

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 23 JUIN 2009

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 13 OCTOBRE 2009

Ordre du jour

de la CME exceptionnelle du mardi 23 juin 2009
(salle du conseil d'administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*)
- 2- Présentation du 1^{er} état quadrimestriel 2009 (*M. Guin*)
- 3- Avis sur le compte financier unique 2008 (*M. Guin*)
- 4- Organisation de la « Transplantation hépatique » dans Paris intra-muros (*Pr Fagon*)
- 5- Bilan des mouvements de personnel médical lié à l'ouverture de la « maternité de Bicêtre » (*M. Pinson, M. Hubin*)
- 6- Avis sur le principe d'une modification de l'organisation interne de l'AP-HP. Constitution, par regroupement d'hôpitaux et de groupes hospitaliers, de onze nouveaux groupes hospitaliers, à l'échéance du 1^{er} Janvier 2011 (*M. Jancourt*)
- 7- Avis sur la convention d'agrément relative à une demande de prise en charge par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (*Mme Ricomes*)
- 8- Avis sur la convention constitutive de CH et U avec l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (*M. Sauvat*)
- 9- Avis sur la modification de la convention constitutive du Cancéropôle Ile de France (*Pr Fagon, Dr Rheims*)
- 10- Avis sur le transfert des personnels de l'association « Permanence des soins 93 » au SAMU 93 (*M. Camphin*)
- 11- Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL (*Mme Debeaupuis-Clément – M. Marchal*)
- 12- Avis sur des créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités (*Dr Weill*)
- 13- Bilan d'activité et objectifs des sous-commissions de la CCQSS (*Mme Vidal-Trecan*)
- 14- Approbation des comptes-rendus des séances du 10 mars 2009 et 24 Mars 2009.
- 15- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition A

Avis sur les premières demandes et le renouvellement de consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2009 (*M. Hubin*)

SOMMAIRE

I. Informations sur les travaux du conseil exécutif (M. Leclercq, Pr. Coriat, Pr. Aigrain)	6
II. Présentation du premier état quadrimestriel 2009 (M. Guin)	9
III. Avis sur le compte financier unique 2008 (M. Guin)	14
IV. Organisation de la « transplantation hépatique » dans Paris intra-muros (Pr Fagon)	14
V. Bilan des mouvements de personnel médical lié à l'ouverture de la « maternité de Bicêtre » (M. Pinson, M. Hubin)	16
VI. Avis sur le principe d'une modification de l'organisation interne de l'AP-HP. Constitution, par regroupement d'hôpitaux et de groupes hospitaliers, de onze nouveaux groupes hospitaliers, à l'échéance du 1 ^{er} janvier 2011 (M. Jancourt)	17
VII. Avis sur la convention d'agrément relative à une demande de prise en charge par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (Mme Ricomes)	19
VIII. Avis sur la convention constitutive de CH et U avec l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (M. Sauvat)	22
IX. Avis sur la modification de la convention constitutive du Cancéropôle Ile-de-France (Pr Fagon, Dr Rheims)	22
X. Avis sur le transfert des personnels de l'association « Permanence des soins 93 » au SAMU 93 (M. Camphin)	23
XI. Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL (Mme Debeaupuis-Clément – M. Marchal)	23
XII. Avis sur des créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités (Dr Weill)	23
XIII. Bilan d'activité et objectifs des sous-commissions de la CCQSS (Mme Vidal-Trecan)	24
XIV. Approbation des comptes-rendus des séances des 10 et 24 mars 2009	25
XV. Questions diverses	25

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.

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

- M. LECLERCQ, directeur général,
- Mme ARMANTERAS-DE-SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
- Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
- Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
- M. DEGUELLE, directeur de cabinet,
- 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,
- Mme RAVIER, Conseiller Technique en charge du suivi des questions financières et médicales
- Mme FERREC, direction des ressources humaines
- M. GOTTMANN, direction de la politique médicale,
- Mme LUCIOLLI, direction de la politique médicale,
- M. MARIAGE, direction économique et financière,
- M. PERREARD, direction des ressources humaines,
- M. PINSON, direction de la politique médicale.

- ***membres excusés :***

- Mme le Pr AIACH, M. le Pr BERCHE, Mme le Dr GAUSSEM, M. le Dr GLOGLY, M. le Dr JULIARD.

La séance s'ouvre à 8 heures 35 sous la présidence de M. CORIAT.

I. Informations sur les travaux du conseil exécutif (M. Leclercq, Pr. Coriat, Pr. Aigrain)

M. LE PRESIDENT explique qu'il est apparu indispensable d'organiser une CME pour rattraper le retard dû à l'absence de réunions dans le cadre du mouvement de protestation contre certains aspects de la loi HPST. La loi a finalement été modifiée par le Sénat, et la commission mixte paritaire n'est pas revenue sur les modifications. Un certain nombre d'acquis sont donc à noter : renforcement de la présence et responsabilisation de la CME dans l'élaboration du projet médical maintenue et affirmée ; les nominations au niveau de l'hôpital s'effectuent de façon ascendante (la CME propose au Directeur général) et non descendante (le Directeur général décide après avis de la commission) ; la réaffirmation de la forte implication dans les CHU des UFR de médecine.

M. LE PRESIDENT estime que les acquis précédemment cités permettront d'établir un socle sur lequel il conviendra de décliner, les modalités d'application de la loi HPST dans les hôpitaux et les CHU, avec l'objectif de conserver la cohésion entre les CCM, la CME, le conseil exécutif et le directoire, afin de disposer d'une transparence de décision adéquate. La CME, à ce titre, restera impliquée dans les décisions. Elle conservera son rôle de représentante de la communauté médicale. **M. LE PRESIDENT** souhaite également que le conseil exécutif, qui a fait la preuve de son efficacité, perde dans son rôle d'instance de travail et de relai avec la CME, le directoire se contentant d'entériner des décisions prises collectivement.

Il sera nécessaire à présent de porter attention aux décrets d'application de la loi.

M. LE PRESIDENT assure que les membres de la CME pourront compter sur sa vigilance dans ce domaine. Il conviendra également d'effectuer la déclinaison de la loi au niveau de l'AP-HP.

M. LE PRESIDENT estime que le politique ne modifiera plus le texte, confirmation obtenue lors d'un entretien avec Monsieur Jean Leonetti.

M. LYON-CAEN demande si l'avancée des propositions de la commission Marescaux conduira à réfléchir et à émettre des propositions sur l'organisation des pôles hospitaliers.

M. LE DIRECTEUR GENERAL répond qu'au niveau actuel de sa réflexion et de la rédaction de la loi telle que votée dans les jours qui suivront la présente séance, trois éléments sont à prendre en considération : la gouvernance (il souhaite soumettre à la proposition la présence d'un PU-PH) ; la création des instituts hospitalo-universitaires (elle mérite une attention particulière en termes de constitution, de localisation géographique et de mode de gestion) ; les pôles hospitalo-universitaires, dont les textes contiendront une définition précise. Sur le dernier point, il conviendra de rester attentif, au sein de l'AP-HP, au fait que les pôles hospitalo-universitaires doivent recouvrir une réalité hospitalière et universitaire. Un travail approprié sera nécessaire, mené en lien avec la partie scientifique et académique d'une part, et la partie hospitalière d'autre part. La situation implique le fait que certains pôles d'activités médicales de l'AP-HP ne seront pas des CHU. Simplement, certains pôles auront une vocation hospitalo-universitaire recouvrant des missions de soins, de recherche et d'enseignement, tandis que d'autres pourront par exemple se concentrer sur l'enseignement et les soins. La réflexion sur le sujet sera essentielle ; elle incitera probablement à la refonte d'une partie des découpages des pôles.

M. LE PRESIDENT ajoute que l'objectif du projet devrait consister à faire en sorte qu'au niveau de l'AP-HP, le plus grand nombre de pôles soient hospitalo-universitaires, quitte à les aider dans le cadre de partenariats avec les doyens. Il convient en effet d'éviter à moyen terme une distinction entre des pôles hospitalo-universitaires et des pôles qui ne seraient pas hospitalo-universitaires, qui entraînerait une paupérisation de la seconde catégorie. A cet égard, la T2A ne doit représenter qu'une petite partie du financement des CHU.

M. CAPRON s'interroge sur le calendrier de mise en application de la loi HPST. Un renouvellement anticipé des instances consultatives est-il notamment prévu ?

M. LE DIRECTEUR GENERAL indique que la loi devrait être publiée à la mi-juillet 2009. Les principaux décrets d'application devraient être publiés avant la fin de l'année 2009. De son point de vue, il n'est pas prévu, en-dehors du remplacement du conseil d'administration par un conseil de surveillance, de modifications des instances consultatives. Il n'existe donc pas de projet d'élections anticipées pour la CME. En revanche, la nouvelle structure que constitue le directoire sera mise en place dès que le décret d'application correspondant sera publié. Par la suite, s'agissant de la constitution du directoire, un travail sera mené pour aboutir de manière consensuelle à un directoire efficace dans la prise de décisions.

M. LE PRESIDENT précise qu'il demeure le problème du financement du CHU, qui n'a pas été abordé par la loi HPST. Plusieurs mouvements se sont créés au niveau de l'AP-HP pour souligner les problématiques du financement de l'hôpital, dont il apparaît qu'il est inéquitable. Il a également été convenu de s'engager, dès que la loi HPST serait arrêtée, dans des démarches réfléchies, médiatisées et étayées pour faire évoluer le financement de l'hôpital public et du CHU. Un colloque sera organisé au mois d'octobre 2009 pour démontrer que le financement actuel du CHU n'est pas inéquitable. Les trois coorganisateurs officiels en seront la Conférence des présidents de CME et de CHU, le pôle de santé de Sciences-Po dirigé par Didier Tabuteau, la Conférence des doyens de CHU. Il apparaissait important que, parmi les instances médicales organisatrices, figurent des instances élues. Par ailleurs, un comité d'organisation de sélection des programmes est possible, au sein duquel d'autres collègues viendraient se joindre à la manifestation. Le colloque devrait se tenir dans la première semaine du mois d'octobre 2009, c'est-à-dire avant le début de l'étude du projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Didier Tabuteau souhaite que le grand amphithéâtre de Sciences-Po accueille la manifestation.

M. LE PRESIDENT évoque à présent la réflexion qui a sous-tendu l'organisation du colloque. Quelques mois plus tôt, il avait été considéré que la modification de la T2A représenterait la solution aux difficultés de financement inéquitable de l'hôpital public. En réalité, la T2A ne constitue pas uniquement une clé de répartition des ressources mais également une régulation entre prix et volumes. A ce titre, chaque fois que seraient mieux valorisées certaines activités, des pertes seraient constatées sur d'autres catégories. *In fine*, chacun a compris que le salut du financement équitable de l'hôpital public ne se trouvait pas dans la T2A. Le colloque se fondera ainsi sur le fait que la T2A doit être soluble dans les autres modes de financement du CHU.

Les membres de la CME seront prochainement destinataires du préprogramme du colloque. La première moitié de la matinée du colloque sera consacrée à la place de la T2A dans les modalités de financement de l'hôpital public, puisque seront présents Monsieur Bertrand Fragonard ou Monsieur Didier Tabuteau. Dans la seconde partie de la matinée, il est proposé d'écouter le

Directeur général du CHU de Genève, le Directeur général du CHU de Liège et un Directeur général de CHU français afin de leur permettre de comparer les modalités de financement des hôpitaux européens. L'après-midi, il sera demandé à un collègue américain impliqué dans la T2A de venir détailler les raisons pour lesquelles, aux Etats-Unis, la T2A, dont les Américains ont été les inventeurs, n'est plus utilisée comme modalité de financement du CHU. Il paraît également fondamental de donner la parole, dans le cadre du colloque, à des hommes et à des femmes politiques. **M. LE PRESIDENT** pense tout particulièrement à Monsieur Bruno Gilles, Sénateur des Bouches-du-Rhône, qui a beaucoup œuvré au Sénat pour défendre les communautés médicales. Ensuite, seraient évoquées d'autres problématiques, parmi lesquelles l'évolution du coût des médicaments administrés aux malades pris en charge dans les CHU. Il sera également indispensable de parler de l'investissement dans le CHU. Paradoxalement, il existe en effet un douloureux défaut d'investissement au niveau du CHU.

M. LE PRESIDENT rencontrera Monsieur Tabuteau la semaine suivante pour arrêter définitivement le programme du colloque.

Mme DEGOS demande à Monsieur le Président d'explicitier l'expression « soluble dans les autres modes de financement du CHU ».

M. LE PRESIDENT répond que la T2A fait partie des financements du CHU, sans en représenter cependant le financement exclusif.

M. LYON-CAEN constate l'absence de l'université parmi les invités. Il apparaît en effet extrêmement important de se placer dans l'esprit du projet Marescaux. A cet égard, les doyens représentent une catégorie, tandis que l'université constitue une autre catégorie. **M. LYON-CAEN** considère qu'il est impossible de placer la recherche uniquement sous l'égide des doyens, qui ont accompli un bond vers le passé et une erreur de vision telle qu'envisagée dans le cadre du projet Marescaux. Les présidents d'université doivent être présents, notamment parce qu'ils désignent les représentants de la recherche au sein du directoire. Or le responsable de la recherche assume autant de responsabilités que le doyen et que le président de la CME. Le fait d'inviter uniquement les doyens constitue donc une erreur.

Par ailleurs, **M. LYON-CAEN** s'interroge sur la possibilité d'introduire dans la réflexion et les débats du colloque le thème des hôpitaux généraux. Dans une approche exclusivement hospitalo-universitaire du débat, il manque en effet la constitution de réseaux inter-hospitaliers, où le partage des prises en charge devrait devenir une réalité.

M. LE PRESIDENT indique en premier lieu avoir demandé à Axel Kahn de traiter la question de la valorisation de la recherche. L'absence des présidents d'université résulte quant à elle des relations parfois délicates qui les lient aux doyens.

M. LYON-CAEN estime qu'en invitant des hommes et des femmes politiques dans le cadre du colloque, la CME peut se dispenser elle-même de faire de la politique.

M. LE PRESIDENT évoque un paradoxe : il serait impossible de parler des hôpitaux généraux avec les présidents d'université. A l'évidence, la T2A comme solution exclusive du financement de l'hôpital aurait entraîné la présence des hôpitaux généraux. Au contraire, l'affirmation selon

laquelle le CHU se trouvera à la hauteur des enjeux à venir par des MERRI, par des MIGAC, etc., empêche d'inviter les hôpitaux généraux. En définitive, **M. LE PRESIDENT** n'a pas la prétention en une journée de régler l'ensemble des difficultés qui se posent. Il souhaite simplement, en présence de la presse, faire avancer le débat. La présence des hôpitaux généraux tandis qu'il s'agit de parler de valorisation de la recherche, de financement de l'enseignement, etc., lui semble inappropriée. Il s'engage cependant à organiser d'autres colloques mieux adaptés aux hôpitaux généraux.

M. LYON-CAEN laisse de côté le sujet des hôpitaux généraux. En revanche, la réponse apportée sur l'absence des présidents d'université ne le satisfait pas.

M. LE PRESIDENT n'a pas de difficulté à inviter les présidents d'université.

Par ailleurs, l'allocation des ressources au niveau de l'AP-HP demeure instable et précaire pour l'année 2009. Les ressources demeurent insuffisantes en regard des dépenses prévues et de la nécessité de dégager des marges permettant les restructurations. Dans un tel cadre, il semble fondamental de porter le discours d'une meilleure efficacité dans l'ensemble des hôpitaux pour relancer l'activité qui, de façon non surprenante (car les communautés médicales étaient engagées de façon légitime dans un certain nombre de revendications), n'apparaît pas optimale depuis le mois de mars 2009. **M. LE PRESIDENT** indique que la CME s'impliquera à présent dans des projets de restructurations hospitalières pour dégager des marges de manœuvre permettant d'atteindre l'ensemble des objectifs fixés.

Enfin, les membres de la CME recevront prochainement l'annonce du colloque organisé par la Haute Autorité de Santé (HAS) en avril 2010 dans le but de mettre en perspective les démarches de qualité et l'amélioration réelle de la qualité des soins et de la sécurité, résultant des démarches engagées. Il s'agit de la première réunion destinée à établir un lien scientifique entre la démarche de qualité et ses retombées en termes de qualité et de sécurité des soins. Il lui semble indispensable, pour de multiples raisons, que l'AP-HP participe au colloque de la HAS. **M. LE PRESIDENT** assure donc qu'un lobbying intense sera effectué auprès de l'ensemble des hôpitaux, des services et des pôles pour encourager les équipes à l'origine de démarches de qualité à présenter les retombées positives de leurs programmes.

II. Présentation du premier état quadrimestriel 2009 (M. Guin)

M. GUIN explique que le pilotage de l'exécution budgétaire, depuis le début de l'exercice, a été impacté par deux épisodes essentiels : les modifications apportées au système d'information budgétaire et comptable avec le déploiement de SAP, qui a affecté les outils de suivi, entraînant un besoin de stabilisation avant de retrouver la fiabilité habituelle des données ; et les conséquences de la V11.

Le document compare les réalisations accomplies durant les quatre premiers trimestres de l'exercice, jusqu'à la fin du mois d'avril 2009, aux prévisions inscrites dans l'EPRD. L'EPRD 2009 prévoyait pour l'activité (élément essentiel de l'actuel mode de financement) une hausse de 1,5 % de l'hospitalisation complète et une diminution de l'hospitalisation partielle liée au transfert vers le SSR. Au total, la réalisation à la fin du mois d'avril 2009 reste en-deçà des objectifs fixés :

l'activité réalisée enregistre une hausse de 0,4 %, demeurant inférieure de plus d'un point aux prévisions. La situation n'est cependant pas inquiétante, l'impact de quelques grands projets étant attendu au second semestre, même si l'activité reste depuis le début de l'année à la fois relativement faible et portée par des séjours de très courte durée, qui ne produisent que peu de recettes.

Parmi les activités de plus d'un jour qui diminuent sensiblement depuis le début de l'année, figure l'activité de chirurgie, dont la baisse à la fin du mois d'avril 2009 est de l'ordre de 3 points. Des actions de modification devront être entamées dans les semaines suivantes.

S'agissant des recettes, le constat est défavorable. Les recettes d'activité restent en effet inférieures de 32 millions d'euros aux prévisions, somme qui se partage en 20 millions d'euros non encaissés au titre des recettes d'activité et en 12 autres millions d'euros résultant de moins-values sur les recettes de consultation et d'actes externes (les moins-values sur l'activité étant liées à l'impact non encore révisé de la V11 et à une activité inférieure aux prévisions).

Les recettes de titre 2 se portent de manière satisfaisante. Les recettes de titre 3, en revanche, enregistrent environ 84 millions d'euros de moins-values par rapport aux prévisions, en raison de décalages conjoncturels qui devraient être rattrapés dans le courant de l'année.

M. GUIN présente un point particulier sur les impacts de la V11, qui s'applique depuis le 1^{er} mars 2009. Certains effets sont cependant significatifs, parmi lesquels une perte de recettes importante sur les forfaits de surveillance continue liée notamment à l'introduction de nouveaux critères et une minoration des recettes relative à la généralisation des bornes basses qui fixent la durée de séjour en-deçà de laquelle la valorisation du GHM est pénalisée. Au vu des premiers résultats, les deux effets précédents se conjuguent pour aboutir à un impact de la V11 moins favorable qu'attendu.

La situation est partagée avec l'ensemble des CHU. La démarche se veut en effet collective. Lorsque l'analyse aura été progressivement enrichie, elle se verra portée devant le ministère. Les points le nécessitant feront l'objet d'une analyse complémentaire de la part du ministère, de la DHOS et de l'ATIH, avant d'éventuelles mesures de correction. Si les constats actuels étaient confirmés par l'analyse de l'exécution, il existerait en effet de solides arguments pour demander au ministère des corrections du nouveau dispositif, en soulignant par ailleurs que la V11 introduit un niveau de complexité et des exigences fortes significativement supérieurs à ceux de la V10.

Le sujet reste ouvert. Il fait l'objet de réunions nombreuses avec le ministère. A ce stade, il convient de souligner que les premiers constats devront être affinés dans les mois suivants avant de parvenir à des conclusions définitives sur les effets de la V11 ; parallèlement, le sujet est porté d'une façon extrêmement mobilisée auprès des autorités ministérielles et de l'agence de l'information hospitalière.

Les dépenses de titres 1, 2 et 4 sont maîtrisées et plus conformes aux prévisions. Il s'agit d'une excellente nouvelle. Sur le titre 1, le taux est conforme aux attentes. Une sous-exécution légère est à constater concernant le personnel médical, en raison probablement d'événements conjoncturels et le personnel non-médical. Les dépenses de titre 2 demeurent également inférieures aux prévisions

en raison d'une sous exécution des dépenses de médicaments par exemple. Les dépenses de titre 4, enfin, restent légèrement inférieures aux prévisions.

Globalement, la situation est relativement tendue s'agissant des recettes, même si une partie importante des moins-values de recettes devrait être corrigée avant la fin de l'année en cours car liée à des effets conjoncturels. La maîtrise des dépenses apparaît quant à elle satisfaisante en regard des enjeux. La situation globale n'en demeure pas moins dégradée en raison de l'état des recettes. En conséquence, le niveau de vigilance devra être fort sur la suite de l'exécution. Il conviendra notamment à présent de s'organiser de manière efficace pour, après les quelques mois difficiles rencontrés, se rapprocher des objectifs fixés en termes d'activité, sous peine, indépendamment des effets de la V11, de subir un impact important sur le résultat. Néanmoins, compte tenu du niveau de maîtrise de la dépense tel que constaté à ce jour et de facteurs conjoncturels ayant impacté l'exécution au cours des mois écoulés, la possibilité de redresser le cap sur l'activité est réelle. Les objectifs budgétaires de l'EPRD sont donc maintenus.

M. LE PRESIDENT insiste sur la nécessité de relancer l'activité.

M. LE VICE-PRESIDENT demande si la sous-exécution de l'enveloppe du personnel non-médical n'entretient pas un lien avec la faible activité. Il évoque, en particulier, la possibilité d'un impact d'un certain nombre de situations de blocage portant sur des personnels spécifiques présents en salle d'opération, qui ralentissent le développement de l'activité chirurgicale.

M. WEILL s'interroge, quant à lui, sur la possibilité d'une autre source de la sous-exécution de l'enveloppe du personnel non-médical : la prise en compte du tableau des emplois tandis qu'il avait été affirmé que la gestion ne s'opérerait plus qu'en fonction de la masse salariale.

M. LYON-CAEN ajoute qu'il serait intéressant de connaître le nombre de lits fermés durant les quatre premiers mois de l'année 2009 comparativement à l'année 2008 faute de personnels. Par ailleurs, il se déclare surpris de l'étonnement de Monsieur Guin quant au résultat de la V11. Il évoque en effet le résultat d'une politique programmée.

M. RICHARD revient sur le sujet du forfait concernant la surveillance continue, évoqué par Monsieur Guin avec l'idée d'un impact défavorable. Il s'inquiète, quant à lui, de la possibilité que les difficultés de financement n'incitent pas l'AP-HP à développer autant que nécessaire la surveillance continue.

Par ailleurs, il s'interroge sur le sens de la remarque suivante proposée en préalable au document de Monsieur Guin : « La fiabilité des chiffres présentés n'est pas totalement assurée. L'analyse des documents doit être menée avec prudence. »

En réponse aux remarques précédentes, **M. GUIN**, sur le lien entre l'activité et les dépenses de personnel non-médical, évoque en premier lieu un écart marginal par rapport aux prévisions en termes de sous-exécution des dépenses de personnel. Globalement, il n'est pas capable d'établir une corrélation entre l'évolution du titre 1 et l'activité. Il estime que l'analyse de la situation doit être établie au niveau de chaque hôpital. En fonction de l'analyse que chacun des hôpitaux dressera de son activité, il sera peut-être possible de discerner un lien éventuel entre la moindre activité et la situation des effectifs. Il serait en revanche ambitieux et méthodologiquement incorrect d'établir un

bilan global en la matière. **M. GUIN** invite simplement les conseils exécutifs locaux à étudier d'éventuelles difficultés spécifiques sur certaines catégories de personnel au niveau des hôpitaux. Au niveau de l'AP-HP, en revanche, **M. GUIN** est en mesure d'affirmer que le taux d'occupation moyen est resté strictement identique au niveau moyen de l'année précédente. Aucune évolution n'est à noter, qui signalerait un impact sur l'activité lié à un défaut de personnel.

S'agissant des effets de la V11, il assure n'être pas surpris de la situation. Il rappelle en effet que l'impact attendu de la V11 avait été initialement évalué par le ministère à environ 20 millions d'euros pour l'AP-HP, faisant de l'AP-HP un bénéficiaire potentiel des effets de la V11. A présent, il s'agit, mois par mois, selon une démarche quasi-scientifique, de vérifier que l'estimation était exacte ou si elle se voit contredite par la réalité. Plusieurs constats laissent cependant d'ores et déjà penser que les impacts de la V11 ne seront pas conformes aux attentes.

M. LE PRESIDENT estime que les bornes basses sont une prime à la non-qualité. En effet, le fait de voir le malade grave présentant plusieurs pathologies et quittant l'hôpital plus tôt que prévu être déclassé constitue clairement une prime à la non-qualité. L'établissement a effectivement davantage intérêt à voir le malade souffrir de complications, voire décéder en péril opératoire ou en médecine. A moyen terme, il apparaît excessivement pervers de donner des primes à la non-qualité.

M. LE VICE-PRESIDENT considère qu'en l'espèce, le ministère oppose éthique et financement. Il souligne que le ministère a pris des engagements fermes sur un effet positif du financement lié la V11. Cependant, une divergence entre les promesses formelles formulées et le projet proposé est à noter.

M. FOURNIER appuie les propos précédents sur les bornes basses. Il s'interroge, pour sa part, sur le fait de savoir si le modèle éthique stable résultera d'un paramétrage adéquat limité ou de corrections plus larges pouvant aboutir à une V11 bis.

En outre, il s'enquiert de l'existence éventuelle de domaines de recettes autorisées au cours de l'exécution du budget dont il serait possible de craindre que les modes de calcul entraînent pour l'AP-HP une baisse des recettes.

M. VALLEUR ajoute espérer que, par une modification de la V11, le ministère octroiera davantage d'argent à l'AP-HP, opérant ainsi un choix politique. Le choix passé de faire gagner davantage d'argent sur la précarité est en effet compensé, à l'heure actuelle, par une perte de gains sur les soins accordés à des classes plus aisées.

M. GUIN répond en premier lieu aux questions de Monsieur Fournier. Il ne peut exister d'incertitudes : il s'agit de dotations établies en début d'exercice, ne donnant pas lieu, en termes d'exécution, à un aléa quelconque.

S'agissant de l'instabilité du dispositif, **M. GUIN** explique que le passage de la V10 à la V11 implique un véritable changement de modèle. Le nouveau modèle étant plus complexe que les systèmes précédents, il peut apparaître instable lors des premiers mois de mise en œuvre, nécessitant quelques ajustements. Lesdits ajustements seront cependant réalisés rapidement afin d'empêcher le modèle de s'installer de manière durable dans une instabilité chronique. Deux motifs principaux peuvent justifier une action forte de lobbying auprès du ministère : d'une part l'écart

éventuel constaté entre les effets annoncés du modèle en terme de recettes et les résultats réels ; d'autre part la possibilité que le paramétrage du modèle aboutisse à des tentatives d'optimisation non médicalement justifiées, par exemple en créant des incitations à prolonger des séjours pour atteindre la borne basse. Il conviendra de se montrer attentif au fait que le dispositif n'aboutit pas à pervertir le système. Il sera fondé de demander que le modèle soit ajusté pour éviter des effets pervers sur les modes de prise en charge.

M. LE PRESIDENT demande au Directeur général d'intervenir sur le sujet du recrutement des personnels paramédicaux ainsi que sur le dossier des CDD arrivant en fin de contrat. Selon lui, en effet, le discours de relance de l'activité, élément essentiel de l'équilibre budgétaire de l'AP-HP cette année, restera vain si des difficultés de recrutements de personnels paramédicaux sur des postes existants se font jour. Une communication sur l'activité appelle des assurances en la matière.

Selon **M. LE DIRECTEUR GENERAL**, la problématique des recrutements de personnels paramédicaux dans le cadre des projets tels que communiqués aux établissements ne semble pas poser de difficulté générale. S'agissant des CDD, plusieurs questions se posent. La première question porte sur les emplois considérés comme figurant dans le tableau des emplois rémunérés soumis à un plafond et sur les emplois qui ne seraient pas soumis à un plafond. Pour les emplois qui ne sont pas soumis à un plafond, l'unique dérogation possible porte sur les emplois sur recettes affectées qui, à cet égard, ne posent pas de difficulté. En revanche, il subsiste des problèmes autour de la DRCD, les maladies rares et la gestion des projets. Concernant la DRCD, un point précis est en cours de réalisation. Une réponse précise sera apportée dans les deux ou trois semaines suivantes. Il devrait être démontré que les besoins s'opèrent en variation et non en masse absolue. S'agissant des maladies rares, la question apparaît plus délicate. Il s'agit en effet de crédits attribués de manière fléchée aux centres de maladies rares, pour lesquels les dépenses sont majoritairement d'emploi. Le travail apparaît délicat. **M. LE DIRECTEUR GENERAL** mène notamment un travail d'inventoriage de l'ensemble des centres de maladies rares pour discuter avec le ministère d'éventuelles solutions.

M. LE PRESIDENT évoque l'obligation de recruter des emplois sur des postes vacants.

M. LE DIRECTEUR GENERAL appelle à se montrer cohérent en la matière. En effet, l'AP-HP peut être contrainte de mener une gestion de retrait d'emploi, décidant des mutations internes sur un emploi disponible après un départ définitif afin de dégager davantage de productivité, dans une logique de court terme et de moyen terme.

Mme RICOMES se propose d'évoquer la question des recrutements externes. Elle souligne que le respect d'un plafond d'emplois oblige à privilégier, dans les recrutements, les recrutements internes à l'AP-HP pour se mettre en situation de respecter le schéma d'emploi. S'agissant des remplacements, les difficultés sont nombreuses. Selon de nouvelles règles, il serait donné des marges de manœuvre aux hôpitaux en équilibre sur le titre 1 en matière de gestion des CDD. Cependant, le schéma d'emploi global doit être respecté. Les prolongations de contrat ou les nouveaux contrats, à ce titre, doivent se voir contrôlés dans les hôpitaux qui ne sont pas en équilibre. Des rencontres avec les directeurs des hôpitaux concernés sont actuellement organisées pour établir un point sur la gestion de la masse salariale. Des objectifs nouveaux mais réalistes sont fixés, notamment en matière de gestion des CDD.

M. MUSSET témoigne de la grande inquiétude des présidents de CCM, qui constatent les effets délétères de l'absence d'autorisation du renouvellement des CDD. Pour sa part, il ne comprend pas les raisons pour lesquelles il n'est pas possible de faire disparaître la règle du plafond d'emplois au sein de l'AP-HP qui conditionne la difficulté à maintenir les personnels en place.

Mme RICOMES précise que les règles de gestion des CDD possèdent un fondement : ne pas constituer une réserve de personnels contractuels de longue durée au sein de l'AP-HP.

M. LE DIRECTEUR GENERAL, sur le plafond d'emplois, indique que Madame Ricomes et lui-même participent à un comité sur la réforme de la fonction publique. Deux grandes tendances s'affrontent : une catégorie préconisant le contrôle des effectifs pour le contrôle des dépenses ; une catégorie, à laquelle il appartient, privilégiant la confiance et une certaine souplesse de fonctionnement accordées aux responsables des ressources humaines tout en leur faisant savoir qu'ils auront des comptes à rendre sur leur gestion. Le plafond d'emplois n'en demeure pas moins une règle imposée aux grands CHU dans une attitude de prudence de la part du gouvernement. A charge pour les hôpitaux de revenir à une situation plus équilibrée pour acquérir la confiance précédemment évoquée.

III. Avis sur le compte financier unique 2008 (M. Guin)

M. GUIN explique que les résultats du compte financier unique 2008 sont totalement en ligne avec la prévision d'exécution présentée au mois de mars 2009, lors du vote de l'EPRD. Ainsi, les résultats définitifs permettent d'afficher à la fin de l'exercice 2008 un résultat consolidé de l'ensemble des comptes de résultats positif, avec un excédent consolidé de 10,5 millions d'euros. La dotation non affectée dégage notamment un résultat positif de 35 millions d'euros.

Le conseil d'administration doit se prononcer sur le sujet après recueil de l'avis de la CME

Il est procédé au vote. La Commission Médicale d'Etablissement approuve le compte financier unique de l'exercice 2008 par 29 voix favorables et 3 abstentions.

IV. Organisation de la « transplantation hépatique » dans Paris intramuros (Pr Fagon)

M. LE VICE-PRESIDENT explique que l'objectif était de restructurer l'activité emblématique de transplantation hépatique, dans une volonté de réunir les trois équipes concernées dans Paris intramuros. Il détaille la démarche adoptée. Un cahier des charges a été établi, un appel d'offres a ensuite été lancé. Un jury d'experts s'est réuni afin d'évaluer les projets soumis par les équipes candidates à l'activité. La première conclusion du jury à la lecture des projets a été : aucun des projets présentés n'était parfait ; un projet se détachait néanmoins, qui devait faire l'objet de travaux complémentaires entre le Professeur Olivier Soubrane et les équipes de l'hôpital Saint-Antoine. Un projet final révisé a été jugé satisfaisant par le même jury.

La validation du projet définitif est soumise ce jour à l'avis de la CME. Il sera ensuite nécessaire de faire preuve de vigilance quant à l'exécution du projet. **M. LE VICE-PRESIDENT** ne doute pas,

pour sa part, de la possibilité de succès des équipes face au regroupement, à terme, au sein de l'hôpital Saint-Antoine, de l'activité de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation.

M. FAGON ajoute que le jury avait tiré des conclusions anticipant le rapport Marescaux : la description du centre préconisé correspondait à la définition d'un pôle hospitalo-universitaire de transplantation hépatique. Un travail a ensuite été mené en huit mois aboutissant aux conclusions suivantes : le site de Saint-Antoine a décidé la création d'un service identifié de transplantation hépatique et de chirurgie hépatobiliaire dirigé par le Professeur Olivier Soubrane et mutualisé dans son fonctionnement avec l'autre service de chirurgie générale digestive ; et la constitution d'une liste d'attente unique pour l'ensemble de l'activité de transplantation.

Le calendrier comprend les phases suivantes : arrivée du Professeur Olivier Soubrane sur le site et regroupement des activités menées dans les hôpitaux Cochin et Saint-Antoine en octobre et novembre 2009 ; reprise de l'activité de transplantation hépatique de Paris fin 2011-début 2012, avec l'adjonction de l'activité de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Anticipant le regroupement final, la liste unique de transplantation hépatique pour Paris intra-muros sera mise en place au début de l'année 2010.

M. FAGON insiste sur le fait que le calendrier a été tenu. Il souligne l'aide de l'UFR dans la conduite du projet. Enfin, il propose que dès l'arrivée du Professeur Soubrane, un comité de suivi soit mis en place, permettant de vérifier que le cahier des charges est respecté par la nouvelle équipe.

M. PETIT se félicite de l'aboutissement de la procédure. Il constate la volonté manifeste des deux chefs de service concernés de travailler ensemble et de mutualiser les moyens. Enfin, il retient la nécessité de mettre en place un comité de suivi permettant de vérifier que le cahier des charges sur l'accueil de la nouvelle équipe est respecté.

M. LYON-CAEN se félicite de l'action de l'ensemble des acteurs concernés, qui a abouti à un résultat clair. Il estime que des procédures semblables dans d'autres thématiques seraient les bienvenues.

M. LE DIRECTEUR GENERAL insiste sur le fait que la procédure, fondée sur une expertise externe indépendante, a permis un choix mélangeant un porteur de projet et un lieu d'accueil. Il souligne également le fait que la direction suivra l'évolution du projet. Pour répondre à Monsieur Lyon-Caen, il signale que des opérations analogues seront lancées sur différents sujets. Cela étant, d'autres actions, plus dirigées et plus actives, ne sont pas à exclure, pouvant ensuite entrer dans un schéma d'appels à projet, de façon à regrouper les forces pour davantage d'efficacité hospitalo-universitaire.

M. VALLEUR espère qu'il ne s'agit que d'une première étape. A cet égard, il demande, lorsque des projets nécessitent des investissements, à pouvoir bénéficier de l'appui de la direction générale, susceptible de faciliter considérablement la motivation des différents acteurs.

V. Bilan des mouvements de personnel médical lié à l'ouverture de la « maternité de Bicêtre » (M. Pinson, M. Hubin)

M. PINSON rappelle que le projet d'ouverture de la maternité de l'hôpital Bicêtre s'inscrit dans le cadre plus large qui prévoyait de manière concomitante la fermeture de la maternité de l'établissement Jean Rostand, et à échéance d'un an, la fermeture de la maternité de Saint-Vincent-de-Paul et l'ouverture de Port-Royal 1. Ce cadre avait été préalablement précisé par le Directeur général au mois de décembre, faisant suite à une décision du conseil exécutif. La cible en termes d'emplois pour la maternité de Bicêtre a été fixée à 30 ETP seniors (13 ETP en néonatalogie, 10 ETP en gynéco-obstétrique, 7 ETP en anesthésie). La maternité de niveau 3 a donc ouvert le 18 mai dernier, à la date prévue, avec une montée en charge progressive du nombre d'accouchements parallèle à la décélération et la fermeture de la maternité de Jean Rostand. Une partie des crédits ont été notifiés lors de l'EPRD 2009 et les crédits complémentaires nécessaires seront notifiés lors de l'EPRD 2010.

Il est prévu de parvenir à un équilibre des opérations entre l'établissement Jean Rostand, Saint-Vincent-de-Paul, Port-Royal 1 et la maternité de Bicêtre, avec cependant une difficulté de synchronisation, puisqu'il convenait de prendre en compte la fermeture dans un an de Saint-Vincent-de-Paul et l'ouverture concomitante de Port-Royal 1. Les discussions menées avec les différents protagonistes ont abouti à une cible de personnel médical conforme à la décision du Directeur général et du conseil exécutif, avec un équilibre complet au niveau des effectifs et au niveau de la masse salariale entre l'existant tel que constaté à la fin de l'année 2008 et l'existant à la fin de l'année 2010.

Préalablement à la présentation du diaporama, **M. HUBIN** a précisé que cette opération qui s'est déroulée avec succès n'a pas été sans poser de difficultés à la fois techniques, mais également en matière de gestion humaine. En effet, certains médecins, à l'instar du personnel non médical, ont été touchés à la fois par le changement de lieu d'exercice professionnel, mais également par une modification de leur quotité de travail.

M. LE PRESIDENT précise qu'il était essentiel de présenter la bonne marche de la dotation des emplois médicaux et paramédicaux d'un projet emblématique de l'Institution.

M. OURY s'interroge sur la comptabilisation des pédiatres de maternité.

M. PINSON répond qu'ils figurent en néonatalogie.

M. OURY, constatant que 10 ETP sont consacrés à l'activité de gynéco-obstétrique pure, appelle l'AP-HP à mettre à niveau l'ensemble de ses maternités.

M. CHERON préconise de placer l'ensemble des services de néonatalogie, en termes d'ETP, au niveau du projet présenté ce jour.

M. LE VICE-PRESIDENT précise que les 13 ETP de néonatalogie incluent la réanimation polyvalente pédiatrique de la maternité de Bicêtre, la réanimation néonatalogique et la néonatalogie.

M. FAIN témoigne que la maternité de Bicêtre s'est mise en route avec un effet de tension tant au niveau des personnels médicaux anesthésistes qu'au niveau des personnels paramédicaux. La tension se traduira probablement par une diminution globale d'activité chirurgicale à l'été 2009, le bloc central représentant la variable d'ajustement durant quatre à cinq mois.

Au-delà des tensions, **M. LE DIRECTEUR GENERAL** souligne que l'investissement réalisé est de qualité et significatif de la politique de l'AP-HP de développement d'outils de travail adaptés. S'agissant de la montée en charge de la gestion des emplois, il considère que l'opération est constructive. Elle démontre la capacité de l'institution à passer d'un système de maternité de niveau 1 à un système de maternité de niveau 3 en restructurant les moyens. **M. LE DIRECTEUR GENERAL** insiste donc sur l'exemplarité de l'opération qui malgré quelques difficultés a abouti, le 18 mai 2009, à l'ouverture de la maternité, avec une première naissance à 18 heures, une petite Andréa.

M. LE PRESIDENT félicite l'ensemble des acteurs qui se sont impliqués dans le projet.

VI. Avis sur le principe d'une modification de l'organisation interne de l'AP-HP. Constitution, par regroupement d'hôpitaux et de groupes hospitaliers, de onze nouveaux groupes hospitaliers, à l'échéance du 1^{er} janvier 2011 (M. Jancourt)

M. LE DIRECTEUR GENERAL rappelle que l'AP-HP est aujourd'hui engagée dans une profonde transformation, portant notamment sur le plan stratégique, plus particulièrement sur le projet médical, pour améliorer la performance d'offreur de soins que représente l'AP-HP. A ce titre, le mode de fonctionnement et de gouvernance de l'assistance-publique doit être profondément adapté. Il s'agira d'adapter le fonctionnement du siège (**M. LE DIRECTEUR GENERAL** reviendra sur le sujet à la rentrée), de mettre en œuvre une nouvelle organisation de l'offre de soins sur le territoire du Grand Paris, d'améliorer l'efficacité du dispositif, sans oublier la nécessité de transformer les processus relatifs aux systèmes d'information.

A cet égard, le regroupement d'hôpitaux et de groupes hospitaliers en onze nouveaux groupes hospitaliers à l'échéance du 1^{er} janvier 2011 :

- constitue le support de la modernisation de l'AP-HP, permettant de disposer d'une véritable stratégie de groupe pour améliorer le service rendu à la population et donc aux patients ;
- s'inscrit dans la problématique des territoires de santé ;
- facilite le déploiement du projet médical fondé sur des activités d'ensembles hospitaliers de taille critique plus adaptée, permettant donc à terme une meilleure coordination de l'offre de soins ;
- exclut la concurrence interne, offre un meilleur positionnement face à la concurrence externe ;
- assure un maillage plus fort des projets médicaux et universitaires, ainsi qu'une capacité renforcée à développer des pôles d'excellence, hospitalo-universitaires reconnus.

La mise en place des groupes hospitaliers constitue également une vraie évolution de la gouvernance interne et des méthodes de management par :

- des prises de décision et des capacités de gestion plus importantes des GH et des pôles pour gagner en réactivité et en efficacité ;
- une subsidiarité renforcée ;
- un siège recentré sur les missions stratégiques ;
- une mutualisation des fonctions support ;
- un pilotage plus réactif et plus dynamique ;
- une gestion améliorée des compétences et une plus grande capacité à faire face aux enjeux à venir de démographie médicale et professionnelle ;
- une optimisation des ressources et des gains d'efficience nécessaires.

M. JANCOURT évoque la constitution pratique des groupes hospitaliers. Le projet remonte au mois de juillet 2008. Monsieur le Directeur général a désigné en décembre 2008, des responsables de la mise en place des groupes hospitaliers, leur adressant une lettre de mission en janvier 2009. En mars 2009, Monsieur le Directeur général a adressé une note visant à organiser le dialogue social portant sur le regroupement des groupes hospitaliers. En avril, les éléments de cadrage pour l'élaboration du projet médical des groupes hospitaliers ont été transmis aux établissements. Le 18 mai 2009, paraissait le projet ressources humaines du plan stratégique. Le 18 juin 2009, Monsieur le Directeur général a adressé une demande de feuille de route aux responsables de la mise en œuvre des groupes hospitaliers qui s'échelonne jusqu'au 1^{er} janvier 2011.

Il est demandé ce jour à la CME de délibérer sur le principe des groupes hospitaliers.

M. JANCOURT souligne enfin qu'en l'attente des élections à venir, les instances locales sont maintenues.

M. LE PRESIDENT remercie Monsieur Jancourt pour son exposé. Il souligne que les groupes hospitaliers offrent des marges de manœuvre supplémentaires aux projets ambitieux que chaque groupe souhaite développer.

M. CAPRON se déclare consterné par le fait que l'hôpital Robert Debré se retrouve isolé par le projet. Il ne comprend pas pourquoi Robert Debré n'est pas rattaché, comme Trousseau, à un hôpital d'adultes.

M. LE DIRECTEUR GENERAL explique que le choix opéré résulte d'un compromis, au sens constructif du terme, se fondant sur deux données préalables : l'hôpital Robert Debré relève de Paris VII, l'hôpital Trousseau relève de Paris VI ; il convenait de ne pas préjuger des orientations stratégiques de l'assistance-publique dans le domaine de la pédiatrie. Pour le moment, l'hôpital Trousseau reste donc dans le giron de Paris VI, sans que la situation préjuge de l'avenir du projet médical : il sera possible de revoir certains éléments du projet, notamment le développement de possibles liens fonctionnels entre l'hôpital Robert Debré et l'hôpital Trousseau.

M. MUSSET demande que soit précisé que le regroupement des hôpitaux Antoine-Béclère, Bicêtre et Paul Brousse s'effectue sur le mode intégratif entre l'hôpital Bicêtre et l'hôpital Paul Brousse et sur le mode fédératif entre l'hôpital Antoine-Béclère et les deux autres hôpitaux intégrés, après décision du Directeur général.

M. LE DIRECTEUR GENERAL confirme les propos de Monsieur Musset. Cela étant, il insiste sur le fait qu'il existe une vraie vision de groupe.

M. ABDOUN s'interroge sur le devenir de l'établissement de La-Roche-Guyon.

M. LE DIRECTEUR GENERAL répond que l'établissement de La-Roche-Guyon suit le sort de l'hôpital Trousseau.

M. LE PRESIDENT insiste sur les perspectives médicalement pertinentes qu'offre le projet.

La CME approuve le projet de constitution par regroupement d'hôpitaux et de groupes hospitaliers de onze nouveaux groupes hospitaliers à l'échéance du 1^{er} janvier 2011 à l'unanimité moins deux abstentions.

VII. Avis sur la convention d'agrément relative à une demande de prise en charge par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (Mme Ricomes)

Mme RICOMES explique que, dans le cadre de l'élaboration du projet des ressources humaines dans le cadre du plan stratégique 2010-2014, un travail particulier a été mené sur les mobilités, avec la nécessité de mettre en place des dispositifs d'accompagnement personnalisés et individualisés des agents dont la situation est impactée par les grands projets en cours ou à venir, dispositifs comprenant des engagements vis-à-vis des personnels non-médicaux et s'appliquant de façon homogène à l'ensemble des effectifs de l'AP-HP.

Chaque agent devra ainsi pouvoir bénéficier d'un entretien mené par des conseillers spécialisés au sein de cellules d'accompagnement mises en place au niveau de chaque groupe hospitalier et au niveau du siège, fondées sur des supports communs à l'ensemble des établissements de l'AP-HP, dans un souci d'homogénéité de traitement. Des aides à la recherche de poste et des propositions de formations seront notamment mises en œuvre.

A l'intérieur du projet et du dispositif d'accompagnement des mobilités, actuellement en cours de discussion avec les organisations syndicales, une convention sera passée permettant de recourir au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), pour assurer le financement de plusieurs dispositifs : cellules d'accompagnement social, actions de formation pour reconverter les agents, indemnités exceptionnelles d'aide à la mobilité, indemnités de départ volontaire. Ce fonds a en effet été institué pour accompagner la modernisation des établissements de santé par un décret de 2001. Il concerne exclusivement les personnels non-médicaux.

Certains principes méthodologiques ont été retenus. Il a été convenu avec les autorités de tutelle que l'AP-HP pourrait présenter une convention-cadre pour la période 2009-2014, pour ne pas avoir à conclure de conventions par établissement ou par opération, rendues difficiles par le manque de visibilité sur la période. Ensuite, seront signés des avenants annuels ciblés. Le pilotage du dispositif sera assuré par la direction des ressources humaines de l'AP-HP. Une gestion de proximité sera mise en place par le DRH de chaque groupe hospitalier avec l'appui de la cellule

d'accompagnement social. Un suivi de la mise en œuvre de la convention avec les organisations syndicales est également prévu.

Par souci d'exhaustivité, il a été mentionné dans la convention-cadre deux sujets majeurs qui devraient couvrir l'ensemble des dossiers de mobilité au sein de l'AP-HP, la mise en place des groupes hospitaliers et la modernisation du siège. Chaque année, un avenant décrira ainsi les opérations GH par GH et les opérations de modernisation du siège. Les opérations pourront concerner les fonctions support, les secteurs médico-techniques et les activités de soins ciblées.

Les aides financières demandées dans la convention relative au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés financeront, pour les établissements de l'AP-HP, une ou plusieurs cellules d'accompagnement social à hauteur de 45 000 euros par cellule, des actions de formation pour reconvertir les agents et la prise en charge du différentiel de rémunération accordé à l'établissement qui accueillerait un agent de l'AP-HP.

Pour les agents, il a été souhaité d'inscrire dans la convention une indemnité exceptionnelle d'aide à la mobilité en cas de changement de résidence familiale quand il s'agit d'une mobilité interne à l'AP-HP (de 4 500 à 5 300 euros). Il existe également une indemnité de départ volontaire, d'un montant maximal de 45 734 €. Les métiers dits « sensibles », donnant lieu à des difficultés de recrutement sont exclus du dispositif.

Mme RICOMES expose à présent une estimation des coûts induits par le dispositif.

Un tableau récapitulant les aides financières demandées dans la convention relative au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés est projeté.

Mme RICOMES indique qu'au total, le montant prévisionnel annuel de droit de tirage de l'AP-HP sur le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés serait de l'ordre de 16,6 millions d'euros, le montant sur cinq ans est estimé à 83 millions d'euros.

En conclusion, elle explique que le recueil des avis des instances doit aboutir à une délibération du conseil d'administration le 3 juillet 2009. Le dossier sera ensuite transmis à l'ARH pour avis. L'agrément devrait être obtenu en septembre 2009. Le paiement interviendra par des versements assurés par la Caisse des Dépôts et Consignations. Un *reporting* régulier du dispositif sera assuré par l'AP-HP auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations et en interne.

M. LE PRESIDENT demande si le dispositif sera réellement plus efficace que le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers.

Mme RICOMES évoque une inconnue et une difficulté à anticiper les résultats du dispositif, qui pourrait cependant intéresser les agents aux indices limités, même si la situation économique actuelle ne devrait pas favoriser la mobilité.

M. FAIN demande comment le fonds est alimenté.

M. LE DIRECTEUR GENERAL répond que l'ONDAM alimente le fonds.

M. LYON-CAEN regrette de ne pas avoir reçu le document relatif au sujet préalablement à la présente séance. Il s'interroge sur la possibilité effective de demander l'avis de l'instance en regard du manque de recul dont elle dispose.

M. LE DIRECTEUR GENERAL regrette également, sur la forme, que le document n'ait pas été adressé aux membres de la CME préalablement à la présente séance. Sur le fond, il souligne les efforts à mener en termes d'effectifs. Il est notamment nécessaire de se donner rapidement l'ensemble des moyens disponibles pour gérer la variation à la baisse des effectifs au sein de l'assistance-publique, et gérée de manière intelligente. A cet égard, il apparaît indispensable de mener les discussions durant le second semestre 2009. Le conseil d'administration du mois de juillet doit donc être saisi du sujet. **M. LE DIRECTEUR GENERAL** rappelle enfin que le dispositif se fonde sur le principe du volontariat.

M. CAPRON s'interroge sur l'état d'avancement des négociations avec les organisations syndicales.

Mme RICOMES répond que le dossier sera présenté aux organisations syndicales le lundi suivant la présente séance.

M. ABDOUN évoque des thématiques multiples qui se croisent dans le projet : la réduction du nombre de fonctionnaires en France, la réduction des fonctions support, etc. S'agissant de la réduction des fonctions support, **M. ABDOUN** s'interroge sur la raison pour laquelle l'ensemble des métiers ne sont pas exposés de manière égale aux mesures annoncées. Au-delà du principe d'exposition égale de l'ensemble des métiers, il met en avant l'absence des hommes et des femmes nécessaires sur les postes adéquats pour valoriser l'activité. Il préconise pour sa part que les médecins prennent position sur la proposition d'hôpitaux comprenant uniquement des médecins et des personnels paramédicaux tandis que les fonctions support seraient sous-traitées au secteur privé.

M. LE PRESIDENT a conscience que la médecine souhaitée forme un tout, dans lequel les fonctions support doivent occuper toute leur place. Il n'en demeure pas moins qu'il convient de s'adapter aux évolutions quotidiennes de la médecine moderne en sélectionnant mieux les catégories de personnels selon les besoins. En l'espèce, les processus d'accompagnement ne peuvent qu'aider à suivre l'évolution des pratiques médicales.

M. DRU demande si la réflexion porte également sur les médecins.

Mme RICOMES répond que les textes ne prévoient pas que le recours au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés concerne les médecins.

M. LE DIRECTEUR GENERAL insiste sur la nécessité d'organiser le vote ce jour afin de permettre le vote d'une délibération formelle du conseil d'administration au mois de juillet 2009 sur le dossier, de manière à pouvoir entamer ensuite les discussions techniques avec la DHOS et l'ARH.

M. LE PRESIDENT estime qu'il serait dommage que l'AP-HP ne puisse bénéficier du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

La CME approuve la convention d'agrément relative à une demande de prise en charge par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) par 8 voix favorables, 1 voix défavorable et 21 abstentions. 5 membres de la CME ne prennent pas part au vote.

M. LYON-CAEN souhaiterait que les discussions analogues, à l'avenir, ne s'opèrent plus dans des conditions similaires. Il évoque un dysfonctionnement de la CME.

M. LE PRESIDENT estime que l'envoi préalable du document manquant n'aurait pas fondamentalement modifié le vote. Il prend note cependant de la remarque de Monsieur Lyon-Caen, indiquant simplement qu'il s'agit de se doter d'un outil d'accompagnement des personnels et non de procéder à un plan de licenciements.

M. VALLEUR estime que les regroupements d'établissements aboutiront évidemment à des réductions de personnels.

M. DASSIER regrette que la discussion s'opère après le vote.

M. LE DIRECTEUR GENERAL souhaite relativiser le débat. Il comprend et prend acte de l'irritation des membres de la CME quant au document manquant. Il n'en demeure pas moins que le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés n'est qu'un outil. L'ampleur des discussions incite donc **M. LE DIRECTEUR GENERAL** à s'étonner qu'aucun membre de la CME ne soit venu le trouver pour évoquer le dispositif permettant de réinjecter 3,5 millions d'euros au profit du personnel médical pour garantir les effectifs 2009. Il ne souhaite pas polémiquer. Néanmoins, il demande l'aide de la CME concernant le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés puisque lui-même aide les médecins sur des questions les concernant directement.

VIII. Avis sur la convention constitutive de CH et U avec l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (M. Sauvat)

M. SAUVAT explique que, pour la quatrième fois, la commission est appelée à se prononcer sur une convention de ce type. Il s'agit cependant probablement de la dernière convention du genre, le rapport du groupe de réflexion Marescaux incitant à un souffle nouveau résultant de la nécessité de recentrer le contenu des conventions sur des points essentiels, c'est-à-dire de stratégie hospitalo-universitaire.

La CME approuve à l'unanimité la convention constitutive de CH et U avec l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines.

IX. Avis sur la modification de la convention constitutive du Cancéropôle Ile-de-France (Pr Fagon, Dr Rheims)

M. FAGON précise qu'il s'agit de fusionner l'assemblée générale et le conseil d'administration du Cancéropôle pour un meilleur fonctionnement.

La CME approuve à l'unanimité la modification de la convention constitutive du Cancéropôle Ile-de-France.

X. Avis sur le transfert des personnels de l'association « Permanence des soins 93 » au SAMU 93 (M. Camphin)

M. CAMPHIN indique que l'opération consiste à transférer des permanenciers gérés à ce jour par une association vers l'AP-HP, en accord avec ladite association, l'hôpital Avicenne et le Conseil de l'Ordre du département de Seine-Saint-Denis. Le projet prévoit également l'intégration des financements de l'Etat versés à la structure associative au titre de la gestion des permanenciers.

Mme MAUGOURD s'interroge sur les modalités d'intégration, notamment s'agissant de l'ancienneté des personnes.

M. CAMPHIN fait part de l'application de l'article 1224-3 du Code du Travail, permettant de récupérer l'intégralité de l'ancienneté, des salaires, etc.

La CME approuve à l'unanimité le projet de transfert des personnels de l'association « Permanence des soins 93 » au SAMU 93.

XI. Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots fonciers et immobiliers présentés par la DPFL (Mme Debeaupuis-Clément – M. Marchal)

Mme DEBEAUPUIS explique que les projets qui seront présentés au conseil d'administration portent sur la vente de parcelles en Vendée, sur la vente d'une parcelle en Seine-et-Marne, sur la vente de terres agricoles dans les Bouches-du-Rhône, sur la vente de parcelles dans l'Eure et sur la vente d'une emprise de terrain à la ville de Hendaye pour y construire son EHPAD.

Les acquisitions portent sur 3 lots de copropriété dans la rue Juliette Dodu. Il est prévu en effet que l'immeuble, qui jouxte l'hôpital Saint-Louis, vienne à la mission hospitalière.

La CME approuve à l'unanimité ces projets de délibérations de ventes et d'acquisitions de lots fonciers et immobiliers présentés par la DPFL.

XII. Avis sur des créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités (Dr Weill)

M. WEILL explique qu'il s'agit de valider le rattachement de l'UF « Unité hospitalière sécurisée interrégionale » directement au pôle « Infection, immunité, inflammation » à la Pitié-Salpêtrière.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité sur des créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités.

XIII. Bilan d'activité et objectifs des sous-commissions de la CCQSS (Mme Vidal-Trecan)

Mme VIDAL-TRECAN indique que le bilan présenté ce jour sera exposé au conseil d'administration après approbation par la CME.

La commission coordonne les différentes structures qui existaient précédemment ainsi que deux nouvelles, le comité EPP et le comité vigilances et risques médicaux. Sa mise en place a été finalisée. Des actions prioritaires transversales ont été identifiées. Les sous commissions centrales ont été mises en place. Elles ont présenté leurs actions. Une aide a été apportée aux comités locaux. Enfin, la commission a préparé une journée de rencontres entre CCQSS et CLQSS.

Dans les présentations qui ont été faites à la commission, le comité de pilotage « Qualité gestion des risques » a présenté ses priorités. Elle a également travaillé sur le projet de signalement des événements porteurs de risques. Enfin, elle a étudié l'éventualité de se servir de la mortalité hospitalière comme d'un indicateur de qualité mais ne l'a pas retenu, sans travail supplémentaire sur ces informations.

La commission travaille en collaboration avec différentes structures, en particulier la direction des soins, la direction des affaires juridiques et des droits du patient, ainsi qu'avec la formation médicale continue et les représentants des usagers au conseil d'administration. En outre, la commission a participé aux journées de l'AP-HP, participé à organiser des conférences sur invitation, et procédé à des expertises de documents.

Les comités locaux, quant à eux, ont été mis en place dans 90 % des hôpitaux (35 hôpitaux sur 39). Une enquête a été réalisée sur l'organisation des comités locaux, dont **Mme VIDAL-TRECAN** communique les résultats : la structuration est, dans la plupart des cas, similaire à celle du centre ; elle inclut le plus souvent les anciens comités ; pour les nouveaux comités, des choix variés ont été opérés, en particulier le choix de l'individualisation ou pas dans la CLQSS.

Mme VIDAL-TRECAN présente également les bilans des différents comités.

Le comité de lutte contre la douleur a constaté des situations extrêmement hétérogènes nécessitant une politique centrale d'encadrement des actions. Le projet a ainsi consisté à impulser une dynamique collective d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

La CLAN a quant à lui défini trois actions prioritaires : la juste prescription de la nutrition artificielle ; la valorisation homogène des soins ; les conditions d'accueil des patients atteints de troubles du comportement alimentaire.

Parmi les priorités du comité chargé de l'évaluation des pratiques professionnelles, figurent un point sur les organisations EPP au sein de l'AP-HP, les liens FMC-EPP, le suivi du déploiement des EPP institutionnelles et des programmes, les journées de partage d'expériences.

Le comité chargé des vigilances et risques médicaux a défini comme actions prioritaires en synergie avec les actions menées en interne dans le domaine de l'identitovigilance, le bon soin au

bon patient, et avec les actions menées par la HAS, la constitution d'une base de données d'événements porteurs de risques (EPR).

Mme VIDAL-TRECAN évoque enfin les priorités d'action de la CCQSS : implication dans le plan stratégique 2010-2014 ; élaboration d'un plan de prévention des risques liés aux soins ; communication avec les comités locaux ; développement de la recherche en qualité et sécurité des soins ; poursuite des actions transversales (formation des internes, indicateurs de qualité et de sécurité des patients, etc.) ; liens avec les usagers et la DAJDP.

XIV. Approbation des comptes-rendus des séances des 10 et 24 mars 2009

Les comptes-rendus des séances des 10 et 24 mars 2009 sont approuvés à l'unanimité.

XV. Questions diverses

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 12 heures 30.

*

*

*

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

Mardi 7 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.

