

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE***

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 10 FEVRIER 2009**

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### ORDRE DU JOUR de la CME du mardi 9 décembre 2008 (salle du conseil d'administration)

-----

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*).
- 2- Evolution de la dette (*M. Guin – M. Gripon*).
- 3- Avis sur l'orientation de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) pour l'année 2009. (*M. Guin*).
- 4- Révision des effectifs de PH 2009 : Avis sur les demandes de créations de postes de praticiens hospitaliers dans le cadre de la révision des effectifs 2009 (*M. Gottsmann*).
- 5- Déploiement du nouveau système d'information Ressources Humaines (*Mme. Dupont - M. Gottsmann*).
- 6- Avis sur l'intégration hospitalo-universitaire des disciplines pharmaceutiques – emplois proposés à l'intégration au titre de l'année 2009 (*M. Gottsmann*).
- 7- Reprise d'ancienneté hospitalière des personnels enseignants et hospitaliers titulaires des disciplines médicales et pharmaceutiques (*M. Hubin*).
- 8- Mise en place des N° RPPS (*M. Gottsmann*).
- 9- Avis sur les contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*).
- 10- Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités (*M. Hardy*).
- 11- Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL (*Me. Debeaupuis-Clément – M. Marchal*).
- 12- Approbation du compte-rendu de la séance du 14 octobre 2008.
- 13- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition D**

- Avis sur le recrutement principal de CCA et d'AHU dans les établissements liés par conventions à l'AP-HP, au titre de l'année universitaire 2008-2009.

### **Composition C**

- Avis sur la désignation de Chefs de service, à titre provisoire
- Avis sur la désignation de 4 Chefs de service hors CHU, à titre provisoire
- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur une demande de renouvellement et sur deux premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers
- Avis sur la désignation de responsables des structures internes aux pôles (services, départements, unités cliniques)
- Avis sur changement d'affectation interne de deux praticiens hospitaliers.

### **Composition B**

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un MCU-PH d'odontologie.

## Sommaire

I.	Information sur les travaux du conseil exécutif	5
II.	Evolution de la dette	5
III.	Avis sur l'orientation de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) pour l'année 2009	9
IV.	Révision des effectifs de PH 2009 : Avis sur les demandes de créations de postes de praticiens hospitaliers	10
V.	Déploiement du nouveau système d'information Ressources Humaines	14
VI.	Avis sur l'intégration hospitalo-universitaire des disciplines pharmaceutiques – emplois proposés à l'intégration au titre de l'année 2009	15
VII.	Reprise d'ancienneté hospitalière des personnels enseignants et hospitaliers titulaires des disciplines médicales et pharmaceutiques	17
VIII.	Mise en place des N°RPPS (Répertoire Pargagé des Professionnels de Santé)	19
IX.	Avis sur les contrats d'activités libérales	19
X.	Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités	19
XI.	Avis sur les projets de ventes et d'acquisition de lots immobiliers présentés par la DPFL	21
XII.	Approbation du compte-rendu de la séance du 14 octobre 2008	21
XIII.	Questions diverses	22

*La séance est ouverte sous la présidence de M. CORIAT.*

## **I. Information sur les travaux du conseil exécutif**

**M. CORIAT** indique que l'action du conseil exécutif depuis la dernière CME s'est concentrée sur la préparation de la rencontre avec la tutelle fixée début janvier 2009 pour une renégociation de l'EPRD 2009. Pour l'heure, le cabinet de Mme BACHELOT a témoigné son plein soutien à la démarche « à efforts partagés » et a garanti un investissement au niveau de l'AP-HP visant à diminuer le déficit annoncé de l'EPRD dans le pré-cadrage. Cela implique que la CME puisse présenter à la tutelle des réalisations concrètes ou un calendrier de réorganisations médicales pour dégager des marges de manœuvre. M. CORIAT tient par ailleurs à remercier les représentants des présidents de CCM, qui ont manifesté leur total soutien aux analyses et aux propositions de la CME. M. CORIAT entend réfléchir avec le vice-président et le directeur général à la manière dont la CME adressera à la fin de l'année ses remerciements aux communautés médicales et paramédicales pour les efforts qu'elles ont consentis au cours de l'année 2008.

Le conseil exécutif proposera les plans d'organisation et de restructuration qui porteront notamment sur la réorganisation des gardes, ainsi que les moyens de mieux contrôler les dépenses de médicaments. Ce sujet difficile concerne tous les CHU. A cet effet, M. CORIAT propose à l'ensemble des collègues de constituer un groupe de réflexion. Il va de soi qu'il conviendra de cibler des pistes et que tous les médicaments ne seront pas concernés. A l'évidence, le succès des mesures prises sur les antibiotiques peut servir de modèle. M. CORIAT invite donc les collègues à lui adresser des mails pour lui proposer des démarches en ce sens.

**M. LECLERCQ** confirme que les efforts nécessaires pour l'EPRD 2009 devront être partagés sur l'ensemble des dépenses, en élargissant notamment le champ du travail des organisations. Il insiste sur la nécessité également de respecter l'enveloppe du titre 2 afin d'éviter des déficits en 2008 et de maintenir une politique d'investissement.

Il ajoute quelques informations nominatives. Jean-Patrick LAJONCHERE prendra la direction d'un groupe d'un établissement privé participant au service public et sera remplacé à l'AP-HP par Isabelle LESAGE, directrice de l'Hôpital Necker. Elle sera remplacée par Serge MOREL, directeur adjoint à la Pitié Salpêtrière. Didier HOTTE, directeur de l'Hôpital Jean Verdier, prendra la direction de l'Hôpital Saint-Antoine et sera remplacé par Monsieur VAREILLES, directeur adjoint à Robert Debré. Michel BILIS, qui dirige l'Hôpital Henri Mondor, est appelé à des fonctions à la direction de l'inspection et de l'audit dans le cadre de la future succession de Monsieur SOUDAN et qui effectuera l'année prochaine pendant trois mois une mission spécifique sur les conditions de sécurité juridique et de gestion des risques. Il sera remplacé à Mondor par Martine ORIO, directrice à Avicenne, elle-même remplacée par Dominique DE WILDE, directrice à Charles Foix. Jean BARRAUD, qui dirige l'Hôpital Bichat, est nommé directeur du projet Efficience et sera remplacé par Christophe KASSEL, directeur de l'hôpital de Paul Brousse, lui-même remplacé par Madame JACQUES, directrice adjointe à la direction du personnel et des affaires sociales. Jacques MEYOHAS, qui dirige l'Hôpital Trousseau, vient d'être nommé directeur général adjoint au CHU de Rouen et sera remplacé par Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, directrice de l'Hôpital Joffre-Dupuytren. Les présidents de CCM concernés par ces changements ont été préalablement prévenus.

## **II. Evolution de la dette**

**Mme DEGENEVE** indique qu'elle va présenter l'état de la dette et la façon dont la direction des finances a géré l'endettement au cours de l'année 2008.

## 1. Pourquoi emprunte-t-on ?

Les emprunts à court terme permettent de couvrir les besoins de trésorerie au jour le jour. A ce titre, le flux financier quotidien à l'Assistance Publique s'élève à 25 millions d'euros. La dette à long terme est quant à elle, utilisée pour financer les dépenses d'investissement. Elle est fixée une fois qu'a été déterminée la capacité d'autofinancement générée par le compte de résultats. Elle dépend essentiellement, d'une part, du niveau du déficit ou d'excédent et d'autre part, du niveau d'amortissement ou des provisions. Une autre ressource, bien moindre, permet de financer les dépenses d'investissement : les subventions d'équipement.

Pour faire face aux besoins de financement à court terme, la direction des finances pilote au jour le jour les tirages sur les lignes de trésorerie. Pour la trésorerie à moyen terme, il existe trois instruments financiers de nature différente : les Contrats à Long Terme Renouvelables, les emprunts bancaires classiques et les émissions d'obligation, spécifiques à l'AP-HP, pour l'instant, seul établissement public de santé à avoir recours à cette possibilité utilisée par les grandes collectivités locales.

Au chapitre des dépenses en 2007, le remboursement de la dette s'élève à 79 millions d'euros et les dépenses d'investissement à 497 millions d'euros. Les ressources se composent de la capacité d'autofinancement dégagée par le compte de résultats, des ressources autres qui représentent 45 millions d'euros et de l'emprunt. En 2007, l'emprunt représente à peu près 48 % de l'ensemble du tableau de financement de la partie « ressources ».

En 2008, la structure est relativement différente. Concernant les emplois, le remboursement de la dette est beaucoup plus élevé qu'en 2007. Cela s'explique par le remboursement de l'emprunt HEGP à hauteur de 91 millions d'euros qui est arrivé à terme en 2008. En outre, les dépenses d'investissement croissent d'un peu plus de 50 millions d'euros. Les dépenses globales, augmentent donc de 144 millions d'euros. Concernant les ressources, la capacité d'autofinancement de l'AP-HP diminue. Ces moindres ressources internes s'expliquent essentiellement par le déficit d'environ 37 millions d'euros qui correspond au montant figurant dans l'EPRD modificatif. Les ressources autres sont également moindres, pour environ 15 millions d'euros. Ainsi, le seul moyen de couvrir les besoins en matière d'investissements et de remboursement de la dette est d'emprunter davantage. La structure de financement évolue considérablement entre 2007 et 2008 puisque l'emprunt progresse de 215 millions d'euros.

L'emprunt sert donc à financer les dépenses d'investissement de l'institution. Elles sont passées de 315 millions d'euros à 484 millions d'euros en moyenne. Cette forte progression correspond à l'impact du plan stratégique 2005-2009. Les autorisations de programme continuent, quant à elles, à être relativement dynamiques. Les factures des autorisations de programme qui ont été lancées massivement seront encore réglées pendant au moins 1 à 2 ans. Ainsi, si la dette a fortement progressé, c'est parce que l'investissement a été très dynamique sur cette période.

La dette a été relativement stable jusqu'en 2006. Elle a commencé à progresser de façon non négligeable en 2007 puis en 2008. Le ratio d'endettement est passé de 17,7 % à près de 23,5 %. Les agences de notation financière fixent le seuil d'alerte à un ratio d'endettement de 30 %. L'AP-HP risque d'atteindre ce seuil si ses investissements continuent à être dynamiques alors que sa capacité d'autofinancement se dégrade.

## 2. Comment a-t-on géré la dette en 2008 ?

La direction des finances a choisi de sécuriser la dette en la réorientant à 68 % vers du taux fixe. Il s'agit de Contrats à Long Terme Renouvelables passés avec les banques qui autorisent à emprunter puis à rembourser dès que l'organisme emprunteur dispose des ressources. Les émissions d'emprunts obligataires représentent 42 % de la dette et ont considérablement progressé depuis 2007.

Il convient de rappeler que la crise financière a entraîné en 2008 la raréfaction des prêts bancaires et, corrélativement, une augmentation des marges bancaires. Il est ainsi devenu difficile de lever des fonds avec des emprunts bancaires classiques. La direction financière s'est donc efforcée de s'adapter au cours de l'année en :

- privilégiant pour la trésorerie à court terme les CLTR ;
- levant des fonds dès que l'EPRD initial a été voté ;
- privilégiant le recours aux émissions obligataires ;
- s'adaptant aux durées souhaitées par les investisseurs pour obtenir les taux les plus favorables ;
- préférant les taux fixes aux taux variables qui, compte tenu du caractère très erratique du marché, étaient très défavorables ;
- réalisant la dernière levée fin octobre et non fin novembre comme les années précédentes.

Le programme EMTN, mis en place en 2006, a été initialement conçu et calibré pour correspondre aux besoins de financement de l'investissement du plan stratégique. Il s'agit d'une autorisation pluriannuelle de proposer des émissions obligataires sur le marché jusqu'à un plafond d'1 milliard d'euros. Or, les besoins de l'AP-HP étaient à l'époque évalués à 822 millions d'euros. Chaque année, la direction financière actualise un « prospectus de base » qui permet à l'ensemble des investisseurs de tout connaître de la situation financière de l'Assistance Publique. En 2006, 150 millions d'euros ont été levés à 30 ans, avec un taux fixe légèrement inférieur à 4 %. En 2007, dans un contexte défavorable, le programme ENTM n'a été utilisé qu'à hauteur de 61 millions d'euros pour 12 ans, dans une perspective de lissage de la dette à long terme. Le choix s'est porté sur des taux variables à 6 mois légèrement inférieurs au cours du marché. En 2008, le volume de fonds levé dans le cadre du programme d'émissions obligataires a été beaucoup plus élevé : 128 millions d'euros en émissions publiques et 327 millions d'euros en émissions privées. Plusieurs levées ont été effectuées en francs suisses.

Les emprunts ont été réalisés à un taux moyen annuel de 4,7 %, plus élevé que les années précédentes mais malgré tout plus favorable que les conditions générales du marché. Le recours au programme ENTM a donc permis d'économiser 25 millions d'euros de frais financiers sur 10 ans. En revanche, les frais financiers ont considérablement progressé en raison de l'augmentation des investissements. Enfin les dépenses d'exploitation suivent un rythme élevé. Le niveau d'encaissement et les besoins de tirage sur les lignes de trésorerie sont donc supérieurs à ceux de 2007.

Concernant la performance de la gestion de la dette, l'AP-HP est plutôt bien positionnée par rapport à l'ensemble des collectivités locales et des établissements publics de santé.

**M. CORIAT** remercie Mme DEGENEVE pour la clarté de sa présentation.

**M. FOURNIER** demande si, dans le cadre de la démarche « à efforts partagés », la tutelle impose à l'AP-HP une manière de gérer la dette.

**Mme DEGENEVE** répond que jusqu'à présent, la tutelle ne s'est pas fortement impliquée dans la gestion de la dette de l'AP-HP. Toutefois, si la dette était exagérément élevée ou s'il était avéré que les produits structurés choisis représentaient un risque financier pour l'AP-HP, la tutelle lui demanderait de lui rendre beaucoup plus de comptes. Mais l'AP-HP ne court aucun risque avec les produits structurés qu'elle a choisis. Mme DEGENEVE rappelle à ce titre que l'enjeu de la contractualisation avec la tutelle porte sur le niveau d'investissement et le financement afférent. La direction financière veille à ce que le ratio d'endettement soit conforme aux attentes des agences de notation. D'ailleurs, celles-ci ont attribué à l'AP-HP la note AAA, ce qui explique qu'elle soit attractive pour certains investisseurs.

**Mme DEGENEVE** confirme à **M. MUSSET** que l'amortissement exceptionnel de 91 millions d'euros pour l'HEGP ne sera pas reconduit en 2009 qui s'en félicite. Il se demande toutefois si Mme DEGENEVE n'a pas présenté la projection de l'endettement pour 2009 dans le but de ne pas inquiéter la CME.

**Mme DEGENEVE** répond par la négative. La direction des finances n'a pas définitivement arrêté le niveau du compte de résultats ni celui du tableau de financement.

**M. REMY** demande pourquoi les ressources étaient moindres en 2008 qu'en 2007 alors que l'activité était plus importante. Il aimerait par ailleurs connaître la part éventuelle due à certains retards de codage.

**Mme DEGENEVE** rappelle que le déficit actuel s'élève à 37 millions d'euros dans le cadre de l'EPRD modificatif. En 2008, l'activité a été supérieure aux objectifs fixés et les recettes d'activité s'élèveront probablement au niveau prévu. Ce ne sont pas les dépenses de personnel qui expliquent la diminution des ressources. En revanche, il apparaît que les dépenses médicales et logistiques de titres 2 et 3 justifient cet écart par rapport aux prévisions.

**M. AIGRAIN** signale que le codage est aujourd'hui rattrapé à quelques actes près.

**Mme DEGENEVE** précise qu'il reste une douzaine de millions d'euros à rattraper sur les recettes de codage.

**M. DASSIER** observe que l'AP-HP remplit une mission de service public et qu'à ce titre elle a besoin du soutien des tutelles, en l'occurrence la Région et de l'Etat, pour faire face à son endettement. Il souhaiterait connaître leur niveau d'investissement réel et les mesures qu'elles ont prises pour soutenir l'AP-HP.

**Mme DEGENEVE** préfère laisser répondre la direction sur ce problème qui dépasse le cadre de sa présentation.

**M. FAYE** félicite Mme DEGENEVE pour la performance des services financiers dans la gestion très dynamique de la dette, notamment grâce au programme obligataire. Il demande si une renégociation des taux est envisageable pour 2009 à la lueur de la diminution des taux d'intérêt de la banque centrale européenne.

**Mme DEGENEVE** répond qu'il est difficile à ce stade d'anticiper clairement les perspectives 2009. Plusieurs paramètres contradictoires entrent en effet en compte. L'effet positif de la diminution des taux de la BCE devrait se poursuivre. Mais à l'inverse, l'augmentation du coût de refinancement des banques va peser sur le contrat de renouvellement des lignes de trésorerie. En revanche, l'impact sur le long terme sera sans doute plus favorable.



### **III. Avis sur l'orientation de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) pour l'année 2009**

**M. GUIN** indique qu'il va se livrer à un exercice formel imposé par le code de la santé publique. Il insistera donc seulement sur quelques points essentiels dans la mesure où l'exercice a été largement évoqué au cours de la séance précédente.

Il rappelle que le contexte global de maîtrise progressive des comptes et des déficits de l'Assurance Maladie impose à l'AP-HP un effort d'amélioration en 2008 qui devra se prolonger les années suivantes. Concernant la réalisation 2009, l'AP-HP s'inscrit toujours dans la perspective d'une exécution 2008 de ce qui est prévu dans le cadre de l'EPRD modificatif. En premier lieu, l'objectif de déficit est révisé à moins 37 millions d'euros. En second lieu, les hypothèses de recettes et d'activités sont aujourd'hui confirmées. Enfin, les perspectives de recettes restent globalement favorables sur l'ensemble de l'année sous réserve que le codage soit complètement rattrapé. Or, il reste encore 12 millions d'euros non rattrapés au 1<sup>er</sup> décembre, dont 7 millions d'euros pour des séjours non encore codés et 5 millions d'euros pour des séjours incomplètement codés. Ces sommes sont concentrées sur un nombre limité de services et d'hôpitaux. Ces derniers doivent donc fournir un effort important dans les dernières semaines.

**M. GUIN** rappelle que la préparation de l'EPRD 2009 se déroule dans le cadre d'une négociation avec les tutelles. Les perspectives étant favorables, il s'agit de viser la valorisation d'un certain nombre d'activités de l'AP-HP. Les perspectives favorables portent à la fois sur les ajustements de la grille tarifaire et la mise en œuvre pour 2009 de la nouvelle grille de classification, la V11. Cette grille devrait intégrer :

- différents niveaux de sévérité favorables aux hôpitaux qui traitent les cas les plus graves ;
- un nombre accru de GHM ;
- une meilleure prise en compte des diagnostics associés.

Cet ensemble devrait aboutir à des effets de redistribution aujourd'hui évalués à 200 millions d'euros. L'AP-HP bénéficiera probablement d'un retour significatif.

Les missions de service public seront mieux prises en considération. Depuis l'année dernière, l'AP-HP a été à l'initiative d'un travail important qui a servi de référence méthodologique pour une meilleure prise en compte de la précarité dans le modèle T2A. Elle devrait être effective en 2009 et aura un impact significativement positif sur les financements de l'institution. Une modification importante en 2009 est également à prévoir en ce qui concerne la permanence des soins. Elle ne devrait pas avoir d'impact majeur sur les financements de l'AP-HP en 2009 mais probablement les années suivantes.

Enfin, la démarche « à efforts partagés » entraîne un effort de restructuration important y compris sur les services de soins. L'engagement a été pris vis-à-vis des tutelles de présenter avant la fin de l'année des mesures en ce sens. A cet effet, les médecins et les administratifs devront dégager ensemble des pistes concrètes pour améliorer l'efficacité de l'institution. **M. GUIN** souhaite ainsi obtenir de la part des tutelles et des financeurs un accompagnement à la hauteur de l'engagement pris en termes de restructuration interne. Il rappelle que le contexte général est marqué par une situation économique dégradée et par le lancement du débat sur la loi HPST qui aura lieu au mois de janvier prochain. Il convient donc que ces chantiers avancent rapidement. L'EPRD 2009 sera présenté pour les instances du mois de mars mais l'objectif est d'en avoir une vision complète et finalisée au courant du mois de janvier.

**M. GUIN** indique que la CME doit se prononcer sur le rapport préliminaire qui concerne l'état de l'avancement des différents travaux et les objectifs de l'institution en matière de préparation de l'EPRD 2009. Il s'agit d'un vote relativement formel.

**M. CORIAT** observe à ce titre que la loi Hôpital Patients Santé Territoires, qui sera adoptée au début de l'année 2009, indique clairement que la permanence des soins relève de la responsabilité des ARS (Agence Régionale de Santé). La loi précise en outre que l'ARS déterminera les gardes et les astreintes qu'elle payera ou non. Cela signifie que l'AP-HP devra elle-même entreprendre des actions en ce qui concerne les gardes. Il s'agit d'un volet important de la loi qui avait échappé à l'attention de la CME.

**M. AIGRAIN** demande si la meilleure prise en compte des co-morbidités concernera également les groupes pédiatriques.

Selon **M. GUIN**, la V11 inclut également un sujet ou deux au titre des activités dites de recours pour les groupes pédiatriques. Il vérifiera cette information et la transmettra à la CME.

**M. SEBBANE** souhaiterait des précisions sur les soins de suite en réadaptation et les soins de longue durée.

**M. GUIN** indique que pour les soins de suite en gériatrie, des premières modifications, relativement modestes, sont à prévoir. Toutefois, celle-ci est de nouveau retardée pour quelques années dans la mise en œuvre de la tarification de l'activité sur les SSR. Pour le long séjour, un autre volet important de la discussion avec les tutelles est en cours dans la perspective de ce qui devra être réalisé à l'issue du plan stratégique actuel. En 2009, ce plan ira à son terme en ce qui concerne la fermeture des lits et les évolutions à moyen terme de l'offre en termes de long séjour seront engagées. Sa première application aura lieu en 2010 sur la base d'arbitrages qui ne sont pas encore rendus aujourd'hui. La présentation de l'EPRD 2009 en mars permettra d'y revenir de manière beaucoup plus précise.

**M. FAYE** rappelle que l'an dernier, l'augmentation considérable de l'activité a eu un impact significatif sur l'amélioration du compte de résultats. Il lui paraît donc essentiel que cette dynamique continue à être insufflée. L'augmentation des recettes doit importer autant à l'AP-HP que le contrôle des dépenses.

*La CME approuve à l'unanimité l'orientation de l'EPRD 2009.*

**M. LECLERCQ** remercie la CME d'avoir approuvé les grandes lignes de la préparation de l'EPRD. Le débat sera certainement plus complexe et plus difficile au mois de mars.

#### **IV. Révision des effectifs de PH 2009 : Avis sur les demandes de créations de postes de praticiens hospitaliers dans le cadre de la révision des effectifs 2009**

**M. CORIAT** souhaite revenir sur la méthodologie de cette révision. Il en rappelle en préalable les points positifs. Elle a été claire et a été largement diffusée. En outre, elle a abouti à la création de 135 postes de PH en respectant la contrainte budgétaire à laquelle l'AP-HP s'était engagée. Par ailleurs, la révision des effectifs a été pour la première fois effectuée sur la base de la masse salariale. Enfin, une attention toute particulière a été accordée aux CCM et aux collégiales. **M. CORIAT** estime cependant que la démarche doit être améliorée.

**M. CORIAT** tient à remercier l'ensemble des collègues et la DPM pour leurs efforts. En effet, contrairement aux années précédentes, cette révision des effectifs a été conduite avec des référentiels clairs, fournis par la Direction de la Politique Médicale. Il signale en outre que 3 postes suscitent encore un débat car le bureau GPM n'était pas sûr de disposer de la dotation financière suffisante pour les abonder. Les évaluations fournies par la DPM font apparaître qu'une réponse favorable pourra leur être faite. La CME aura donc à voter l'approbation de la révision de ces 3 postes. Elle aura par ailleurs toute liberté de revenir sur tous les postes, quelle qu'ait été la réponse donnée.

**M. GOTTMANN** indique que le document est organisé en deux parties.

### **1. Créations de postes proposées par redéploiement**

Cette partie porte d'abord sur les redéploiements internes déjà examinés dans la phase d'analyse des demandes de maintien. Cela concerne 5 postes.

Elle s'attache ensuite aux postes dont la création est soit en totalité soit partiellement financée par redéploiement.

### **2. Créations de postes proposées par autofinancement**

Les postes concernés sont financés :

- soit par rendu de demi-journées ;
- soit par rendu d'un poste de PHC ;
- soit par mobilisation de crédits fléchés.

### **3. Trois postes en débat**

- la Pitié Salpêtrière en neurologie.  
Dans un premier temps il avait été suggéré la création d'un poste de PHC. Il est proposé à la CME de compléter à hauteur de 38 000 euros pour permettre la création d'un poste de PH entier.
- Bichat en neurologie.  
Le cas de figure est le même mais le solde à combler s'élève à 25 000 euros.
- Robert Debré.  
La création du poste est gagée par une augmentation de recettes d'activités. Cela représente une augmentation de dépense de 110 00 euros pour couvrir le montant total du poste. Il est possible d'envisager à cet effet un partage de la contribution entre l'hôpital et le paiement sur le reliquat de la cagnotte.

Pour information, la cagnotte s'élève à 895 000 euros et 766 500 euros ont, pour l'instant, été utilisés. Un peu moins de 130 000 euros restent donc disponibles.

**M. CORIAT** précise au sujet de Robert Debré que la direction des finances est prête à accepter de participer au dépassement prévu, minime. En effet, l'augmentation d'activité de cet hôpital est patente. Or, le *credo* qui a dicté cette révision est d'encourager l'augmentation d'activité de l'AP-HP. Le fait qu'à la demande de la CME, la direction générale accepte que le financement de 4 gardes intègre la révision des effectifs est une mesure révélatrice de la démarche. En effet, la diminution de l'activité de garde a pour objectif d'augmenter l'activité de jour et l'activité programmée.

**M. HARDY** observe que plusieurs postes ont reçu un avis favorable sous réserve de financement. Or, certains d'entre eux, dont la psychiatrie, peuvent être financés dans le cadre de plans de santé

publique. La question se pose pour les urgences notamment. La situation semble s'être heureusement débloquée puisque des avis favorables ont été donnés. Il convient donc de discuter prochainement du plan de santé mentale avec l'administration afin qu'il connaisse la même issue que le plan urgences.

**M. CORIAT** demande à M. HARDY si, selon lui, les postes n'auraient pas été conditionnés à l'avis de la direction des finances mais à la réalité du financement de l'hôpital.

**M. HARDY** précise que la notification des financements a été donnée pour les crédits fléchés à certains hôpitaux dont la situation financière est délicate. Ces hôpitaux ne peuvent donc obtenir la notification de la dépense que s'ils prennent sur leurs fonds propres. Ce point doit être rediscuté, puisque cette règle qui valait pour tous les temps pleins de santé publique a trouvé des aménagements selon les spécialités.

**M. CORIAT** demande à M. GUIN d'apporter des éclaircissements sur les crédits fléchés pour le plan de santé mentale.

**M. GUIN** indique qu'il conviendra d'arrêter une ligne de conduite pour les plans de santé publique de 2009 et de la présenter au moment du vote de l'EPRD. L'institution aura en outre à se prononcer avec l'avis de la CME sur la manière dont se fera la répartition au profit des hôpitaux et en fonction de leur situation.

**M. HARDY** demande si, pour ce qui concerne les urgences, certains postes financés tiennent au déblocage qui vient d'être évoqué ou à un financement antérieur.

**M. GUIN** répond qu'il s'agit d'un dispositif antérieur qui avait fait l'objet d'une discussion particulière et d'un engagement pluriannuel avec la DPM et la CME.

**M. GARABEDIAN** souhaite un engagement ferme concernant le poste de biochimie de l'hôpital Trousseau. En effet, un de ses postes hospitalo-universitaires va lui être retiré et il a reçu un avis défavorable dans le cas où un deuxième poste serait occupé par une personne qui part à la retraite l'an prochain. Or il était prévu qu'un des deux postes soit conservé.

**M. CORIAT** s'est engagé très clairement : un seul poste sera redistribué et il pourra en disposer complètement.

**M. SEBBANE** demande, à propos des plans de santé publique, ce qu'il en est des financements pour les soins palliatifs. Par ailleurs, il ne comprend pas si le poste de du Pôle gériatrie à Paul Brousse est à temps partiel ou à temps plein.

**M. GOTSMANN** répond qu'il s'agit d'une demande d'un poste de PH à temps partiel présentée par autofinancement. La DPM et le bureau de la CME / CTEM du 1<sup>er</sup> décembre ont donné un avis favorable.

**M. REMY** souhaiterait une normalisation du service de néphrologie de l'HEGP, candidat à un poste de PH à temps partiel, car il répond à la mise aux normes du ministère. Il demande un soutien de la CME pour maintenir ce poste ou pour le financer.

**M. CORIAT** répond que le financement de ce poste médicalement justifié pose problème. Il estime cependant que, dans la mesure où 6 demi-journées sont déjà proposées par le service, si l'hôpital assume l'ensemble des 10 demi-journées, la CME peut donner un avis favorable.

**Mme GAUSSEM** précise pour clarification qu'à Trousseau, un poste de biologie médicale a été redéployé (celui de Monique PRESSAC, départ à la retraite en mai 2009), et demande que le prochain poste vacant de ce service soit maintenu comme convenu lors de la révision des effectifs (celui de Georges MORGANT, départ anticipé à la retraite en juin 2009).

**M. CAPRON** souligne le rôle indispensable joué par les collégiales dans la révision des effectifs. Or, il n'existe pas de collégiale de médecine générale, si bien qu'une vingtaine de demandes dans ce secteur ne sont jamais complètement jugées. Il est donc nécessaire d'établir une procédure claire afin que des experts s'expriment sur ces demandes.

**M. CORIAT** estime la remarque pertinente.

*La CME approuve à l'unanimité la révision des effectifs de PH 2009.*

**M. FAGON** précise à propos de la médecine générale que le bureau a suggéré que ce soit la discipline correspondant au service d'accueil qui donne son avis sur les candidats. Il rappelle par ailleurs la nécessité d'être attentif sur la procédure. Il faut en effet veiller à assurer la cohérence entre la révision des effectifs 2009, le respect de la note de pré-cadrage 2009 et la future révision des effectifs 2010. Il souligne enfin la complexité de cette révision des effectifs et estime donc que le travail accompli avec la CME a été d'une grande qualité.

**M. CORIAT** considère néanmoins que la méthodologie doit être améliorée.

**M. PETIT** propose qu'à cet effet soit constitué un groupe de travail associant différents acteurs. Il souligne que le contexte du nouveau mode de financement T2A qui lie les recettes à l'activité et celui de la substitution du tableau des emplois par la masse salariale sans avoir cependant la maîtrise de la création des postes de PH, incite à revoir la méthodologie de la révision des effectifs des postes de PH en repositionnant le rôle des différents acteurs et notamment de la CME.

Selon lui, en amont de la révision des effectifs, la CME doit contribuer, avec la DPM et la direction des finances, à définir les priorités institutionnelles mais aussi se pencher sur une éventuelle réallocation des ressources médicales entre les différents hôpitaux de l'AP-HP. M. PETIT souhaite à ce titre qu'une certaine marge de manœuvre soit laissée à l'hôpital sur la base de la stratégie qu'il a négociée lors de la conférence ASP. En aval, la CME doit valider les demandes, hôpital par hôpital, lorsqu'elles rentrent dans le cadre de l'épure, et analyser les demandes de l'hôpital dans le cas où il ne respecte pas les consignes qui lui ont été fixées. L'arbitre suprême de telles demandes est bien sûr le conseil exécutif de l'AP-HP.

Il ne s'agit là que d'une base de réflexion. Il serait souhaitable qu'avant la prochaine révision des effectifs de PH, un groupe de travail se penche sur l'amélioration de la méthodologie.

**M. CORIAT** observe que ce groupe doit être rapidement mis en place dans la mesure où les hôpitaux travailleront sur leurs propositions dès la fin du mois de janvier.

**M. AIGRAIN** précise que la discussion aura de plus en plus souvent lieu avec le futur groupe hospitalier et plus seulement au niveau de l'hôpital.

**M. FAYE** demande quelle part sera accordée aux collégiales et aux syndicats pour l'analyse des dossiers.

**M. PETIT** répond que le rôle des collégiales est de donner un avis sur les qualités du candidat à occuper un poste de PH.

**M. CORIAT** précise que le retrait de certaines gardes démontre une sous-dotation pour le personnel médical d'une structure. Il faudra donc que les hôpitaux anticipent l'impact des gardes qui ne seraient pas prolongées, quitte à ce qu'ils renforcent leur dotation médicale de journée une fois la garde retirée.

## **V. Déploiement du nouveau système d'information Ressources Humaines (NSI-RH)**

**M. GOTTMANN** précise que sa présentation ne va porter que sur le volet ressources humaines du progiciel NSI gestion dans le cadre de la refonte de l'ensemble du système d'informations de l'AP-HP : Patient/ Gestion/Pilotage.

### **1. Pourquoi un NSI-RH ?**

L'objectif est d'unifier, de standardiser et de moderniser la multitude de logiciels segmentés, cloisonnés et vieillissants pour restreindre les coûts de maintenance. Une approche complètement intégrée des outils informatiques est privilégiée. L'objectif est également d'améliorer les outils de pilotage et de respecter les bonnes pratiques réglementaires.

### **2. Calendrier de fin d'année 2008 / début d'année 2009**

Entre le basculement du système informatique le 16 décembre et l'ouverture du nouveau logiciel le 5 janvier, il faudra gérer la bascule de 250 000 dossiers agents. A cet effet, des mesures exceptionnelles ont été prévues pour assurer la continuité du fonctionnement. Ainsi, la paye de janvier sera finalisée le 9 janvier. Elle débutera en rappel bloqué afin d'éviter les effets de bord.

### **3. Structures et affectations**

Désormais, tout personnel devra avoir une double affectation. A l'affectation administrative pour les personnels médicaux, qui restera l'unité fonctionnelle, sera associée une affectation budgétaire à l'UG. Une convention adoptée en termes d'affectation budgétaire pour le personnel médical permettra la liquidation de la paye. Cependant, l'affectation à l'UG, forfaitaire et conventionnelle, sera déconnectée des opérations de retraitement comptable. Grâce au système dit des investitures, les praticiens attachés verront leurs spécificités prises en considération. Une autre innovation porte sur la possibilité d'une affectation à des origines de financement ou à des projets. Un système de convention a été mis en place en termes de gestion pour éviter les difficultés de prise en charge. Un autre changement important concerne la gestion des pôles transversaux. Ainsi, l'architecture du logiciel reprend en compte la perspective de la mise en place des groupes et donne la possibilité de les anticiper.

### **4. Gestion administrative**

Le processus sera dorénavant totalement automatisé et guidé. La paye sera conditionnée par la validation du processus de gestion administrative en amont. Cependant, la paye ne pourra plus être déclenchée si, en amont, les opérations de gestion administrative n'ont pas été réalisées. Un système « origine dégradée » a été prévu pour que la régularisation soit possible sur une période de trois mois.

Par ailleurs, il conviendra de réfléchir à la mise en place de contrôles internes hors outil pour accompagner le nouveau système. Il faudra se pencher également sur la collaboration avec les responsables administratifs et médicaux de pôles. Pour les internes, l'applicatif actuel GESTINT est

pour l'instant conservé. A l'horizon 2010, il est prévu que la gestion des internes soit intégrée dans l'application-cible.

## **5. Paye**

Le bulletin de paye ne sera pas modifié. Il inclura le libellé du pôle ainsi que le numéro d'UG budgétaire mais sans le libellé. Le métier y figurera à partir d'avril *via* la qualification ordinale. Concernant la gestion du temps, les fiches de paye type contiendront l'indication des compteurs automatiquement alimentés. Pour les fonds subventionnels, le bulletin de paye sera dorénavant unique. Il contiendra l'affectation et le numéro de projet. Enfin, les remboursements de frais seront réalisés *via* la paye et non par virement. A l'inverse, les prélèvements des recettes RH, ne s'effectueront plus sur salaire mais sur compte bancaire.

## **6. Self-service**

Le self-service actuel est pour l'instant maintenu. La version 2, prévue pour avril 2009, permettra de consulter ses bulletins de salaire en ligne. Les demandes de changement de position ou de quotité de temps de travail pourront être effectuées à partir d'octobre, les demandes de congés et de formation ainsi que les déclarations d'accès au travail à partir de janvier 2010.

**M. HARDY** observe que les jeunes chefs de clinique ne sont souvent pas à jour au moment où ils commencent à exercer leurs fonctions. Il demande donc des précisions sur les délais qui seront nécessaires.

**M. GOTTMANN** indique qu'un délai de trois mois sera autorisé pour compléter et régulariser le dossier en gestion administrative. Malgré ce délai, une gestion au cas par cas des dossiers sera nécessaire et des adaptations seront à prévoir.

**Mme MARCHAND** demande si dans le cas d'une affectation sur plusieurs pôles, le salaire sera fractionné au *pro rata*.

**M. GOTTMANN** répond qu'en cas d'affectation sur deux pôles au sein d'un même hôpital, la fiche de paye sera unique et émanera de l'hôpital. En cas d'affectation sur deux établissements, une fiche de paye correspondra à chacun d'eux mais ce sera l'hôpital en charge de l'affectation la plus importante qui gèrera les fondamentaux de la gestion administrative et créera le dossier. Pour le reste, les éléments variables seront distinctement gérés par chacun des deux sites.

## **VI. Avis sur l'intégration hospitalo-universitaire des disciplines pharmaceutiques – emplois proposés à l'intégration au titre de l'année 2009**

**M. GOTTMANN** précise que cette seconde vague d'intégration prévue par le décret du 2 avril 2008 concerne :

- pour l'UFR Paris 5 :  
4 demandes d'intégration en tant que PU-PH ;  
14 demandes d'intégration en tant que MCU-PH.
- pour l'UFR Paris 11 :  
3 demandes d'intégration en tant que PU-PH ;  
4 demandes d'intégration en tant que MCU-PH.

Ces demandes sont en parfaite harmonie avec le volet universitaire. Les avis de la commission des temps des effectifs médicaux sont favorables.

**Mme AÏACH** observe que ces propositions mélangent des cas complètement différents. Ainsi, des personnes dont la situation a évolué depuis le premier décret de l'intégration disposent maintenant de deux postes titulaires, à la faculté et à l'hôpital.

Après validation par son conseil, Mme AÏACH a proposé 3 postes universitaires sur PH qui avaient demandé leur intégration :

- 1 poste à Saint-Louis en radio-pharmacie ;
- 1 poste à l'AGEPS en pharmacie galénique ;
- 1 poste à Lariboisière au laboratoire de biochimie.

Elle a également proposé la création de 2 nouveaux postes d'AHU. Elle souhaiterait par ailleurs proposer l'ouverture d'une possibilité d'intégration aux collègues qui travaillent dans des CLCC, sous réserve que ces centres signent une convention avec l'AP-HP. Elle signale enfin le problème de pharmaciens des hôpitaux qui n'ont pas la possibilité d'être recrutés comme PU-PH parce qu'ils ne disposent pas de l'habilitation à diriger les recherches.

**M. GOTTMANN** reconnaît que les exemples cités présentent des canaux, des motifs et des finalités différents. C'est finalement le critère historique qui est dominant.

**M. CORIAT** demande si, à l'avenir, les procédures pourront être calées sur celles des PU-PH de médecine. Il aimerait connaître par ailleurs le calendrier de travail proposé par Mme AÏACH.

**Mme AÏACH** souhaite que la procédure se cale sur la procédure normale de recrutement et qu'elle s'effectue au même moment que le recrutement dans les facultés de médecine. Elle observe cependant que l'intégration n'est pas encore effective, sans doute pour des problèmes de reconstitution de carrière.

**M. LEVERGE** explique que la procédure n'est pas standardisée parce qu'il est exceptionnel d'entrer dans le corps HU. Le problème tient au fait qu'il existe deux fenêtres d'intégration. L'Education Nationale, qui met en œuvre cette procédure, a garanti qu'elle serait effectuée à titre d'intégration au 1<sup>er</sup> septembre 2008. M. LEVERGE confirme que la première phase traîne à cause des reconstitutions de carrière. Autre raison de ce retard, la commission nationale à l'intégration réexamine des situations transitoires. Il signale par ailleurs que plusieurs erreurs mineures se sont glissées concernant les numéros de CNU.

*La CME approuve à l'unanimité la deuxième vague d'intégration hospitalo-universitaire.*

**M. CORIAT** propose une pause dans l'ordre du jour pour rendre hommage à Roger LEVERGE qui s'est engagé depuis 10 ans dans la CME et 47 ans dans la pharmacie.



*Un hommage est rendu à M. LEVERGE.*

**M. LECLERCQ** remercie officiellement M. LEVERGE pour sa coopération, sa collaboration et surtout sa contribution au développement de sa profession. Il salue en particulier son combat pour la reconnaissance hospitalo-universitaire de la pharmacie. Il lui souhaite une retraite heureuse et fructueuse.

**M. LEVERGE** confesse qu'il s'est réjoui de la qualité des débats de la CME ainsi que de l'efficacité du travail accompli. Il rappelle son implication dans les travaux de l'institution, notamment la tarification à l'activité, et sa contribution pour faire progresser la dimension thérapeutique de la pharmacie. Il déclare s'être intéressé également à tous les sujets concernant l'Hôpital Public. Il estime qu'il s'agit du meilleur hôpital du monde. Il se dit fier de son système qui consiste à accueillir les patients quels qu'ils soient.

**M. CORIAT** souhaite la bienvenue à Eric SINGLAS qui remplacera M. LEVERGE.

## **VII. Reprise d'ancienneté hospitalière des personnels enseignants et hospitaliers titulaires des disciplines médicales et pharmaceutiques**

### **1. Décret 2008-308 du 2 avril 2008**

**M. GOTTMANN** indique que, depuis le décret du 2 avril 2008, un mécanisme d'ancienneté de reprise des fonctions antérieures est prévu pour améliorer le déroulement de carrière des personnels hospitalo-universitaires titulaires. Cette opération considérable concerne 1 800 personnes. Pour les personnels nommés avant le décret, le reclassement intervient à compter du 1<sup>er</sup> avril 2008. Pour ceux qui sont nommés après, la date d'effet correspond au moment du prononcé de leur nomination.

### **2. Règles**

Pour les MCU-PH, les fonctions antérieures reprises sont celles de CCA, d'AHU, de PHU, de PH temps plein, PH temps partiel à l'hôpital public ou dans des établissements privés participant au service public hospitalier. Il est également prévu un dispositif de reconnaissance d'équivalence des fonctions hospitalières au niveau des Etats membres de l'espace économique européen. Sont en revanche exclues les fonctions de chef de clinique associé, par exemple.

Pour les PU-PH, les fonctions antérieures reprises sont les fonctions de MCU-PH, de PHU, de PH temps plein et de PH temps partiel en établissement public de santé et également les fonctions de médecins, biologistes, de pharmaciens dans les établissements privés participant au service public hospitalier. Le même mécanisme d'équivalence des fonctions hospitalières s'applique au niveau européen. Les attestations doivent être signées par l'employeur, à l'exclusion de celles qui pourraient être signées par le responsable d'une structure. En revanche, il est possible de reprendre les anciennes attestations qui auraient pu être déjà produites. Le seul formalisme exigé est la signature du représentant légal de l'établissement employeur.

Pour les personnels nommés avant le décret, la règle de calcul appliquée à la fonction reprise un coefficient du tiers de la durée de la fonction antérieure dans une limite de 12 années à la condition que la fonction ait été exercée au moins à mi-temps. Pour les personnels nommés après, le calcul retient la fonction à raison de la moitié de sa durée jusqu'à 12 ans et au-delà de ces 12 ans à hauteur du quart de sa durée. La même condition de quotité à au moins 1 mi-temps est également à l'œuvre. Dans tous les cas, le calcul de l'ancienneté à reprendre est effectué par la DHOS.

### **3. Mise en œuvre du reclassement**

L'AP-HP aura la charge de recenser, centraliser, contrôler et transmettre chacun des dossiers individuels à la DHOS. La DHOS reconstituera alors les carrières, déterminera le nouveau niveau de rémunération et prendra les arrêtés de reclassement correspondants. Ensuite, l'AP-HP intégrera dans la gestion administrative la nouvelle situation et la déclinera en paye. Le calendrier n'a pas encore été arrêté par le Ministère.

Il convient de commencer rapidement à constituer les dossiers. Une note de procédure a été envoyée en ce sens.

**M. CORIAT** demande s'il s'agit d'une démarche individuelle qui passe par l'hôpital.

**M. GOTTMANN** précise que chaque bureau de personnel médical va contacter chaque médecin concerné pour lui expliquer la procédure à suivre. Le praticien doit ensuite rassembler les pièces justificatives correspondant à ses fonctions antérieures et renvoyer son dossier au bureau du personnel médical. Le bureau procédera à certaines vérifications et adressera tous les dossiers à la DPM qui effectuera un deuxième contrôle avant de les envoyer au Ministère. Cette organisation pyramidale a été mise en place afin que le Ministère n'ait au titre de l'AP-HP qu'un point d'entrée et qu'un point de sortie. De la même manière, c'est la DPM qui recevra les arrêtés de reclassement et les communiquera aux intéressés et aux bureaux de personnels médicaux. Ces derniers procéderont aux modifications correspondantes dans le dossier des personnels et à l'impact en paye. Cet impact sera rétroactif au 1<sup>er</sup> avril 2008 pour les personnes nommées avant le 1<sup>er</sup> avril 2008 et à la date de leur nomination pour les personnels nommés après le 1<sup>er</sup> avril 2008. C'est vraisemblablement autour de l'été que s'effectuera la reprise rétroactive en paye au 1<sup>er</sup> avril 2008 pour les intéressés.

**M. CORIAT** demande le pourcentage d'hospitalo-universitaires concernés.

**M. GOTTMANN** répond que cela concerne normalement 1 800 personnes. Il recommande toutefois aux personnels qui sont arrivés au taquet par construction d'effectuer quand même la démarche de reclassement. Elle aura un impact en termes de carrière potentielle.

**M. GARABEDIAN** souligne la difficulté pour des praticiens en activité depuis longtemps de produire certains certificats, d'autant que certains hôpitaux ont fermé entre temps.

**M. LACAU ST GUILY** rappelle que les universités ont adressé aux hospitalo-universitaires titulaires les dossiers de demandes de validation élargie de services auxiliaires pour la retraite, à leur renvoyer avant le 31 décembre 2008. Les pièces manquantes (certificats d'emploi comme externe ou étudiant hospitalier, adressés secondairement par les administrations hospitalières concernées) pourront être adressées après cette date, à condition que la demande en ait bien été faite avant le 31 décembre 2008 auprès des hôpitaux concernés. Cette mesure élargit le nombre de semestres comptabilisables dans les dossiers de retraite des HU.

**M. VALLEUR** précise que, pour que la demande soit prise en compte, l'université exige avant le 31 décembre une simple lettre d'intention et non la totalité du dossier. Il ajoute que cette reprise d'ancienneté est bien sûr assortie du fait que l'on rachète les points inhérents à ces périodes.

## **VIII. Mise en place des numéros RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)**

**M. GOTTSMANN** précise que ce numéro RPPS va se substituer au numéro ADELI et permettre d'homogénéiser les échanges d'informations concernant les différents acteurs de santé. Il contient différents types d'informations permettant d'identifier le praticien et est produit dans le cadre d'un guichet unique géré par l'Ordre. Mais il existe un système de consolidation entre les différentes institutions qui interviennent dans l'identification des personnels médicaux. Ainsi, 9 200 praticiens ont pu être pistés avec leur numéro RPPS. Cela étant, le numéro RPPS de 2 200 médecins n'est pas encore identifié à ce jour. A cet effet, une opération de repêchage est en cours et un courrier nominatif a été adressé aux intéressés.

Pour l'instant, l'application de ce dispositif ne concerne que les médecins salariés thésés ou autorisés à exercer mais pas les praticiens étrangers non inscrits à l'ordre, les internes, les faisant fonction d'internes, les chirurgiens dentistes et les pharmaciens.

La loi prévoit également un système de sanction. Dorénavant, l'assurance-maladie devra être en mesure d'identifier l'auteur de toute prescription de sortie, de transport ou de rééducation, à travers le croisement de son numéro RPPS et du numéro FINESS de son établissement de rattachement. A défaut, le coût de la prescription sera refacturé à l'établissement d'origine. Ce dispositif de sanction initialement prévu pour le 1<sup>er</sup> janvier 2009 a été reporté au 1<sup>er</sup> janvier 2010 en raison des retards dans la constitution des fichiers RPPS. Il n'en reste pas moins que ce travail doit être accompli. Il faudra en effet dorénavant que le code RPPS soit lisible pour chacun des médecins prescripteurs. Pour les médecins qui prescrivent sous le contrôle d'un autre médecin, c'est le numéro du médecin responsable qui doit figurer sur la prescription.

**Mme DEGOS** en déduit que c'est le chef de service qui va endosser la responsabilité des sorties d'hôpital décidées par les internes.

**M. GOTTSMANN** le confirme.

**M. CORIAT** en conclut à la nécessité de retravailler sur la seniorisation de la prescription.

## **IX. Avis sur les contrats d'activités libérales**

**M. GOTTSMANN** indique que sont soumis pour avis deux contrats d'activité libérale :

- à l'HEGP, en génétique clinique ;
- à l'hôpital Necker Enfants malades.

*Le CME approuve les contrats d'activité libérale par 29 voix pour, 12 voix contre et 8 abstentions.*

## **X. Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités**

**M. CORIAT** rend hommage au travail de la commission qui rend des avis très clairs.

## 1. GHU Ouest

### *a. GH Cochin Saint-Vincent de Paul*

- Création du pôle 12 « psychiatrie addictologie »

**M. HARDY** précise qu'il a été décidé d'aborder cette opération par une première étape : la création du pôle psychiatrie addictologie sur Cochin Saint-Vincent de Paul. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'unité fonctionnelle de psychiatrie de l'Hôtel Dieu pourra rejoindre ce pôle.

- détachement de l'UF d'immunologie biologique du service d'hématologie biologique et rattachement à ce pôle.

- création d'une UF Pharmacie UCSA au sein du service de Pharmacie.

### *b. Raymond Poincaré - Berck*

- Pôle 2 « Aigu »

- rattachement direct de l'UF pharmacologie – toxicologie au pôle.

- rattachement direct de l'UF santé publique – épidémiologie au pôle.

## 2. GHU Est

### *a. La Pitié Salpêtrière*

- Pôle 3 « anesthésie – réanimation – urgences – pneumologie – explorations fonctionnelles respiratoires – gériatrie »

- création d'une UF des pathologies du sommeil rattachée au pôle.

- suppression de l'UF de consultation et d'hospitalisation des pathologies du sommeil rattachée au service de pneumologie.

- suppression de l'UF des explorations des pathologies du sommeil rattachée au service des explorations fonctionnelles respiratoires.

## 3. GHU Nord

### *a. Lariboisière*

- Pôle 1 « laboratoires – imagerie – pharmacie »

- création d'une UF Unité de Recherche Clinique directement rattachée au pôle.

- Pôle 2 « médecine aval des urgences réadaptation »

- création d'une UF Unité de Recherche Clinique directement rattachée au pôle.

### **b. Robert Debré**

- Pôle 1 « chirurgie »

- création d'une UF de soins continus en chirurgie directement rattachée au pôle

- Pôle 2 « physiologie et imagerie pédiatriques »

- création d'une UF « Centre Pédiatrique des Pathologies du Sommeil » directement rattachée au pôle.

### **c. René Muret**

- création d'un deuxième pôle « gériatrie – ambulatoire, hospitalisation, médico-technique ».

## **4. GHU Sud**

### **GH Albert Chenevier – Henri Mondor**

- Pôle 5 « psychiatrie »

- création d'une UF de traitement des addictions directement rattachée au pôle.

Un débat a porté sur la montée en charge de cette activité. En effet, sa création en début d'année se fera sans PH titulaire. La responsable de pôle, assurera par intérim cette responsabilité.

*Les créations, modifications et suppressions des structures médicales ainsi que les créations des pôles d'activités proposées par la commission des structures sont approuvées à l'unanimité.*

## **XI. Avis sur les projets de ventes et d'acquisition de lots immobiliers présentés par la DPFL**

**Mme DEBEAUPUIS** indique que la CME doit se prononcer sur diverses opérations immobilières :

- la vente par adjudication d'un petit lot de copropriété rue Saint-Quentin à Paris pour une valeur estimée de 65 000 euros ;
- la vente d'une parcelle à Annet-sur-Marne en Seine et Marne estimée à 25 000 euros ;
- l'acquisition de deux lots de copropriété rue Juliette Dodu ;
- la vente de terres agricoles et de bois sur la commune d'Aze en Saône et Loire ;
- la vente par adjudication de lots de copropriété rue de Provence à Paris, à hauteur de 50 000 euros.

**Mme DEBEAUPUIS** propose par ailleurs l'annulation d'une délibération antérieure. Il s'agit de renoncer à l'acquisition d'un appartement rue Dombasle, acquisition qui se révèle trop complexe.

*La CME approuve à l'unanimité les projets de ventes et d'acquisitions des biens immobiliers présentés ainsi que l'annulation de la délibération antérieure.*

## **XII. Approbation du compte rendu de la séance du 14 octobre 2008**

*Le compte rendu de la séance du 14 octobre 2008 est approuvé à l'unanimité.*

### XIII. Questions diverses

**M. WEILL** souhaite commenter la création d'un centre unique de transplantation hépatique *intra muros*.

**M. CORIAT** précise que la tutelle considère la réflexion engagée par l'AP-HP sur les transplantations comme un signe important de sa politique d'organisation et d'efficacité médicale.

**M. AIGRAIN** rappelle les origines de cette réflexion et ajoute que l'agence de biomédecine demande depuis longtemps de concentrer la transplantation hépatique adulte sur un nombre plus restreint de centres. La démarche engagée en ce sens a d'abord consisté à établir les pré-requis nécessaires en s'inspirant des rapports fournis par les centres de Beaujon et de Paul Brousse. Un appel à candidatures a été lancé aux sites qui souhaitaient s'inscrire dans cette activité.

Une commission a examiné les dossiers fournis par les 4 sites initialement demandeurs, Cochin ayant retiré sa candidature en dernière minute, et a auditionné les centres. **M. AIGRAIN** précise que la composition de cette commission est reconnue par l'ensemble des sites candidats pour son indépendance et sa grande qualité scientifique. La commission a rendu un rapport en fin de semaine dernière.

**M. AIGRAIN** le résume brièvement, aucun des projets présentés n'était en l'état complètement finalisé et recevable. Ce projet doit s'insérer dans un site qui présente, outre des possibilités cliniques, une infrastructure d'hépatologie et d'équipes labellisées dans le domaine de l'hépatologie clairement identifiée. Il a été proposé aux sites qui peuvent répondre à ces critères de présenter une deuxième version de leur demande. Elle sera soumise au même jury indépendant avant le 15 février pour prise de décision finale.

**M. CORIAT** explique que le compte rendu de ce groupe n'a pas fait partie de l'ordre du jour de cette CME parce qu'il importait que le bureau puisse y réfléchir en étant bien informé.

**M. WEILL** approuve le résumé de **M. AIGRAIN**. Il procède à la lecture d'une phrase qui, selon lui, résume bien le document : « La commission suggère que la Direction de la Politique Médicale et la commission médicale d'établissement explorent rapidement avec Olivier SOUBRANE la possibilité d'élaborer un projet permettant de relocaliser son activité dans un site correspondant aux pré-requis ci-dessus ». Il observe cependant que tout le monde, y compris la Direction de la Politique Médicale, s'est ému du fait que la politique et la stratégie de l'AP-HP pouvaient être déterminées par la réorientation du projet professionnel d'un seul homme. Cochin ne remet absolument pas en cause le projet raisonnable de regroupement sur un seul site de la transplantation hépatique *intra muros*. C'est d'ailleurs en ce sens que Cochin s'est désisté en faveur de l'HEGP.

Cependant, la méthodologie de l'appel d'offres a suscité une grande confusion. En effet, en confirmant le rôle prépondérant d'un seul collègue pour délocaliser une activité, la commission risque de conduire à d'autres transferts sauvages d'activité au mépris de la politique médicale des hôpitaux. Le résultat de cet appel d'offres suscite une très vive émotion au sein de plusieurs communautés médicales et en particulier à Cochin Saint-Vincent-de-Paul. C'est pourquoi **M. WEILL** s'est permis d'anticiper la CME du mois de janvier pour aborder ce problème. Dans le contexte actuel des restructurations multiples, la communauté médicale de Cochin a besoin de sérénité et non de division et estimerait incompréhensible toute autre délocalisation que le transfert à l'HEGP. Il souhaite que le président du CCM de Cochin puisse être entendu par le comité exécutif de l'AP-HP.

**M. AIGRAIN** comprend et partage l'émotion des collègues de Cochin. Il estime cependant que la démarche engagée répond au souhait que cette réorganisation soit le fruit d'une réflexion globale et non d'une candidature individuelle à une fonction de chef de service. En outre, l'appel d'offres était dirigé vers l'ensemble des hôpitaux de Paris *intra muros*. Il n'est donc pas remis en cause. Enfin, M. AIGRAIN ne voit pas en quoi la réflexion en cours contribuera à davantage de délocalisations que celle en faveur de l'HEGP.

**M. CORIAT** rappelle que la relocalisation de la transplantation hépatique est emblématique de la politique de restructuration de l'AH-HP. C'est pourquoi la CME veillera attentivement à sa méthodologie. Il ajoute que la tutelle considère la construction de Port Royal 2 comme l'une des demandes essentielles d'investissement de l'AP-HP et qu'elle la soutiendra probablement. Bien entendu, Stanislas CHAUSSADE sera reçu au conseil exécutif.

**M. LEVERGE** souhaite soulever un problème de déontologie. Il estime qu'il n'est pas tolérable que des praticiens mettent en cause publiquement d'autres collègues. De fait, il a recueilli des réactions très vives suite aux propos rapportés dans l'«enquête sur le malaise des médecins» du *Figaro Magazine*. Il soumet donc à l'appréciation de la CME ces propos du Professeur Daniel LOISANCE qui « exprime clairement son désarroi : « Je n'ai plus le contrôle de mon équipe, je ne choisis même plus mon bistouri, c'est le pharmacien de l'hôpital qui me l'impose avec, pour critère, le prix. J'ai dû opérer avec des aiguilles adaptées à la chirurgie gastrique et non à la chirurgie cardiaque. Quand je m'en suis plaint, on m'a répondu : estimez-vous heureux d'en avoir ! » Pour ce « grand patron » l'hôpital est devenu « une technostructure dirigée par des personnes qui n'ont jamais vu un malade » ».

**M. CORIAT** prend note de cette intervention. Il souhaite toutefois revenir au problème de la transplantation hépatique.

**M. DOUARD** rappelle qu'il est chirurgien à Cochin et qu'il est par ailleurs un ancien de l'HEGP. Il déplore les bruits malveillants qui ont couru à propos de l'équipe chirurgicale de l'HEGP au cours de cette tentative de transfert qui prévoyait initialement la relocalisation de la transplantation à l'HEGP. L'équipe de l'HEGP a beaucoup souffert de ces rumeurs et mérite davantage de considération. Il considère donc qu'il est urgent de la doter d'un chef de service ainsi que d'un nouveau projet médical.

**M. AIGRAIN** partage la reconnaissance de M. DOUARD pour cette équipe ainsi que le souhait qu'un chef de service lui soit attribué, vraisemblablement dans le domaine du cancer.

**M. DASSIER** tient à communiquer les interrogations de la communauté des médecins anesthésistes de l'HEGP au sujet de cette nouvelle activité. Il ne revient pas sur la nécessité de choisir un seul centre. Personne ne la discute. Il voudrait attirer l'attention sur l'environnement humain et l'organisation de la permanence des soins et des gardes concernés par le projet, d'autant qu'il est question que lui soit bientôt associée la transplantation rénale. M. DASSIER souhaite donc davantage de transparence dans la conduite de ce projet et une meilleure information des différents acteurs de la transplantation hépatique et éventuellement rénale à l'HEGP. Il espère par conséquent un retour du compte rendu d'experts qui prévoit la nécessité d'une nouvelle V2.

**M. CORIAT** signale que la migration de la transplantation rénale n'est pas du tout à l'ordre du jour. En second lieu, il rappelle l'importance qu'une décision stratégique soit prise et qu'un hôpital soit choisi pour la transplantation hépatique dans Paris *intra muros*. La question des postes ne se posera que dans un deuxième temps. M. CORIAT ajoute qu'il aurait été catastrophique que le choix s'effectue au niveau de l'AP-HP. C'était tout l'intérêt de la commission de préciser que le collègue

en charge de la transplantation hépatique et l'équipe dans Paris *intra muros* disposeraient de l'ensemble des moyens, des réseaux et des plateaux techniques nécessaires. Le compte rendu de l'appel d'offres sera diffusé à l'ensemble des membres du bureau qui se réuniront le 17 décembre et à ceux de la CME qui aborderont la question en janvier.

En tant que président de la collégiale des chirurgiens digestifs, **M. VALLEUR** exprime le soutien de sa collégiale à la démarche de regroupement des activités de la transplantation hépatique. Il considère d'ailleurs qu'elle devrait être reprise pour d'autres activités. Certes, il déplore les atermoiements relatifs à la chefferie de service de l'HEGP. Mais selon lui, le problème porte moins sur la localisation que sur la mono-localisation dans Paris de l'activité de transplantation.

**M. LYON CAEN** comprend d'autant plus l'émoi de M. WEILL que Cochin avait réfléchi à une politique d'organisation de l'hépatologie et de la gastro-entérologie. Il estime que la discussion sur les chefferies de services et le choix de tel ou tel chirurgien n'est pas à la hauteur du débat. Il convient donc de féliciter la commission pour avoir estimé que la question prioritaire de la localisation concernait l'environnement médical et de recherche.

**M. AIGRAIN** souscrit sans réserve à cette remarque. Il ajoute que la commission a expliqué dans son rapport l'intérêt que pouvait présenter un centre de transplantation multi-organes par rapport à une prise en charge davantage centrée sur l'organe.

**M. CORIAT** rappelle que le rapport conclut qu'une autre version devra être présentée avant début février. La CME sera donc dans les temps en janvier pour mener une large discussion à ce sujet.



\*

\*

\*

La séance est levée à 12 heures 30.

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

**Mardi 13 janvier 2009 à 08h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 17 décembre 2008 à 16h30.**

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

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