HP mais de la HAS, est de déroger en toute légalité au cadre des décrets d'actes limitatifs des professions paramédicales actuel. C'est pourquoi le formulaire national de renseignement des protocoles de coopérations bien que complexe et lourd ne doit pas décourager les équipes. La Direction centrale des soins et la DPM sont à disposition pour aider les équipes qui le souhaitent.

IX. Avis sur les contrats d'activité libérale

Sept nouveaux contrats d'activité libérale sont soumis à l'avis de la CME, ainsi qu'une demande de renouvellement et un avenant.

M. VALLEUR précise que ces contrats ont été vus et approuvés en sous commission.

Les contrats présentés reçoivent un avis favorable de la CME par quinze votes pour, trois votes contre et deux abstentions.

X. Approbation du compte-rendu de la séance du 8 juin 2010

Le compte-rendu de la séance du 8 juin 2010 est approuvé à l'unanimité.

XI. Questions diverses

M. DRU informe la CME du dépôt d'un préavis de grève pour le 23 septembre 2010 par le SNPHAR-e contre la réforme de la retraite des médecins hospitaliers.

M. CAPRON indique que les ministères de l'Education Nationale et de la Santé sont en train d'élaborer un décret sur l'accès au clinicat pour les DES de médecine générale. Il regrette que la CME ait été exclue de cette démarche.

M. PINSON répond qu'il n'y a pas de volonté d'exclusion de la CME.

M. FAYE ajoute que le projet de loi sur les retraites va grever profondément les retraites des hospitaliers universitaires.

M. DASSIER indique que son syndicat, le SNPHARE a été informé lors de la grève du 7 septembre 2010 de réquisitions abusives de la part de l'hôpital Louis Mourier. Déjà lors de mouvements précédents cet établissement et d'autres s'étaient distingués par ce genre de pratiques. De telles pratiques doivent cesser.

La séance est levée à 13 heures 05.

*

*

*

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

Mardi 12 octobre 2010 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 29 septembre 2010 à 16 heures 30

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

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