

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 9 JUIN 2009

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 8 SEPTEMBRE 2009

ORDRE DU JOUR

de la CME exceptionnelle du mardi 9 juin 2009
(salle du conseil d'administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Informations (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*)
- 2- Suivi de l'EPRD : recettes – plan d'action prioritaire (*M. Leclercq – Pr Coriat*)
- 3- Avis sur les contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*)
- 4- Permanence des soins : information sur les propositions de réorganisation faites par les hôpitaux et suite de la procédure. (*M. Gottsmann - M. Cheron*)
- 5- Information sur la méthodologie de la révision 2010 des effectifs de PH (*M. Gottsmann*)
- 6- Informations sur la mise en œuvre du RPPS et libellé « métier » sur les fiches de paie du personnel médical (*M. Gottsmann*)
- 7- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur des emplois de PHU offerts au recrutement (nominations mai 2009)
- Avis sur des propositions d'emplois de PHU au titre de la révision des effectifs 2009 (nominations mai 2010)

Composition C

- Avis sur des candidatures aux fonctions de responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique
- Avis sur des candidatures aux fonctions de chef de service et responsables de structures internes aux pôles
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire
- Avis sur des candidatures à des postes de PH (JO du 10 avril 2009)

- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers plein temps (procédure de l'article R.6152-9 CSP)
- Avis sur la validation de la fin de période probatoire d'un praticien hospitalier plein temps
- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur des demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers
- Information sur l'engagement d'une procédure disciplinaire à l'encontre d'un praticien attaché et avis sur son licenciement

Composition B

- Avis sur la titularisation de MCU-PH en odontologie nommés stagiaires au 1^{er} septembre 2008
- Avis sur la titularisation de MCU-PH nommés stagiaires au 1^{er} septembre 2008

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation interne à une UFR d'un PU-PH
- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants au 1^{er} septembre 2009

SOMMAIRE

I. Informations	6
II. Suivi de l'EPRD : recettes – plan d'action prioritaire	14
III. Avis sur les contrats d'activité libérale	15
IV. Permanence des soins : information sur les propositions de réorganisation faites par les hôpitaux et suite de la procédure	15
V. Information sur la méthodologie de la révision 2010 des effectifs de PH	18
VI. Informations sur la mise en œuvre du RPPS et libellé « métier » sur les fiches de paie du personnel médical	24
VII. Questions diverses	24

Assistent à la séance

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

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
 - Mme le Pr. AIACH.

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. DEGUELLE, directeur de cabinet,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - M. FAGON, directeur de la Politique Médicale,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

 - Mr. GOTTSMANN, direction de la politique médicale,
 - Mme LUCIOLLI, direction de la Politique Médicale
 - M. PINSON, direction de la politique médicale.

- ***membres excusés :***
 - M. le Pr BERCHE, M. le Pr. CHOUDAT, M. le Pr DELPECH, Mr le Pr PETIT.

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

M. CORIAT rappelle le caractère exceptionnel de la présente CME. En protestations à la loi HPST et à ses effets sur le rôle des communautés médicales dans les décisions de l'hôpital, l'ensemble des CME de France se sont en effet limitées à des actions ponctuelles durant la période récente. Leurs revendications portent à la fois sur la gouvernance et sur le financement des CHU. Ce dernier conduit à des diminutions arbitraires d'emplois paramédicaux, préjudiciables au fonctionnement des établissements. La suspension des CME a du reste fait l'objet d'un courrier adressé au Président de la République et à la Ministre de la Santé.

I. Informations

M. CORIAT fait part des sujets qu'il souhaite aborder à l'occasion de ce point d'information.

- **Loi HPST – Gouvernance**

La loi HPST a été profondément remaniée par le Sénat. Une Commission mixte paritaire doit se tenir la semaine prochaine et devrait confirmer cette version sénatoriale. Dans ce contexte, les présidents de CME proposent de reprendre le fonctionnement normal de leurs instances.

- **Loi HPST – Fonctionnement des CHU**

Le fonctionnement des CHU reste inéquitable et les actions doivent se poursuivre sur le sujet, mais de manière plus constructive. La cible devient dès lors la loi PLFSS, qui sera débattue à la fin de l'automne. Par ailleurs, un colloque sera prochainement organisé, sous l'égide de la CME de l'AP-HP. Un comité d'organisation et un comité scientifique doivent être constitués et les grandes lignes d'un programme arrêtées.

- **Inquiétudes sur le fonctionnement de l'hôpital**

Le plafonnement des emplois médicaux et paramédicaux a été imposé par la tutelle, qui se pose ainsi contre le cours du jeu et crée un problème s'agissant des emplois recherche et des emplois fléchés. La loi HPST place les hôpitaux sous une quasi-cotutelle impliquant l'enseignement supérieur, lui-même très investi dans la recherche. Ce ministère prêterait sans doute une oreille attentive en cas de plafonnement des emplois de recherche.

Le non renouvellement des CDD à partir de septembre 2009 pose également question. Il ne permettra en effet plus à l'hôpital de fonctionner correctement et le Directeur général devra fournir des éclaircissements sur ce point.

Enfin, il conviendra d'évoquer le paiement des jours de grève.

M. MUSSET suggère d'ajouter à cette liste la question des projets médicaux. Les groupes hospitaliers devaient rendre leurs dossiers avant le 15 juillet 2009 mais le contexte actuel leur a fait prendre un retard de quatre mois dans l'avancement de ces projets. Il conviendrait donc d'établir un nouveau calendrier prenant en compte ce retard.

M. confirme que les dossiers se sont depuis lors accumulés, il paraît souhaitable de revoir le calendrier.

M. CORIAT rappelle que le mouvement en cours a exercé une pression qui a permis de faire évoluer le texte de loi alors que le cabinet ministériel n'y était pas favorable.

Parmi les principales mesures avancées figure notamment la nomination du Directeur général de CHU par décision conjointe du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Enseignement supérieur.

Il convient également de citer le renversement du sens des nominations au sein de l'hôpital. Il est passé d'une décision descendante à une décision ascendante, reposant sur une proposition de la communauté médicale, ainsi responsabilisée. Le mouvement aurait sans doute préféré une proposition plus directe et sans la liste ajoutée par le Sénat. Toutefois la Commission mixte paritaire pourrait supprimer cette liste au profit d'une proposition de la CME. En effet, parmi les 175 nominations de chefs de pôle intervenues lors des précédentes CME, 173 n'ont pas posé problème. La plupart sont légitimes et il apparaît inutile d'inventer des listes.

Après promulgation de la loi, l'AP-HP devra s'atteler rapidement à sa déclinaison, qui s'avérera fondamentale. Elle devra voir avec les Directeurs généraux comment procéder, dans le respect de chaque équilibre. Les règlements intérieur et décrets d'application seront essentiels et l'AP-HP devra jouer un rôle moteur.

La Commission mixte paritaire ne devrait pas revenir sur les acquis du Sénat, comme l'ont confirmé les participants avec lesquels les membres de la CME se trouvent en relation. Il leur a du reste été signifié que tout recul initierait un nouveau mouvement de protestation.

La conférence des présidents de CME de CHU a suggéré que, dans le cas où la Commission mixte paritaire ne reculerait pas, les travaux des instances puissent reprendre. Elles ont en effet grand besoin de progresser dans des démarches entreprises avant cette protestation, notamment le financement de l'AP-HP en 2010. Afin de ménager quelques marges de manœuvre, des restructurations doivent être initiées dès 2009. Un saupoudrage ne suffira pas et les problèmes actuels doivent être traités dans une démarche responsable. De plus, les CME devront entreprendre de décliner la loi.

Il est peu probable que la Commission mixte paritaire du 16 juin 2009 recule, aussi le travail médico-administratif pourrait-il reprendre rapidement, avant même la CME prévue le 7 juillet 2009. M. CORIAT propose donc une date additionnelle de réunion le 23 juin 2009. La CME pourra à cette occasion se prononcer sur l'état quadrimestriel de l'EPRD. Etant données les avancées obtenues à la suite du passage de la loi au Sénat (retour du projet médical entre les mains de la CME et non plus des directeurs, nominations ascendantes), le mouvement pourrait cesser afin de concentrer tous les efforts sur le financement des CHU.

M. CAPRON sollicite une interruption de séance afin que les membres de la CME adhérents au SMHP se réunissent et se prononcent sur la qualité des avancées obtenues pendant le mouvement de protestation.

M. LYON-CAEN s'étonne que les présidents de la Conférence des Doyens et de la Conférence des présidents de CME aient déjà rédigé une lettre d'allégeance indiquant que, les principales revendications ayant été satisfaites, le cours normal des instances pouvait reprendre. Cette décision lui paraît d'essence personnelle, dans la mesure où elle n'a donné lieu à aucun débat et où elle

anticipe les résultats de la Commission mixte paritaire. Cette démarche revêt même un aspect provocateur vis à vis de certains. La CME ne saurait se prononcer avant de savoir si la Commission mixte paritaire revient ou non sur « *ce qui a été obtenu* » au Sénat –selon les dires du Président. En effet, le comportement de certains membres de cette Commission mixte paritaire laisse présager que ce passage ne sera pas si aisé. Enfin, si le mouvement engagé protestait sur le thème de la gouvernance, il pointait également le problème des emplois, médicaux, or la nouvelle proposition n'apporte pas satisfaction sur ce plan.

M. CORIAT rappelle que l'AP-HP s'est située en avant dans le combat et que les autres CME –hormis celle de Marseille– se sont montrées très en retrait par rapport à ses propositions. Les plus petites sont souvent plus craintives, car davantage menacées. Les 37 CME ont dû trouver le plus petit dénominateur commun et aboutir à une position conciliante. Malgré tout, si la Commission mixte paritaire devait reculer, la Conférence étudierait les voies d'expression d'un mécontentement.

En matière de financement, les emplois supposent des dépenses publiques, donc une loi. La loi HPST ne prévoyait pas de volet sur ce thème, et le rapporteur du Sénat a clairement indiqué que la cible dans ce domaine serait le PLFSS de l'automne. D'ici là, les CME doivent se mobiliser pour valoriser leurs besoins. La V11 n'est pas aussi prometteuse qu'espéré. Il faudra reconnaître les missions d'intérêt général, d'enseignement et de recherche des CHU, mais aussi augmenter la part des MIGAC et des MERRI dans l'allocation des ressources. En effet, aucun décret ne viendra accroître les emplois dans les hôpitaux. Enfin, il convient de signaler que le Président de la Conférence des Doyens de Médecine se montre très réservé.

M. FOURNIER fait valoir que l'exécution budgétaire s'est poursuivie durant le mouvement, et place désormais l'institution dans une difficulté plus grande que prévu. En ce milieu d'année 2009, toutes les conditions sur lesquelles la CME a voté l'EPRD ne sont pas stabilisées, en raison du jeu trouble adopté par la tutelle. L'AP-HP a établi un budget de plus de 6 milliards d'euros, mais risque de ne pas disposer des recettes prévues, donc de devoir contrôler ses dépenses autorisées. Ce problème budgétaire dépassera celui de la gouvernance et l'automne s'annonce difficile. Les emplois constitueront sans doute l'une des expressions les plus problématiques de l'EPRD. Un débat approfondi devrait dès lors être prévu lors de la réunion suivante.

M. CORIAT avance qu'une démarche de restructuration s'est organisée et que les établissements ont connu une activité renforcée. Toutefois l'élan de restructuration initié en 2008 a été fortement découragé par la loi HPST. Les communautés médicales ont mal vécu les propos tenus par le Gouvernement et leur dynamisme doit de nouveau être mobilisé.

M. AIGRAIN rejoint l'idée selon laquelle la CME doit reprendre le plus rapidement possible ses travaux, à la condition que ses exigences aient été satisfaites. Elle doit adresser des messages aux communautés mais aussi à la tutelle. En effet, les engagements des tutelles ne seront sans doute pas tenus en matière de recette, en raison d'une modélisation difficile de la V11. Ainsi, les règles d'attribution de la part variable MERRI ont changé. Le colloque proposé pour l'automne n'en prend que davantage d'importance et doit mobiliser toutes les énergies de cette instance.

M. CORIAT souhaite savoir quelles mesures espérait M. LYON-CAEN pour accroître le personnel paramédical eu sein de l'AP-HP, au moment où les licenciements se multiplient en France. Il ignore en effet ce qui pourrait être obtenu en dehors de PLFSS.

M. LYON-CAEN estime que le découpage proposé par le ministère de la Santé, qui conduit à des suppressions inconsidérées dans les hôpitaux, aurait dû être renégocié. Or il n'est pas intervenu dans le cadre du projet de financement de la Sécurité sociale mais durant les mois précédents. La CME a sans doute eu une attitude égocentrique et irresponsable en se concentrant sur les médecins et en oubliant trop les autres soignants.

M. CORIAT lui assure qu'il n'oublie pas le personnel paramédical. Les négociations sur l'EPRD l'ont d'ailleurs mis en avant, mais la CME n'a pas été entendue.

M. LYON-CAEN aurait souhaité un éclairage sur la raison et les critères conduisant à réduire des emplois à l'AP-HP car la situation reste opaque depuis cinq mois. Il s'agit selon lui d'une victoire à la Pyrrhus.

M. CORIAT ne la considère pas comme une victoire et rappelle qu'un comité de suivi a été instauré.

M. VALLEUR observe que depuis vingt ans les gouvernements successifs cherchent à contenir les dépenses de santé, en supprimant le budget global des hôpitaux, en introduisant l'ONDAM ou encore en ne prévoyant pas les sommes espérées dans la récente V11. Un colloque visera prochainement une augmentation des MERRI et des MIGAC, mais il conviendra également de s'intéresser au fait que l'ONDAM, budget fermé, impose de transférer des sommes des hôpitaux non universitaires vers les hôpitaux universitaires. Il n'est pas certain que cette mesure soit bien accueillie. De plus, l'effort entamé dans les restructurations hospitalières doit se poursuivre, sous peine de devoir rendre encore davantage d'emplois.

M. CORIAT l'approuve.

M. MUSSET signale que le colloque ne vise pas uniquement à augmenter la part des MIGAC et des MERRI mais à étudier les possibilités de financement des hôpitaux au regard de leur triple mission à partir d'autres sources, l'enveloppe du ministère de la Santé étant figée.

M. LECLERCQ rappelle que le principe du financement socialisé des dépenses de maladie, assis sur les cotisations sociales, rend les directeurs comptables devant l'Etat. L'ONDAM se divise en enveloppes, l'une d'entre elles étant consacrée à l'hôpital public. Une partie tient à l'activité T2A et une autre aux missions d'intérêt général. Les CHU se différencient donc par leurs MERRI.

Le modèle actuel, appliqué au niveau d'activité 2008 et aux tarifs 2008, situe l'AP-HP à un niveau supérieur de 300 millions d'euros à la moyenne nationale. Dans le cadre de la convergence intra-sectorielle, elle doit donc réduire ses coûts de fonctionnement. Elle devra également travailler sur les MERRI et définir des missions hors MERRI.

M. LYON-CAEN note que 29 des 31 CHU français sont déficitaires. Afin d'éviter leur disparition, une nouvelle vision de l'hôpital universitaire doit être développée, au-delà des MERRI et MIGAC. Il conviendra également de définir la norme applicable aux CHU.

M. LECLERCQ refuse de donner un avis sur cette question.

M. MUSSET ajoute que les présidents de CCM s'interrogent sur le recul de la convergence public-privé de 2012 à 2018. Elle semble d'autant plus complexe que le déficit de la convergence intrasectorielle est déjà de 300 millions d'euros.

M. GUIN précise que le report annoncé par le gouvernement ne concerne que la convergence public-privé (intersectorielle). L'AP-HP aurait été déficitaire de 300 millions d'euros en 2008 si la convergence intrasectorielle avait été achevée. Il n'existe en revanche aucun élément de calcul pour estimer l'écart de convergence intersectorielle, et le sujet a été renvoyé à 2018. Il s'avère cependant normal, compte tenu des différences de missions entre les deux secteurs et dépassera certainement les 300 millions d'euros. Ce sujet n'étant pas encore d'actualité, les efforts doivent se concentrer sur la convergence intra-sectorielle.

M. CORIAT annonce qu'en prévision de la loi PLFSS, la Conférence des présidents de CME de CHU lui a demandé de présider un colloque à l'automne 2009. Il se tiendra à Paris, sans doute dans une faculté de médecine, et s'organisera en deux parties. Tout d'abord, quelques grands noms (dont Bertrand Fragonard et Gérard de Pouvourville) reviendront sur la place de la T2A dans le financement. Un intitulé a déjà été proposé : « *Les CHU sont-ils solubles dans la T2A ?* ». Les grands systèmes seront ensuite comparés, avec l'aide de quatre directeurs généraux de CHU : un français, un suisse, un belge et un britannique. Des conférences de consensus seront organisées durant l'après-midi. Elles reposeront sur des sujets fléchés et conduiront à des recommandations de jury sur les activités du CHU non valorisés (GHS de recours, enseignement, intérêt général, etc.).

Cette journée sera très médiatisée, afin d'influer sur les répartitions du PLFSS. Elle sera portée par la Conférence des Présidents de CME de CHU et la Conférence des Doyens souhaite en être coorganisatrice. Elle est ouverte aux présidents des CCM. Il convient désormais de constituer un comité scientifique, auquel le Mouvement de défense de l'Hôpital public ou d'autres syndicats pourrait participer.

M. MUSSET rappelle avoir proposé d'organiser différemment le colloque.

M. CORIAT se dit ouvert dans cet exercice.

La séance est suspendue de 9 heures 35 à 9 heures 50.

M. CORIAT annonce que les syndicats qui le souhaitent ont pu se réunir afin de décider s'ils acceptaient de reprendre les travaux dans le cas où la Commission mixte paritaire du 16 juin 2009 ne reculait pas.

M. CAPRON indique que le SMHP a voté une suspension de la chaise vide médico-administrative par 9 voix favorables et 5 voix défavorables.

M. CORIAT propose que la CME reprenne son fonctionnement normal le 23 juin 2009 si les avancées du Sénat ne sont pas remises en cause. Elle agira de manière volontariste sur les missions et l'efficacité, en rassemblant le plus grand nombre d'éléments de réflexions possible pour obtenir un autre financement du CHU dans le cadre de PLFSS. A l'occasion de ce projet de loi, d'autres modalités d'action pourront être envisagées afin de faire prévaloir un financement plus équitable.

M. CAPRON souhaite reporter les échéances de calendrier pour les regroupements hospitaliers et les projets médicaux du plan stratégique.

M. CORIAT propose d'ajouter ce point aux trois sujets qu'il souhaite désormais traiter avec le Directeur général.

Plafonnement des emplois médicaux et paramédicaux par le ministère

M. CORIAT juge ce plafonnement problématique pour les emplois recherche et les emplois fléchés dans la mesure où le raisonnement s'opère essentiellement en termes de masse salariale. Il s'avère donc pénalisant et s'inscrit contre le cours du jeu. Du reste, placer les FFI (Faisant Fonction d'Interne) au même rang que les PH (Praticiens Hospitaliers) relève du non-sens et ignore le fonctionnement réel de l'hôpital.

M. LECLERCQ signale en préambule que la gouvernance s'est poursuivie durant toute la période du mouvement.

Sont soumis au plafond d'emploi l'ensemble des emplois médicaux, paramédicaux et hospitaliers liés au fonctionnement courant, mais non les emplois reposant sur des crédits subventionnels, par exemple les PHRC. Une partie des emplois pérennes de la DRCD est donc soumise à ce plafond, mais la partie modulable de la recherche ne l'est pas. Cette gestion devra sans doute être modulée plus finement pour 2010, mais la recherche ne doit pas nourrir d'inquiétudes, en dépit de quelques incompréhensions.

M. CORIAT juge absurde d'inclure des FFI dans le plafond d'emplois alors que les internes ne le sont pas.

M. LECLERCQ explique que les internes n'y figurent pas pour des raisons liées au *numerus clausus*, et que les FFI sont considérés comme du temps médical classique de renfort. Cette décision de la DHOS pourra être clarifiée en 2010, mais s'impose pour 2009.

M. RYMER demande si le plafonnement sera appliqué de manière équivalente à tous les CHU.

M. LECLERCQ ne le pense pas. L'AP-HP représentant 10 % de l'hospitalisation en France, le Gouvernement la traite de manière particulièrement stricte. Les grands CHU de Lyon et Marseille sont également soumis à ce plafond en raison de leurs difficultés actuelles.

M. CORIAT souhaite savoir s'il ajoute des contraintes à la masse salariale.

M. LECLERCQ rappelle que l'AP-HP devra l'abaisser de 700 emplois par rapport à la moyenne de 2008. Elle procédera donc à des retraits d'emploi, pour moitié sur des personnels de remplacements et pour moitié sur emplois permanents. Toutefois, le chiffre initial était de -1 000. Il se base sur un niveau de déficit acceptable par l'Etat.

M. MUSSET y voit une double peine, à la fois sur la masse salariale et sur le plafond des emplois qui n'a de sens que dans le cadre d'un financement sur le mode du « budget global ».

M. LECLERCQ s'emploie à revenir à une règle de gestion logique. Il s'agit d'être jugé sur l'exécution du titre 1 (masse salariale des personnels hospitaliers) et de disposer d'un tableau prévisionnel des emplois rémunérés. Il serait évidemment possible de prévoir une souplesse dans le tableau des emplois en fonction de la masse salariale, mais cette double contrainte est propre à la gestion de l'Etat.

M. MUSSET pointe le fait que la tarification à l'activité de s'applique pas.

M. HARDY signale que de nombreux départs pourraient intervenir, à l'occasion desquels, par exemple, deux PH pourraient être remplacés par deux personnels sous un autre statut. Le management devrait à cette occasion bénéficier d'une certaine souplesse, or il risque de se trouver sclérosé.

M. LECLERCQ convient que, une fois la loi passée en Commission mixte paritaire et promulguée au Journal Officiel, la question des pôles se reposera. Ils devront évidemment disposer d'une marge de manœuvre, mais la voilure financière devra être réduite. Il s'agira de le faire avec intelligence et souplesse.

Non-reconduction des CDD

M. LECLERCQ indique que le renouvellement des CDD se trouve systématiquement bloqué, en lien avec la connaissance exacte du TPER. Les résultats d'activité n'étant pas à la hauteur, les dépenses devront être tenues. Le blocage actuel peut être analysé, mais sans espérer de miracle. De plus amples précisions seront disponibles après le 16 juin 2009.

M. CORIAT souligne que les communautés médicales se sont démotivées. Il faut désormais attendre leur reprise et le mois de juillet, important en chirurgie.

M. AIGRAIN demande si les CDD sur crédits de recherche seront encore bloqués.

M. LECLERCQ répond par la négative, en s'appuyant sur de récents échanges avec la directrice de la DHOS. Ces crédits sur appels à projet sont financés sur plusieurs années.

M. RICHARD demande si le TPER est fixé, dans la mesure où les hôpitaux se voient déjà réclamer le rendu d'emplois médicaux et paramédicaux. Il se demande également si ce rendu est en rapport avec le plafonnement précédemment évoqué.

M. LECLERCQ y voit un lien très étroit. La machinerie du TPER, complexe, est en cours de finalisation. Elle définira entre autre la manière de répartir les emplois grade par grade pour organiser les concours et les mouvements.

M. RICHARD précise qu'il semble que l'information concernant le TPER de chaque hôpital ne soit pas diffusée localement de manière transparente. Si cette information existe, il souhaite savoir si le TPER se décline au niveau des différents pôles car il lui semble que les clefs de répartition des rendus d'emplois ne sont pas homogènes d'un pôle à l'autre.

M. LECLERCQ répond qu'il est connu et à la disposition des directeurs ; à charge pour chaque conseil exécutif local de voir comment répartir ses effectifs.

M. CORIAT en prend note. Il souhaite savoir si un arbitrage a été réalisé sur les rendus d'emplois demandés aux hôpitaux, dans le cadre de la révision des effectifs.

M. LECLERCQ répond que la Direction générale assurera la révision des effectifs 2009. Elle doit trouver les moyens de combler le déficit actuel de 3,5 millions d'euros et fournira des instructions en ce sens dès qu'elle les aura arrêtées.

M. CORIAT obtient confirmation auprès du Directeur général que ces 3,5 millions d'euros, demandés de façon arithmétiques aux hôpitaux, peuvent être trouvés par différents moyens, y compris en dehors du temps médical.

M. RYMER sollicite une explication sur la baisse de la masse salariale du personnel médical entre 2008 et 2009.

M. LECLERCQ avance que, la gestion des emplois médicaux devenant moins favorable que les années précédentes, des réductions sont intervenues dans certains secteurs.

M. GARABEDIAN fait part d'un dilemme et d'une souffrance réelle dans les hôpitaux. Il est intolérable que des impératifs économiques prennent le pas sur la stratégie médicale entraînant des rumeurs désagréables venant du siège de fermeture de services sans en prévenir les présidents de CCM ou les directions hospitalières. Les décisions doivent être prises en commun, à l'issue de discussions stratégiques. Quant à la réduction du personnel paramédical, elle est tout aussi importante. En réalité, le combat depuis un mois concerne certes la gouvernance mais aussi la réduction continue des effectifs.

M. LECLERCQ l'entend, mais doit conduire une politique de réduction d'emploi.

M. MUSSET l'informe que le moral des présidents de CCM est au plus bas, du fait même de cette politique. Le Directeur général avait pourtant indiqué qu'il trouverait une solution de financement excluant les emplois médicaux pour les 3,5 millions d'euros que l'AP-HP doit rendre.

Il se dit par ailleurs étonné par le plafond des emplois, qu'il juge totalement contraire à un raisonnement en masse salariale que la Direction des Finances applique depuis plus de deux ans pour l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP. Il propose que la CME fasse officiellement part de son opposition à un plafonnement arbitraire de ce tableau.

M. LECLERCQ rappelle avoir promis de trouver 3,5 millions d'euros dans les emplois médicaux et ailleurs. Il n'a en outre pas d'avis à donner sur le plafonnement.

M. CORIAT ne se dit pas opposé à une motion, mais pointe la mauvaise qualité des relations avec les ministères. Il propose un vote lors de la CME du 23 juin 2009, après la Commission mixte paritaire. Il pourrait également envisager une visite au cabinet ministériel après le vote définitif de la loi HPST, qui pollue pour l'heure le débat.

Paiement des jours de grève

M. LECLERCQ rappelle que la grève est un droit constitutionnel, traduit dans la fonction publique hospitalière. Il s'accompagne de règles concernant la retenue sur salaire, qui seront appliquées.

M. CAPRON signale que de nombreux mouvements à l'AP-HP ou ailleurs se soldent par une négociation sur le paiement des jours de grève. Cette question n'est donc pas scandaleuse. Il souhaite au passage connaître la perte de recettes qu'ont entraînée à l'AP-HP les grèves des 28 avril et 14 mai 2009.

M. LECLERCQ répète que si de telles négociations ont eu lieu par le passé au sein de l'AP-HP, tel n'est plus le cas et que toute grève fait l'objet de retenues.

M. DASSIER ne se dit pas choqué par ces retenues, en fait anecdotiques. Toutefois ces jours de grève ont un impact sur les tableaux de service découlant des résultats du quadrimestre. Certains ont en effet dépassé leur niveau d'activité et ne peuvent en faire bénéficier leur compte épargne temps. La perte de récupération ne devrait pas s'ajouter à la perte de salaire.

M. LECLERCQ convient que des modalités particulières doivent être discutées dans les services.

Elaboration des projets médicaux

M. LECLERCQ comprend que les projets médicaux ont été freinés par les récents mouvements, et ne se dit pas figé quant au calendrier. Les discussions prévues à la fin du mois de juin doivent cependant être maintenues, de même que les conférences stratégiques par groupe hospitalier qui se tiendront de mi-septembre à mi-octobre.

M. FAGON ajoute qu'il rencontrera les représentants des groupes hospitaliers mi-juin afin de voir où ils se situent dans l'élaboration de leur projet médical. L'ensemble des directions fonctionnelles du siège y seront représentées afin que l'ensemble des volets du plan stratégique (investissement, ressources humaines, soins) puissent être abordés. L'AP-HP doit se montrer claire pour 2010 quant aux mesures qui participeront de l'effort de convergence. Fin juin, elle devra avoir identifié les thématiques qu'elle approfondira à l'automne, lors des conférences stratégiques qui se dérouleront dans la même formation.

M. AIGRAIN demande si la commissions stratégie recherche participera à ces rencontres.

M. FAGON assure que la CME sera représentée.

II. Suivi de l'EPRD : recettes – plan d'action prioritaire

M. CORIAT propose de reporter la présentation de l'état quadrimestriel au 23 juin 2009, l'ensemble des chiffres d'activité et de recherche n'étant pas encore revenu à la Direction des finances.

III. Avis sur les contrats d'activité libérale

M. GOTTSMANN présente sept nouveaux contrats d'activité libérale et soumet également au vote dix renouvellements de contrats d'activité libérale.

Ces contrats sont adoptés à la majorité, par 23 voix favorables, 4 voix défavorables et 13 abstentions.

IV. Permanence des soins : information sur les propositions de réorganisation faites par les hôpitaux et suite de la procédure

M. CORIAT renvoie, en préambule, à la discussion précédente sur la révision des effectifs. Les possibilités éventuelles de réorganisation des gardes et astreintes peuvent participer au financement des 3,5 millions d'euros restant à trouver.

M. CHERON signale que ces travaux ont peu avancé depuis deux mois, mais reprendront la semaine suivante –date butoir pour le dépôt des projets d'organisation des groupes hospitaliers. Les révisions des effectifs en cours et à venir dépendent fortement de l'effort d'organisation, donc de la gestion des gardes et astreintes. Si cette réorganisation achoppe, la révision des effectifs échouera également. Or l'AP-HP doit conserver des potentiels de carrière pour les jeunes et une activité dans ses établissements

M. GOTTSMANN fait savoir que sur les 38 dossiers attendus, 5 n'ont pas été retournés et 16 seulement proposent des réductions. Ces dernières produiraient 1,5 million d'euros en 2009, et 2,3 millions d'euros en année pleine, à rapporter aux 10 millions d'euros requis. Un tableau retrace par GHU les propositions spontanées faites par les hôpitaux et leur valorisation, ainsi que leur niveau de validation.

M. GOTTSMANN poursuit en présentant le plan d'actions retenu par la CCOPS pour la suite de la procédure :

- rédiger une monographie sur le cadre juridique applicable à la permanence des médecins en formation pour pouvoir mieux cerner les économies possibles sur ce type de gardes et astreintes ;
- intégrer dans les chiffrages des mesures de réorganisation des gardes et astreintes les impacts en personnels non médicaux ;
- participer à l'enquête qualitative de la DHOS sur le niveau et la nature de la participation des personnels médicaux aux gardes et astreintes, afin de moduler les montants attribués en MIGAC : cette enquête devra être remplie avec le plus grand soin, mais elle suppose d'analyser la fréquence des déplacements en astreinte alors que le SI reste limité dans ce domaine ; tous les efforts seront donc concentrés sur le mois de juin ;

- gérer la seconde étape qui devra permettre d'atteindre les 10 millions d'euros demandés au moyen des opérations de restructuration et de mutualisation au niveau des GH, des GHU et de l'ensemble de l'AP-HP ; la mobilisation des directeurs en charge de la mise en place des GH sera essentielle sur ce point ;
- définir des règles appropriées de ventilation des recettes MIGAC dévolues à la permanence des soins. Sur 2009, 57,6 millions d'euros ont été notifiés à l'AP-HP, correspondant à 10/12^{ème} de l'enveloppe totale (effet au 1^{er} mars 2009). Afin de ne pas ralentir les notifications d'EPRD aux sites et compte tenu du contexte, cette ventilation sera réalisée pour 2009 au prorata des dépenses 2008, après neutralisation des dépenses de plages additionnelles et des dépenses de gardes et astreintes aux urgences, en gériatrie et en rééducation (ces dépenses restant couvertes par les tarifs). Cette démarche trouve toutefois une limite certaine en ce qu'elle justifie la dépense par la dépense. Il faudra donc définir des clés de répartition plus appropriées pour 2010.

M. CHERON signale que l'élan de certains établissements dans ce domaine en décembre 2008 et janvier 2009 s'est depuis évaporé. Dans la négociation avec la tutelle, il appelle la CME à faire part de sa volonté forte de revoir les gardes et astreintes. Il ne serait en outre pas normal que les établissements ayant répondu soient traités de la même manière que les autres lors des conférences stratégiques.

M. CORIAT fait remarquer que les sommes découlant des gardes restructurées avant qu'elles ne soient jugées inutiles par la DHOS pourront être utilisées.

M. CARLI ajoute que si l'AP-HP se montre trop lente, ces sommes iront aux ARS.

M. CORIAT juge inadmissible que certains hôpitaux n'aient pas répondu et invite la Direction de la Politique Médicale à les relancer. Les établissements ayant au contraire répondu devront pour leur part être favorisés. Quant aux astreintes, il conviendra de les définir clairement. La DHOS et les hôpitaux n'en ont pas toujours la même acception.

M. GOTTMANN précise que dans le cadre d'une astreinte forfaitaire, le nombre de déplacements n'influe pas sur la rémunération, ce qui n'est pas le cas dans le cadre d'une astreinte opérationnelle où chaque déplacement est rémunéré jusqu'au moment où l'astreinte se transforme en permanence sur place.

M. VALLEUR souhaite également discriminer l'activité d'urgence, qui n'est pas équivalente dans tous les hôpitaux. Le nombre d'appendicectomies pourrait représenter un critère simple.

Il demande ensuite si les conférences de l'automne se tiendront par hôpital ou groupement. La différence s'avère en effet fondamentale pour les gardes et astreintes.

M. FAGON répond qu'elles porteront sur des groupes hospitaliers. Il invite pour sa part à distinguer les établissements qui n'ont pas du tout répondu de ceux dont la réponse ne compte aucune proposition de réduction.

M. RYMER signale que certains ne peuvent répondre sans l'avis du Conseil exécutif local, actuellement en grève.

M. FAGON pointe la date d'envoi de la demande, antérieure à cette grève.

M. RYMER estime que la possibilité de mutualisation des gardes ne peut s'estimer que dans le cadre du groupe hospitalier.

M. FAGON rappelle que les deux étapes successives portent sur le site et sur le groupe. La seconde est actuellement initiée.

M. FAYE s'enquiert du niveau de validation de ce tableau prévisionnel. L'HEGP a en effet reçu une demande de suppression d'une demi-garde de traumatologie à partir de mi-juin alors que le tableau des gardes a été figé jusqu'à fin octobre. Cette demande n'a jamais été votée en CCM et cette suppression n'a pas le soutien du président du CCM (cf. le document présenté) ; cette demi-garde s'avère cruciale dans le fonctionnement d'un SAU de niveau 3 et un coûteux audit externe en a confirmé le bien-fondé. Le Chef de Service de chirurgie ortho-traumatologique à l'HEGP et Président de la collégiale des orthopédistes souhaite informer notre Instance, qu'en cas de suppression de cette demi garde, il retire sa responsabilité de toutes les conséquences d'un accueil différé ou de retards dans la prise en charge des patients de traumatologie.

M. FAGON considère que ce problème est interne à l'HEGP.

M. GOTTMANN signale que les propositions de cet hôpital ont été formulées dans le cadre d'un courrier officiel, signé du Directeur et du Président de la CCOPS.

M. SEBBANE insiste pour que les gardes et astreintes soient maintenus dans les hôpitaux de gériatrie. Elles contribuent en effet à la permanence de la prise en charge des patients âgés.

M. GOTTMANN pointe la distinction introduite dans la nouvelle réglementation entre les gardes et astreintes participant de la permanence des soins et celles participant de la continuité des soins. Les dispositifs de gardes et astreintes de gériatrie font partie de ces dernières et restent ainsi financés par les tarifs et non par l'enveloppe MIGAC « permanence des soins ».

M. CORIAT encourage à revoir les gardes et astreintes de façon volontariste lorsque la question de la loi HPST sera réglée. En effet, certaines structures sont surmédicalisées le soir et sous-médicalisées le jour.

M. FAYE demande quand prendront effet ces mesures, décidées par groupements hospitaliers qui ne sont pas encore constitués. Il ne conçoit en effet pas de faire annuler la liste de garde sur la période estivale.

M. GOTTMANN considère la date d'effet comme un enjeu interne à l'hôpital. Toutefois il sera difficile de ne pas tenir compte d'une suppression de garde actée par la CCOPS.

M. FAGON explique que la date de mise en œuvre n'aura d'impact que sur le déficit. Plus elle sera tardive, plus cet impact sera faible.

M. CHERON invite chaque établissement à discuter sur ce thème. La COPS se réunira avant la fin du mois de juin. A terme, l'AP-HP aura besoin d'une évaluation de ce que payent effectivement les établissements. Il vaut du reste mieux qu'elle s'en occupe elle-même, et non qu'elle laisse la Cour des Comptes ou l'IGAS s'en charger.

M. CORIAT rappelle le reproche souvent adressé à la CME de ne pas s'intéresser suffisamment au tableau des emplois paramédicaux, dont la fuite reste problématique. La révision des gardes et astreintes permettra de dégager des marges de manœuvre donc de sauver des emplois soignants. Elle ne constitue pas une solution unique, mais cette analyse critique, pertinente et exigeante du temps médical consacré aux gardes et astreintes participera de leur sauvegarde.

Quant au cas de l'HEGP, une demi-garde de traumatologie n'empêchera pas les malades d'attendre aux urgences, car le problème de ces services est bien plus vaste.

M. FAYE rappelle que les personnels ont fait l'effort de s'adapter aux flux, appuyés par une société de conseil. Selon lui, cette demi-garde n'est supprimée qu'en vertu de règlements de comptes internes peu professionnels.

M. AIGRAIN signale que le projet de réorganisation des gardes chirurgicales sera prochainement abordé. Ce dossier pourra alors être repris sereinement afin d'aboutir à une réorganisation plus satisfaisante que celle conduite lors d'une précédente mandature.

M. DASSIER rejette en outre l'accusation d'opacité, dans la mesure où cette décision a été annoncée en CCM et en CCOPS.

M. CORIAT promet une discussion sur le sujet lorsque les CCM reprendront.

M. DOUARD avance qu'aucune piste ne saurait être trouvée sans réflexion au niveau du GHU.

V. Information sur la méthodologie de la révision 2010 des effectifs de PH

M. CORIAT indique que la CME porte une grande attention à la révision des effectifs de PH, qui apportera une bouffée d'oxygène dans l'ensemble de l'AP-HP. Elle respecte dans cette perspective deux principes : l'équité dans l'ensemble des institutions et l'analyse raisonnée des demandes. **M. PETIT**, qui anime un groupe de réflexion sur ce thème depuis 2008, est absent ce jour, aussi ce point sera-t-il de nouveau abordé à l'avenir. Toutefois ses lignes directrices seront présentées ce jour afin de disposer d'une méthodologie claire dès juillet.

M. AIGRAIN précise que la CME doit valider son travail pour qu'une note de cadrage puisse être adressée aux services. Elle vise à maintenir l'équité de la révision et à permettre des redistributions au sein de l'institution.

Il n'est pas paru possible de réaliser un interclassement réel au sein des groupes. La démarche proposée procède donc hôpital par hôpital, même si le directoire du GH doit apposer sa validation. Par ailleurs, un classement unique est proposé. Il regroupe les maintiens, les autofinancements et les demandes de poste. La révision des effectifs est en effet médicalisée, et le projet médical

devient crucial, quelle que soit la nature de la demande. Enfin, l'avis des collégiales restera sollicité pour valider la qualité des candidats au poste de PH. Elles participeront à la priorisation des emplois.

M. GOTSMANN ajoute que le groupe de travail s'est réuni deux fois les 6 et 23 mars 2009. Sous la conduite de M. PETIT, il se compose du président et vice-président de la CME, du président de la commission des effectifs médicaux, des représentants des présidents de CCM, de représentants du bureau de la CME, de la DEF et de la DPM.

Ce groupe de travail visait à prendre en compte le cadre des futurs GH dans la procédure, à clarifier les règles de gestion appliquées dans le cadre de la révision, et à mieux articuler cette révision avec la procédure budgétaire. L'ensemble du dossier a été présenté le 20 mai 2009 à la Commission des effectifs, qui l'a approuvé.

La procédure proposée par le groupe de travail repose avant tout sur le maintien d'une démarche par hôpital, un classement unique et véritable (sans *ex-aequo*) par hôpital et une simple validation au niveau des GH (au travers d'une notation de A à C rapportée au projet du GH). Le rôle des collégiales est maintenu, sous la forme d'un avis sur les candidatures.

La première étape consistera en une analyse des demandes de maintien. Les reprises permettront de contribuer au volet 2010 du Plan Efficience, de financer les demandes de création par redéploiement et de financer les grandes opérations de restructuration. La seconde étape résidera dans l'analyse des demandes de création (par redéploiement ou autofinancement).

Le cadrage de la procédure se limite à ce stade aux éléments de méthodologie et aux règles de gestion ; il ne comporte pas encore d'éléments de cadrage budgétaire, ces derniers ayant vocation à être communiqués à l'automne.

Ce cadrage méthodologique énonce les principes directeurs suivants :

- a minima, une procédure à masse salariale constante et permettant de dégager les moyens suffisants pour remplir les objectifs assignés par le Plan Efficience 2010 et honorer les demandes de création de poste par redéploiement institutionnel ;
- la prise en compte de la règle du plafond d'emplois ;
- l'intégration de la logique de tarification à l'activité et une prise en compte de la situation financière globale de l'hôpital dans l'analyse des demandes ;
- une articulation renforcée entre la procédure de révision des effectifs hospitaliers et celle des effectifs universitaires, les demandes de TPER médicaux, les propositions du Plan Efficience et la révision du dispositif de permanence des soins ;
- l'impossibilité de supprimer un poste de PH en dehors de la procédure de révision, par exemple au titre du Plan Efficience.

Il sera possible de conditionner l'acceptation d'une demande de maintien à la mobilisation d'un complément de masse salariale de personnel médical non permanent. L'hôpital paiera ainsi une somme pour conserver son poste de praticien hospitalier. Cette acceptation devra en outre être fonction de la valeur du projet et de la situation financière du site. De la sorte, des marges d'action supplémentaires pourront être dégagées grâce à un panel de décisions intermédiaires entre l'acceptation et le refus du maintien. Cette méthode a permis en 2008 de contribuer aux créations de postes par redéploiement institutionnel.

En cas de reprise ou de refus de maintien, la masse salariale comme le support juridique seront repris. Toutefois, en fonction de la situation financière du site, une somme pourra être maintenue en masse salariale afin de permettre une compensation en temps médical.

Enfin, si un PH est nommé PU-PH dans son service, le poste de PH et la masse salariale correspondante seront repris mais la perte de temps de travail hospitalier pourra être compensée, à hauteur de 4 à 10 demi-journées.

M. CORIAT pointe les cas de départs en retraite de PU-PH. Le service concerné se voit alors retirer un poste, alors qu'il doit conserver une masse budgétaire suffisante pour reconstituer ce temps médical.

M. CHERON explique que la compensation des heures médicales d'un PU-PH partant en retraite ne s'est jamais appliquée que localement. Nombre d'établissements l'ont remise depuis longtemps.

M. CORIAT suggère d'ajouter à cette note un point prévoyant une compensation de six demi-journées en cas de départ en retraite.

M. FAGON promet d'aborder ultérieurement ce sujet, qui n'est pas en lien direct avec le point de l'ordre du jour.

M. GARABEDIAN pointe le cas d'un service comptant un PH et un PU-PH, et où, au départ en retraite du PU-PH, le PH est nommé PUPH entraînant une disparition du poste de PH.

M. GOTTSMANN lui répond que, dans ce cas, l'hôpital dispose de la valence hospitalière de l'emploi de PU-PH (60 K€) pour demander la création du poste de PH (110 K€).

M. GARABEDIAN juge cette règle absurde.

M. GOTTSMANN estime qu'elle est essentielle pour disposer de marges de manœuvre lors des créations de postes.

M. FAYE fait observer que la promotion de PH en PU-PH a toujours fonctionné et contribuait à abonder le fond de redéploiement. Toutefois, une telle promotion a toujours constitué une « mauvaise opération » pour le maintien des effectifs d'encadrement médical du service.

M. CORIAT estime qu'il était moins fréquent par le passé qu'un PH devienne PU-PH. Il rejette tout reliquat d'une année sur l'autre et invite à une démarche prospective. Cette question sera de nouveau débattue en bureau et en commission.

M. LYON-CAEN note que la collégiale émet un avis et se demande si elle ne réalise plus de classement.

M. GOTTMANN répond qu'elle peut s'exprimer de façon positive ou négative, mais aussi proposer un classement.

M. LYON-CAEN juge très positif que les guides deviennent identiques pour tous, mais souhaite qu'ils deviennent également identiques entre toutes les collégiales afin d'éviter que seules certaines procèdent à des classements. Il regrette en outre que la T2A soit prise en compte dans les créations de postes de PH étant donné la situation actuelle. Enfin, s'agissant des nominations dans les services, il souhaite savoir si des postes universitaires continueront à être attribués à des services. Une attribution par pôle changerait le raisonnement et mettrait fin à la logique de succession.

M. FAGON indique que la CME souhaite que la réflexion se poursuivre par discipline donc par service. Une ambiguïté perdure dans le fait qu'un PH doive exercer dans un service pour y être nommé, alors que la répartition par service bute sur des enjeux de financement. Une extension du champ au pôle faciliterait les financements et les capacités de redéploiement interne, qui deviendront à terme impossibles par service.

M. CARLI sollicite un éclaircissement sur la taxe requise pour maintenir certains postes. De plus, si la situation financière du site est prise en compte, il conviendrait également d'évoquer le groupe.

M. FAGON souligne que le raisonnement se limitera pour l'année en cours aux hôpitaux, mais que la concordance de leur projet avec celui de leur groupe sera appréciée au travers de la notation A, B ou C. Dès que les GH seront constitués, la révision des effectifs de PH sera menée dans ce cadre, qui accroît les capacités et la cohérence.

M. GOTTMANN estime difficile de réunir de nouveau rapidement ce groupe de travail pour lui soumettre les divers points évoqués, pour des raisons de calendrier. La lettre de cadrage devrait en effet être adressée à la fin du mois de février afin que les hôpitaux puissent analyser les demandes et effectuer un retour en juillet, et que la procédure institutionnelle puisse démarrer en septembre.

M. VALLEUR apprécie que les règles aient été édictées dès ce jour et que les hôpitaux en disposent.

M. CORIAT propose d'adresser la lettre de cadrage en y laissant quelques points ouverts.

M. GOTTMANN poursuit en indiquant que les maintiens permettant un redéploiement interne seront favorisés. S'agissant des demandes de création, elles obéiront aux règles suivantes :

- le respect des engagements de la CME pris en matière d'emprunts institutionnels de postes ;
- l'acceptation des seuls gages correspondant à des dépenses réelles sur l'exercice 2009 ;

- un raisonnement en euros et non plus en demi-journées de praticiens attachés, avec une grille de correspondance des tarifs ;
- l'application de la note du 22 juillet 2007 pour les crédits fléchés ;
- le traitement des demandes de création de poste gagée sur une augmentation prévisionnelle d'activité par recrutement en premier lieu d'un PHC, qui devra faire la preuve d'une activité équilibrée voire rentable pour justifier la création d'un poste de PH ;
- la possibilité de rejeter une demande de création de poste au vu de la qualité médicale du projet et de la situation financière du site, et ce même si l'hôpital se propose de l'autofinancer intégralement (la transformation de deux postes de praticiens attachés en un poste de PH détruit par exemple du temps médical et rigidifie sur le plan comptable la disponibilité de l'emploi).

Enfin, le groupe de travail a arrêté divers critères d'évaluation. Toutes les demandes non assorties d'au moins un candidat potentiel inscrit sur la liste d'aptitude seront rejetées. Une fiche de poste devra être élaborée. Le projet devra entrer en cohérence avec les orientations stratégiques du GH. L'activité prévisionnelle du recrutement devra être quantifiée, de même que son impact sur le compte de résultat prévisionnel. Enfin, des tableaux de service devront être produits mensuellement et la performance médico-économique de la structure devra être analysée au regard des indicateurs de la DPM.

M. CORIAT insiste pour que la CME donne un avis médical sur les postes en discussion. S'il est positif et est assorti d'un financement, ces postes devraient être validés.

M. FAGON revient sur la cohérence des processus entourant le personnel médical. L'une des explications des difficultés actuelles tient au manque de cohérence globale entre la révision des effectifs et les rendus de temps médical. Les présidents de CCM doivent se montrer particulièrement attentifs à la non suppression de temps médical dans le cadre de plans de retour à l'équilibre site par site. Il doit être impossible de supprimer des postes de PH et du temps médical en dehors de la procédure de révision.

Il est désormais clair que les gages correspondent à des coûts réels. En revanche, le maintien ne constitue pas la règle dans la révision des effectifs. Ce débat doit être entamé car il sous-tend les fonds nécessaires aux créations de postes.

M. FAGON suggère ensuite de ne pas prendre en compte les demandes émanant d'établissements qui ne fournissent pas de tableau de service, et pour lesquels le besoin de temps médical ne peut être quantifié. Il invite, pour finir, à porter une grande attention au cas de chacun, en particulier aux hôpitaux en en grande difficulté. L'analyse diffère en effet entre un établissement en déficit et un établissement à l'équilibre.

M. SEBBANE demande comment sera traité le secteur gériatrique, où la T2A ne s'applique presque pas étant donné le faible nombre de courts séjours.

M. GOTTMANN indique que les commissions chargées d'instruire les dossiers prennent en compte de nombreux critères et pas seulement celui de la situation financière de l'hôpital pour évaluer une demande.

M. CARLI suggère que la Direction des Finances rende un avis sur la pertinence financière des demandes afin d'alimenter la discussion.

M. GOTTMANN accepte d'envisager une formalisation de cette démarche, déjà initiée l'année précédente.

M. LYON-CAEN estime séduisante la proposition de créer des postes de PH en lien avec des activités nouvelles, mais se demande si cette logique perdurera, puisqu'elle conduit à augmenter l'activité, donc les dépenses, au moment où l'ONDAM contraint les investissements et emprunts.

M. FAGON convient qu'une application stricte des orientations actuelles ne le permettrait pas. Il propose pour sa part de réfléchir à la cohérence entre temps médical et temps paramédical, car le premier remplace parfois le second, créant un certain gâchis et parfois des conflits. La décision doit être prise en cohérence avec le projet médical.

S'agissant des activités nouvelles, il conviendra d'effectuer une analyse économique complète des recettes mais aussi des dépenses (personnel non médical, consommables, équipement) préalablement à la décision.

M. LACAU SAINT GUILY estime que les moyens se sont déjà considérablement asséchés. La nomination d'un PH lors de la création d'une nouvelle activité permet de la modéliser et d'estimer les recettes et les dépenses, mais l'économie générale s'avère problématique car ces vacations restent difficiles à trouver au sein des services, des pôles et des hôpitaux. Ces emplois risquent d'être dissous si ces activités ne sont pas retenues.

M. CORIAT admet l'instabilité du système en matière d'allocation des ressources, mais il sera répondu à ces questionnements à terme. La priorité du moment consiste à restructurer pour combler le déficit de convergence.

M. MUSSET signale que la collégiale des présidents de CCM a souhaité des classements distincts pour les maintiens et les redéploiements ou autofinancements. Elle s'est de surcroît opposée à ce que les décisions se basent sur un plafond d'emplois. Il se demande enfin en quoi la performance médico-économique d'une structure peut être jugée sur l'ancienneté des internes.

M. FAGON explique que ce facteur est généralement bien admis comme reflétant la qualité des enseignements dispensés sur site.

M. MUSSET exprime son désaccord sur ce point. Il suffit de consulter les projets pédagogiques des services destinés aux internes pour apprécier la qualité des enseignements qui sont d'ailleurs évalués par ces internes. D'autre part, en radiologie par exemple, les internes en fin de cursus

choisissent préférentiellement les stages de sur-spécialités, une fois acquises les connaissances indispensables pour chacune d'entre elles dans des services plus généralistes.

M. CORIAT assure que le plafonnement ne devrait pas poser problème et que les hôpitaux devraient même être excédentaires et permettre des autofinancements. Quant aux classements, les CCM doivent prendre toute leurs responsabilités. Un classement unique autorisera une dimension nouvelle et donnera davantage de poids à la place, tout en éliminant un caractère discriminatif.

M. AIGRAIN ajoute que le choix du groupe de travail a suivi un long débat, où a été entendu l'avis de la collégiale des présidents de CCM.

M. VALLEUR estime que le classement unique ne change rien au résultat final et permet de juger toutes les demandes de la même manière. Il suggère même de ne pas étudier les demandes d'hôpitaux ne proposant pas de classement unique.

M. FAGON avance que les présidents de CCM pourront placer les demandes d'autofinancement de manière prioritaire dans leur classement global.

M. CORIAT annonce que la lettre de cadrage sera adressée aux hôpitaux et que ce sujet sera de nouveau abordé à l'occasion d'une future CME.

VI. Informations sur la mise en œuvre du RPPS et libellé « métier » sur les fiches de paie du personnel médical

M. GOTTMANN indique que le numéro RPPS remplace le numéro ADELI de façon quasi-exhaustive. A partir de la rentrée 2009, les fiches de paie comprendront une rubrique métier alimentée par le fichier RPPS et mentionnant la discipline qualifiante ordinale.

VII. Questions diverses

M. OURY croit savoir que le système qui permettait aux chefs de clinique quittant un service de disposer de trois vacances se trouve bloqué.

M. FAGON explique qu'il ne s'agissait que d'une habitude, qui a disparu dans nombre d'hôpitaux.

M. CORIAT ajoute que la plupart ont permis de financer des postes de PH. Il revient désormais aux hôpitaux de reconstituer ces réserves.

La séance est levée à 12 heures 10.

*

* *

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

Mardi 07 juillet 2009 à 08h30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 24 juin 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.