

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 12 MAI 2009

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 8 SEPTEMBRE 2009

Ordre du jour

I.	Information sur l'évolution de la loi HPST	5
II.	Etat de l'exécution de l'EPRD 2009	14
III.	Questions diverses	23

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***

- Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
- Mme DESOUCHES, Médecin de l'IRS
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***

- Mme le Pr. AIACH,
- Mr le Pr BERCHE,
- Mr le Pr. SCHLEMMER.

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

- M. LECLERCQ, directeur général,
- Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
- Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
- Mr BOURDON, directeur de l'Investissement – Travaux – Maintenance - Sécurité
- Mr FAGON, directeur de la Politique Médicale,
- M. GUIN, directeur économique et financier,
- Mr MORIN, directeur des Affaires Juridiques et des Droits du Patient
- Mme RICOMES, directrice du Personnel et des Relations Sociales,
- Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Mr. GOTTSMANN, Direction de la politique médicale.

- ***membres excusés :***

- M. le Dr ALVAREZ, M. le Dr BOIZAT, M. le Dr DOUARD, Mme le Dr GUAUSSEM, Mr le Dr HINGLAIS, Mme QUESADA, M. le Pr VALLEUR.

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

M. CORIAT rappelle en introduction que le mouvement protestataire du corps médical s'est poursuivi en synergie avec l'ensemble des CME de CHU, visant à deux objectifs principaux :

- faire amender la loi HPST dans son volet gouvernance ;
- obtenir une répartition des ressources plus équitable pour l'hôpital public.

Pour marquer leur désaccord avec le gouvernement sur ces deux points, la CME avait suspendu ses travaux, tandis que certains collègues décidaient de ne plus participer à des réunions médico-administratives. Il est important d'en faire le point aujourd'hui.

Concernant les demandes relatives à la loi HPST, à la suite des actions menées par le mouvement de défense de l'hôpital public, rejoint par des collègues de l'AP-HP, des membres de la CME et de la présidence des CME de CHU, ainsi que d'actions individuelles auprès de sénateurs et de députés, la situation a évolué en leur faveur.

La CME ne doit pas relâcher la pression, le parcours parlementaire suivant son cours. Il n'en demeure pas moins que des pas considérables ont été franchis. Néanmoins, de nouvelles revendications risquent de devenir peu audibles, étant donné les acquis, alors que la réponse n'est que partielle sur l'allocation des ressources de l'hôpital public et les infirmières. Une porte est ouverte avec le renvoi *sine die* de la convergence entre secteur public et privé. Pour autant, la convergence intersectorielle continue à poser problème. M. CORIAT estime essentiel pour la CME de définir ensemble une stratégie pour continuer son action. De nombreux atouts de l'AP-HP peuvent être joués dans la réflexion, pour montrer les spécificités de l'institution et continuer dans ce sens. La cible est désormais le projet de loi de financement de la sécurité sociale devant être voté en novembre et dont les discussions débiteront en septembre.

Cet objectif semble d'autant plus important que l'ONDAM a augmenté de 3,1 % en 2009. Une nouvelle augmentation de 0,5 % serait déplorable pour l'emploi. Un combat sur le financement s'avère nécessaire, en accord avec les CME des CHU et le mouvement de défense de l'hôpital public. Ce peut être l'occasion de renouer un contact perdu avec la FHF, à laquelle il est reproché d'avoir négligé la partie médicale au profit de la partie administrative.

Dans le cadre du point sur le mouvement protestataire, après l'information sur la loi HPST, M. CORIAT souhaite un débat sur l'utilisation de la liste de diffusion des mails. Il estime que les membres de la CME doivent avoir accès à l'ensemble de la diffusion, mais une discussion sur une utilisation plus rationnelle serait utile. Dans un second temps, il est indispensable d'évoquer l'EPRD 2009, en raison des nombreuses interrogations qu'il suscite. La CME s'est engagée à demander au Directeur général, qui l'a accepté, un suivi régulier de l'EPRD en termes des dépenses de personnel médical, paramédical, et de suivi des investissements.

M. CAPRON souligne que la seule revendication restante concerne le tableau prévisionnel des emplois rémunérés, si la garantie de la consolidation du maintien des services est assurée.

Le syndicat des médecins n'est pas opposé à des réductions d'effectifs. Sa demande porte sur l'annonce des restructurations avant les réductions d'emploi. La CME et l'AP-HP ne doivent pas avancer en sens inverse de la logique. Les groupes hospitaliers doivent permettre à terme des économies d'emploi, réalisées dans ce sens.

M. CORIAT partage cette position. Le Directeur Général peut témoigner qu'il lui est demandé régulièrement de présenter ces restructurations. Le Conseil exécutif et le bureau de la CME le sollicitent fréquemment. Tous sont conscients des préjudices qu'entraînerait un saupoudrage.

Avant de commencer l'examen des points d'ordre du jour, **M. LECLERCQ** présente M. Etienne DEGUELLE, occupant les fonctions de directeur de cabinet, anciennement conseiller au cabinet du Ministre.

M. CORIAT lui souhaite la bienvenue. Ses compétences financières, sa connaissance des dossiers et son professionnalisme l'avaient précédemment impressionné. Il est ravi que ses compétences soient désormais utilisées au bénéfice de l'AP-HP.

I. Information sur l'évolution de la loi HPST

M. CORIAT présente un diaporama de synthèse de l'évolution de la loi HPST :

- lecture des propositions du Sénat ;
- engagements reçus en tant que collégiale des présidents de CME ;
- propos du Président de la République le 11 mai 2009.

Les décisions de la commission Marescaux allant être intégrées à la loi HPST, il souhaite que les directeurs d'UFR interviennent également sur ce point en CME.

M. CORIAT commente le texte du Sénat du 6 mai 2009 : le Président de CME coordonne l'activité médicale avec le directeur, décide conjointement avec le directeur de la politique qualité et élabore le projet médical. Il choisit les chefs de pôle, propose au directeur l'engagement des contractuels et siège avec voix consultative.

Un mouvement ascendant de propositions émane de la CME pour les chefs de pôle et les membres du directoire vers le Directeur général qui nomme.

Le 11 mai 2009, le Président de la République a affiché la volonté de revaloriser les CHU à partir des propositions de la commission Marescaux. Les médecins du directoire et les responsables des pôles d'activité seront nommés sur proposition du Président de la CME et du directeur d'UFR. Le projet médical sera élaboré par le président de la CME et arrêté par le directoire, à majorité médicale.

La conférence des présidents de CME de CHU demande que le Président de CME participe à la nomination du vice-président chargé de la recherche. Elle regrette l'absence de mention de l'implication du Président de CME dans la signature des contrats de pôle. Elle demande que dans les CHU, les praticiens hospitaliers puissent accéder à des responsabilités au niveau des départements hospitalo-universitaires.

L'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques répond à la proposition du chef de pôle et à l'avis du président de la CME. Le président du directoire exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques et des responsabilités des médecins.

Après avis du directoire, le directeur décide conjointement avec le Président de la CME de la politique qualité des soins, détermine le programme d'investissement après avis de la CME, arrête l'organisation de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité.

Il arrête le règlement intérieur de l'établissement et décide de l'organisation du temps de travail et de repos.

M. Raymond SOUBIE avait proposé qu'une disposition explicite mentionnant les services comme faisant « notamment » ou « en particulier » partie des structures internes aux pôles soit intégrée dans l'article 8. Le projet médical est élaboré par le Président de la CME. Le décret d'application précisera que le projet médical comprend un article spécifique précisant les contours des pôles médico-techniques. Le Président de la CME garde la main.

Le texte du Sénat du 6 mai 2009 indique que le Directeur général dans le CHU est nommé par décision conjointe des deux ministères. Il précise le rôle du Président de la CME. Un décret en précise les modalités d'exercice. Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Il est composé de neuf membres dans les CHU, à majorité médicale (cinq médecins, quatre non médecins) et présidé par le directeur.

Dans les CHU, des membres de droit sont désignés dans le contingent médical : Président de la CME, vice-président, doyen et vice-président chargé de la recherche. Fait également partie du directoire le président de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, des membres nommés le cas échéant, révoqués par le directeur. Les médecins sont nommés sur proposition.

Les établissements de santé définissent librement leur direction interne sous réserve des chapitres précédents. Les chefs de pôle d'activité seront nommés sur proposition du président de la CME et non à partir d'une liste.

La CME cosigne les contrats de pôle. Chaque praticien a le devoir de coder l'activité clinique qu'il réalise, sous peine de retenues sur salaire.

Le texte du Sénat ouvre la porte aux médecins à diplôme étranger. La CME doit se pencher sur ce point.

Le discours du Président de la République a amélioré ces propositions. Il semble à **M. CORIAT**, sous réserve de la tenue de ces engagements, que la CME a obtenu satisfaction sur le volet gouvernance de la loi HPST.

M. BERCHE ajoute que le Président de la République a déclaré qu'il s'agissait d'un projet évolutif. Il a éliminé l'idée de l'hôpital entreprise.

Concernant les CHU, l'hôpital se rapproche de l'université avec des signes forts tels que la nomination du Directeur général par les deux ministères ou la composition majoritairement médicale du directoire. Le Président de la CME et le Doyen sont les seuls élus membres du directoire, ce qui renforce leur poids. L'adjonction d'un directeur pour la recherche ne gêne pas les doyens. Il convient de s'attendre à d'importantes restructurations, notamment régionales, y compris à l'AP-HP. L'importance du CHU et de l'aspect universitaire est intégrée. La création des départements hospitalo-universitaires affiche l'idée qu'un pôle ne peut être créé pour des raisons uniquement économiques, mais médicales et reconnues par la CME. Enfin, le rapport Marescaux évoque le CNU. 50 % de ses membres devraient être nommés, avec une liste d'aptitude, pour éviter que ne puissent siéger des membres avec des titres et travaux insuffisants.

M. LACAU-ST-GUILY demande le commentaire du Doyen sur la proposition d'un vice-président de la recherche.

M. BERCHE estime que cette proposition s'applique essentiellement aux petites universités. Il s'y déclare favorable.

M. LACAU-ST-GUILY demande comment se positionne l'UFR vis-à-vis de ce nouveau vice-président.

M. BERCHE répond que les doyens ont lutté contre cette proposition, qui pourtant ne pose pas de réel problème. En pratique, dans chaque CHU, quelques personnes travaillent déjà avec le Doyen autour de la recherche. Il sera content d'avoir un vice-président de la recherche à ses côtés.

M. SCHLEMMER ajoute que les doyens ont d'abord réagi vivement à cette proposition, ayant le sentiment de devenir de simples directeurs d'enseignement, alors qu'ils sont Directeur d'UFR (Formation et Recherche). Le vice-président « recherche » représente les EPST, avec lesquels les universités travaillent en permanence. Abordé sous cet angle, il n'y a pas de problème. Les universités à dominante médicale ne rencontreront pas de problème a priori. Les universités pluridisciplinaires dont la santé constitue un axe fort et ne devraient pas non plus rencontrer de difficultés. Les doyens estimaient devoir siéger au directoire en qualité de doyen, dans la plénitude de leurs fonctions, et non en qualité de vice-président.

Selon **Mme AIACH**, la création de ce poste illustre symboliquement l'importance de la recherche dans un CHU.

M. LYON-CAEN relève des confusions dans la présentation de M. CORIAT. Il remarque que le mode de fonctionnement des hôpitaux généraux contredit les propositions de la commission Marescaux, ce qui sera source de difficultés importantes.

Le Président a parlé de pôles hospitalo-universitaires et non de départements, tels que les avait nommé la commission Marescaux. Derrière cette notion se profile celle de volumes et de regroupement des forces autour de thématiques. Il convient donc d'abandonner un vocabulaire archaïque, si les propositions de la commission Marescaux sont appliquées. Le service, par exemple, ne correspond pas à l'esprit de ces propositions qui préconisent le regroupement des forces pour donner un élan à la recherche de haut niveau.

Il s'inquiète donc de la réintroduction de la notion de premier vice-président, celui de la CME, alors qu'un trio est en place et que la recherche possède autant d'importance dans la gouvernance des CHU que le Président de CME. Il n'existe pas de hiérarchie dans le directoire, qui comprend un directeur général et des vice-présidents au même niveau. En nommer un premier dénature le projet de la commission Marescaux.

Il regrette la formulation relative à la place du directeur général d'un CHU, qui inscrit en première ligne des profils hospitalo-universitaires et « d'autres catégories de personnes ». Les directeurs de CHU représentent des rouages indispensables au bon fonctionnement des CHU. Privilégier un cursus par rapport à un autre s'avère dommageable.

Les résultats de la commission Marescaux supposent de la part de la CME, des universités et au niveau des relations avec les EPST un changement profond de fonctionnement. Il convient de réfléchir dès à présent sur certains points.

M. CORIAT répond qu'il a voulu présenter des documents écrits : la lettre de M. Raymond SOUBIE et le texte du Sénat. Les présidents de CME n'ont jamais demandé une hiérarchie dans le directoire. Il estime également que la communauté et l'unité du contingent médical fait la force. Celle du président de CME réside dans son entente avec le directeur de l'UFR et le responsable recherche. Le problème provient notamment du rendu des conclusions de la commission Marescaux au moment même où la loi était en cours et en procédure d'urgence. Ce problème relève des tutelles. Il se prononce pour le retrait de la notion de premier vice-président.

M. GARABEDIAN considère la crise liée à la loi HPST comme un gaspillage, qui aurait pu être prévenu. Regrettant l'autisme du ministère, il se déclare amer face à cette situation. Des conclusions doivent en être tirées pour l'AP-HP. Il est important de disposer d'une vision claire sur les restructurations avant de parler de réduction des effectifs. Il regrette que le Directeur général n'ait pas été écouté suffisamment par le Ministère.

Il ne partage pas la position de M. LYON-CAEN sur les services. En tant que chirurgien, il estime que les services cliniques ont besoin d'un chef de service, qui n'a plus rien d'un mandarin. Cette position ne s'inscrit pas contre les pôles universitaires. Ce sont avant tout des équipes médicales.

M. CORIAT souligne que le maillage entre le CHG et le CHU ne sera pas simple. Des mentions spéciales s'appliqueront au CHU. Il demande sur quels problèmes la CME doit porter plus particulièrement son attention.

M. LYON-CAEN indique qu'il était permis d'espérer que la loi HPST apporte une amélioration dans la prise en charge générale à l'échelon territorial. Il espérait qu'un maillage pourrait être dressé à cette occasion, sur la base d'échanges entre les hôpitaux, des hospitaliers ou hospitalo-universitaires contribuant à la formation des CHG, un relais réel avec des niveaux différents. Le fonctionnement des CHG sera régi différemment de celui des CHU, placés pour la direction d'un directeur général. Les directeurs des CHG travailleront dans un système pyramidal, avec des obligations et des résultats.

L'occasion n'est pas saisie de créer une relation privilégiée entre un CHG et un CHU. Ce système à deux vitesses présente une dichotomie de fonctionnement préjudiciable à l'amélioration de la prise en charge et de la santé en France. Certains sujets doivent être étudiés avec attention.

M. DRU constate que l'esprit de la loi a changé. Une réforme de l'hôpital public est nécessaire, quoi que les précédentes n'aient jamais été achevées ni évaluées. Il convient de réfléchir au but de cette réforme, qui est l'amélioration de la prise en charge et de la qualité des soins. La suppression des postes ne peut pas être déconnectée de cette analyse de la loi HPST.

Par ailleurs, l'attractivité des carrières hospitalières n'a pas été totalement envisagée. Le contrat actuellement conçu ne suffit pas.

Il considère que les nouvelles propositions n'apportent pas de modifications importantes. Aucun contre pouvoir réel n'est instauré. La verticalisation de la décision subsiste. Il suggère de tenir des états généraux de la santé, avec la levée de la procédure d'urgence. A l'exception de quelques entretiens avec la commission Larcher, aucune véritable concertation des professionnels de santé et des usagers n'a eu lieu.

M. CORIAT remarque que la levée de la procédure impliquerait un nouveau passage de la loi devant l'Assemblée Nationale, qui ne laisse pas le temps de tenir des états généraux.

M. DRU souligne que la dernière loi n'a pas encore pu être évaluée. Il ne comprend pas l'urgence qui s'applique à la loi HPST.

M. CAPRON demande des nouvelles de la mise sous tutelle de l'AP-HP par l'ARS.

M. CORIAT répond qu'aucun changement sur ce point n'est intervenu. Le Sénat défend la territorialisation. Les présidents de la conférence des CME de CHU sont tous sous tutelle des ARS et ne soutiennent pas la demande particulière de l'AP-HP. Le manque de soutien sur cette thématique n'a pas permis d'avancer sur ce sujet.

M. LECLERCQ indique qu'un amendement est déposé auprès du Sénat. La nomination du Directeur général sur proposition de deux ministères ajoute un ministère de tutelle.

Les liens entre CHU et CHG pourraient paraître inutiles au regard de la densité hospitalière en région parisienne. Néanmoins, ces liens ouvriraient des possibilités d'organiser les soins de recours et de référence dans des filières, avec les CHG, leur demandant que la médecine délivrée dans ces établissements soit adaptée et les soins de recours réalisés par l'AP-HP. La loi HPST, bien utilisée, avec des décrets adaptés, doit le permettre.

L'AP-HP dispose de forces vives importantes et de haut niveau pouvant s'adresser à n'importe quel endroit du grand Paris. Cette force, qui peut être mise au service des futurs territoires hospitaliers, justifie l'unité de l'AP-HP. Ce point devra être approfondi. **M. LECLERCQ** estime que de nombreuses opportunités s'ouvrent à l'AP-HP dans ce domaine.

M. MUSSET évoque les cliniques et les PSPH.

M. LECLERCQ inclut tous les établissements hospitaliers publics et privés.

M. CORIAT note que la CME a été écoutée dans la loi HPST. Elle doit désormais jouer un rôle moteur dans la réflexion sur le financement de l'hôpital public.

Dans ce cadre, deux mesures lui semblent importantes :

- dresser un point sur les restructurations et nouveaux bâtiments de l'AP-HP pour étudier les marges de manœuvre qu'il serait possible de dégager ;
- étudier les pistes de réflexion d'un débat sur le financement équitable, en faisant valoir les séjours trop faiblement valorisés.

Si les amendements du Sénat donnent satisfaction, il demande si les membres de la CME acceptent d'engager une réflexion sur ces points et de reprendre les travaux.

M. LECLERCQ partage le point de vue selon lequel la question de l'emploi a été étudiée au regard des restructurations. 2009 est la première année au cours de laquelle des restructurations peuvent être placées en regard des efforts demandés. Elles pourront être à nouveau présentées à la prochaine CME.

Les bâtiments neufs en cours de construction par ordre décroissant d'ouverture sont :

- la maternité de l'hôpital Bicêtre ;
- la maternité de Port-Royal 1 ;
- l'extension du bâtiment de cardiologie à la Pitié-Salpêtrière ;
- la construction du bâtiment Laennec à Necker ;
- le projet du bâtiment d'urgence de chirurgie de Buca ;
- le service des grands brûlés de l'hôpital Saint-Louis ;
- les urgences de Saint-Antoine et Rothschild.

Il souhaite présenter à la CME les bâtiments pour lesquels des questions peuvent se poser, notamment l'utilisation complète de Port-Royal 1, la redéfinition activités médicales prévues dans le bâtiment Buca à Tenon et le projet Port-Royal 2 à Cochin. Un point sera fait sur la fermeture anticipée de Saint-Vincent-de-Paul et sur celle de Broussais.

M. CORIAT souligne que la CME reprendra ses travaux en juin, si les avancées parlementaires évoquées précédemment sont validées.

Avant de passer au point suivant de l'ordre du jour, le Président souhaite ouvrir une parenthèse sur l'utilisation des Emails à large diffusion. Un débat s'avère nécessaire sur ce point. Des documents destinés à des instances ont été diffusés à l'ensemble du personnel de l'AP-HP, avant même que les destinataires en aient pris connaissance. Dans les universités par exemple, les enseignants chercheurs n'ont pas tous accès à des diffusions générales. Celles-ci doivent être validées préalablement par un comité.

Autant il lui semble indispensable que des médecins élus puissent disposer des listes de diffusion dont ils pensent avoir besoin, autant il estime qu'un comité d'éthique de la diffusion devrait traiter les cas des autres collègues, afin notamment d'éviter tout préjudice à la personne ou à l'institution.

M. LECLERCQ indique que le mercredi 5 mai, M. CORIAT et M. FAGON l'ont alerté sur la diffusion par un chef de service d'un document administratif destiné au CTCE et à la CME, relatif à la gestion des effectifs en 2009. Il a donc décidé, après information de la CME et du président du syndicat des médecins, d'adresser un courrier demandant au médecin de cesser ce type de diffusion. A titre conservatoire, il a bloqué la boîte aux lettres de ce praticien pendant environ 24 heures, ainsi que la diffusion de la liste des chefs de services jusqu'à ce jour.

Par ailleurs, ce praticien a diffusé à la presse ce même document, témoignant d'un non respect des obligations professionnelles, d'un manque de respect à l'égard des instances et de la gouvernance médicale et administrative ainsi que d'une atteinte aux intérêts de l'AP-HP.

Enfin, il a appris hier que ce praticien a adressé un communiqué à la presse se plaignant du blocage temporaire de sa boîte aux lettres et de l'impossibilité d'utiliser la liste de services. Au-delà des suites concernant ce praticien, cette liste sera rouverte ce mardi à 14 heures au-delà des directions concernées à l'ensemble des membres de CME et des présidents de CCM.

Il reprend l'idée d'une validation des listes de diffusion pour certains documents, dans le souci de préserver l'intérêt de l'AP-H, par la DPM et un ou plusieurs membres de la CME. L'utilisation des listes doit être réservée à un usage professionnel et informatif.

L'AP-HP emploie un certain nombre de personnes. Il existe des règles d'expression et de protestation organisées. Le matériel et les services de l'employeur ne doivent pas être utilisés pour contester l'organisme qu'il dirige. Sans ostracisme ni censure de sa part, M. LECLERCQ maintient qu'il s'agit d'un comportement déviant et assume seul la responsabilité des décisions prises.

M. CAPRON déplore profondément l'incident provoqué par la diffusion intempestive de documents confidentiels. Cependant, il remarque que l'AP-HP se félicite des avancées sur la loi HPST et sur les restrictions budgétaires, lesquelles n'auraient pu se produire si la liste de diffusion n'avait pas fonctionné. Ce praticien a joué par ailleurs un rôle déterminant dans les avancées actuelles. A ce titre, il mérite la mansuétude.

M. HARDY demande s'il est envisageable que dans un tel contexte, un membre de la CME puisse assumer le rôle de modérateur et assume la responsabilité de la diffusion des messages collectifs.

M. BERCHE indique que la faculté utilise des Emails collectifs. L'accord du doyen est requis pour l'envoi de ces messages. Au moment de la fusion des Facultés de Paris Descartes, les listes collectives ont, dans un cas, été utilisées de manière anonyme pour diffuser des informations erronées. Son UFR dispose des listes des E-mails des personnels titulaires et non titulaires, par catégorie professionnelle. Ces listes sont à diffusion limitée et l'envoi d'un message est validé après contrôle, sans censure.

M. LYON-CAEN souligne que la confidentialité fait partie des engagements des professions médicales. Cependant, il convient de s'interroger sur les conditions dans lesquelles cet incident est

survenu. La transparence est la meilleure manière d'éviter que cela ne se reproduise. Les débats de la CME sur le personnel médical et non médical ont été empoisonnés par un discours peu clair, qui a laissé des traces. Depuis des mois, les membres de la CME demandent des informations. Il convient de réfléchir à un discours clair et informatif. Tenir un discours de cette nature sur les emplois non médicaux aurait sans doute favorisé le respect des règles de confidentialité.

M. LECLERCQ précise que le document n'était pas classé secret. Les organisations syndicales l'ont d'ailleurs reçu. Il est en revanche inadmissible que les procédures normales ne soient pas respectées.

Il accepte l'idée d'une transparence totale, à condition que chacun respecte les règles de base. L'AP-HP traverse une période difficile, nécessitant des efforts de gestion et de restructuration qui ne manqueront pas d'exercer un impact sur les effectifs médicaux et non médicaux. Il suggère de travailler en CME, dans les conseils exécutifs et les commissions *ad hoc* sur la manière d'approcher la question de manière transparente.

M. LECLERCQ se trouve confronté à un problème important. Il s'est engagé à assurer la révision des effectifs hospitaliers pour 2009, mais en l'état de ses connaissances actuelles, il manque encore 3 millions d'euros sur la masse salariale. Ce sujet devra être travaillé de manière à régler la question et à attaquer la révision des effectifs 2010, qui ne ressemblera en rien à celle des quatre dernières années. Elle doit s'intégrer à la fois dans la politique de transformation de l'AP-HP et dans la gestion des EPRD vers la convergence intra sectorielle.

Le personnel médical n'étant pas indépendant de l'enveloppe du personnel du titre 1, ni des autres titres, il invite donc à une réflexion forte et des actions concrètes sur d'autres titres de dépense et sur l'ensemble des comptes d'exploitation. L'administration fournit des efforts considérables pour parvenir à la révision des effectifs mais également sur le titre 3 pour maîtriser au mieux les dépenses. Ceci géré, le quatrième titre pourra alors trouver sa mesure. Là doivent se situer les véritables débats. L'AP-HP possède un potentiel financier de 6,4 milliards d'euros. Il en manque 95 millions. La direction doit trouver des solutions et mener à bien des restructurations évidentes.

M. CORIAT propose de tester pendant trois mois un système de validation de l'utilisation de la liste des chefs de service par un membre de la CME.

M. LECLERCQ déclare que les boîtes aux lettres professionnelles de l'AP-HP ne doivent pas être utilisées pour des appels à la grève. Il ne se prononce pas contre des débats informatifs, mais refuse les discours polémiques et le vocabulaire blessant.

M. LYON-CAEN souscrit à ces propos. Cependant, il s'étonne que personne ne réagisse quant à la demande de cesser les échanges sur l'hôpital par l'intermédiaire de la boîte aux lettres professionnelle, qui constitue un vecteur d'informations indispensable. Le fait d'échanger sur la vie de l'institution ne peut être interdit.

M. RYMER signale qu'il a constitué lui-même sa liste de diffusion auprès des membres de l'AP-HP. Ceux qui veulent diffuser le peuvent. Il lui semble compréhensible que le principe de l'utilisation d'une liste professionnelle soit rejeté.

M. CAPRON indique que le syndicat partage cet avis, se servant lui-même d'une liste de diffusion constituée par ses soins et ayant ouvert un site Internet, indépendant, sur lequel des débats peuvent être menés.

M. LECLERCQ explique qu'il ne s'oppose pas à la possibilité d'échanges entre les chefs de service. Cependant, au regard du risque de débordement, il souhaite qu'un comité valide les demandes. Il ne refuse pas le débat mais rejette les polémiques et souhaite que la diffusion soit utilisée à bon escient, de façon à conserver une certaine qualité à ces échanges.

M. CORIAT considère que le fait de réserver à des collègues élus la possibilité de diffuser n'est pas restrictif.

M. HARDY estime que le contenu synthétique des échanges de la CME sur ce sujet mérite d'être porté à la connaissance du plus grand nombre. Il s'agit d'un problème institutionnel. D'autres solutions de diffusion existent.

M. LECLERCQ indique qu'il utilisera la liste des chefs de service pour communiquer sur la réouverture de l'utilisation de la liste, avec les restrictions évoquées. En dehors des membres de CME et des présidents de CCM, l'utilisation de la liste sera soumise à une validation accordée sous vingt-quatre heures, hors week-ends et nuit.

A propos du problème de la transparence, **M. FOURNIER** estime que les chefs de service sont conscients de la difficulté de la gestion de l'information dans le contexte actuel. Cependant, les médecins doivent être mieux informés des chaînes de décisions, notamment celles qui concernent la gestion des informations relatives au titre 1. Il craint que le mouvement ne perde si ce point n'est pas résolu. Il n'est pas admissible que la tutelle complique la tâche de la direction générale, en jouant depuis des mois sur le choix entre un périmètre de dépense et des lignes d'emploi. Ce comportement curieux aurait du être porté à la connaissance du personnel médical afin qu'il mesure la difficulté du débat.

Par ailleurs, il souligne la difficulté de compréhension des clés de répartition du budget. La décision finale relève de la Direction générale, mais souffre d'un déficit d'information. Ces clés peuvent évoluer dans le temps. L'expliquer à la CME atténuerait les tensions.

M. LECLERCQ se prononce en faveur d'explications diffusées dans un sens vertical. Ces débats sont nécessaires. Il est prêt à discuter en CME de la construction de l'EPRD afin d'élaborer une solution et qu'un maximum de responsables partage cette réflexion progressive.

Il se déclare donc prêt à la transparence, à condition toutefois que soit admis le caractère évolutif des discussions au fil des semaines. Il ne possède pas de plan secret de restructuration. La transparence présente l'intérêt de renforcer le pouvoir du conducteur des négociations, en partageant les diagnostics, les propositions et les conclusions. Il conviendrait alors de s'interroger sur l'organisation des CME, en prévoyant par exemple du temps pour les débats de fonds, quitte à aller plus vite sur les sujets informatifs.

II. Etat de l'exécution de l'EPRD 2009

1. Le suivi des investissements

a. Point sur les investissements

M. GUIN souligne les trois enjeux principaux de l'EPRD 2009 en matière d'investissement :

- le respect des engagements et des prévisions inscrites dans l'EPRD 2009 ;
- le respect des engagements pris par les tutelles vis-à-vis de l'AP-HP ;
- assurer les meilleures conditions pour la préparation des choix du prochain plan stratégique.

Actuellement, l'ensemble des crédits ouverts à l'EPRD 2009, d'un montant global de 600 millions d'euros, a été notifié aux hôpitaux par rapport aux projets inscrits à l'EPRD. Parallèlement, les dossiers considérés comme susceptibles d'être aidés ont été finalisés et transmis à l'ARH pour une décision finale.

Une méthodologie d'analyse détaillée des investissements a été diffusée aux établissements promoteurs de projets significatifs pour objectiver les critères de sélection et de validation. Les critères sont économiques, mais aussi relatifs à la cohérence du dossier avec le projet médical ou stratégique des groupes hospitaliers.

Le COSTRAT investissement s'est réuni à deux reprises pour examiner des opérations techniques structurantes, d'une part, et deux projets significatifs à Robert Debré et Antoine Bécclère, d'autre part.

Le résumé des notifications sera diffusé à l'issue de la réunion de la CME. 292 millions d'euros sont affectés aux opérations nouvelles : l'effort est maintenu sur l'équipement médical et l'informatique ; les opérations identifiées concentrées ou déconcentrées diminuent, marquant ainsi l'achèvement de l'actuel plan stratégique. En revanche, les crédits de paiement représentent un montant de 280 millions d'euros pour les opérations de restructuration. Les autres composantes du programme d'investissement représentent des montants plus stables par rapport aux années antérieures.

L'AP-HP avait obtenu un engagement de près de 190 millions d'euros lors du bouclage de l'EPRD pour la sécurisation des aides hôpital 2012. L'institution doit s'assurer de la tenue de l'engagement des tutelles comme du respect des conditions fixées pour la mise en œuvre de cette aide. Les notifications avancent à un rythme important : le projet Corentin Celton 2 a été signé avec l'ARH fin mars 2009 ; le dossier du pôle mère enfant Laennec de l'hôpital Necker a été transmis et présenté à la tutelle 11 mai ; le travail sur le projet de la Pitié-Salpêtrière se poursuit, ainsi que celui du système d'information hospitalier ; le dossier de transfert de l'hématologie de l'Hôtel Dieu est en attente de validation par la commission nationale. Ces projets devraient être validés prochainement.

La direction des finances travaille sur la diffusion d'un outil permettant d'objectiver les enjeux des investissements. L'outil de ROI est destiné à apprécier la plus value dégagée dans le temps par un

projet d'investissement et rapproche les données du projet médical, du volet architectural et du schéma d'organisation, pour les intégrer dans une vision de moyen et long terme.

Le comité stratégique s'est réuni deux fois et a examiné le 30 avril trois dossiers de sécurité technique, ceux de Trousseau, d'Ambroise Paré et une opération globale de mise en sécurité électrique. Le 7 mai, le comité a examiné les projets de Béclère et Debré.

M. LECLERCQ indique qu'il souhaite intégrer deux représentants de la CME dans le COSTRAT, sachant que le comité se réunit deux fois par mois.

M. CORIAT suggère de désigner quatre personnes de la CME pour assurer la participation au COSTRAT.

M. LECLERCQ rappelle que la règle est de ne pas défendre son établissement spécifique.

M. GARABEDIAN s'étonne que le bâtiment de Trousseau ne soit pas évoqué. Il convient de décider si le projet sera réalisé ou non et d'en connaître le calendrier. Le personnel soignant ne peut pas rester dans l'incertitude. Il s'étonne que le COSTRAT ait lancé un plan d'investissement sur certains hôpitaux alors que le projet médical concernant Trousseau et la construction du bâtiment ne font pas partie de la discussion, ce qui serait cohérent. Une réflexion stratégique s'impose. Il juge la méthode de travail mauvaise et suggère de revenir à la base.

M. LECLERCQ répond que le président de la CME et le directeur de la politique médicale feront des propositions en commission sur l'organisation de la pédiatrie. La logique intrinsèque des projets ayant prévalu à ces projets n'est pas remise en cause. En revanche, les deux opérations de pédiatrie offrent sans doute des opportunités de restriction à la commission, qui permettra peut-être d'évoquer plusieurs scénarii. Il n'est pas question de remettre en cause des opérations lancées, qui ne sont pas exceptionnelles.

Ces projets doivent s'inscrire dans le projet médical, qui donnera la possibilité ensuite de décider. La présence de représentants médicaux dans le COSTRAT permettra désormais de faire le lien avec le projet médical. Par exemple, le retour sur investissement part d'une méthode économique. Les projets de mise en sécurité électrique n'apportent pas de gain économique, mais de sécurité. La méthode d'analyse permet d'étudier le bénéfice médical de l'investissement au regard du coût engagé.

M. SCHLEMMER souligne que le projet intègre une demande d'augmentation des surfaces de recherche du site de Robert Debré. L'alliance d'une perspective de restructuration, d'élargissement des activités médicales avec un pendant recherche doit être signalé.

M. CORIAT remarque que se posera ensuite le problème du financement de la recherche.

M. BERCHE indique que la réunion du 11 mai a permis d'avancer sur ce sujet.

M. LECLERCQ indique que les investissements dans les bâtiments de recherche devront suivre la même démarche que celle appliquée aux investissements de l'AP-HP.

b. Suivi des investissements

M. BOURDON présente le suivi des investissements. Le total général de l'investissement immobilier passe de 276 millions d'euros à plus de 400 millions d'euros entre 2007 et 2009. L'effort d'investissement concerne majoritairement les opérations du plan stratégique, qui passent de 55 millions d'euros à 190 millions d'euros.

Le plateau technique chirurgical d'Avicenne a vu son chantier commencer fin 2008, début 2009. L'opération doit se dérouler en trois phases pour maintenir l'activité chirurgicale du site. Une première phase doit s'achever au troisième trimestre 2010, suivie du déménagement et de la démolition des bâtiments existants, pour une fin de chantier au troisième trimestre 2011.

Le chantier de la maternité de Bicêtre s'est achevé début 2009 pour une livraison le 19 mai.

Le pôle Port Royal destiné à la périnatalogie respecte le calendrier prévisionnel et doit s'achever en mars 2010 pour une ouverture au deuxième semestre, dont la date n'est pas arrêtée. La deuxième tranche de l'opération est en cours de finalisation en termes de programme médical. Le montant de l'opération s'élève à plus de 100 millions d'euros.

Le projet de biologie et de la logistique du site Cochin Saint-Vincent-de-Paul doit s'achever à la fin de l'année 2009.

L'opération de la maternité et de la périnatalogie de l'hôpital Louis Mourier se réalise en deux phases. La première a été livrée en 2008. La réhabilitation des existants s'achèvera fin 2009 pour la première partie, fin 2010 pour la seconde.

La construction du pôle mère enfant à Necker en est au niveau du terrassement. L'achèvement des travaux est prévu en mars 2012.

La construction du bâtiment complémentaire de cardiologie à la Pitié-Salpêtrière doit s'achever au premier trimestre 2010.

L'extension de l'hôpital Robert Debré devrait commencer en 2011.

La reconversion de l'hôpital Rothschild s'achèvera au printemps 2010, pour un investissement toutes dépenses confondues de 85 millions d'euros.

Le chantier des urgences de l'hôpital Saint-Antoine s'achève.

La construction d'une extension dédiée à l'unité des grands brûlés de l'hôpital Saint Louis, commencée en 2007, devrait s'achever à la rentrée scolaire.

Le chantier de l'opération BUCA de l'hôpital Tenon vient de commencer et devrait s'achever au premier trimestre 2012.

En résumé, l'ensemble des chantiers du plan stratégique, à une exception près (Cochin – 2^{ème} tranche de PPR), est commencé. Ces chantiers représentent 400 millions d'euros de dépenses prévisionnelles et seront tous achevés en 2012.

2. Point d'étape sur la mise en forme du Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés 2009 du PNM

Mme RICOMES rappelle le cadrage général. Dans le cadre des arbitrages externes rendus sur l'EPRD 2009, l'effort sur le PNM se situe à 700 ETPR, à hauteur de 350 sur le personnel permanent et 350 sur le personnel de remplacement. Cet effort porte sur le CRPP et est appliqué aux effectifs moyens rémunérés 2008.

Dans le cadre de la négociation interne avec les sites, l'effort avait été calculé sur la base de leur TPER. Deux logiques se cumulent. Les chiffres diffèrent en fonction des périmètres de référence. Par exemple, pour un TPER de 100, si les effectifs rémunérés sur l'année N sont de 95, l'effort demandé en N + 1 par rapport aux effectifs rémunérés sur l'année N est de -5. Les effectifs rémunérés attendus en N + 1 seront de 90 (soit un effort de - 10 par rapport au TPER).

Le TPER permanent des hôpitaux (CRPP – soit le budget principal - et CRPA-b – soit le budget du SLD) hors services centraux est marqué par une réduction de 176 ETPR permanents par rapport aux effectifs rémunérés en 2008 (effort de -602 par rapport au TPER 2008).

M. MUSSET revient sur le cadrage général et l'exemple cité par Mme RICOMES. Il estime que ce dispositif pénalise doublement les hôpitaux de l'AP-HP.

Mme RICOMES répond que la logique appliquée résulte de l'arbitrage rendu par les tutelles en cours de discussion budgétaire.

M. CORIAT répond qu'il n'est pas possible d'être soumis à deux contraintes. Un problème de démotivation risque de se poser.

M. LECLERCQ explique que cet exemple illustre le fonctionnement de la révision des effectifs. Ensuite, des mouvements de flux d'emplois entrants sortants se rééquilibrent. Le TPER se calcule en effectuant la somme des mensualités payées mois par mois dans un secteur donné, ce qui donne l'ETPR moyen à la fin de l'année. Parallèlement, un effort comparé est demandé par rapport à ce résultat. Les ETPR non utilisés par un secteur ont sans doute été utilisés ailleurs. Il est important de regarder la mécanique d'ensemble.

M. GUIN précise que les tutelles avaient initialement fixé pour cible une réduction de 700 ETPR pour le personnel permanent. Le changement de base de référence a conduit l'AP-HP à demander et obtenir que l'effort porté sur le personnel permanent ne soit pas de -700 par rapport aux ETPR mais de -350, l'effort complémentaire portant sur le personnel de remplacement. En contrepartie de la modification de la base de référence, l'AP-HP a obtenu la réduction de moitié de l'effort porté sur le personnel permanent.

Mme GIRARD signale que les ETPR non utilisés résultent souvent d'un recrutement non pourvu. La compression du personnel devient insupportable.

M. ABDOUN considère que l'exercice consiste à revenir à la position des 700 au détriment de la position théorique du 350. Les postes non pourvus résultent d'un recrutement difficile. Sachant qu'un service ne peut pas tourner avec ces effectifs, ces personnes devront être recrutées pour assurer le fonctionnement. La ressource sera puisée dans la masse indiciaire. L'expression en termes de suppression de postes s'avérera autrement plus importante. La présentation des chiffres sous la forme d'ETPR et non plus de masse indiciaire n'est pas anodine.

M. LACAU-ST-GUILY souhaite évoquer le cas des IBODE, personnel difficile à recruter. Il est nécessaire d'atteindre un niveau suffisant de postes pourvus pour traiter les malades. L'effort demandé rendra l'activité de plus en plus difficile.

Mme RICOMES explique que ces craintes ne sont pas entièrement fondées. Les hôpitaux prévoient des cibles de recrutements en fonction de leurs besoins et de leurs perspectives, notamment en matière d'emplois sensibles.

Mme GIRARD indique que les surveillants et les cadres ne trouvent aucun candidat. La charge de travail est trop importante pour les personnes qui finissent en arrêt maladie.

Mme RICOMES indique que la cible TPER de remplacement sur le seul CRPP des hôpitaux est à -315 ETPR par rapport aux effectifs rémunérés en 2008 (augmentation de 20 par rapport au TPER 2008).

L'évolution des TPER permanent des hôpitaux montre que le CRPA-b (SLD) connaît une situation plus améliorée que le CRPP, bénéficiant de 114 ETPR par rapport aux effectifs rémunérés en 2008 (augmentation de 18 par rapport à 2008).

La CRPP se répartit entre les hôpitaux, MCO, dont l'effort est de -346 ETPR par rapport aux effectifs rémunérés 2008 (-536 par rapport à 2008), et les hôpitaux gériatriques dont les ETPR augmentent de 56 par rapport aux effectifs rémunérés 2008 (-84 par rapport à 2008).

Le tableau des hôpitaux MCO présente les efforts demandés hôpital par hôpital. Il est demandé à Bicêtre, par exemple, un résultat qui est un solde entre l'effort d'efficience de +61 ETPR et le projet d'ouverture de la maternité. Le même tableau est remis pour les hôpitaux gériatriques et USLD.

L'évolution des corps dans les hôpitaux est maquée par un effort important sur le personnel administratif (-114 ETPR), ainsi que pour le personnel ouvrier et technique (-36 ETPR). En revanche, le personnel hospitalier diplômé doit augmenter de 339 ETPR, en tenant compte des orientations pour maintenir voire augmenter l'activité. L'effort porte sur le personnel hospitalier qualifié (aides-soignants et agents hospitaliers) à hauteur de -365 ETPR. Le personnel socio-éducatif reste stable.

Le personnel hospitalier diplômé doit augmenter d'environ 100 ETPR pour les IDE ; les IADE prévoit une cible en augmentation ; les IBODES restent stables voir augmentent. Les métiers sensibles sont préservés dans les ETPR des hôpitaux.

M. LACAU-SAINT-GUILY juge préoccupante la diminution des secrétaires médicales, qui représentent un élément essentiel dans l'accueil des services.

Mme RICOMES conclut qu'au global, l'effort demandé aux hôpitaux sur le personnel permanent est de 290 et sur le personnel de remplacement, de 315. L'effort est de 605 pour l'ensemble des hôpitaux. Le solde est de -100 ETPR, réalisé sur le siège et les services centraux.

Une fois la totalité des arbitrages rendus sur le TPER, il sera possible de construire le TPER de l'AP-HP et de déterminer le volume de concours, de titularisations et de mises en stage possibles, qui s'annonce très réduit voire en diminution.

M. LECLERCQ précise qu'au début des discussions avec la tutelle, le solde net de +109 ETPR pour l'AP-HP avait été ramené à zéro, avant de remonter à +50 après négociations. Il conclut que la révision des effectifs sera assurée et qu'il reste une impasse de 3 millions d'euros sur laquelle il convient de travailler rapidement afin de gérer l'année 2009 conformément aux hypothèses de départ.

M. CORIAT souligne que l'impasse de trois millions d'euros semble peu compréhensible alors que 14 postes de praticiens hospitaliers ont été rendus pour assurer les ajustements.

M. LECLERCQ indique que le TPER moyen s'appuie sur un personnel médical de 20600 personnes. La masse salariale, gardes comprises, s'élève à environ 900 millions d'euros. Le problème concerne 3 millions d'euros pour lesquels il faut trouver des solutions dans le titre 1 ou autres qu'intra PNM. Ce constat n'empêche pas de gérer la question de la révision des effectifs.

M. RYMER remarque que l'augmentation de 109 ETP ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de la masse salariale, puisqu'il s'agissait de transformations budgétaires d'emplois. Par ailleurs, il lui semblait que l'année 2008 s'était terminée avec un crédit sur le personnel médical.

M. LECLERCQ explique qu'il faut adopter un raisonnement toutes dépenses confondues. Le passage de 109 à 50 consomme une partie de ce crédit. Cette marge de manœuvre disparaît en 2010.

Par ailleurs, l'EPRD est réalisé pour la troisième année selon une approche globale qui doit intégrer les questions du personnel médical et la gestion prévisionnelle de ces emplois, notamment à travers le problème de la démographie médicale. Il n'en demeure pas moins que la masse salariale du personnel médical a augmenté à un rythme de 5 % par an ces dernières années, quand celle du personnel non médical augmentait de 3,5 %. Cette difficulté doit être traitée.

Par ailleurs, le financement des postes de consultants est assuré en totalité par le Ministère. Ils figurent dans la base 2008. Sur le plan juridique, il n'est pas possible de prendre un prétexte budgétaire pour ne pas recruter un consultant. Il faudrait une décision de la CME justifiée par des

critères médicaux et professionnels. En 2009, les dossiers de consultants seront examinés par une commission de la CME qui adressera des recommandations au Conseil d'Administration, comme antérieurement. Il portera ce problème en haut lieu.

M. CORIAT remercie le Directeur Général de s'être saisi du dossier des consultants, que la CME souhaite voir exclus des emplois prévisionnels.

M. ORABY croyait savoir que les consultants étaient rémunérés par le ministère.

M. LECLERCQ explique que les rémunérations versées aux consultants proviennent de l'assurance maladie. Le ministère fait inscrire ces crédits dans l'EPRD. Il ne s'agit pas d'une subvention de l'Etat.

M. CAPRON se déclare consterné par l'exposé de Mme Ricomes, mais peu surpris, sachant ce qui les attendait lors du vote de l'EPRD 2009 le 24 mars. En revanche, il s'étonne qu'il soit à nouveau question du personnel médical, alors que la révision des effectifs 2009 a été annoncée comme devant être honorée lors du vote de l'EPRD.

Par ailleurs, une lettre datée du 6 mars 2009, signée par le directeur de la politique médicale et le directeur des finances, annonçait ces réductions de personnels médicaux, soit une vingtaine de jours avant le vote de l'EPRD. Il estime avoir droit à quelques explications sur ce calendrier.

M. LECLERCQ se porte garant de la réalisation de la révision des effectifs 2009. Il annonce simplement un problème de 3 millions d'euros au niveau de la masse salariale et espère trouver une solution avec la CME. Par ailleurs, la date du 6 mars résulte d'une erreur matérielle. Il n'en demeure pas moins que la préparation de l'EPRD s'est appuyée sur des hypothèses. La fin des négociations date d'un conseil de tutelle du 9 mars. A partir de cette date, il est devenu possible de mettre en forme l'EPRD. La lettre a bien été rédigée après le vote du Conseil d'Administration.

M. CORIAT revient sur la surprise des 3 millions d'euros sur le personnel médical, qui aurait pu entraîner des positionnements différents.

M. RUSZNIEWSKI souligne que les directions ont répercuté les conséquences de la note dont il est question. Des discussions ont été engagées sur les sites pour étudier la faisabilité des mesures demandées. Les solutions semblent finalement plus diffuses. Doit-il comprendre que la discussion sur le rendu de X postes de PH par site est caduque ?

M. LECLERCQ répond que ce sont des équivalents et non des postes de PH qui sont rendus. Pour sortir de ce schéma, il doit traiter le problème des 3 millions d'euros d'une manière ou d'une autre. Soit la note mal datée s'applique et supprime le problème, soit les moyens sont trouvés. La fongibilité se traitera par une décision modificative à l'automne.

M. CORIAT demande si le rendu de gardes peut abonder ces trois millions.

M. LECLERCQ répond par la négative.

M. GARABEDIAN revient sur le personnel non médical, sans lequel le personnel médical ne peut réussir à faire fonctionner les services. Dans ce contexte, il lui semble être à court de solutions. Il espérait une renégociation sur ces effectifs. Il lui semble malheureusement que cette voie n'est pas engagée. Le personnel paramédical représente un problème aussi important que celui de la gouvernance. Il se déclare particulièrement inquiet sur ce sujet.

M. LECLERCQ répond que le point organisationnel n'a pas été totalement traité. Par ailleurs, il convient de relativiser en partie l'objectif au regard des effectifs concernés. Il est par exemple demandé à un hôpital comptant plus de 3 300 ETPR un effort sur 43 ETPR. Ces efforts peuvent être douloureux, mais ils s'avèrent nécessaires. Des efforts doivent être conduits sur le plan organisationnel, en vue d'atteindre l'objectif fixé. Les difficultés des hôpitaux sont étudiées.

M. MUSSET estime que dans ces temps agités, une note qui apprendrait aux hôpitaux une nouvelle discussion sur l'attribution sur les titres 1, 2 ou 3 des crédits manquants serait bien perçue par les collègues ayant reçu la notification des rendus sur les ETP médicaux.

Par ailleurs, il se souvient que M. GUIN excluait un raisonnement en budget global ou ETP. Il s'est reconverti à la masse salariale. Aujourd'hui, l'ajout des ETPR et des TPER, soit une partie du budget global, ajoute à la confusion. Si ce qu'il comprend est fondé, la double peine s'applique à tous les hôpitaux.

M. LECLERCQ répond qu'un message sera adressé aux hôpitaux. Le sujet n'est pas simple. Concernant sa deuxième remarque, il partage son point de vue. Le TPER ne pose pas problème en soi, au contraire du plafond d'emploi, en contradiction avec le modèle économique de la T2A.

Il estime qu'un emploi financé par ailleurs ne doit pas rentrer dans le budget général des emplois. Il donnera ainsi l'autorisation à l'hôpital Necker de recruter les effectifs nécessaires au bâtiment cardiologie, quoi qu'il arrive. Il traite actuellement avec les tutelles de ce problème et en rendra compte à la CME de juin.

M. AIGRAIN se déclare choqué par l'addition de statuts différents dans la notion de plafonds d'emploi. La notion de plafond d'emploi, alors qu'il convient de raisonner en masse salariale, lui semble aberrante. Le financement équitable de l'hôpital public doit prendre en compte ce point, pour le personnel médical comme pour le personnel non médical.

M. CORIAT ajoute que les personnels détachés doivent disparaître du TPER de l'AP-HP.

M. LECLERCQ cite la dernière phrase de la lettre qu'il souhaite adresser prochainement à la directrice de la DHOS : « *Je sollicite donc que nous puissions avant l'EPRD modificatif, avoir une discussion de fonds sur ce sujet, préparé par les travaux de nos équipes respectives* ». Il prend acte des revendications émises et témoigne de sa démarche personnelle. L'effort demandé est -700 sur le PNM et +50 sur le personnel médical. Il s'y est engagé et n'ira pas au-delà. Les financements au cas par cas ne peuvent rentrer dans ce schéma. Par ailleurs, la prise de mesures administratives conduit à recruter des personnes sur des statuts non stables, conformément à la logique de gestion de projets.

M. FOURNIER espère que cette lettre pourra convaincre rapidement la tutelle. Il soulève un autre problème. Les objectifs de l'EPRD 2009 sont soumis à un delta de croissance de l'activité. Quelle est la vision de l'activité au cours des premiers mois 2009 ? Si le conseil de tutelle constate que l'évolution ne suit pas les prévisions, des modifications sont-elles à prévoir en juillet, comme en 2008 ?

M. LECLERCQ indique une réalisation d'activité de 1 % fin avril 2009, contre une prévision de 1,5 % à fin avril, mais dans un contexte un peu particulier. Si les résultats s'avéraient inférieurs aux prévisions, un EPRD modificatif accroîtrait le déficit prévisionnel. En tout état de cause, il n'envisage pas aujourd'hui de ne pas tenir l'engagement -700 et +50.

Ceci dit, l'activité reste un élément moteur. Des moyens sont nécessaires pour la développer. Ces questions relèvent d'un débat de fonds. L'AP-HP possède un potentiel de prise en charge qui doit être utilisé à plein pour l'activité. Elle offre de plus la garantie de tarifs adaptés. Les effectifs ne seront pas touchés, au-delà de l'effort cité précédemment.

Mme GIRARD reconnaît qu'au regard de l'ensemble de la masse du personnel, la suppression de quelques dizaines de postes semble pouvoir être répartie. Cependant, au quotidien, les professionnels ne voient pas comment augmenter l'activité avec moins de personnel. Elle regrette par ailleurs la disparition des postes peu qualifiés car, au-delà du problème social, ils accomplissent une tâche humaine et de dévouement non négligeable. Transformer l'hôpital en institution hautement qualifiée ne s'avèrera pas forcément une solution pérenne et efficiente, d'autant plus que ces postes sont peu rémunérés, alors que se multiplient les postes de cadres.

M. LECLERCQ se déclare sensible à l'argument du contact avec les patients.

Par ailleurs, il constate que le nombre d'effectifs médicaux n'a pas diminué ces dernières années. Le processus entamé en 2008 doit être poursuivi. Il se déclare convaincu de la nécessité de procéder encore plus rapidement aux restructurations.

Il souligne que l'AP-HP compte 90 000 personnes. Une amélioration de l'organisation devrait donc permettre d'accroître l'activité.

M. CORIAT demande au directeur général que chaque CME bénéficie d'une présentation claire de l'état d'exécution de l'EPRD 2009. Concernant le personnel médical et le déficit de 3 Millions d'euros, il existe des alternatives potentielles sur lesquelles travailler ensemble. Les demandes de gouvernance étant en voie d'être satisfaites, il souhaite que la CME et la direction réfléchissent à la manière dont l'AP-HP peut jouer un rôle moteur pour le financement équitable de l'hôpital public.

Il souhaite que le prochain conseil exécutif porte sur les restructurations.

M. LECLERCQ prend acte de la demande de transparence de la présentation à la CME et de l'attaque dès le prochain conseil exécutif des restructurations.

3. Le recrutement de consultants

Ce point a été traité dans le point précédent.

III. Questions diverses

1. Point sur la grippe A

M. FAGON indique que douze patients sont hospitalisés à l'AP-HP avec des cas possibles de grippe A. Les retours des Etats-Unis génèrent des hospitalisations. L'organisation mise en place dans les aéroports fonctionne bien. Six cas sont à ce jour confirmés, les patients sont sortis sous traitement et l'entourage proche a bénéficié d'un traitement préventif. Le premier patient grave a été hospitalisé ce matin et se trouve actuellement en réanimation. La probabilité d'une grippe A semble faible mais il convient d'attendre la confirmation de l'Institut Pasteur pour se prononcer.

La séance est levée à 12 heures 20.

*

*

*

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

Mardi 9 juin 2009 à 08h30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 27 mai 2009 à 16h30

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

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

