

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 13 OCTOBRE 2009**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 8 DECEMBRE 2009**

ORDRE DU JOUR
de la CME du mardi 13 Octobre 2009
(salle du Conseil d'Administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*)
- 2- Comité de suivi EPRD
 - Le personnel soignant (*Pr Aigrain - Pr Coriat*)
 - Les investissements (*M. Bourdon*)
 - Surspécialités médicales pédiatriques (*M. Chatellier*)
- 3- Avis sur les proposition de délibération relative à la signature d'un bail emphytéotique administratif hospitalier (dit BEH) pour le financement, la conception, la construction, la maintenance et l'exploitation d'un bâtiment de soins de longue durée (Bâtiment Castor) à l'hôpital Joffre Dupuytren situé à Draveil (*M. Bourdon*)
- 4- Information sur le deuxième état quadrimestriel au titre de l'année 2009 (*M. Mariage*)
- 5- Avis sur le projet EPRD modificatif pour l'année 2009 (*Mr Mariage*)
- 6- Avis sur les premières propositions budgétaires 2010 relatives aux comptes de résultats prévisionnels annexes des unités de soins de longue durée, de la formation initiale, des activités d'addictologie, EHPAD (CRPA-B, CRPA-C, CRPA-P, CRPA-E) (*M. Mariage*)
- 7- Information sur le rapport d'étape annuel 2008 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile de France (*Mme Lalardrie – Mme Montagnier-Petrissans*)
- 8- Avis sur des créations, suppressions et modifications de structures médicales internes aux pôles d'activités (*M. Hardy*)
- 9- Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL (*Mme Debeaupuis-Clément – M. Marchal*)
- 10- Révision des effectifs de praticien hospitalier au titre de l'année 2010 (*M. Hubin*)
- 11- Impacts de la réforme des attestations de formation spécialisée - attestations de formation spécialisée approfondie (AFS-AFSA) (*Mme Deal*)
- 12- Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP concernant une procédure de nomination des chefs de pôle à titre provisoire (*M. Hubin*)
- 13- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)

- 14- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2010
(*M. Fagon*)
- 15- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2009 (*M.Hubin*)
- 16- Approbation des comptes rendus des séances du 23 juin, 7 juillet et 8 septembre 2009
- 17- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur cinq premières demandes et cinq demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel
- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur un dossier de fin de période probatoire d'un PH
- Avis sur une candidature à un poste de praticien hospitalier plein temps (procédure article R.6152-9 du CSP)
- Avis sur des candidatures aux fonctions de chef de service et responsables de structures internes aux pôles
- Avis sur des désignations de chefs de service à titre provisoire
- Avis sur des candidatures aux fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-techniques.

Composition B

- Avis sur une demande de mobilité d'un MCU-PH.

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation interne d'un PU-PH
- Avis sur une demande de mobilité de PU-PH.

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix consultative :***
 - Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
 - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
 - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
 - Mme AIACH,
 - M. BERCHE,
 - M. SCHLEMMER.

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. SUTTER, directeur adjoint de cabinet,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
 - M. BOURDON, directeur de l'investissement, travaux, maintenance, et sécurité,
 - Mme DECOOPMAN, directeur économique et financier par intérim,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - Mme RAVIER, conseiller technique en charge du suivi des questions financières et médicales,

 - M. CHATELLIER, direction de la politique médicale,
 - M. HUBIN, direction de la politique médicale,
 - M. PINSON, direction de la politique médicale.

- ***membres excusés :***
 - M. BERCHE, M. DASSIER, M. FLEJOU, M. FOURNIER, Mme GOUYET.

SOMMAIRE

I. Information sur les travaux du conseil exécutif	6
II. Comité de suivi EPRD	12
III. Avis sur les proposition de délibération relative à la signature d'un bail emphytéotique administratif hospitalier (dit BEH) pour le financement, la conception, la construction, la maintenance et l'exploitation d'un bâtiment de soins de longue durée (Bâtiment Castor) à l'hôpital Joffre Dupuytren situé à Draveil	16
IV. Information sur le deuxième état quadrimestriel au titre de l'année 2009	16
V. Avis sur le projet EPRD modificatif pour l'année 2009	19
VI. Avis sur les premières propositions budgétaires 2010 relatives aux comptes de résultats prévisionnels annexes des unités de soins de longue durée, de la formation initiale, des activités d'addictologie, EHPAD (CRPA-B, CRPA-C, CRPA-P, CRPA-E)	21
VII. Information sur le rapport d'étape annuel 2008 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile de France	23
VIII. Avis sur des créations, suppressions et modifications de structures médicales internes aux pôles d'activités	23
IX. Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL	25
X. Révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2010	26
XI. Impacts de la réforme des attestations de formation spécialisée - attestations de formation spécialisée approfondie (AFS-AFSA)	30
XII. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP concernant une procédure de nomination des chefs de pôle à titre provisoire	32
XIII. Avis sur des contrats d'activité libérale	33
XIV. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2010	33
XV. information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1 ^{er} septembre 2009	30
XVI. Approbation des comptes rendus des séances du 23 juin, 7 juillet et 8 septembre 2009	33

La séance est ouverte à 8 heures 30 sous la présidence du M. Coriat.

En préambule, le **président** cède la parole au directeur général pour un premier point sur le conseil exécutif et ses travaux, avant d'aborder la partie médicale de la gouvernance.

Le **directeur général** a souhaité évoquer deux sujets d'actualité. Concernant l'épidémie de grippe A-H1N1, on constate une augmentation du nombre de cas de grippe en pédiatrie et garantit le soutien des équipes des services d'urgences en cas de besoin. Par ailleurs, le personnel de l'AP-HP a mieux adhéré cette année à la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière, même si les soignants restent sous vaccinés par rapport à la moyenne AP-HP.

Par ailleurs, dans un contexte de médiatisation des suicides à France Telecom, l'AP-HP a fait l'objet d'une campagne dans le journal *Libération*, reprise par *Marianne*². En réponse, Mme Ricomes est intervenue à la télévision et la direction générale a publié un communiqué de presse. Il tient à souligner que l'AP-HP n'a pas attendu la presse pour prendre en compte ce type de problème et affirme sa vigilance envers les agents en difficulté. Pour cela, chacun doit savoir signaler à son responsable les situations délicates auxquelles il est confronté.

Enfin, le directeur général déplore l'accident survenu sur un enfant à l'hôpital Bicêtre lors d'une opération chirurgicale. Une information judiciaire est en cours, de même qu'une enquête interne.

I. Information sur les travaux du conseil exécutif

Le **président** estime que la CME continue à jouer un rôle important dans la nouvelle gouvernance. L'instance conserve son pouvoir dans les décisions à prendre pour l'avenir de l'AP-HP. En effet, les contraintes dont elle va s'occuper relèvent de la convergence intrasectorielle, c'est-à-dire de la convergence entre les ressources réelles et les dépenses. Dans ce cadre, l'écart de convergence sera impacté par le niveau d'activité et des ressources, dans la préservation duquel la CME joue un rôle essentiel. L'un des objectifs consiste à éviter que cet écart ne soit majoré artificiellement.

Deuxièmement, la CME a pour rôle d'analyser les restructurations nécessaires. Les représentants de l'instance ont rencontré les présidents de CCM, qui se sont accordés sur une méthodologie ascendante et descendante. En effet, nombreux sont ceux qui attendent les décisions de la CME pour pouvoir mettre en œuvre des restructurations.

Par ailleurs, il convient de préciser les règles du jeu de l'EPRD 2010, que la CME ne sera plus appelée à voter, mais dans la définition duquel elle jouera un rôle essentiel.

Le **vice-président** Aigrain fait part des réflexions et interrogations du comité de suivi sur l'EPRD 2009. Tout d'abord, l'ensemble des communautés hospitalières est impacté par le retrait des 700 emplois de personnels non médicaux (PNM), vécu comme une grande difficulté. Une erreur d'appréciation s'est produite dans la base du calcul du retrait des effectifs : ce n'était pas les effectifs à fin 2008, mais l'effectif moyen rémunéré dans le courant de l'année 2008, ce qui induisant un écart significatif. Par ailleurs, ces 700 emplois se répartissent entre 350 titulaires et 350 contractuels. La première interpellation forte de la CME à la direction générale concerne les emplois de non titulaires, dont une partie non négligeable concerne des métiers spécifiques tels que psychologues, orthoptistes ou psychomotriciens par exemple. Ils participent de manière indispensable à une prise en charge globale des patients et à l'activité d'un certain nombre de

services ; la suppression de 10 % de ces contrats peut donc compromettre tout ou partie d'un pan d'activité médicale.

Le second sujet du comité de suivi concerne les emplois médicaux. Les négociations ont conduit le ministère à accepter une cinquantaine d'emplois médicaux supplémentaires par rapport au plafond moyen de l'année 2008. Cet effort ne correspond toutefois qu'à la validation partielle de l'utilisation de crédits fléchés, en particulier dans le cadre de la mise en place des centres de maladies rares. Cet accord ne couvrirait d'ailleurs pas la totalité des emplois, puisque la révision des effectifs de l'année précédente avait conduit à une création supérieure d'emplois. Une lettre de cadrage a donc été envoyée en mars qui, pour abonder les emplois médicaux créés, utilisait le bonus de masse salariale du personnel médical. Cette enveloppe est désormais vide. Tout retrait supplémentaire d'emploi médical touchera donc du temps médical effectivement consacré au soin des patients.

Le comité de suivi a par ailleurs découvert un changement de règle pour les emplois médicaux non pourvus en 2008, de fait démonétarisés en 2009. Leur numéro d'emploi est connu de la Direction de la Politique Médicale (DPM) mais reste une coquille vide pour la Direction Economique et Financière (DEF). Ce changement, non annoncé, posera problème pour la révision des effectifs 2010, notamment dans les spécialités à forte contrainte démographique. Cette gestion centralisée a pour conséquence de réduire à la portion congrue la délégation de gestion, ainsi que la marge de manœuvre des établissements et des pôles.

Le président Coriat a insisté sur le maintien du rôle de la CME dans l'élaboration, si ce n'est dans l'approbation, de l'ERPD 2010. Le point de départ en sera les emplois moyens rémunérés du personnel sur l'année 2009. S'agissant des effectifs de praticiens hospitaliers (PH), l'effort qui sera demandé pour l'an prochain doit prendre en compte plusieurs critères comme la démographie médicale, le temps de formation des PH, le rôle des jeunes PH recrutés dans l'activité de l'AP-HP ainsi que les restructurations de la permanence des soins. Il est essentiel que la programmation des réductions d'effectifs soit pluriannuelle, afin de pouvoir prendre en compte l'aboutissement des restructurations et l'évolution démographique du personnel médical. Il faut donc pouvoir projeter en 2012 / 2013 l'évolution du personnel et obtenir des ministères la possibilité de dégager ces marges de manœuvre dès 2010, en préservant une révision des effectifs.

Les rendus d'emplois soignants non médicaux et médicaux en 2010 ne doivent provenir que de restructurations effectivement réalisées. Le réalisme de cette affirmation dépend du sens attribué aux restructurations. M. AIGRAIN rappelle qu'elles sont avant tout une nécessité médicale, universitaire et d'efficience. Les restructurations qui vont conduire à la formation des grands ensembles ne seront pas, à elles seules, la source des économies demandées par la convergence intrasectorielle.

Le **vice-président** prend l'exemple d'un groupe hospitalier ayant un déficit de 100 millions d'euros, dont le directeur déciderait de fermer les N services dont la somme des déficits atteint 100 millions d'euros. A terme, la perte des recettes correspondant à la fermeture de ces services aurait pour conséquence un déficit non comblé. En effet, seule la fermeture totale d'un site avec ses services supports peut être une source de rendu d'emplois en nombre significatif en une seule fois. L'exemple le plus évident en est la fermeture de l'hôpital Saint-Vincent de Paul, qui entraînera vraisemblablement un gain d'efficience de 150 à 200 emplois sans entraver la qualité des soins. Mais combien de sites fermeront d'ici 2012 ou 2014 ?...

La répartition de l'effort sur l'ensemble des GH sera donc indispensable. Elle constituera la principale source de la convergence intrasectorielle. Un effort d'organisation et d'efficience des services et des pôles de l'AP-HP permet un rendu plus intelligent d'emplois, pour l'instant apparemment « saupoudré ». Les CCM doivent se saisir de l'analyse des structures qui les composent, des tableaux envoyés par la direction générale et la DPM sur les taux d'occupation corrigés de certains services, des niveaux peu élevés étant inacceptables. Cette réflexion ne peut être que médicale, les CCM, conseils exécutifs locaux et directoires des GH ont alors un rôle essentiel à jouer.

Le **vice-président** affirme qu'une autre politique est possible. L'objectif affiché de voir l'ensemble des GH tendre à l'équilibre en 2012 n'est pas acceptable ou alors, il faudrait annoncer d'emblée la fermeture des établissements hospitaliers situés en périphérie, dans un environnement social défavorisé. Or l'AP-HP puise son sens dans le principe d'équité entre GH.

Le comité de suivi souhaite connaître la manière dont est construite le dogme du rendu des emplois. Lors de la préparation pluriannuelle du budget, il semble qu'une évaluation réaliste de la progression des dépenses a été réalisée, tant en termes d'évolution salariale, statutaire, que du coût des médicaments et des dispositifs médicaux. Or les tutelles imposent arbitrairement une répartition de l'effort d'efficience à 20 % sur les ressources et 80 % sur les dépenses. C'est le premier objet des négociations que doit conduire la CME.

L'AP-HP n'a pas de vision claire de ses recettes au 1^{er} octobre 2009. Si les premiers mois d'application de la V11 ont semblé montrer une perte de recettes, un meilleur codage démontre à présent une augmentation significative des recettes sur un certain nombre de sites, qui peut contribuer à réduire l'effort de convergence. Par ailleurs, une progression des recettes tarifaires, dans le cadre du plan quadriennal, creuse automatiquement le déficit. Un hôpital actuellement à l'équilibre, dont l'activité progresserait de 1 % à 1,5 % par an pendant quatre ans, générerait automatiquement un déficit du fait des tarifs de la T2A, qui le conduirait à rendre des emplois. Tel est le constat de la FHF, qui souligne le rationnement des hôpitaux publics, en particulier universitaires, dans le cadre de la T2A. La sous estimation du potentiel de l'AP-HP en termes d'augmentation d'activité et de recettes constitue donc un véritable danger. Le vice-président met en garde la direction générale contre un enfermement dans le dogme du rendu d'emplois, qui créerait un cercle vicieux déflationniste.

Dans ce contexte, une communication s'impose vis-à-vis des tutelles et des médias sur le financement des CHU dans le cadre de la loi PLFSS. Une attitude volontariste de la communauté médicale est nécessaire pour accroître l'activité et la valoriser par un codage correct, mais aussi pour garantir un effort d'efficience fondé sur des restructurations médicalement pertinentes.

La CME veut continuer à assurer le suivi de l'EPRD en cours, à diminuer si possible les contraintes budgétaires et à maintenir les ressources de l'AP-HP. Pour ce faire, elle doit s'investir davantage dans le contrôle médical des dépenses, notamment en termes de médicaments et de dispositifs médicaux. Il importe surtout qu'elle soit entendue sur la nécessité de consolider l'écart de convergence, nettement surestimé.

En conclusion, le Pr AIGRAIN rappelle quatre points essentiels :

- l'écart de convergence ;
- les nécessaires restructurations ;

- la poursuite de la révision de la permanence des soins ;
- la mise en perspective chronologique des restructurations et des retraits de personnel soignant.

Le Pr CORIAT le remercie pour sa présentation et ouvre la discussion. Il souligne que la CME a la possibilité de peser sur l'avenir de l'AP-HP afin de préserver l'unité de l'institution. Au début de sa mandature, l'instance considérait l'augmentation d'activité comme la solution unique à un écart de convergence. Elle a ensuite versé dans l'excès inverse, consistant à accepter un retrait d'emploi paramédical. Ces solutions ont atteint leurs limites. Il convient désormais de trouver un juste milieu entre l'augmentation de l'activité par un effort d'efficacité et le rendu d'emplois soignants. Le rôle de la gouvernance sera de faire valoir auprès des tutelles que le retrait de ces emplois ne peut être que la conséquence des restructurations, sachant que les tutelles jugent de la volonté de l'AP-HP au regard de la diminution du budget de la permanence des soins.

S'agissant de l'écart de convergence, le **directeur général** souligne qu'il peut évoluer en fonction d'éléments actualisables tels que les tarifs, l'activité, l'évolution des dépenses, etc. Il partage l'analyse selon laquelle la nouvelle somme de convergence doit être recalculée en tenant compte des données actuellement disponibles.

Le poids des recettes et de l'effort à consentir constitue quant à lui un véritable sujet, les recettes étant liées à l'évolution quantitative et qualitative de l'activité, ainsi qu'aux tarifs. A ce stade de la réflexion sur l'EPRD 2010, l'effort de convergence porte à 20 % sur les recettes et à 80 % sur les dépenses, sachant que les recettes sont malheureusement plus volatiles que les dépenses. Le directeur général ne se déclare pas fermé à une discussion sur les recettes liées à l'activité, à condition que cette question soit abordée sous un angle pratique et courageux.

En effet, l'impossibilité de courir en permanence après la hausse de l'activité apparaît clairement dans le cadre d'une enveloppe fermée (ONDAM). La course à l'activité doit donc se traduire autrement. Le directeur général cite l'exemple de patients pris en charge à l'AP-HP, de manière programmée ou non, adressés ensuite dans des structures hors AP-HP. Les pertes de recettes se chiffrent en millions d'euros, au profit d'établissements concurrents, pratique qu'il juge inadmissible. Un travail a été réalisé avec la DPM afin de cibler les disciplines concernées, mais aussi les sites impliqués et les structures bénéficiaires. Une présentation documentée pourra être faite lors d'une prochaine CME de décembre prochain.

Il est par ailleurs possible de développer un certain nombre de « niches » de recours et de références, correspondant au rôle universitaire de l'AP-HP. Cette démarche implique de pouvoir repérer les types d'activité qui peuvent être renforcés, avec un mode d'organisation générant des recettes supérieures aux dépenses. Même à activité constante, une organisation améliorée permettrait de maintenir la qualité et la quantité d'activité. Le directeur général précise, par exemple, qu'il n'acceptera pas que des sites qui auront supprimé une garde, en créent une autre, sous une forme différente, alors qu'un effort de rationalisation est demandé dans ce domaine, à tout le monde.

Troisièmement, les retraits d'emplois en 2010 seront les conséquences des restructurations. Celles-ci portent autant sur les services médicaux et techniques qu'administratifs et logistiques. La fermeture de l'hôpital Saint-Vincent de Paul illustre la nécessité de libérer des structures en entier.

Evoquant la construction de l'EPRD 2010, en fonction d'un cadrage pluriannuel, le **directeur général** propose une évolution itérative et concertée. Il suggère que les directeurs de groupe et le

conseil exécutif contribuent à son élaboration, en fonction des priorités qui auront été définies pour l'année. La direction générale et la DEF poursuivraient la construction technique de l'EPRD tout en s'appuyant sur les éléments progressivement mis en avant. Elle évoquerait aussi chaque mois l'état d'avancement de ses réflexions devant la CME. Il convient cependant de prendre en compte le fait que ces chiffres peuvent évoluer au fil du temps et des négociations.

Pour finir, la révision des effectifs hospitaliers et hospitalo-universitaires devra s'intégrer dans ce contexte, avec en amont, des discussions avec les doyens concernés.

M. PETIT demande des précisions sur deux affirmations apparemment contradictoires du vice-président, entre acceptation et refus. La première concerne le sujet de la « décimation » et la poursuite de la répartition des économies sur l'ensemble des GH, qui serait la principale source de convergence 2012. La seconde concerne le refus d'accepter un objectif de convergence de l'ensemble des GH à l'équilibre en 2012.

Le **vice-président** estime que la situation de chaque GH doit être examinée. Ne pas pouvoir tendre à l'équilibre en 2012 ne signifie pas pour autant pouvoir s'exclure des efforts d'organisation et d'efficience. S'agissant de la « décimation », ce terme illustre une crainte partagée. Des efforts seront demandés à chaque GH, réalisables dans le cadre de restructurations internes, pour certaines à mettre en œuvre rapidement au prix d'investissements modérés, tels que la fusion de deux consultations. **M. AIGRAIN** affirme refuser l'idée de la décimation, mais reste convaincu que des efforts sont réalisables dans tous les GH.

M. LYON-CAEN s'adresse au directeur général, qui mentionne la perte de recettes liées au renvoi des patients se présentant à l'AP-HP. L'une des explications tient à l'absence de mesure exacte par l'AP-HP de l'intérêt et de l'ampleur de certaines thématiques, conduisant au départ de pans entiers de la médecine.

Le **directeur général** partage cette remarque. Il prend l'exemple du GHU Nord, qui tente de développer l'ophtalmologie du segment antérieur pour offrir des soins à la population du nord de Paris, au tarif 1 de la Sécurité Sociale, afin de récupérer une activité partie massivement dans le secteur libéral, tout en maintenant l'excellence du pôle.

M. LYON-CAEN souligne que le temps du gestionnaire politique n'est pas celui de la communauté médico-administrative : ce que la direction générale est en train de construire, de manière raisonnée et ferme, s'inscrit dans une situation de suivi et non d'anticipation. Il demande donc au directeur général la manière dont il envisage les prochaines années.

Le **directeur général** confirme le décalage des temps de la gouvernance et du politique : l'AP-HP doit mener une politique pluriannuelle, tout en devant négocier annuellement avec les tutelles. Le fait que son futur tuteur soit le directeur général de l'ARS devrait néanmoins favoriser un raisonnement pluriannuel. Ainsi, la révision des effectifs doit tenir compte de plusieurs éléments : les besoins, la demande, la démographie en fonction des spécialités et les jeunes talents qui se profilent. Au regard de l'augmentation du nombre de départs en retraite attendus entre 2010 et 2013, il serait déraisonnable de demander le même effort en 2010 qu'en 2013. La modulation de l'effort sur quatre ans en fonction des critères précédemment énoncés doit donc faire l'objet d'une discussion approfondie avec les tutelles.

A ce propos, les échanges avec la CME ont permis de faire progresser la réflexion sur les modalités de discussion. Il apparaît qu'il vaut mieux fermer des structures entières que des éléments isolés. Il

importe également de poursuivre des restructurations moins lourdes, parallèlement aux projets plus ambitieux. En conclusion, les GH doivent fournir un effort significatif, afin que le résultat final de l'AP-HP atteigne l'équilibre.

Le **président** demande à la direction générale si, après avoir consolidé l'écart de convergence et négocié son échelonnement avec les tutelles, il lui est possible de demander que le rendu des emplois soignants ne s'effectue qu'au titre des restructurations réalisées et de communiquer sur ce point auprès des hôpitaux. Une telle démarche encouragerait les communautés médicales à s'engager davantage dans les restructurations. Les présidents des CCM ont sollicité l'aide de la CME dans ce sens.

Le **directeur général** répond que lier les retraits d'emplois aux restructurations effectivement réalisées est un objectif, mais aussi un pari qui nécessite un suivi rapproché, contradictoire et transparent. La première étape consiste à déterminer les restructurations nécessaires à l'atteinte de l'objectif, la seconde à les conduire et la troisième à les évaluer. M. LECLERCQ fait le pari que les restructurations proposées par les GH avec l'aide des présidents de CCM conduiront aux objectifs visés. L'année 2009, bien que difficile, l'a été moins que prévu grâce aux efforts de restructuration proposés qui ont renforcé la crédibilité de l'AP-HP. Mais cette crédibilité se nourrit maintenant de la réalité des restructurations.

Le **président** insiste sur la nécessité pour la CME de disposer d'une vision claire des retraits envisagés en 2010, afin de pouvoir ensuite communiquer sur le sujet, en affichant soit ses divergences avec la direction générale, soit d'éventuelles convergences.

Le **directeur général** répond qu'il ne peut pas, à ce stade, annoncer de chiffres précis pour l'année 2010. Il propose de construire l'EPRD de manière concertée, puis de revenir vers la CME pour en présenter les hypothèses. Il suggère également de porter ensemble l'EPRD 2010, ce qui implique de régler leurs divergences au sein de cette instance.

M. CAPRON s'interroge sur le décalage entre le discours entendu en CME et le ressenti du terrain. Il a assisté la veille au premier CCM de trois hôpitaux qui doivent se regrouper et n'a entendu parler que de mesures de développement visant à augmenter le tableau prévisionnel des emplois rémunérés pour accroître l'activité. Il se demande si l'AP-HP parviendra à se mobiliser véritablement autour d'un projet commun.

Le **directeur général** souligne la nécessité d'une telle mobilisation. C'est dans cet objectif qu'il s'attache à développer la concertation. Il prend l'exemple du projet d'ouverture du bâtiment Rothschild en 2010, comprenant 300 lits (long séjour et SSR), qui n'était pas réalisable, faute de moyens supplémentaires à mobiliser. L'équation posée en dehors du transfert de Picpus comprenait en effet 240 emplois supplémentaires et 17 médecins. Le projet s'est donc orienté vers l'idée d'un bâtiment neuf, adapté aux normes actuelles, destiné à hospitaliser les patients parisiens jusqu'ici transférés à quelques dizaines de kilomètres. Le projet consiste à transférer les moyens d'autres structures existantes vers ce nouveau bâtiment, ce qui signifie moins de SSR à l'extérieur et une qualité architecturale et sociale intra-muros supérieure. Le solde serait alors égal à zéro, en dépit de l'ouverture d'un nouvel établissement de 300 lits. L'AP-HP pourrait également profiter de ces opérations pour rendre ses ratios d'encadrement compatibles avec les tarifs futurs, dans le cadre de la future T2A SSR. Des arbitrages sont nécessaires. Enfin, si d'importantes poches d'activité se développaient, qui nécessiteraient des moyens, il serait possible de discuter des moyens

supplémentaires. Le directeur général est en effet comptable de la masse salariale d'abord et des effectifs ensuite.

A propos des patients transférés à l'extérieur, **M CARLI** attire l'attention sur la situation des urgences et de l'aval. L'AP-HP détient un quasi monopole de cette activité, et notamment pour les patients lourds qu'il devient de plus en plus difficile d'hospitaliser. Il importe de faire preuve de fermeté sur ce point, en expliquant l'importance des pertes de recettes qu'entraînent ces nombreux transferts. Par ailleurs, s'agissant de la réforme des gardes et astreintes, il conviendrait de transformer le fardeau des urgences en une partie qui recrute des patients, mais aussi en une activité de qualité pour les patients, également rentable pour l'institution.

M. HINGLAIS remarque que les services d'urgences sont saturés. Le véritable problème de maintien de l'activité et de recrutement des patients est lié au taux d'occupation élevé des services, dans lesquels une activité non programmée trouve difficilement sa place. Une réflexion s'impose sur la création d'une structure tampon au sein des GH qui réussirait à gérer ce problème. Par ailleurs, restructurer les urgences puis l'hôpital conduirait à l'impasse : la démarche doit s'envisager dans le sens inverse.

M. SEBBANE croit comprendre que les règles d'élaboration de l'EPRD 2010 sont en train de changer : l'activité fonderait les recettes qui fonderaient les dépenses, ce qui impliquerait de veiller aux dépenses parce que les recettes pourraient ne pas être au rendez-vous. Il prend l'exemple de la prise en charge des patients âgés, la CME doit absolument pouvoir échanger sur l'évolution des disciplines, sur les services et sur les sites hospitaliers. L'articulation de ces trois éléments permettrait de produire une réflexion audible pour les communautés, au-delà d'une seule discipline. La modification des règles de l'EPRD 2010 pourrait sinon accroître la confusion.

En conclusion, le **président** invite les membres de la CME à relayer dans leurs CCM respectifs les échanges de l'instance.

II. Comité de suivi EPRD

1. Le personnel soignant

Ce point a été traité par le vice-président dans le point précédent.

2. Les investissements

M. BOURDON indique que l'ensemble des chantiers respecte le calendrier fixé. Il confirme les dates de livraison des opérations suivantes :

- phase 1 des travaux d'Avicenne en juillet 2010, phase 2 en février 2012 ;
- pôle périnatalogie Port-Royal en mars 2010 ;
- BLL à Cochin en décembre 2009 ;
- phase 3 des travaux de la maternité Louis Mourier mi-2010 ;
- pôle médico-chirurgical mère-enfant à Necker en mars 2012 ;
- bâtiment complémentaire en cardiologie à la Pitié-Salpêtrière en avril 2010 ;
- reconversion de l'hôpital Rothschild en mars 2010 ;

- extension du service des brûlés de Saint Louis fin 2009 ;
- bâtiment des urgences, chirurgie et anesthésie de l'hôpital Tenon en mars 2012 ;
- Imagine Recherche (hors subventions) à Necker en mars 2012 ;
- Endocrinologie (PPP) à la Pitié-Salpêtrière mi-2013.

Ont déjà été livrées les opérations suivantes :

- maternité de Bicêtre ;
- restauration de Cochin ;
- reconstruction de l'hôpital Corentin Celton ;
- bâtiment de recherche à l'hôpital Européen Georges Pompidou ;
- Administration Brézin de l'hôpital Raymond Poincaré.

Parmi les autres opérations en cours figurent :

- les études des travaux sécurité incendie à l'Hôtel Dieu ;
- la mise en sécurité des installations électriques, à travers la mise en place d'onduleurs ;
- le lancement des schémas directeurs immobiliers et techniques groupe par groupe.

D'autres opérations relèvent du comité stratégique investissement, qui associe la CME. Celui-ci instruit les dossiers et prépare l'élaboration du plan stratégique. Il a examiné les projets suivants :

- nouveau bâtiment à Robert Debré ;
- bâtiment des réanimations et laboratoires à Antoine Béchère ;
- construction du bâtiment biologie à Ambroise Paré ;
- restructuration du carré Necker ;
- reconfiguration et modernisation des blocs et réanimations à Henri Mondor.

La restructuration du carré Necker a fait l'objet d'une demande de réduction des investissements prévus, en cours d'étude. Deux opérations restent à présenter d'ici fin 2009, celle du bâtiment d'odontologie d'Albert Chenevier – Henri Mondor, et celle de la plateforme du handicap à Raymond Poincaré.

Le comité stratégique investissements examine également des opérations à caractère technique visant l'amélioration de la sécurité électrique (Trousseau, Ambroise Paré, Bichat, Bicêtre) et incendie (Bichat et aile A1 de l'Hôtel Dieu). Un investissement considérable est nécessaire pour mettre en sécurité l'hôpital Bichat. Deux dossiers sont programmés d'ici fin 2009 : la sécurité incendie de Bicêtre – Sainte Périne et le PPP Energie à Avicenne. Enfin, le dossier de restauration des hôpitaux Avicenne, René Muret et Jean Verdier est à l'étude.

Les opérations déconcentrées d'un montant supérieur à 5 millions d'euros sont examinées dans les comités de pilotage d'investissement. Elles contribuent également à l'élaboration du futur plan stratégique de l'AP-HP. Il s'agit :

- du centre ophtalmologique Paris Nord et de la biologie à Lariboisière ;
- de l'hémodialyse – imagerie et biologie à Saint-Louis ;
- de la relocation et humanisation dans IGH Ortho/Gastro à Beaujon ;
- de la création d'une unité de chirurgie ambulatoire à Bichat ;

- de la restructuration du SAU adultes, de la mise aux normes surveillance continue et de la mise aux normes dialyse et regroupement consultations à Bicêtre ;
- du regroupement des réanimations médico-chirurgicales à Ambroise Paré ;
- de l'humanisation du pavillon Strauss à Hendaye ;
- de la mise en conformité de la cuisine à Sainte-Périne.

En synthèse, il existe un écart de 192 542 340 euros entre les crédits et leur engagement. Les crédits non engagés ont été fléchés pour des opérations mais doivent faire l'objet d'études et d'appels d'offre pour être engagés intégralement.

Le **directeur général** précise que ces crédits ne sont pas perdus. Par rapport à la durée des études, la partie programmation mérite de l'attention tant du point de vue de la qualité que des délais. Il convient de déterminer la vision finale du projet et de s'y tenir. M. LECLERCQ tient à ce que les procédures de réalisation d'études et de travaux puissent être accélérées. Il confirme que les 192 millions d'euros seront utilisés et ajoute que dans le cadre de l'ERPD 2010, la direction générale aura à proposer, après discussion concertée, les opérations en cours et nouvelles du prochain exercice.

Le **président** salue l'effort d'investissement de l'AP-HP.

3. Surspécialités médicales pédiatriques

M. CHATELLIER souhaite tout d'abord apporter quelques précisions, en réponse aux critiques que suscitent généralement les présentations de l'activité MCO. Les chiffres présentés ne sont pas faux, mais le niveau de complexité du sujet peut les rendre moins accessibles. L'activité peut être analysée selon trois axes : par acte, par structure / service et par type de groupe homogène de malades. Ce dernier axe est celui des tutelles. La vue de la spécialité dépend alors de son classement au niveau de l'hôpital. Ainsi, dans l'analyse « service », l'activité chirurgicale peut augmenter de fait alors que l'activité est considérée en diminution. Ce phénomène s'observe en cas d'augmentation des séjours courts non chirurgicaux alors que la chirurgie avec passage au bloc diminue. En médecine, l'activité de l'hôpital est supérieure à l'activité du service si l'activité est très représentée (accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque). Par ailleurs, l'analyse de l'activité MCO dépend étroitement de la qualité et de la vitesse du codage, notamment en chirurgie. Enfin, les bases régionales du premier semestre ne sont disponibles qu'en octobre / novembre de l'année en cours. Il est donc impossible de présenter une analyse régionale du premier semestre avant la fin de l'année.

Ces précisions faites, M. CHATELLIER indique que l'activité MCO au 1^{er} semestre 2009 diminue de 3,5 % (-21 120 séjours). Cette baisse s'explique par la diminution de l'hospitalisation de jour (-20 892 séjours) et par la baisse en hospitalisation complète (-228 séjours), résultat d'une diminution des séjours de plus d'une nuit, malgré une augmentation des séjours de 0-1 nuit. En chirurgie adultes, cette diminution est compensée partiellement en volume par l'augmentation en hospitalisation partielle.

L'analyse par établissement montre une baisse des séjours de plus d'une nuit en médecine pédiatrique, par exemple à Louis Mourier, Trousseau ou Ambroise Paré, par centaines de séjours. L'interprétation de cette perte est difficile, la pédiatrie devant s'analyser au niveau de l'AP-HP.

S'agissant des surspécialités, l'activité d'urgence augmente tandis que la pédiatrie générale enregistre une baisse sensible, qui explique en grande partie la baisse d'activité. Il apparaît également une baisse de la pédiatrie néphrologique. Chaque service de pédiatrie est classé dans l'une des spécialités. Il s'agit donc bien d'une analyse « services ». Globalement, l'activité semble stable, mais une analyse par site montre que la pédiatrie générale diminue de 8 %, avec des différences importantes selon les sites (-29 % à Louis Mourier). La récupération des bases régionales devrait faciliter l'analyse du phénomène.

L'analyse des séjours de plus d'une nuit dans les services de pédiatrie spécialisés témoigne également de différences selon les établissements. De manière générale, la néphrologie et l'hépatogastro-entérologie pédiatriques sont en forte baisse, sous l'effet du transfert à l'hôpital Trousseau de séjours relevant de pédiatrie générale, tandis que l'hémato-immuno-cancérologie et la neurologie pédiatrique enregistrent une baisse plus modérée. L'endocrinologie et la pneumologie pédiatriques restent stables, tandis que d'autres spécialités sont à la hausse (néonatalogie, cardiologie, urgences enfants). Ces analyses doivent être menées au niveau de l'AP-HP, la diminution de certains sites étant compensée par l'augmentation de l'activité dans d'autres sites.

Une analyse régionale montre qu'en pédiatrie, les concurrents de l'AP-HP sont les hôpitaux généraux et non le secteur privé. Ce point sera précisé à l'aide des bases nationales.

En conclusion, les situations de la pédiatrie générale et des surspécialités doivent être analysées séparément. La pédiatrie générale connaît une baisse tendancielle de son activité, avec une prise en charge tournée vers l'externe (consultations, urgences etc.), dont la nature doit être étudiée, mais ne semble pas résulter de la fuite des patients en pédiatrie.

S'agissant des surspécialités, la tendance globale est à la stabilité. M. CHATELLIER met en garde les membres de la CME contre une analyse par site, en raison des restructurations actuelles. Il invite à une analyse globale. Il souligne par ailleurs l'irréalisme d'un objectif d'augmentation d'activité à deux chiffres pour les surspécialités, dans le plan stratégique à cinq ans, étant donné la relative rareté des maladies concernées.

M. CHERON souligne que la baisse d'activité de 29 % de Louis Mourier résulte en partie du passage de la structure de 54 lits à 18 lits. Elle traduit une réduction volontaire d'activité. Ces patients sont vraisemblablement pris en charge par des structures externes.

M. CHATELLIER partage ces remarques. C'est pourquoi il souligne que la pédiatrie est en cours de restructuration. Ces malades devraient normalement être récupérés par d'autres services de l'AP-HP. L'analyse doit être menée avec prudence, en raison de l'impact des restructurations.

Le **vice-président** souligne que les urgences tendent à augmenter, tandis que l'activité conventionnelle diminue et que l'hospitalisation partielle augmente fortement. Il estime que ces évolutions reflètent l'hôpital pédiatrique de demain, qui se caractériserait par un service d'urgence important avec des lits de courts séjours, de fortes structures de néonatalogie et de réanimation avec des lits de réanimation pédiatrique polyvalente et une réduction significative des surfaces d'hospitalisation conventionnelle. Le bâtiment Laennec par exemple, correspond à cette évolution, qui doit guider la réflexion sur les restructurations pédiatriques.

III. Avis sur les proposition de délibération relative à la signature d'un bail emphytéotique administratif hospitalier (dit BEH) pour le financement, la conception, la construction, la maintenance et l'exploitation d'un bâtiment de soins de longue durée (Bâtiment Castor) à l'hôpital Joffre Dupuytren situé à Draveil

M. BOURDON précise que le bâtiment couvre une surface de 12 000 mètres carrés accueillant 240 lits de SLD, dans le cadre de la fermeture programmée de Joffre en 2012. C'est la première opération de l'AP-HP réalisée sous le régime du BEA-H. Le projet inclut un objectif de certification haute qualité environnementale (HQE), pour une mise en service prévue en septembre 2012.

La structure repose sur la création d'une société de projets, passant un contrat de financement, un contrat de promotion immobilière, ainsi qu'un contrat de maintenance et d'exploitation. Le contrat liant la société de projet et l'AP-HP couvre une durée de 28 ans, à compter de la date de livraison. A l'issue de cette période, le bâtiment reviendra à l'AP-HP. **M. BOURDON** souligne l'attention portée à la qualité de l'espace dédié aux soins, à l'ergonomie des locaux et à l'éclairage.

La CME est appelée à voter notamment sur le loyer, d'un montant de 3,75 millions d'euros TTC annuels, répartis comme suit :

- 2,2 millions d'euros pour le financement et la construction ;
- 280 000 euros pour le gros entretien et plan de travaux ;
- 197 000 euros pour l'exploitation et la maintenance ;
- 148 000 euros pour les frais de gestion de la société de projet.

Le **directeur général** rappelle que l'objet des BEH est d'éviter de charger les comptes d'investissement et de pouvoir réaliser des constructions financées à partir de loyers annuels sur une durée assez longue. Cette opération permettrait de rénover 240 lits de personnes âgés et de libérer le terrain de Joffre, dans le cadre des cessions destinées à renforcer le potentiel d'investissement pour réduire le recours à l'emprunt. L'AP-HP redevient propriétaire après 28 ans. Il est prévu de recourir à ce type d'opération à la Pitié-Salpêtrière pour l'endocrinologie, avant de le limiter à la logistique, afin de réserver nos capacités d'investissements aux domaines hospitaliers et médico-techniques.

Le projet est approuvé à l'unanimité.

IV. Information sur le deuxième état quadrimestriel au titre de l'année 2009

Mme DECOOPMAN rappelle que l'EPRD 2009 prévoyait une augmentation de 1,5 % de l'activité en hospitalisation complète, reposant sur une évolution de 0,5 %, ainsi que sur l'ouverture de la maternité de Bicêtre et de lits à Saint-Antoine. A fin août 2009, la réalisation de l'objectif n'est que de 0,7 %. La situation s'améliore fin septembre à 0,9 %. Un paramètre demeure néanmoins préoccupant, celui de l'hospitalisation de plus d'un jour. En hospitalisation partielle, la baisse étant essentiellement liée au transfert des hôpitaux de jour gériatriques dans le secteur SSR, l'objectif devrait être atteint en fin d'année.

A fin août, les recettes sont sensiblement inférieures aux prévisions sur :

- **les produits MO et DMI T2A : -9,8 millions d'euros**
L'écart lié à des délais de facturation, sans conséquence sur le résultat d'exploitation.
- **les recettes d'activité : -26,5 millions d'euros**
Cet écart se répartit à hauteur de -2,3 millions d'euros pour l'HAD, -13 millions d'euros en recettes d'activités, liés à une activité chirurgicale inférieure aux prévisions et à l'effet V11 qui semble être significatif, et -11,2 millions d'euros en recettes de consultations – actes externes.
- **les recettes de titre 2 : +26,5 millions d'euros**
Cet écart positif résulte de la qualité de la facturation et d'un niveau d'activité supérieur aux prévisions en journées.
- **les recettes de titres 3 : +4,5 millions d'euros**
Il s'agit d'un écart conjoncturel dû aux difficultés techniques pour mettre en place la facturation dans le nouveau système d'information. L'écart résulte également de recettes exceptionnelles et d'une évolution favorable des stocks.

L'analyse en dépenses montre un écart positif de 36 millions d'euros par rapport aux prévisions, réparti ainsi :

- **dépenses de personnel : +2,8 millions d'euros**
Les dépenses de personnel médical sont équilibrées (sur exécution de la permanence des soins, compensée par une sous exécution sur le personnel permanent), tandis qu'une surexécution est observée sur les dépenses de personnel non médical.
- **dépenses de titre 2 : +23 millions d'euros**
L'écart est lié à l'évolution des stocks (+15 millions d'euros), à la consommation ou aux stocks locaux (+7 millions d'euros) et à la sous-traitance et maintenance (+1 million d'euros).
- **dépenses de titre 3 : +2,6 millions d'euros**
Une forte pression s'exerce sur ce titre depuis trois ans. La différence résulte de l'écart sur les achats d'alimentation et d'énergie.
- **dépenses de titre 4 : +8 millions d'euros**
Cet écart positif provient d'une situation favorable sur les frais financiers et d'un dépassement sur les annulations de titre (+11,5 millions d'euros).

En synthèse, après correction des retards de facturation, pour un montant de 66 millions d'euros, le déficit infrannuel constaté peut être estimé à -31 millions d'euros grâce à des recettes exceptionnelles. Le rattrapage de nombreux dossiers relatifs à l'activité 2008 a également joué, ainsi que la comptabilisation des stocks importants fin août.

S'agissant des CRPA, le CRPA-B (USLD) témoigne d'une exécution conforme aux prévisions avec des écarts conjoncturels sur les dépenses d'exploitation et sur les recettes dépendance/hébergement, ainsi que d'une sous-exécution des dépenses de personnel de 2 millions d'euros liée à des retards dans les recrutements. Le CRPA-C (formation initiale) est marqué par une subvention du Conseil Régional inférieure aux prévisions initiales (-1,4 million d'euros) et par des dépenses inférieures

aux prévisions (-1,7 million d'euros). Le CRPA-A (dotation non affectée) est marqué par un excédent de 5 millions d'euros et des cessions d'actifs inférieures aux précisions.

En conclusion, le deuxième état quadrimestriel 2009 fait apparaître un niveau d'activité inférieur aux prévisions en HAD et en chirurgie. Des risques sur les recettes d'activité apparaissent de ce fait et en raison des effets positifs de la V11 non constatés. D'importants retards de facturation pour les recettes de titre 3 sont constatés, à la charge des hôpitaux et du nouveau système d'information. Les dépenses de titre 1 sont en léger dépassement, tandis que celles de titre 2 et 3 dépassent les objectifs de l'EPRD initial. Si l'économie générale de l'EPRD initial n'est pas remise en cause, il apparaît toutefois nécessaire de présenter un EPRD modificatif afin de procéder aux ajustements techniques sur les chapitres limitatifs du CRPP et des CRPA.

Le **président** suggère d'appuyer la présentation sur les chiffres des séjours de plus de 48 heures, plus significatifs pour la CME.

Mme DECOOPMAN indique que les séjours de plus d'un jour incluent ceux de plus de 48 heures. Elle propose d'apporter ces précisions à la prochaine réunion.

Le **président** demande si l'impact de la V11 est positif pour les CHU.

Mme DECOOPMAN précise que l'impact de la V11 n'est pas clairement positif. A l'issue de six mois de codage, les comparaisons sont difficiles à dresser. Elles sont en cours d'élaboration avec le ministère de la santé, attentif à ce que l'AP-HP retrouve dans son analyse les effets annoncés.

Le **vice-président** demande si la baisse de subvention pour la formation initiale, répercutée en termes de dépenses, signifie une diminution des places offertes à la formation et la relance du problème démographique paramédical.

Mme DECOOPMAN répond que cet écart négatif s'inscrit dans le cadre du transfert de la gestion du budget des écoles aux régions, qui réétudie précisément les moyens accordés. Lors du vote de l'EPRD 2009, une forte augmentation de la subvention a été prévue, que les négociations avec le Conseil Régional n'ont pu conclure. La subvention de la région augmente néanmoins légèrement entre 2008 et 2009.

M. LYON-CAEN souligne que l'activité chirurgicale a heureusement diminué. Sans cela, le déficit se serait creusé. Il demande quel aurait été le montant du déficit qu'aurait entraîné une augmentation de l'activité de 1,5 %.

Mme DECOOPMAN répond que la prévision d'une augmentation de l'activité chirurgicale de 1,5 % était prudente et conforme à l'objectif national. Ce risque n'existe donc pas. En revanche, il est difficile de convaincre les tutelles qu'une diminution de l'activité entraîne une hausse des titres 2 et 3.

Le **directeur général** ajoute qu'accroître l'activité ne génère pas de déficit supplémentaire, systématiquement.

M. LYON-CAEN constate que la diminution des recettes d'activité génère un déficit de 26,5 millions d'euros, dont 11 résultent de la non perception des recettes de consultation. Ce sujet, général, mérite des éclaircissements. Par ailleurs, les dépenses de personnel non médical sont

présentées comme augmentant de 2,8 millions d'euros tandis qu'une autre diapositive fait état d'une sous exécution de 2 millions d'euros. Il semble donc que ces dépenses s'équilibrent globalement.

Mme DECOOPMAN précise que l'écart constaté pour les consultations est de 11 millions d'euros, dont 5 millions d'euros d'activité non réalisée. Il se produit une baisse en consultation, une hausse sur les actes, mais l'activité externe est en recul, ce que traduit la valorisation. L'autre moitié de l'écart provient d'un retard de facturation, qu'il convient de corriger.

M. LYON-CAEN souligne qu'un nouvel EPRD modificatif risque d'être nécessaire prochainement, le personnel non médical ayant obligation de prendre ses RTT avant fin de l'année 2009. Des secteurs d'hospitalisation ont prévu de fermer à cette occasion. Il demande si ces éléments sont inclus dans la réflexion.

Le **directeur général** explique que l'obligation de prendre les CET résulte d'une négociation sociale. Il constate que leur stock est important, par habitude. Il arrive que des collaborateurs aient quitté l'AP-HP tout en restant présents administrativement pendant de longues semaines ! Or, il est impossible de continuer ainsi. La règle voudrait que l'AP-HP assume le mieux possible les CET et les temps de repos dans les roulements de personnel. Ceux-ci doivent être étudiés dans ce sens. Certains génèrent d'eux-mêmes du CET. Certes, l'absentéisme joue, mais son taux est l'un des plus faibles des CHU. Il convient donc de trouver un équilibre entre le maintien de l'activité clinique et la non accumulation des CET.

M. MUSSET demande des précisions sur les annulations de titre.

Mme DECOOPMAN répond qu'elles résultent d'annulations des frais de séjours au regard d'éléments nouveaux sur la situation sociale des patients. Tout changement implique d'annuler le titre et de le réémettre, pour un montant global d'environ 40 millions d'euros. Il s'agit d'un travail administratif lourd et consommateur de ressources, qui pourrait être allégé si l'AP-HP disposait d'informations fiables dès le début de l'hospitalisation.

V. Avis sur le projet EPRD modificatif pour l'année 2009

Mme DECOOPMAN présente l'ajustement en recettes par rapport aux prévisions initiales :

- **Recettes Assurance Maladie : - 3,6 millions d'euros**
 - Recettes HAD - 3,2 millions d'euros (activité inférieure aux prévisions) ;
 - Consultations et Actes externes - 5,6 millions d'euros (hypothèse d'un rattrapage à 50% des retards de facturation) ;
 - Dotation MIGAC + 11,3 millions d'euros (crédits « Recherche ») ;
 - Forfaits Annuels + 1,4 million d'euros (notification complémentaire) ;
 - Recettes GHS - 7,5 millions d'euros (activité de chirurgie) ;
 - Maintien des hypothèses ministérielles sur les effets de la V11.
- **Recettes de titre 2 : + 25,5 M€**
Prise en compte des écarts significatifs constatés au 2ème état quadrimestriel.
- **Recettes diverses : + 40,8 M€**
 - Rattrapage de facturation pour l'activité 2007 et 2008 : + 28,2 millions d'euros ;
 - Rémissions de titres : + 11 millions d'euros ;

- *Quote-part des subventions amortissables : +1,6 millions d'euros.*
- **Dépenses de personnel : + 6,5 M€**
 - *prise en compte des financements Recherche nouveaux : + 6,5 millions d'euros ;*
 - *modifications dans la répartition entre chapitres (dépassement anticipé sur les dépenses d'intérim et évolution de certaines règles d'imputation comptable entre permanents et non permanents).*
- **Dépenses de titre 2 : + 35,8 M€**
 - *extrapolation des dépassements constatés sur les dépenses de médicaments : + 29 millions d'euros ;*
 - *prise en compte des nouveaux projets de recherches : + 4 millions d'euros ;*
 - *majoration des dépenses d'entretien-maintenance : + 2,8 millions d'euros.*
- **Dépenses de titre 3 : + 9,5 M€**
Extrapolation des dépassements constatés sur les dépenses d'alimentation et d'énergie.
- **Dépenses de titre 4 : + 11 M€**
 - *annulations de titres + 11 millions d'euros*
 - *valeur comptable des actifs cédés + 3,5 millions d'euros ;*
 - *baisse des frais financiers : - 3,5 millions d'euros.*

En synthèse, le résultat prévisionnel est maintenu, mais avec un ajustement à la hausse des recettes et des dépenses de l'ordre de 63 millions d'euros.

Mme DECOOPMAN présente ensuite l'ajustement des budgets annexes :

- **CRPA-B (Unités de Soins Longue Durée)**
 - *ajustements techniques entre chapitres ;*
 - *majoration des annulations/rémissions de titres pour 0,5 millions d'euros.*
- **CRPA-C (Formation Initiale)**
 - *ajustement de la subvention du Conseil Régional - 1,5 millions d'euros ;*
 - *ajustement des dépenses (- 1,3 millions d'euros sur les dépenses de personnel)*
- **CRPA-A (Dotation Non Affectée)**
 - *baisse du résultat prévisionnel - 3,6 millions d'euros ;*
 - *baisse des prévisions de cessions d'actifs - 7 millions d'euros.*

L'intervenante précise que la capacité d'autofinancement évolue peu, dans la mesure où elle progresse de 5,3 millions d'euros sur une prévision de 286 millions d'euros. Sur le tableau de financement, les emplois restent inchangés, mais la structure du financement évolue, avec notamment un recours supplémentaire à l'emprunt de 14 millions d'euros pour compenser les subventions non reçues. Cette évolution est mineure au regard du recours total à l'emprunt 2009 (380 millions d'euros). Les ratios d'endettement présentés à l'EPRD sont respectés.

En conclusion, le résultat prévisionnel est inchangé pour le CRPP sous certaines hypothèses :

- une activité conforme aux prévisions ajustées pour les derniers mois de l'année ;

- une compensation des effets positifs de la V11 moindre que prévue ;
- une réalisation intégrale des objectifs d'efficacité en matière de masse salariale PM et PNM.

Des ajustements techniques sont présentés sur les budgets annexes, tandis que les dépenses d'investissement restent inchangées. Mme DECOOPMAN attire l'attention sur le fait que l'EPRD modificatif a retenu une hypothèse conservatoire de maintien des stocks. Toutefois, la montée en charge du nouveau système d'information induit d'importantes modifications dans le suivi comptable des stocks. Les écritures de clôture qui en découleront sont de nature à modifier sensiblement le résultat comptable 2009 du CRPP.

Le **président** retient de cette présentation que l'EPRD modificatif n'entraîne pas de modification pour le budget du personnel. En l'absence de questions supplémentaires, il le soumet au vote de la CME.

L'EPRD modificatif 2009 est approuvé à l'unanimité moins une voix contre.

VI. Avis sur les premières propositions budgétaires 2010 relatives aux comptes de résultats prévisionnels annexes des unités de soins de longue durée, de la formation initiale, des activités d'addictologie, EHPAD (CRPA-B, CRPA-C, CRPA-P, CRPA-E)

Mme DECOOPMAN précise que le budget de formation initiale est préparé en amont, en raison du calendrier des conseils régionaux, et passe à la présentation des propositions budgétaires 2010 pour les budgets annexes.

Des changements importants se produiront en 2010 pour le CRPA-C et le CRPA-P :

- **CRPA-C : formation initiale (budget de 61 M€)**
Mise en place progressive de budgets par centre de formation et par type de formation et intégration de la formation des IDE au système universitaire LMD.
- **CRPA-P : addictologie (budget de 4,1 M€)**
Changement de statut des centres d'addictologie : passage en CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en addictologie) et changement de tutelles tarifaires (passage des DDASS à l'ARS).

Il convient de préciser que les propositions budgétaires 2010 des CRPA-B, CRPA-E, CRPA-C et CRPA-P ont été soumises au vote de la CME.

Approbation à l'unanimité.

Mme PULVENIS précise que les propositions budgétaires des budgets annexes B et E s'inscrivent dans le contexte de la partition réglementaire SLD / EHPAD devant être réalisée au 31 décembre 2009, selon la coupe PATHOS 2006 et le SROS SLD. Les SLD sont redéfinis pour les hospitalo-requérants, nécessitant des soins médicaux et techniques importants [(soins médico-techniques importants (SMTI), pathos moyen pondéré (PMP)]. Les EHPAD, gérés par l'AP-HP, seront désignés « UHPAD hospitalières » afin de signifier leur vocation (cf infra).

La réforme du financement inclut un mécanisme de tarification à l'activité, fondé sur une dotation assurance-maladie définie en fonction du Gir moyen pondéré (GMP) et du pathos moyen pondéré (PMP), dont la détermination est identique tant pour les EHPAD que les SLD, ce qui introduit une souplesse dans le fonctionnement des structures et évitera des transferts en fonction de l'évolution de l'état des personnes âgées d'une structure à l'autre.

A l'AP-HP, une méthodologie dérogatoire a été appliquée par l'ARH consistant à raisonner en premier lieu sur le SROS soins longue durée et sur le taux d'équipement des territoires. Un taux cible a été déterminé à 6 lits de SLD redéfinis pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Dans les départements où le taux est inférieur à la cible (75, 92, 93), les établissements AP-HP conservent un statut sanitaire, dans ceux où le taux est supérieur ou égal à la cible (91, 94, 95 et Oise), la partition est effectuée sur une base inférieure ou égale au résultat de la coupe PATHOS. Au final, la partition s'effectuera à hauteur de 12 % des capacités de l'AP-HP, ce qui correspond sur 3 638 lits SLD à : 3 173 restant USLD et 465 passant sous le statut d'EHPAD.

Le **président** demande si le financement est meilleur en USLD.

Mme PULVENIS répond par la négative, la méthode de calcul étant la même pour l'USLD et l'EHPAD. En revanche, le financement est meilleur pour les soins lourds.

Les conséquences pratiques de la partition sont neutres pour les patients comme pour le personnel. Les UHPAD hospitalières de l'AP-HP accueilleront des personnes âgées particulièrement dépendantes, actuellement non accueillies par les EHPAD. L'objectif est de répondre aux besoins de cette population.

Les prochains rendez-vous des budgets annexes B et E sont :

- **la coupe 2010-2011 :**

Le but est d'objectiver le profil AP-HP SLDR et UHPAD sans remise en cause de la qualification des lits, désormais acquise, et de déterminer le calcul du plafond de la dotation soins (en sachant que les établissements auront 3 ans pour éventuellement adapter leur patientèle et conserver leurs moyens).

- **la convention tripartite :**

Sa signature est nécessaire pour obtenir une revalorisation annuelle de la dotation soins et fixer des objectifs qualité.

M. FAYE rappelle que les écoles vont bénéficier du passage au système LMD. La transformation universitaire des formations entraîne des coûts dérivés. Il attire l'attention sur le maintien d'un niveau de formation qualitatif et quantitatif exemplaire.

Le **président** demande une présentation des coûts induits par les transformations des écoles d'infirmière à une prochaine CME. Il propose de passer à l'étude des propositions budgétaires.

M. BRAS indique qu'il est proposé de passer à deux budgets, l'un de 221 millions d'euros et l'autre de 26 millions d'euros, soit un peu moins de 270 millions d'euros, en raison de l'impact de l'extension en année pleine de la dernière tranche des fermetures en année stratégique. Ces deux budgets serviront de base au calcul des tarifs pour l'hébergement :

- 72,21 euros pour les chambres multiples ;

- 77,21 euros pour les chambres simples ;
- passage du GIR 1 et 2 de 23,04 à 24,41 euros.

Le **directeur général** précise que la vocation de l'AP-HP n'est pas de gérer des EHPAD (médico-social). La négociation avec l'Etat et l'ARH, délicate, a permis d'en obtenir un niveau moins élevé que prévu initialement. Par ailleurs, les USLD seront remplis à terme par des patients « hospitalo-requérants ». Il convient donc d'accompagner les départs naturels des EHAPD, qui seront remplacés par des patients relevant progressivement des USLD.

Le président soumet ces propositions au vote de la CME.

Les premières propositions budgétaires 2010 sont approuvées à l'unanimité.

M. FAYE revient sur l'impact des CET dans le fonctionnement des services administratifs et cliniques. La monétarisation des CET a pour corollaire la création de provisions financières. Il demande à la direction des finances de faire apparaître ces provisions dans la construction des budgets.

Le **directeur général** souligne que l'AP-HP est vertueuse dans ce système. L'AP-HP a provisionné plus de 90 millions d'euros pour les CET et continue à le faire. Néanmoins, il importe de provisionner mais aussi et surtout de réétudier le mode d'organisation du travail et des roulements pour ne pas continuer à les accumuler.

VII. Information sur le rapport d'étape annuel 2008 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile de France

Ce point est reporté à la CME de novembre.

VIII. Avis sur des créations, suppressions et modifications de structures médicales internes aux pôles d'activités

M. HARDY rapporte le dossier relatif aux fiches de structures médicales examinées favorablement par la commission des structures.

GHU est

Hôpital Saint-Antoine :

- Pôle 7 « biologie – imagerie » :

- *Modification de rattachement de l'unité fonctionnelle biologique et d'expertise en immuno-hématologie périnatale.*
- *Modification de rattachement de l'unité fonctionnelle immunoanalyse.*
- *Création d'une unité fonctionnelle de génétique et biologie moléculaire (LCBGM).*

Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière :

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

- création d'une unité fonctionnelle de Coordination des prélèvements d'Organes et de tissus, rattachée directement au pôle.

GHU ouest**Hôpital Européen Georges Pompidou :**

- Pôle 1 « urgences – réseaux »

- création d'une unité fonctionnelle centre d'addictologie rattachée directement au pôle.
- suppression de l'unité fonctionnelle Centre Monte Cristo.

- Pôle 2 « Cancérologie spécialités » :

- suppression de l'unité fonctionnelle d'alcoologie.

Groupe hospitalier Broca – La Rochefoucauld – La Collégiale :

-Pôle 1 “court séjour et SSR gériatriques”

- Pôle 2 “soins de longue durée”

- suppression du service de gérontologie 3 et des 2 unités fonctionnelles SSR et SLD, répartition des unités SSR et SLD entre les deux services restants.

GHU nord**Groupe hospitalier Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal :**

- Pôle 5 « neurosensoriel tête et cou » :

- transfert du service d'ORL et chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital Saint Louis sur le GH Lariboisière.

GHU est / GHU nord**Groupe hospitalier Rothschild – Saint-Louis :**

- Pôle 3 « peau – ORL – stomatologie » (POPS) de Saint-Louis :

- transfert du service de chirurgie plastique esthétique et reconstructrice de Rothschild sur Saint-Louis ;

- Pôle 3 « prestations médicales et médico techniques transversales » de Rothschild :

- suppression de l'unité fonctionnelle d'anesthésie-réanimation de Rothschild.

GHU est / GHU ouest**Saint Antoine – Cochin :**

- pôle 2 « digestif » :

- création d'un service de chirurgie hépato biliaire et de transplantation hépatique sur Saint-Antoine.

- pôle 3 « os et articulations » :

- création d'une unité fonctionnelle d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire rattachée directement au pôle.

M. HARDY précise que l'organisation du Département des maladies digestives, cancérologie digestive et tumeurs endocrines de Cochin reste inchangée.

Le président soumet ces propositions au vote.

Ces propositions sont approuvées à l'unanimité.

IX. Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL

Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT rapporte le dossier relatif aux projets de vente :

- vente de terres agricoles situées sur la commune de Grandvilliers (Eure) ;
- vente de lots de copropriété sis 8 rue Houdard de Lamotte à Paris 15^{ème} ;
- vente d'un lot de copropriété sis 24 rue Richer à Paris 15^{ème} ;
- vente d'un appartement sis 61 rue de Provence à Paris 9^{ème} ;
- vente d'un immeuble sis 6 rue des Sablons à Fontainebleau (77) ;
- vente amiable de trois parcelles constructibles situées sur la commune de Limetz-Villez (78) ;
- déclassement et cession de deux terrains et du bâtiment Pomme d'Api implanté sur ces terrains, dépendants de l'emprise de l'hôpital Broussais à Paris 4^{ème} ;
- vente à la ville d'Hendaye (64) d'une emprise de terrain située sur le domaine public hospitalier de l'hôpital marin d'Hendaye (64).

Pour une partie de ces cessions, l'AP-HP demande l'autorisation d'avoir recours à des mandataires, faute de pouvoir recourir efficacement à la chambre des notaires.

M. FAYE ne comprend pas le principe d'une cession amiable à la ville d'Hendaye, qui a l'intention d'y construire un EHPAD commercial. Il rappelle que le directeur général s'est engagé

en conseil d'administration à expliquer les tenants et aboutissants de l'affaire, la valeur du terrain étant supérieure à celle que la ville peut y consacrer.

Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT explique que chaque vente fait l'objet d'une estimation par le service de l'Etat « France domaine ». Par ailleurs, il ne s'agit pas d'un EHPAD commercial, mais de celui de la ville d'Hendaye. Le terrain est certes vaste, mais protégé par la loi du littoral. Il ne permet pas de construction de grande ampleur.

Le **président** suggère à la CME d'approuver ces ventes, préalablement contrôlées par l'Etat et par l'AP-HP.

Ces ventes sont approuvées à l'unanimité moins une voix contre.

X. Révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2010

M. HUBIN indique que le plafond d'emplois PM 2009 hors internes et étudiants et hors emplois financés sur RAF et fonds subventionnels (environ 81 ETPR) est fixé à 8992 ETPR moyens cumulés sur l'année. Or la situation cumulée à fin septembre hors internes, étudiants et emplois financés sur RAF est de 8 998 ETPR moyen contre 9 009 fin août. Le constat de l'évolution des effectifs des deux années précédentes montre une décreue des effectifs sur septembre et octobre, sous l'impact des rendus de la révision des effectifs de PH, ainsi qu'une hausse sur novembre et décembre notamment due au recrutement des CCA ayant terminé leur clinicat, aux CCA en surnombre provisoire à la suite d'un congé maternité. La décreue observée sur septembre (-67 ETPR entre le seul mois d'août et le seul mois de septembre) ne sera probablement pas suffisante compenser le mouvement de hausse de fin d'année et respecter ainsi l'objectif de 8992 ETPR moyen à fin 2009. La prévision de clôture se dégrade donc (9 012 ETPR moyen à fin décembre contre 9 009 anticipé fin août). Pour respecter le plafond de 8 992 ETPR moyens cumulés sur l'année, des efforts de rendus d'emplois supplémentaires doivent donc être fournis.

M. RUSZNIEWSKI remarque que la courbe du graphique projeté s'arrête à 9 050 plutôt qu'à 9 012.

M. HUBIN répond qu'il s'agit des chiffres finaux et non de la moyenne.

M. FAGON précise que la cible moyenne sur l'année est 8 992. La courbe présentée prévoit une moyenne de 9 012, avec un creux en septembre / octobre et une ascension en fin d'année, conduisant à un pic de 9 156 ETPR en décembre. Un résultat de 9 012 en moyenne dans l'année plutôt que de 8 992 signifierait un effort supplémentaire sur le PM de vingt emplois, que quel que soit le volume de l'effort pour la part du PNM.

Le **président** demande à ce que la discussion se déroule en euros plutôt qu'en ETPR.

M. HUBIN en prend note. Il présente ensuite les demandes présentées à la révision 2010 des effectifs de PH :

- 152,5 ETP pour les maintiens, financées en totalité ;
- 186 ETP pour les créations, en partie financées.

Parmi les créations, des demandes de postes de PH correspondant à 98,5 ETP sont autofinancées par l'équivalent de 141,4 ETP de postes de praticiens attachés ou contractuels soit un écart favorable de -42,9 pour l'AP-HP. En revanche, pour des demandes correspondant à 87,5 ETP, le financement est partiel puisque seulement 36,1 ETP de gages sont proposés en échange soit un écart de 51,4 ETP qu'il reste à financer par redéploiement institutionnel de moyens.

Pour mémoire, le total des demandes de maintien et de création de postes s'élève à 338,5 ETP dont :

- *8 ETP retours d'emprunt CME pour un coût total de 440 000 euros ;*
- *15 nominations de PH en PUPH dans le service ;*
- *une création de 23,5 ETP sur crédits fléchés, contre un rendu de 12,1 ETP soit un solde net de 11,4 ETP.*

Il est proposé d'adopter la méthodologie d'analyse des demandes suivantes :

- *achèvement du recueil des avis des Collégiales au plus tard le 15 octobre ;*
- *analyse des postes vacants et des demandes de maintien lors de trois réunions préparatoires par un groupe restreint, puis lors d'un Bureau exceptionnel de la CME le 5 novembre avant une présentation à la CME du 17 novembre ;*
- *analyse des demandes de création lors de trois réunions préparatoires par un groupe restreint puis lors d'un Bureau exceptionnel de la CME du 2 décembre avant une présentation à la CME du 8 décembre.*

Le tableau d'analyse des demandes s'appuierait sur les critères suivants :

- *identification du poste ;*
- *identification du candidat ;*
- *classements CCM, CEL, GH, collégiales ;*
- *orientations stratégiques (adéquation du projet médical soutenant la demande avec les orientations stratégiques du GH) ;*
- *respect des engagements de rendus antérieurs ;*
- *modalités de financement + avis DEF sur la situation financière du site demandeur) ;*
- *indicateurs : activité, enseignement, recherche, démographie.*

M. HUBIN présente ensuite les règles de promotion des PH en PU-PH.

Actuellement, une promotion dans le même service donne lieu :

- *à une reprise du poste de PH et de la masse salariale : -1 PH / -110 000 euros ;*
- *à une compensation du temps médical perdu du fait de la promotion HU, soit 4 demi-journées (1 PH = 10 DJ / 1 PU-PH = 6 DJ), soit +20 000 euros ;*
- *à un solde net de -90 000 euros.*

L'application de cette règle pose un problème dans le cas où un PH est nommé PU-PH dans le même service mais sur un nouveau poste attribué à l'hôpital : le site est alors contraint de financer 60 000 euros supplémentaires tandis qu'il n'obtient que 20 000 euros en compensation. Il est donc proposé de modifier les règles de la révision HU en les fondant sur le principe du

financement systématique de la valence H des postes HU (« sanctuarisation » des postes HU aux bornes de l'AP-HP).

Pour un service donné, les règles de la révision des effectifs de postes HU seraient donc :

- *cas 1 : nomination d'un nouveau PU-PH sur un poste existant : aucun effet en masse salariale, le financement du poste étant assuré par la libération du poste existant ;*
- *cas 2 : nomination d'un nouveau PU-PH sur un nouveau poste dans le service : +1 PU-PH / +60 000 euros de financement assuré de la valence H du poste ;*
- *cas 3 : en cas de transfert du poste PU-PH vers un autre service : - 1 PU-PH / -60 000 euros, reprise intégrale des moyens.*

Cette règle favorise la mobilité inter-sites et donc le redéploiement des postes HU. Conséquemment, les règles de la révision des effectifs de postes de PH seraient alors modifiées dans le sens suivant :

Pour un service donné :

- *cas 1 : nomination d'un PH du service sur un poste de PU-PH existant dans le service : retrait du poste de PH et de la masse salariale correspondante : -1 PH / -110 000 euros (plus de compensation comme dans l'ancienne règle) ; il est toujours possible au site de demander une création de poste de PH en compensation ;*
- *cas 2 : nomination d'un PH du service sur un nouveau poste de PU-PH dans le service : retrait du poste de PH et de la masse salariale correspondante : -1 PH / -110 000 euros mais financement assuré de la valence H nouveau poste de PU-PH : il est toujours possible au site de demander une création de poste de PH en compensation ;*
- *cas 3 : nomination d'un PH du service sur un poste de PU-PH hors du service : le poste de PH devenu vacant est alors soumis à l'examen des demandes de maintien de postes dans le cadre de la procédure de révision des effectifs.*

Il reste à définir la date d'entrée en application de ces règles (révision 2010 ou 2011).

M. FAGON précise qu'il est désormais nécessaire, dans le cadre de la révision des effectifs HU, d'identifier la valence hospitalière de chaque poste. A partir de 2010, il faudra tenir compte de la situation budgétaire des sites pour vérifier qu'ils possèdent les moyens de ces postes. Cette proposition a des limites. En effet, il n'est pas question de compromettre une promotion parce qu'un établissement serait déficitaire. Il est donc proposé de sanctuariser la valence hospitalière des postes universitaires, en sachant qu'à quelques exceptions près, l'ensemble des postes HU restent les mêmes. Il suffirait que la valence suive leur numéro d'emploi.

Le **président** ajoute que le précédent système pénalisait le service ayant un PH promu PU-PH. Il importe que la CME dégage un consensus autour de cette règle, si elle la juge pertinente.

M. GARABEDIAN soulève le cas d'un service ayant un PH promu PU-PH, dans le cadre d'un départ en retraite d'un autre PU-PH. Le promu se retrouverait dans une situation difficile, étant seul à la direction clinique.

M. FAGON répond qu'il s'agit d'une variante du cas 1. Il explique que l'objectif est de maîtriser les emplois et la masse salariale sur lesquels l'AP-HP n'a pas de visibilité suffisante (20 à 30 % des

postes), qui donnent lieu à des dépassements de gardes et astreintes par exemple, non intégrées dans le cycle de gestion des RH. Il importe d'intégrer dans la révision des effectifs le maximum du temps salarial pour pouvoir traiter ce sujet avec la plus grande visibilité possible.

M. VALLEUR constate que la sanctuarisation des postes permettrait d'éviter de mauvaises surprises, mais attire l'attention sur les postes de PU-PH affectés par convention.

M. FAGON répond qu'il profitera de ces occasions pour négocier la part hospitalière avec les partenaires concernés.

M. SCHLEMMER se félicite de la clarté des procédures. Néanmoins, dans le cas n°2, les doyens entreprennent parfois « d'universitariser » des structures qui ne l'étaient pas. Cela peut passer par la nomination d'un PH aux fonctions de PU-PH, mais si ce PU-PH reste seul, il ne serait pas en mesure d'assumer à la fois ses fonctions hospitalière et universitaire. Ce point doit être clarifié.

M. FAGON explique que ce cas passe par la révision des effectifs. Il correspond à une demande de maintien.

M. VALLEUR estime peu logique d'« universitariser » un service ne comptant qu'un PU-PH.

M. SCHLEMMER ne partage pas cette remarque.

Le **président** estime que les GH compteront moins de services avec un seul PU-PH. Il ajoute qu'il n'est pas possible de fonctionner sans marges de manœuvre budgétaires. Celles-ci pourraient être dégagées de la révision des gardes et astreintes. Face au constat de l'existence d'une sous-exécution des postes de PM de jours face à une sur-exécution des postes de gardes, la CME doit afficher sa volonté de redoter les services manquant de personnel médical aux dépens de la permanence des soins. S'agissant du calendrier, **M. CORIAT** propose d'appliquer ces règles avec discernement en 2010, en tenant compte du retrait d'emploi de personnel médical.

M. MUSSET prend le cas 3 de perte d'un poste de PU-PH, qui correspondrait à une perte par le service de tous ses moyens. La perte d'un poste de PU-PH doit être compensée en demi-journées sur la part hospitalière du poste disparu.

Le **président** suggère d'ajouter dans la grille d'analyse une compensation particulière pour les services ayant perdu un PU-PH, afin de le prioriser si besoin dans l'analyse des demandes. Sans cela, des nominations risquent d'être rejetées faute de financement hospitalier du poste.

M. VALLEUR demande que ce message soit diffusé auprès de l'ensemble des communautés hospitalières.

Le **président** croit comprendre que si la prochaine révision des effectifs doit être fortement médicalisée, aucun poste de PH à forte pertinence médicale et à bon candidat ne sera refusé.

M. CHERON rappelle qu'il était question d'étudier les demandes de postes de PH en fonction des efforts de restructuration des GH. Il demande si cet indicateur doit figurer dans la liste des critères.

M. FAGON le jugerait cohérent. Il précise que le tableau comprend deux critères supplémentaires : la rédaction de tableau de services et la participation à la révision des gardes.

XI. Impacts de la réforme des attestations de formation spécialisée - attestations de formation spécialisée approfondie (AFS-AFSA)

Mme DEAL indique que les DFMS et DFMSA (diplômes de formation médicale spécialisée et approfondie) remplaceront les AFS et AFSA pour les praticiens étrangers non européens. Il ne sera donc plus possible d'inscrire les praticiens non européens en AFS et AFSA à compter de l'année universitaire 2010-2011, date d'application de la réforme; Cependant, ceux qui auront commencé leur cursus avant cette date pourront continuer.

L'objectif est :

- d'améliorer la formation en sélectionnant les candidats au niveau national : vérification des niveaux des connaissances médicales (QCM du niveau de l'ECN) et de français (B2 exigé).
- de faire contrôler les flux par les universités d'origine et d'accueil et de passer des conventions permettant de sélectionner sur des projets et objectifs de formation.
- d'offrir des postes de FFI aux candidats retenus, ce qui implique de définir en amont le nombre de postes de FFI à offrir par interrégion et par discipline et spécialités

Les praticiens des disciplines pharmaceutiques ne sont pas concernés par la réforme. Le recrutement des FFI pose donc problème.

Une fois les postes proposés par les interrégions, les candidats aux DFMS et DFMSA passent un examen de sélection. Une liste d'aptitude est ensuite publiée, avec liste complémentaire valable uniquement pour l'année universitaire concernée. Le concours devrait avoir lieu le 15 mars 2010.

Le dossier est constitué par le candidat retenu sur liste d'aptitude, qui doit être en cours de spécialisation ou spécialiste et présenter une attestation de réussite aux tests de français. L'étudiant le dépose auprès de son université d'origine. Son dossier est ensuite transmis à Strasbourg et communiqué aux universités sélectionnées par le candidat. Chaque université établit un classement des candidats par discipline et spécialité, avec avis du directeur de l'UFR, du coordonnateur et du directeur général du CHU. Les dossiers sont ensuite renvoyés à Strasbourg qui classe les candidats, les répartit dans la limite du nombre de places ouvertes et se charge de prévenir les candidats non retenus.

Une convention est alors signée entre l'université d'origine et d'accueil (celle du coordonnateur en Ile-de-France), précisant les objectifs, le contenu et les modalités de la formation théorique et pratique (2 à 6 semestres pour le DFMS et 1 à 2 semestres pour le DFMSA). La convention précise également les conditions d'accueil du candidat. Elle lui est communiquée, puis transmise à Strasbourg avec copie au directeur général du CHU. La formation pratique est effectuée dans les services agréés sur la base des maquettes des DES et DESC.

A la fin de sa formation théorique et pratique et sous réserve de validation, le diplôme (DFMS ou DFMSA) est délivré. Le titulaire DFMS peut faire un DFMSA dans la foulée. Le titulaire du DFMSA ne peut s'inscrire à un nouveau DFMSA qu'après cinq ans.

S'agissant des accords de coopération de l'AP-HP, l'accord avec les Etats du Golfe ne pose pas problème. Il semblerait que pour les coopérations nationales (Cambodge, Vietnam et Chine) et

autres, l'examen de sélection soit obligatoire mais... il pourrait y avoir un quota et un classement parallèle. Toutefois, aucune information écrite n'a confirmé cette information.

Le nombre de places offertes par discipline, spécialité et inter-région doit être fixé par arrêté fin octobre 2009. Les propositions de l'AP-HP étant attendues depuis le 15 septembre, la DRASS a demandé un report, mais il devient urgent de donner des chiffres. Le problème consiste à déterminer le nombre de places offertes, en sachant que le nombre de FFI est très dépendant du nombre de postes d'internes qui seront offerts à l'ECN 2010, connu en juillet 2010 (pour information à l'ECN 2009-2010, certaines disciplines sont en forte augmentation : médecine générale, médecine du travail, psychiatrie et pédiatrie), ainsi que du nombre d'AFS première année inscrits en novembre 2009/mai 2010.

Les universités parisiennes ont déclaré pour 2008-2009 : 989 personnes inscrites en AFS 2ème année et AFSA, 493 en première année AFS, y compris roumains et bulgares.

Le nombre de FFI à l'AP-HP est de 860, dont 631 AFS et AFSA, 175 européens et 54 FFI du Golfe. Le nombre de postes à offrir au concours correspondrait donc au nombre de FFI en mai 2009 diminué des postes occupés par les FFI post internat, FFI union européenne, FFI financés par les Etats du Golfe, FFI-AFS première année 2009-2010 et des internes de spécialités et de médecine générale en augmentation.

Le président indique que la CME doit dès à présent mener un lobbying auprès du responsable de ce dossier, afin de limiter la réduction du nombre d'AFS et d'AFSA. Il propose de débattre des chiffres et ouvre la discussion.

M. SCHLEMMER souligne que ce système clarifie certains points. Il octroie aux médecins étrangers un diplôme, qui possède une valeur que n'a pas l'attestation (AFS-AFSA), résolvant ainsi un certain nombre de problèmes. Par ailleurs, le système national assure une sélection sur la base des connaissances de la langue française et médicales. Il n'en demeure pas moins qu'une lourdeur de gestion et de mise en place du système est à craindre, qui ne tient pas compte des accords particuliers existant entre établissements hospitaliers français et étrangers ou entre institutions universitaires, souvent fondés sur des relations personnelles. C'est pourquoi les représentants des CHU et les doyens ont interpellé les tutelles sur la souplesse à introduire pour garantir la pérennité de ces accords, souvent anciens. Cette souplesse consisterait à ce qu'une partie des postes ouverts soit sanctuarisée pour le maintien d'accords particuliers. Le système mis en place nécessite que les candidats à une formation à l'AP-HP soient cependant présélectionnés lors des épreuves de mars. Il faut donc inviter ses partenaires à passer les épreuves, même si l'ouverture de postes en septembre n'est pas encore certaine.

Le **président** propose d'en rester au statu quo, d'extraire du calcul les personnes de nationalités roumaine et bulgare faisant désormais l'objet de mesures européennes, et de déterminer un nombre d'AFS et AFSA au niveau de l'AP-HP.

M. CAPRON soulève l'inconnue du nombre de DES.

Mme DEAL estime que l'AP-HP devra par ailleurs assumer la formation d'un nombre plus important de médecins généralistes dans certaines disciplines actuellement offertes à la médecine spécialisée (ex : endocrino, HGE, MPR, pneumologie...).

M. SCHLEMMER souligne que les effectifs d'étudiants en médecine vont croître, et avec eux le nombre d'internes, réduisant d'autant le nombre de postes de FFI utilisables. Le problème réside dans la capacité du pays à assurer une formation aux médecins étrangers.

Le **président** avance une autre crainte. La DHOS insiste sur la réduction du périmètre de soins des CHU. Donner un *numerus clausus* très bas d'AFS et d'AFSA est un excellent moyen de fermer un nombre de gardes et de diminuer l'offre de soin des CHU. Or la démographie ne doit pas piloter l'offre de soins. Celle-ci doit l'être par une réflexion médicalisée. Il suggère d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'une diminution modérée du nombre d'AFS et d'AFSA et d'agir rapidement en faveur d'une réduction limitée.

Mme DEAL souligne qu'il est nécessaire d'ajuster le nombre de postes ouverts et de faire une proposition raisonnable, ne serait-ce que par respect pour les efforts importants fournis par les candidats. Mme DEAL précise que l'arrêté organisant le concours et le nombre de postes ouverts devrait sortir le 21 octobre.

Le **président** suggère de poursuivre la réflexion dans la commission dédiée et renouvelle ses propositions de méthode, avec rapport à la prochaine CME.

M. CAPRON souligne qu'il est impossible de travailler en finesse en une semaine. Il suggère de se fonder sur les prévisions de Mme DEAL. Il estime le nombre de postes à 450 / 500.

Le **président** suggère d'adresser dès aujourd'hui une évaluation du nombre de postes d'internes à la commission, qu'il ira plaider rapidement auprès des pouvoirs publics.

M. FAGON demande pour le lendemain une évaluation globale, déclinée par discipline. Il suggère de contacter les coordonnateurs pour les chiffres posant problème. Il craint qu'une évaluation de 450 postes par rapport à 26 à Lyon ne pose problème.

Mme DEAL explique que les villes de province ont davantage assumé l'augmentation du *numerus clausus*, que l'Ile-de-France, ce qui entre en compte dans le calcul du nombre de postes de FFI.

XII. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP concernant une procédure de nomination des chefs de pôle à titre provisoire

M. HUBIN précise que la modification du règlement intérieur AP-HP concerne :

- l'introduction de la notion de chefs de pôle à titre provisoire ;
- correspondant à l'anticipation des cas de vacances temporaires de chefferies de pôle et de modification des structures après une fin de mandat.

La modification du règlement intérieur de l'AP-HP est approuvée à l'unanimité.

XIII. Avis sur des contrats d'activité libérale

M. HUBIN donne lecture des contrats d'activité libérale soumis à l'avis de la CME, soit 10 premières demandes et 10 au titre d'un renouvellement de leur contrat.

Les contrats d'activité libérale sont approuvés par 19 voix pour et 5 abstentions.

XIV. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2010

M. FAGON souligne qu'il n'existe aucune divergence dans les propositions des UFR et celle de l'AP-HP.

Suite à l'intervention de **M. RILLIARD** concernant la discipline d'odontologie, **M. HUBIN** propose qu'une nouvelle étude soit réalisée.

M. GOGLY signale des départs en retraite en 2010, qui libèrent quatre postes de PU-PH.

M. FAGON répond qu'il manque de visibilité pour l'instant sur la concordance entre la valence hospitalière et universitaire. Le travail se poursuit donc, avec aboutissement prévu dans les mois prochains.

Le **président** se réjouit que les propositions de la CME aient été suivies.

La révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2010 est approuvée.

XV. Information sur la nomination et le renouvellement des Consultants des hôpitaux le 1^{er} septembre 2009

Le Préfet de la région Ile-de-France a entériné les avis émis par la CME lors des séances des 9 juin et 23 juin 2009, portant à 63 le nombre de Consultants à l'AP-HP au titre de première nomination ou de renouvellement. (*cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME*).

XVI. Approbation des comptes rendus des séances du 23 juin, 7 juillet et 8 septembre 2009

M. FAYE souhaite que lors d'une prochaine CME, ses commentaires sur les propos du directeur général et du Président de la CME, notamment sur les regroupements HEGP-Ambroise Paré, figurent dans le compte rendu.

Les comptes rendus des séances du 23 juin, 7 juillet et 8 septembre 2009 sont approuvés à l'unanimité.

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

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

Mardi 17 novembre 2009 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 28 octobre 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.

ANNEXES

Annexe 1

Quelques réflexions et interrogations sur le suivi de l'EPRD 2009 et le cadrage financier quadriennal

Présentation du Pr Yves Aigrain

Quelques Réflexions et
Interrogations sur le suivi de l'EPRD
2009 et le cadrage financier
quadriennal.

CME du 13 Octobre 2009

SUIVI DE L'EPRD 2009

PREPARATION DE L'EPRD 2010

Emplois soignants non médicaux

Réalité 2009 :

Point de départ : emplois moyens rémunérés de personnel non médical en 2008 (et non emplois de personnel soignant non médical rémunérés fin 2008); et quel est l'objectif final : Eff. moyen 2008 – 700 = Eff. fin 2009 ou Moyenne 2009?

- Retrait :
 - 700 emplois au nom de l'EPRD 2009 (350 titulaires, 350 non titulaires).
 - Pb spécifique des emplois non titulaires pour certains « métiers » soignants indispensables au fonctionnement quotidien des services.

SUIVI DE L'EPRD 2009

PREPARATION DE L'EPRD 2010

EMPLOIS MEDICAUX

EPRD 2009 : + 50 emplois médicaux.

- Base de financement du personnel médical 2009 :
Emplois moyens rémunérés au cours de 2008.
 - Disparition du bonus du personnel médical ; tout retrait supplémentaire touchera le temps médical rémunéré en 2009
- Problèmes posés par les emplois médicaux non pourvus en 2008, qui en fait sont « dé monétarisés » en 2009. (le n° d'emploi est connu de la DPM mais c'est une coquille vide pour la DEF).

SUIVI DE L'EPRD 2009

PREPARATION DE L'EPRD

2010

- Que reste-t-il comme marge de manœuvre à l'établissement et à plus forte raison au pôle en terme de gestion de personnel?

SUIVI DE L'EPRD 2009

PREPARATION DE L'EPRD 2010

REVISION DES EFFECTIFS DE PH 2010

EPRD 2010

- Point de départ : Emplois moyens rémunérés du personnel médical 2009.
- Rendu fixé par l'EPRD 2010 en euros (n ETP).
- Prendre en compte :
 - la démographie médicale.
 - Le temps de formation des praticiens hospitaliers.
 - Le rôle des jeunes recrutés dans l'activité de l'APHP.
 - Les restructurations de la permanence des soins.

SUIVI DE L'EPRD 2009

PREPARATION DE L'EPRD 2010

REVISION DES EFFECTIFS DE PH 2010

EPRD 2010

- Programmer le retrait des emplois médicaux sur la période 2010 – 2013 en prenant en compte :
 - Les restructurations « abouties »
 - Les sorties « démographiques »
- 2012 – 2013 : marge de manœuvre des restructurations et retombées des restructurations

SUIVI DE L'EPRD 2009

PREPARATION DE L'EPRD 2010

VERS UN EPRD 2010

- Les emplois soignants non médicaux et médicaux retirés 2010 ne doivent provenir que des restructurations effectivement réalisées.
- C'est ce que nous souhaiterions mais est-ce vraiment réaliste?

Les Restructurations

- Une nécessité médicale, universitaire et d'efficience.
- Une source insuffisante d'économie au regard des efforts qui nous sont demandés par la convergence intra sectorielle.

Pourquoi les restructurations ne suffiront pas

- GH de l'AP ayant un déficit de 100 ME:
 - Fermeture technocratique (sans analyse du service rendu médical) des n structures ayant le déficit le plus défavorable, la somme des déficits de ces n structures étant égal à 100 ME.
 - Perte des recettes correspondant à ces structures qui fait que le déficit n'est toujours pas comblé....

Restructuration et Economie d'emplois

- Seule la fermeture totale de sites est source d'un rendu significatif d'emplois:
 - Exemple: fermeture de SVP. Rendu prévisible de 150-200 emplois.

Mais combien de site(s) fermeront d'ici 2012?

La décimation est-elle obligatoire?

- Ne nous voilons pas la face, une répartition sur l'ensemble des GH de plans d'économie successifs va se poursuivre et sera la source principale de la convergence 2012
- Un effort d'organisation et d'efficience de beaucoup de nos services et pôles permettrait encore un rendu intelligent d'emplois apparemment « saupoudré ». (cf travail sur les TOC à condition que celui-ci soit médicalement piloté). Rôle primordial des CCM et de leurs présidents dans ces restructurations.

Une Autre Politique est-elle possible?

- L'objectif affiché de voir l'ensemble des GH tendre à l'équilibre en 2012 n'est pas acceptable...ou alors annonçons d'emblée la fermeture d'Avicenne, J. Verdier....
- L'unicité de l'AP-HP n'a de sens que par le souci d'équité entre les GH.

Une Autre Politique est-elle possible?

- Comment est construit le dogme du rendu des 4000 emplois (PM et PNM) dans le cadre de la convergence intra sectorielle:
 - Une évaluation réaliste de la progression des dépenses.
 - Une répartition entre efficacité liée à l'amélioration des recettes et à la baisse des dépenses fixée à 20/80%.
 - Une progression des recettes « tarifaires » qui creuse automatiquement le déficit. La réponse doit demeurer en grande partie dans l'augmentation des recettes.

Danger de sous estimer les potentiels de l'AP-HP en terme d'augmentation d'activité et de ressources.

Une Autre Politique est-elle possible?

- Communication nécessaire
 - Vis à vis des tutelles
 - Vis à vis des médias : colloque sur le financement des CHU. Loi PLFSS (lobbying parlementaire...)
- Attitude volontariste de la communauté médicale
 - Accroissement d'activité
 - Valorisation de l'activité
 - Efficience
 - Restructuration médicalement pertinente.

La CME et l'EPRD 2010

- Assurer le suivi de l'EPRD en cours
- Limiter les contraintes budgétaires
- Maintenir les ressources :
 - Activité
 - Valorisation des activités
- Contrôle médicale des dépenses :
 - Médicaments
 - Efficience
- **Consolider l'écart de convergence qui parait sur estimé aujourd'hui.**

Toute surestimation de l'écart de convergence expose à une spirale déflationniste.

Conclusion: La CME et l'EPRD 2010

- Prendre en compte l' écart de convergence consolidé pour analyser les rendus d'emplois
- S'impliquer dans les restructurations.
- Revoir la permanence des soins
- Mettre en perspective la chronologie des restructurations et les retraits d'emplois soignants.

Annexe 2

**Révision des effectifs hospitalo-universitaires
au titre de l'année 2010**

PARIS V - René DESCARTES

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 5

PROPOSITIONS AP-HP
(Biologie cellulaire 44-03 clinique) Pôle Biologie-Produits de santé Service Immunologie biologique PR WOLF - HEGP Détachement
(Pédiatrie 54-01 clinique) Pôle pédiatrie générale et pluridisciplinaire UF Neurologie NECKER EM type 3 1er CCM
(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques 54-04 clinique) Pôle Endocrinologie diabétologie Service Endocrinologie et maladies métaboliques PR BERTAGNA - COCHIN type 1 1er CCM
(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques 54-04 clinique) Pôle Urgences, proximité et prévention Service Endocrinologie et maladies métaboliques or en diabétologie PR BOITARD - HOTEL DIEU type 1 1er CCM
(Médecine vasculaire 51-04 clinique) Pôle Cardio vasculaire Service Médecine vasculaire HTA PR PLOUIN (CS prov) - BROUSSAIS HEGP type 1 1er CCM

PARIS ILE DE FRANCE OUEST

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 5

PROPOSITIONS AP-HP
(Cardiologie 51-02 clinique) Pôle Radio-cardio-vasculaire Service Cardiologie et maladies vasculaires PR DUBOURG - AMBROISE PARE type 1 1er CCM
(Médecine physique et de réadaptation 49-05 clinique) Pôle UPR Réadaptation évaluation réinsertion Service Médecine physique et de réadaptation "Netter" PR AZOUVI - RAYMOND POINCARE type 1 CCM FAV (demande unique)
(Gériatrie et biologie du vieillissement 53-01 clinique) Pôle Médecine et SSR gériatriques UF soins de suite et de réadaptation gériatriques (gérontologie 2) PR TEILLET - SAINTE PERINE type 1 CCM FAV (demande unique)
(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication 46-04 biologique) Pôle Biologie, pathologie et produits de santé Département d'information hospitalière et santé publique AMBROISE PARE type 4 3ème CCM
(Rhumatologie 50-01 clinique) Pôle Urgences et proximité Service Rhumatologie PR LE PARC - AMBROISE PARE type 1 4ème CCM

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 13 dont 3 correspondant à des emplois non pourvus

PROPOSITIONS AP-HP
(Anatomie et cytologie pathologiques 42-03 biologie) Pôle Biologie, pharmacie, physiologie Service Anatomie pathologique PR CALLARD - TENON type 3 2ème CCM
(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques 54-04 clinique) Pôle Gynécologie, endocrinologie et obstétrique Service Endocrinologie diabétologie et endocrinologie de la reproduction PR BOUCHARD - SAINT-ANTOINE type 2 4ème CCM
(Hématologie 47-01 clinique) Pôle Cancérologie - Hématologie Service Hématologie clinique PR GORIN - SAINT-ANTOINE type 1 1er CCM
(Gastro-entérologie 52-01 clinique) Pôle Digestif Service Hépatogastro-entérologie et de nutrition PR COSNES - SAINT-ANTOINE type 1 3ème CCM
(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie 55-03 clinique) Pôle Chirurgie anesthésie Service Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie PR VASQUEZ - ARMAND TROUSSEAU type 1 1er CCM

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 13 dont 3 correspondant à des emplois non pourvus

PROPOSITIONS AP-HP
(Chirurgie infantile 54-02 clinique) Pôle Chirurgie anesthésie Service chirurgie orthopédique et réparatrice pédiatrique PR DAMSIN - ARMAND TROUSSEAU type 1
(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques 54-04 clinique) Pôle Endocrinologie, diabétologie, métabolisme, nutrition, prévention Service Diabétologie PR HARTMANN (CS prov) - PITIE SALPETRIERE Mutation 1er CCM
(Gériatrie et biologie du développement 53-01 clinique) Pôle Anesthésie-Réanimation-Urgences-Pneumologie-Explorations fonctionnelles respiratoires-Gériatrie Service Médecine gériatrique PR VERNY - PITIE SALPETRIERE type 1 2ème CCM
(Hygiène hospitalière 45-01 biologique) Pôle Infections Immunité Inflammation Service Bactériologie et hygiène hospitalière PR JARLIER - PITIE SALPETRIERE type 1 3ème CCM
(Cytologie histologie 42-02 clinique) discipline hospitalière en neurologie Pôle Maladies du système nerveux Service Neurologie 2 PR DELATTRE - PITIE SALPETRIERE type 1 5ème CCM

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 13 dont 3 correspondant à des emplois non pourvus

PROPOSITIONS AP-HP
(Physiologie 44-02 biologique) Pôle Maladies du système nerveux Service Physiologie 2 PR FOURNIER (CS prov) - PITIE SALPETRIERE type 1 4ème CCM
(Médecine interne 53-01 clinique) Pôle Infections Immunité Inflammation Service Médecine interne 2 PR PAPO (CS prov) - PITIE SALPETRIERE type 1 6ème CCM
(Psychiatrie d'adultes 49-03 clinique) Pôle Maladies du système nerveux Service Psychiatrie Adulte PR ALLILAIRE - PITIE SALPETRIERE type 1 7ème CCM

PARIS VII - DENIS DIDEROT

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 13 + 1 prêté pour 1 an par l'UFR Paris Ile de France Ouest po

PROPOSITIONS AP-HP
(Anatomie et cytologie pathologiques 42-03 biologie) Pôle Biologie morphologie et pharmacie Service Anatomie et cytologie pathologiques PR HENIN - BICHAT Type 1 1er CCM
(Oto-Rhino-Laryngologie 55-01 clinique) Pôle Neurosensoriel Tête et cou Service ORL PR TRAN BA HUY - LARIBOISIERE Type 1 1er CCM
(Urologie 52-04 clinique) Pôle DUNE (Digestif - Uro - Néphro - Endocrino) Service Urologie PR DESGRANCHAMPS - SAINT-LOUIS Type 1 1er CCM
(Chirurgie infantile 54-02 clinique) Pôle Chirurgie Service Chirurgie infantile or viscérale PR EL GHONEIMI - ROBERT DEBRE Type 1 1er CCM
(Radiologie et imagerie médicale 43-02 clinique) Pôle Laboratoires Imagerie Pharmacie (PLIP) UF Radiologie or ostéo-articulaire LARIBOISIERE Type 1 2ème CCM

PARIS VII - DENIS DIDEROT

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 13 + 1 prêté pour 1 an par l'UFR Paris Ile de France Ouest po

PROPOSITIONS AP-HP
(Epidémiologie, économie de la santé et prévention 46-01 clinique) Pôle Santé publique et recherche clinique Département Epidémiologie, biostatistique et recherche clinique BICHAT Type 1 2ème CCM
(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale 48_01 clinique) Pôle Urgences proximité réanimations Service Anesthésie-réanimation PR MANTZ - BEAUJON Type 1 ou 3 1er CCM
(Neurologie 49-01 clinique) Pôle Neurosensoriel Tête et cou Service Neurologie PR LYON-CAEN (CS prov) - LARIBOISIERE Type 1 3ème CCM
(Hématologie 47-01 clinique) Pôle Hématologie et immunologie clinique Service Maladies du sang PR DOMBRET - SAINT-LOUIS Type 1 2ème CCM
(Thérapeutique 48-04 clinique) Pôle Santé publique et recherche clinique Département Epidémiologie, biostatistique et recherche clinique BICHAT Type 1 6ème CCM

PARIS VII - DENIS DIDEROT

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 13 + 1 prêté pour 1 an par l'UFR Paris Ile de France Ouest po

PROPOSITIONS AP-HP
(Endocrinologie diabète maladies métaboliques 54-04 clinique) Pôle Cœur et vaisseaux Service Diabétologie endocrinologie et nutrition PR MARRE - BICHAT Type 1 4ème CCM
(Gastro-entérologie 52-01 clinique) Pôle Médico chirurgical digestif Service Hépatogastro-entérologie PR COFFIN - LOUIS MOURIER Type 1 1er CCM
(Gériatrie et biologie du vieillissement 53-01 clinique) Pôle Médecine spécialisée Service Gériatrie DR RAYNAUD-SIMON - BICHAT Type 1 3ème CCM
(Biochimie et biologie moléculaire 44-01 biologique) Pôle Biochimie morphologie et pharmacie Service Biochimie A PR DURAND - BICHAT Mutation 5ème CCM

PARIS XIII - BOBIGNY

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 5

PROPOSITIONS AP-HP
<p>(Pédopsychiatrie 49-04 clinique) Pôle UVH Urgences Ville Hôpital Service Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et toxicomanies PR MORO (CS prov) - AVICENNE type 1 ou 3 1er CCM - 1er GH</p>
<p>(Chirurgie digestive 52-02) Pôle Spécialités médico-chirurgicales à orientation digestive et métabolique Service Chirurgie générale et digestive PR CHAMPAULT - JEAN VERDIER type 1 1er CCM - 2ème GH</p>
<p>(Radiologie et imagerie médicale 43-02 clinique) Pôle Imagerie et produits de santé Service Radiologie PR BRAUNER - AVICENNE type 1 2ème CCM - 3ème GH</p>
<p>(Biochimie et biologie moléculaire 44-01 biologique) Pôle Biologie Service Biochimie et biologie moléculaire PR BLADIER - AVICENNE type 1 6ème CCM - 4ème GH</p>
<p>(Pneumologie 51-01 clinique) Pôle HOT Hématologie Oncologie Thorax Service Pneumologie PR VALEYRE - AVICENNE type 1 5ème CCM - 5ème GH</p>

PARIS XI - KREMLIN BICETRE

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 6

PROPOSITIONS AP-HP
(Urologie 52-04 clinique) Pôle Immunopathologie - transplantation - métabolisme Service Urologie PR BENOIT - BICETRE type 1 1er CCM
(Gynécologie obstétrique 54-03 clinique) Pôle Femme Enfant Service Gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction PR FRYDMAN - ANTOINE BECLERE type 1 1er CCM
(Radiologie et imagerie médicale 43-02 clinique) Pôle Biologie et activités médicales transversales Service Radiologie PR BELLIN - PAUL BROUSSE 2ème CCM
(Oto-Rhino-Laryngologie 55-01 clinique) Pôle Neurosciences Tête et Cou PR BOBIN - BICETRE type 1 2ème CCM
(Immunologie 47-03 clinique) Pôle Immunologie transplantation métabolisme Service Médecine interne PR DELFRAISSY - BICETRE type 1 4ème CCM

PARIS XI - KREMLIN BICETRE

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 6

PROPOSITIONS AP-HP
(Bactériologie virologie 45-01 biologique) Pôle Biologie et activités médicales transversales Service Microbiologie PR DUSSAIX - PAUL BROUSSE type 1 1er CCM
(Chirurgie orthopédique et traumatologique 50-02 clinique) Pôle Hépatogastro-entérologie, chirurgie et anesthésie-réanimation UF Orthopédie-traumatologie ANTOINE BECLERE Mutation 2ème CCM

PARIS XII - CRETEIL

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 6 + 1 (proposition de l'UFR : restitution par le min
retiré en 2006 et sa transformation en PU-PH) soit une probabilité de 7 p

PROPOSITIONS AP-HP
(Dermatologie 50-03 clinique) Pôle Oncologie transplantation et immunité Service Dermatologie HENRI MONDOR Mutation 1er CCM
(Radiologie et imagerie médicale 43-02 clinique) Pôle Fonction image thérapeutique Service Imagerie médicale PR RAHMOUNI - HENRI MONDOR Type 1 2ème CCM
(Pharmacologie fondamentale 48-03 biologique) Pôle Recherche clinique et santé publique HENRI MONDOR Type 1 3ème CCM
(Immunologie clinique 47-03 clinique) Pôle Oncologie transplantation et immunité Service Immunologie clinique HENRI MONDOR Type 1 4ème CCM
(Biophysique et médecine nucléaire 43-01 biologique) Pôle Fonction image thérapeutique Service Médecine nucléaire PR MEIGNAN - HENRI MONDOR Type 1 5ème CCM

PARIS XII - CRETEIL

PU-PH

EMPLOIS VACANTS : 6 + 1 (proposition de l'UFR : restitution par le min
retiré en 2006 et sa transformation en PU-PH) soit une probabilité de 7 p

PROPOSITIONS AP-HP
(Anatomie et cytologie pathologiques 42-03 clinique) Pôle Biologie Service Anatomie et cytologie pathologiques PR ZAFRANI - HENRI MONDOR Type 1 Non classé
(Biologie cellulaire 44-03 clinique) Pôle Oncologie transplantation et immunité HENRI MONDOR Type 2 Non classé

PARIS V - René DESCARTES

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 8

PROPOSITIONS AP-HP
(Réanimation médicale 48-02 clinique) Pôle Réanimations urgences Service Réanimation polyvalente PR MIRA - COCHIN 48-1 2ème CCM
(Psychiatrie d'adultes 49-03 clinique) Service HU de santé mentale PR OLIE - SAINTE-ANNE
(Gynécologie obstétrique 54-03 clinique) Pôle Périnatalogie, périconceptologie et gynécologie Service Gynécologie obstétrique or gynécologique PR CHAPRON - COCHIN 48-1 3ème CCM
(Radiologie imagerie médicale 43-02 clinique) Pôle Imagerie explorations fonctionnelles Service Imagerie PR FRIJA - HEGP 48-1 3ème CCM
(Biologie cellulaire 44-03 biologique) Pôle Biologie et produits de santé UF Centre d'études des déficits immunitaires NECKER EM 48-2 2ème CCM
(Cancérologie 47-02 clinique) Pôle Cancérologie spécialités Service Oncologie médicale PR LOTZ (CS prov) - BROUSSAIS HEGP 48-1 1er CCM

PARIS V - René DESCARTES

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 8

PROPOSITIONS AP-HP
(Chirurgie infantile 54-02 clinique) Pôle Médico chirurgical pédiatrique Service Chirurgie orthopédique et traumatologique pédiatrique PR GLORION - NECKER EM 48-1 1er CCM
(Rhumatologie 50-01 clinique) Pôle Ostéoarticulaire Service Rhumatologie B PR DOUGADOS - COCHIN 48-1 1er CCM

PARIS ILE DE FRANCE OUEST

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 2

PROPOSITIONS AP-HP
(Physiologie 44-02 biologique) Pôle UPR Réadaptation évaluation réinsertion Service Physiologie et explorations fonctionnelles PR LOFASO - RAYMOND POINCARE (Nicolas ROCHE - PHU) 48-1 CCM FAV
(Psychiatrie d'adultes 49-03 clinique) Service Psychiatrie d'adultes CH VERSAILLES (A. MIGNOT) PR HARDY (Nadia YOUNES - PHU) 48-1

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 13

PROPOSITIONS AP-HP
(Néphrologie 52-03 clinique) Pôle UNIMED (urologie, urgences néphrologiques et transplantation rénale, néphrologie et dialyses, maladies infectieuses et tropicales, hôpital de jour médecine) Service Urgences néphrologiques et transplantation rénale PR RONDEAU - TENON 48-1 1er CCM
(Anatomie et cytologie pathologiques 42-03 clinique) Pôle Investigations biocliniques, pharmacie, DIM Service Anatomie et cytologie pathologiques PR COULOMB - ARMAND TROUSSEAU 48-1 2ème CCM
(Génétique - 47-04 biologique) Pôle Investigations biocliniques, pharmacie, DIM Service Génétique et embryologie médicale PR SIFFROI - ARMAND TROUSSEAU 48-1 1er CCM
(Physiologie 44-02 clinique) Pôle Biologie, pharmacie, physiologie TENON 48-1 2ème CCM
(Physiologie 44-02 biologique) Pôle Médecines spécialisées Service Physiologie PR DUSSAULE - SAINT-ANTOINE 48-1 2ème CCM

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 13

PROPOSITIONS AP-HP
(Médecine interne 53-01 clinique) Pôle UPR Urgences et médecines d'aval généraliste Service Médecine interne PR CABANE - SAINT-ANTOINE 48-1 1er CCM
(Réanimation médicale 48-02 clinique) Pôle UPR Urgences et médecines d'aval généraliste Service Réanimation médicale PR OFFENSTADT - SAINT-ANTOINE 48-1 3ème CCM
(Ophtalmologie 55-02 clinique) Service Ophtalmologie IV PR SAHEL - CHNO 15-20 48-2
(Pharmacologie clinique 48-03 clinique) PITIE SALPETRIERE 48-1
(Pneumologie 51-01 clinique) Pôle Anesthésie, réanimation, urgences, pneumologie, explorations fonctionnelles respiratoires, gériatrie Service Pneumologie PR SIMILOWSKI - PITIE SALPETRIERE 48-1 1er CCM

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 13

PROPOSITIONS AP-HP
(Urologie 52-04 clinique) Pôle Chirurgie, néphro, urologie, gynécologie, obstétrique, néonatalogie Service Urologie et transplantations rénales PR BITKER (CS prov) - PITIE SALPETRIERE 48-1 3ème CCM
(Neurochirurgie 49-02 clinique) Pôle Chirurgie Tête et cou Service Neurochirurgie PR CORNU (CS prov) - PITIE SALPETRIERE 48-1 2ème CCM
(Physiologie 44-02 clinique) Pôle Maladies du système nerveux Service Physiologie 2 PR FOURNIER (CS prov) - PITIE SALPETRIERE 48-1 4ème CCM

PARIS VII - DENIS DIDEROT

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 7

PROPOSITIONS AP-HP
(Biologie et médecine du développement et de la reproduction) Pôle Biologie morphologie et pharmacie Service Histologie embryologie biologie de la reproduction BICHAT Mutation
(Dermatologie 50-03 clinique) Pôle Peau ORL Plastie Stomatologie Service Dermatologie 2 SAINT-LOUIS 48-1 1er CCM
(Bactériologie virologie 45-01 biologie) Pôle Biologie génétique pharmacie Service Microbiologie et hygiène PR JARLIER (CS prov) LOUIS MOURIER 48-1 1er CCM
(Chirurgie infantile 54-02 clinique) Pôle Chirurgie Service Chirurgie infantile or orthopédique PR MAZDA (CS prov) ROBERT DEBRE Type 1 1er CCM
(Gastro-entérologie 52-01 clinique) Pôle Pathologie digestive et gynécologie obstétrique Département médico chirurgical de pathologie digestive LARIBOISIERE 48-1 1er CCM

PARIS VII - DENIS DIDEROT

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 7

PROPOSITIONS AP-HP
(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale 48-01 clinique) Pôle Urgences Service Anesthésie réanimation PR PAYEN DE LA GARANDERIE - LARIBOISIERE 48-1 2ème CCM
(Anatomie et cytologie pathologiques 42-03 clinique) Pôle Biologie Imagerie Pathologie Pharmacie Service Anatomie pathologique PR BEDOSSA - BEAUJON 48-1 1er CCM
(Pédiatrie 54-01 clinique) Pôle Pédiatrie spécialisée Service Gastro-entérologie mucoviscidose et nutrition PR CEZARD - ROBERT DEBRE 48-1 2ème CCM

PARIS XIII - BOBIGNY

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 3

PROPOSITIONS AP-HP
(Hépatologie 52-01 clinique) Pôle Spécialités médico-chirurgicales à orientation digestive et métabolique Service Hépato-gastro-entérologie PR BEAUGRAND - JEAN VERDIER 48-01 1er CCM
(Cytologie et histologie 42-02) Pôle Biologie-Pharmacie-Pathologie Service Histologie embryologie cytogénétique PR BENZACKEN (CS prov) - JEAN VERDIER 48-1 2ème CCM
(Biochimie et biologie moléculaire 44-01 biologique) Pôle Biologie-Pharmacie-Pathologie Service Biochimie JEAN VERDIER 48-2 3ème CCM

PARIS XI - KREMLIN BICETRE

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 3

PROPOSITIONS AP-HP
(Médecine interne 53-01 clinique) Pôle Urgences - Médecine interne - Réanimation médicale Service Médecine interne et immunologie clinique PR BOUE (CS prov) - ANTOINE BECLERE 48-1 2ème CCM
(Anatomie 42-01 clinique) Discipline hospitalière : chirurgie orthopédique et traumatologique Pôle DAL (Digestif - Anesthésie-Réanimation - Locomoteur) Service Orthopédie et traumatologie PR GAGEY - BICETRE 48-1 1er CCM
(Bactériologie virologie 45-01 biologique) Pôle Biologie Pharmacie Service Microbiologie immunologie PR NICOLAS (CS prov) - ANTOINE BECLERE type 1 1er CCM

PARIS XII - CRETEIL

MCU-PH

EMPLOIS VACANTS : 2

PROPOSITIONS AP-HP
(Médecine et santé au travail 46-02 clinique) Service Pneumologie CHIC 48-1
(Hépatologie 52-01 clinique) Pôle Oncologie transplantation et immunité Service Hépatogastro-entérologie PR DELCHIER - HENRI MONDOR 48-1 1er CCM