

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 12 JUIN 2007**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 10 JUILLET 2007**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 12 juin 2007

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif réuni les 15 mai et 5 juin 2007.
- 2- Avis sur la désignation des représentants de la CME dans les diverses instances.
- 3- Périmètre et organisation des groupes de travail et commissions de la CME.
- 4- Avis sur le projet de mise à jour du règlement intérieur-type de l'AP-HP.
- 5- Première situation quadrimestrielle pour l'année 2007.
- 6- Avis sur le compte financier de l'exercice 2006.
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 8- Avis sur la création de postes d'assistant des hôpitaux au 1^{er} novembre 2007.
- 9- Approbation de compte rendu de séance du 2 mai 2007.
- 10- Question diverse.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur les candidatures aux postes de PHU.

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers.
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers (procédure article 10).
- Avis sur la nomination à titre permanent, de huit praticiens hospitaliers associés.
- Avis sur des demandes de versement de l'indemnité pour activités sur plusieurs établissements.
- Avis sur des demandes de renouvellement et premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.
- Avis sur des demandes de changement d'affectation interne de deux praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire.

Composition B

- Avis sur la titularisation des MCU-PH, nommés stagiaire le 1^{er} septembre et le 1^{er} novembre 2006.
- Avis sur la titularisation des MCU-PH d'odontologie, nommés stagiaire le 1^{er} septembre et le 1^{er} octobre 2006.

Composition A

- Avis sur une demande de mise à disposition d'un PU-PH.
- Avis sur les premières demandes et les renouvellements de consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2007.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
 - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
 - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

- *en qualité d'invités permanents :*
 - M. le Pr BERCHE, doyen,
 - M. le Pr SCHLEMMER, doyen ;

- *les représentants de l'administration :*
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale ;
 - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

 - M. DUPONT, direction des affaires juridiques et du droit des patients,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

*

*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. CORIAT** qui présente les excuses de Mme MAUGOURD et de MM. CHOUGHANA, CHOUDAT, DRU et RUSZNIEWSKI. Puis, il souhaite la bienvenue à MM. BERCHE et SCHLEMMER représentants au sein de la commission médicale d'établissement la collégiale des doyens afin de garantir les échanges entre les hospitaliers et les universitaires.

Après avoir été membre de la CME durant les deux précédentes mandatures, **M. SCHLEMMER** a le plaisir de représenter désormais la conférence des doyens d'Ile-de-France. M. BERCHE et lui-même pourront apporter les éclaircissements sollicités par l'instance concernant le volet hospitalo-universitaire des débats et interviendront dès qu'ils estimeront que la voix de l'université doit être entendue.

M. le directeur général annonce que la directrice de son cabinet, Mme WARGON a été appelée à occuper des fonctions identiques auprès de M. HIRSCH, haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté au sein du nouveau gouvernement.

Il indique par ailleurs, que la presse vient de révéler que quatre hôpitaux universitaires, dont le groupe Pitié-Salpêtrière, étaient confrontés à un problème dans le domaine de la radiothérapie. Entre 500 et 600 patients sont concernés. Il s'agit d'une question de calage d'un logiciel, M. LECLERCQ assure que la situation est parfaitement maîtrisée au niveau technique. La ministre de la santé a rendu public cet élément suite aux problèmes rencontrés à Epinal et Toulouse.

I- Information sur les travaux du conseil exécutif réuni les 15 mai et 5 juin 2007.

Le **président** rend compte des travaux du conseil exécutif.

1- La séance du 15 mai.

Trois points évoqués intéressent la CME. En premier lieu, il apparaît nécessaire de modifier le règlement intérieur de l'AP-HP afin de préciser le rôle des chefs de service hospitalo-universitaires, ainsi que la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers dans le cadre de la nouvelle gouvernance. Des représentants de la CME, de la collégiale des doyens, de la direction de la politique médicale et de la direction des affaires juridiques et des droits du patient vont constituer un groupe de travail chargé de proposer les modifications attendues. Le directeur général a approuvé cette initiative.

Le deuxième point concerne la prochaine révision des effectifs de praticiens hospitaliers qui devra se dérouler sur la base d'une méthodologie particulièrement claire. L'attention du directeur général a été attirée sur le fait que dans la plupart des hôpitaux de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, les dépenses en personnel médical dépassent largement la dotation correspondante. Ce dérapage provient notamment du coût des gardes et des astreintes limitant considérablement les capacités d'autofinancement de l'institution. Aussi, le directeur général fera analyser les dépassements du budget du personnel médical dans chaque hôpital. Lors d'une prochaine réunion du conseil exécutif, les résultats seront examinés et les mesures correctives envisagées. Sur cette base, le processus de révision pourra débuter en septembre en toute transparence.

Enfin, s'agissant du périmètre des différentes commissions de la CME, sujet inscrit au point trois de l'ordre du jour, M. CORIAT a insisté sur le fait qu'à travers celles-ci, l'instance devra s'approprier l'ensemble de ses prérogatives tant en ce qui concerne l'organisation et la valorisation de la recherche que la formation médicale continue (FMC).

2- La séance du 5 juin.

Le directeur des finances a présenté la première situation quadrimestrielle de l'année 2007, point figurant également à l'ordre du jour.

Il semble indispensable au président qu'existe une osmose entre le conseil exécutif et la CME. A cet égard, l'ensemble des discussions importantes qui s'y déroulent devront être évoquées en CME et faire l'objet d'un débat si nécessaire.

Le **directeur général**, qui partage ces propos, souligne que le sujet des dépenses de personnel peut être examiné au niveau de chaque hôpital, mais aussi au niveau de l'institution dans son ensemble. Il mérite qu'un débat s'ouvre au sein du conseil exécutif et soit rapporté à la CME.

Le **président** précise que la révision des effectifs de praticiens hospitaliers constitue l'un des rôles majeurs de la CME qui doit répartir une quinzaine de postes de praticiens hospitaliers nommés PU-PH et se prononcer sur deux cents à trois cents postes autofinancés par les hôpitaux. Or ce dernier volet présente un intérêt uniquement si le budget du personnel médical de l'institution est équilibré ou s'il a été analysé au préalable afin de donner des instructions à la commission des effectifs.

M. MUSSET demandant si l'équilibre du budget relatif aux emplois médicaux regarde le budget de chaque hôpital ou celui global de l'institution, le **directeur général** répond que l'AP-HP constitue une entité juridique unique et intégrée. L'équilibre du budget consacré aux personnels médicaux doit être tenu dans ce cadre global, tandis que les professionnels de santé se trouvent dans les hôpitaux. De plus, le processus de déconcentration budgétaire renvoie aux hôpitaux le soin de régler ces problèmes. Aussi, il approuve la demande du président de la CME concernant la mise en œuvre d'un travail analytique afin de clarifier la situation et d'aboutir à une modification des clés de répartition en vigueur.

M. BERCHE exprime l'inquiétude des doyens au sujet du temps universitaire éventuellement consacré à la nouvelle gouvernance, qui forcément se fait aux dépens des fonctions de recherche et d'enseignement. En second lieu, il souhaite une meilleure coordination avec les instances universitaires pour le fléchage de postes de PH dans les services hospitaliers, ce qui peut éventuellement impacter les effectifs hospitalo-universitaires. Enfin, il souligne que les besoins purement hospitaliers de postes de chefs de clinique-assistants posent un problème. Il rappelle que les postes de CCA sont attractifs pour les jeunes médecins mais souvent difficiles à redéployer. Aussi suggère-t-il, à l'instar de l'Institut Curie ou d'autres institutions privées sans but lucratif, de pouvoir envisager dans certains cas, « l'achat » à titre provisoire par l'AP-HP de postes de CCA (CDD) auprès du ministère de l'éducation nationale.

Le **président** illustre la mesure du problème par un exemple chiffré du surcoût d'une garde pour un hôpital. Par ailleurs, il lui semble indispensable de parfaire la connexion entre les doyens et la CME sur les créations de postes de praticiens hospitaliers. En effet, le poste de praticien hospitalier nommé PU-PH est redistribué par la CME, or si le doyen récupère un poste de CCA au sein du même service, ce dernier enregistre concomitamment la disparition de deux postes.

Après s'être informé auprès de sa direction hospitalière **M. VALLEUR** a constaté une différence entre le financement officiel et le financement réel des postes médicaux. Il convient donc d'examiner l'ensemble des éléments afin de prendre des décisions éclairées.

M. PETIT souhaiterait que la prochaine révision des effectifs des postes de praticiens hospitaliers puisse intervenir dans le cadre d'une double approche : une approche budgétaire renvoyant au budget global et une approche centrée sur l'activité, dans la mesure où la tarification à l'activité (T2A) représente désormais 50 % du financement de l'AP-HP.

Si **M. RYMER** comprend la demande de transparence pour les postes de praticiens hospitaliers formulée par les doyens, il réclame une transparence équivalente pour les postes de chefs de clinique-assistants.

II- Avis sur la désignation des représentants de la CME dans les diverses instances.

Le **président** donne lecture de la liste des membres proposés pour représenter la CME au sein des différentes instances (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) :

- *Commission centrale de la qualité et sécurité des soins* :
 - Mme Gwenaëlle VIDAL-TRECAN, présidente.
- *Comité technique central d'établissement* :
 - Mme Marie-France MAUGOURD.
- *Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques* :
 - M. Alain FAYE.
- *Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail* :
 - M. Patrick DASSIER, M. Frédéric RILLIARD, titulaires
 - Mme Louise GOUYET, M. Stéphane BOIZAT, suppléants.
- *Commission de l'organisation et de la permanence des soins* :
 - M. Gérard CHERON, président ; M. Michel DRU, vice-président.
- *AGOSPAP* :
 - Mme Marie-France LE HEUZEY, M. Jean-Luc GAILLARD, titulaires.
- *Comité régional d'organisation sanitaire d'Ile de France* :
 - M. Dominique MUSSET ou M. Jean-Luc GAILLARD, représentant le président de la CME.
- *Comité régional des études pharmaceutiques* :
 - M. Roger LEVERGE.
- *Commission de l'internat et du résidanat de médecine* :
 - M. Loïc CAPRON, titulaire ; M. Yves AIGRAIN, suppléant.
- *Commission d'agrément des services de répartitions des internes en biologie médicale* :
 - M. Jean-Claude PETIT, représentant le président de la CME ; ;
 - au titre des biologistes : M. Bernard WEILL ; titulaire, M. Marc DELPECH, suppléant ;

- au titre des pharmaciens : Mme Pascale GAUSSEM ; titulaire, M. Jean-Marie LAUNAY, suppléant.
- *Commission d'agrément des services et de répartitions des postes d'internes en pharmacie* :
 - M. Roger LEVERGE ; M. Robert FARINOTTI.
- *Conseil de discipline* :
 - M. Pierre CARLI.

La CME approuve à l'unanimité la liste proposée.

III- Périmètre et organisation des groupes de travail et commissions de la CME.

Après avoir énoncé les différentes commissions de la CME, **M. CORIAT** invite chaque président de commission à présenter brièvement les objectifs et la méthodologie qu'il souhaite développer, permettant espère-t-il, de faire naître des candidatures parmi les membres de la CME pour participer aux travaux de ces commissions.

Mme MARCHAND ayant signalé sa participation au titre de la précédente mandature de la CME à une démarche institutionnelle relative aux archives, il déclare que ce thème peut être rattaché à la commission vie hospitalière.

La commission temps et effectifs médicaux.

De nombreux membres ont exprimé leur souhait de participer aux travaux de cette commission indique **M. VALLEUR** ; elle interviendra dans les domaines :

- du recrutement du personnel médical dans le contexte de contraintes financières ;
- du temps médical alors que de nouvelles dispositions réglementaires vont engendrer de nombreuses difficultés dans ce domaine, notamment concernant les praticiens hospitaliers ;
- des problématiques liées aux gardes.

La commission de l'internat et du résidanat de médecine.

Le **vice-président** intervient à la demande de M. CAPRON qui préside la commission consacrée aux internes et aux médecins à diplôme étranger à l'Union européenne ; il lance un appel à candidature afin de constituer ce groupe de travail.

Il a semblé opportun de réunir les deux groupes existant dans le cadre de la précédente mandature. Le premier traitait des internes en Ile-de-France, le second des médecins à diplôme étranger. Concernant ces derniers, la CME a initié plusieurs réalisations dont la plus emblématique est la Maison Abreu de Grancher à la Cité universitaire et qu'il convient désormais de faire vivre alors que certaines difficultés apparaissent. Il importe que la CME continue de suivre les dossiers relatifs aux médecins étrangers notamment ceux concernant les circuits de leur recrutement afin de conclure de réels contrats de formation avec un certain nombre de pays en échange de financement, et de cesser de recruter des médecins étrangers dans le seul but de pourvoir les emplois vacants de certains services éprouvant des difficultés à recruter des internes.

A **M. VALLEUR** qui suggère la participation des coordonnateurs de DES et de DESC aux travaux de cette commission, **M. AIGRAIN** déclare qu'elle sera largement ouverte à des personnes non-membres de la CME.

La commission des structures.

La commission des structures s'est déjà réunie à la fin du moi de mai et seize membres de la CME se sont déclarés intéressés pour participer à ses travaux, informe **M. HARDY**.

Les missions classiques consistent à émettre un avis sur les créations, les modifications ou les suppressions de structures. La démarche peut intervenir en amont de la rédaction des projets mais devient systématique avant l'examen d'un dossier par la CME, le conseil exécutif et le conseil d'administration, dans le cadre d'une procédure normée impliquant l'expression d'un avis.

La commission s'intéressant à l'analyse des services et des unités fonctionnelles, elle s'attèlera à la rédaction d'une grille d'analyse de ces dernières afin d'en évaluer l'intérêt. Elle s'engagera rapidement dans une démarche d'évaluation des pôles et devra également évaluer d'autres types de structures dans un proche avenir, notamment les unités cliniques ou les fédérations de recherche clinique.

Afin de remplir ces missions, la commission a souhaité constituer un sous-groupe de travail chargé de créer un outil complet mais simple d'évaluation qualitative des pôles (pilotage des pôles, qualité des soins, satisfaction des patients et du personnel, volet enseignement et recherche...), poursuivant ainsi une démarche initiée lors de la précédente mandature. Le groupe des structures souhaite s'élargir, notamment en accueillant des représentants des hôpitaux et des universités.

Enfin, la première réunion a mis en évidence la nécessité d'engager une réflexion concernant l'évaluation des blocs opératoires dont certains continuent de connaître des difficultés.

M. CORIAT ajoute que la commission s'attachera à définir prochainement les éléments à déléguer aux hôpitaux afin qu'elle se concentre sur les dossiers de fond.

Effectivement, poursuit **M. HARDY** la commission a décidé l'autonomie des établissements sur le périmètre des unités fonctionnelles mais elle sera informée des modifications et se saisira des dossiers problématiques.

M. PETIT s'interroge sur le nombre d'unités cliniques créées à l'AP-HP, une dizaine au total répond **M. NAVARRO**.

La commission stratégie et prospective.

Aux yeux de **M. LYON-CAEN**, la commission stratégie et prospective doit avoir pour objectif principal de réfléchir à l'avenir, au développement et à l'organisation des spécialités au sein de l'AP-HP. Cette démarche implique une triple approche : la géographie des groupements hospitaliers universitaires et des hôpitaux ; la situation de l'AP-HP dans son ensemble ; l'évolution des métiers. Par le passé, il a été difficile d'anticiper les évolutions de certaines spécialités et on se trouve confronté à des problèmes à résoudre aujourd'hui.

Ce travail d'anticipation, d'appréhension et d'imagination suppose que la commission agisse en concertation avec d'autres commissions, notamment celle des structures et celle de la recherche et université et aussi avec les collégiales.

La commission devra également bénéficier de l'éclairage d'experts appartenant ou non à l'AP-HP et travailler en harmonie avec la direction de la politique médicale.

La commission cancer.

Le cancer constitue un sujet transversal majeur observe **M. LACAU ST GUILY** et des actions devront être approfondies à l'issue du plan cancer qui arrive à son terme en 2007. Dans ce cadre, la commission cancer se verra confier une mission claire, à la fois technique (réunion de concertation pluridisciplinaire, dossier communicant de cancérologie...) et stratégique.

Afin de développer une politique de site au sein de l'AP-HP, la commission cancer devra travailler avec les comités consultatifs médicaux pour les aider à la formalisation de leurs demandes en lien avec la commission des structures et celle en charge du personnel médical.

Ces choix stratégiques devront intervenir alors que se constituent les pôles régionaux de cancérologie qui fondent la conjonction entre les CHU et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et seront la référence et le recours. La CME devra se saisir de ce dossier complexe et politique eu égard aux retombées positives susceptibles de résulter de la création de ces pôles. L'orateur précise que ces pôles sont distincts du cancéropôle lequel intervient dans le domaine de la recherche.

La CME devra également s'investir dans le dossier portant sur les relations entre l'AP-HP et différents partenaires parmi lesquels figurent notamment les réseaux en cours de constitution (réseaux de proximité, mais aussi réseau régional de cancérologie), un domaine dont l'AP-HP s'est longtemps désintéressée.

La commission cancer ne s'est pas encore réunie car un certain nombre d'éléments méritent d'être précisés. **M. LACAU ST GUILY** pense que cette commission doit disposer d'une connaissance très pointue des structures et des dispositifs relatifs au cancer, aider les interactions entre les hôpitaux et l'institution, trouver les bonnes articulations en particulier avec l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS), l'institut national du cancer (INCa) ou la fédération de cancérologie des CHU. Enfin, la commission devra jouer un rôle actif d'information et de réflexion stratégique, en lien avec les autres commissions, la DPM et les CCM.

La commission cancer éprouve quelques difficultés à se mettre en place, selon **M. FLEJOU** qui considère utile de clarifier le rôle de celle-ci face à d'autres structures. Le groupe cancer a mené une action très importante dans le cadre de la précédente mandature concernant le soin et les référentiels mais l'affichage relatif à la recherche lui paraît insuffisant. Il sera donc nécessaire de travailler en concertation étroite avec la commission en charge de ce sujet. Il confirme ses propos tenus lors de la précédente séance concernant l'insuffisante mise en valeur des tumorothèques au sein de l'AP-HP.

La commission recherche et université.

M. DELPECH lance d'abord un appel à candidature pour participer aux travaux de la commission recherche et université avant de rappeler que la tarification à l'activité prend en compte les missions de recherche et d'enseignement dans le cadre des missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) et des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). A l'avenir, les crédits attribués dans ce cadre devront être justifiés, aussi il importe de démontrer les surcoûts induits par ces activités de recherche et d'enseignement pour conserver les financements correspondants.

Les exigences actuelles de la recherche impliquent de disposer d'outils de plus en plus complexes au sein de plateaux techniques offrant l'intégralité des technologies disponibles utilisées par différentes équipes, tels les centres d'investigation biomédicaux ou les centres de ressources biologiques. Il conviendra de faire le point sur les différentes initiatives afin de permettre à l'ensemble des médecins intéressés d'avoir accès à ces technologies. Par ailleurs, le temps médical consacré à la recherche étant limité, on doit gagner en efficience.

D'autre part, la CME devra travailler avec le comité recherche prochainement mis en place, renforcer les relations entre les hôpitaux, les établissements de recherche scientifique et l'université et confirmer les succès de l'institution dans le domaine des appels d'offres classiques.

Le plan stratégique devra accorder une large place à la recherche et la commission préciser ses demandes dans ce cadre. Il conviendra également de s'investir davantage afin de participer aux deux contrats quadriennaux (en 2008 et 2009) des universités de la région Ile-de-France. Enfin, on devra prendre en compte le changement fondamental que constitue l'attribution des financements par projet dans la majorité des cas obligeant d'adopter une démarche active afin de recevoir des financements et de s'intégrer dans de bonnes conditions dans le nouveau système.

Eu égard au volume de travail à produire, la commission a décidé de faire appel de manière ponctuelle aux intervenants compétents susceptibles d'apporter leur aide, les doyens étant invités de manière permanente.

La promotion, la valorisation et l'aide à la recherche constitueront des éléments capitaux remarque le **président** qui remercie **M. DELPECH** et **Mme DURAND**, vice-présidente pour leur implication.

Cette commission semble à **M. SCHLEMMER** le lieu idéal d'interconnexion entre l'université et l'hôpital ; il assure la pleine participation des doyens invités à la CME aux travaux du groupe.

La commission de la qualité et de la sécurité des soins.

Mme VIDAL-TRECAN explique par un schéma (consultable sur le site Internet de la CME) la complexité de la structuration de la commission de la qualité et de la sécurité des soins.

Deux nouvelles instances :

- la sous-commission certification et évaluation des pratiques professionnelles ;
- la sous-commission vigilance et risques médicaux ;

rejoignent les autres sous-commissions :

- le comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;
- le comité de liaison en alimentation (CLAN) ;
- le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

Le CLUD, le CLAN et la sous-commission certification et évaluation des pratiques professionnelles sont plutôt orientés vers la qualité, le CLIN, le COMEDIMS et la sous-commission vigilance et risques médicaux plutôt vers la sécurité.

Elle mentionne le lien entre la commission plénière et le comité de pilotage qualité et gestion des risques, fait savoir que la DPM interviendra dans le domaine de la certification, de l'évaluation des pratiques professionnelles, des vigilances et risques médicaux et qu'un bureau d'experts composé de personnalités qualifiées sera sollicité pour des avis.

La commission plénière aura pour mission d'impulser la politique qualité et sécurité des soins en lien avec les sous-commissions, les hôpitaux, le comité de pilotage qualité et gestion des risques. Elle établira un rapport d'activité annuel portant sur l'ensemble des domaines qualité et sécurité des soins. Ce document permettra de dresser un inventaire destiné à éviter les doublons et à améliorer le partage d'informations, d'autre part d'établir une cartographie des risques et des actions de prévention et de faire un point concernant l'évaluation des pratiques professionnelles.

Après avoir mentionné la composition de la commission plénière et informé qu'elle assurera la présidence des deux nouvelles sous-commissions, Mme VIDAL-TRECAN évoque les premières actions du comité vigilances et risques médicaux ainsi que sa composition puis les premiers axes de travail du comité chargé de l'évaluation des pratiques professionnelles et sa composition.

Elle espère la participation de nombreux membres de la CME aux travaux de ces instances qui solliciteront également des groupes de travail spécifiques.

La commissions activités et ressources.

Les premiers débats de cette mandature démontrent selon **M. FAYE** que les finances se situent au cœur des problématiques, notamment pour la création de postes de praticiens hospitaliers. Les évolutions du mode de financement des établissements de santé, publics et privés, fondé désormais sur l'activité, des règles comptables avec l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, et enfin la gouvernance qui confie la gestion des recettes et des dépenses sur leur lieu de production et de consommation, nécessitent d'établir des règles permettant de piloter les pôles d'activité et d'évaluer leurs indicateurs dans les deux prochaines années. Certains de ces pôles souhaitent redessiner leur périmètre et leur configuration : l'aspect financier des évolutions devra être pris en compte.

La commission activités et ressources bénéficiera de la contribution de la direction des finances. **M. GUIN** porte de l'intérêt aux échanges, sa volonté pédagogique sera profitable aux membres de la commission lesquels parallèlement, éclaireront le travail de sa direction sur les pratiques et les savoirs médicaux.

A cet effet, sera organisée une réunion mensuelle s'adressant notamment aux présidents de CCM et de collégiales, mais aussi aux praticiens de terrain. **M. FAYE** lance un large appel à candidature également à l'adresse d'experts et de personnes intéressées aux groupes homogènes de séjours (GHS) liés à l'innovation ou aux grands équilibres financiers de leur établissement.

La commission activités et ressources a également pour vocation de valoriser le travail avec la direction des finances aux yeux de la tutelle. Il rappelle que d'autres partenaires notamment l'Union européenne, jouent un rôle croissant en matière de finances et doivent être informés des réflexions de l'AP-HP. La commission transmettra au président de la CME les éléments permettant de faire valoir la position de l'institution.

Il semble important à **M. le président** que le directeur des finances intègre les problématiques médicales dans sa réflexion. Il déclare qu'une pétition circulant au sein des hôpitaux de l'AP-HP pour demander au ministre de sursoir à la T2A à 100 %, rencontre un grand succès.

La commission vie hospitalière.

La commission vie hospitalière devra définir son périmètre d'intervention observe **M. DASSIER**, son titre générique englobant les relations entre la communauté médicale et l'institution.

Ses principaux axes de réflexion visent à :

- développer l'attractivité de l'institution pour capter les jeunes collègues et conserver les praticiens plus âgés et confirmés ;
- étudier l'environnement de l'expression des praticiens hospitaliers ;
- poursuivre le travail remarquable mené par l'institution dans le domaine de la formation continue médicale.

L'orateur proposera des pistes plus précises après l'été et espère que de nombreux collègues rejoindront la commission.

La CME doit jouer pleinement son rôle dans le domaine de la FMC à travers cette commission vie hospitalière déclare le **président** qui encourage à nouveau tous les membres à rejoindre ces commissions afin que l'instance puisse s'appuyer sur elles.

IV- Avis sur le projet de mise à jour du règlement intérieur-type de l'AP-HP.

La parole est donnée à **M. DUPONT** pour présenter un projet de mise à jour du règlement intérieur-type de l'AP-HP (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) concernant les relations avec les usagers. Des éléments portant notamment sur la gouvernance hospitalière ont été récemment ajoutés, indique-t-il et des dispositions complémentaires seront encore sans doute intégrées à ce titre au cours des mois à venir.

Il aborde aujourd'hui l'évolution des règles relatives à l'accueil des patients à l'hôpital et le fonctionnement interne des hôpitaux. Le texte actuellement en vigueur date de 1999. Or, de nombreux textes législatifs et réglementaires ont été publiés depuis.

1- Les principales évolutions législatives prises en compte.

Le règlement intérieur intègre les modifications induites par notamment :

- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé modifie le règlement intérieur concernant :
 - l'information et le consentement des patients ;
 - le respect de la dignité et de l'intimité de la personne ;
 - l'accès direct au dossier médical ;
 - le secret professionnel ;
 - la personne de confiance ;
 - les soins confidentiels au mineur ;
 - les réclamations, la médiation, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, la représentation des usagers ;
- les lois du 6 août 2004 de bioéthique et du 9 août de politique de santé publique concernant la recherche biomédicale, les dons, les prélèvements d'éléments du corps humain ;
- la loi du 4 mars 2002 et la loi du 22 avril 2005 portant sur l'accompagnement de la fin de vie et concernant le droit aux soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, les directives anticipées ;
- la loi du 5 mars 2007 relative aux majeurs protégés.

Cette actualisation du règlement a fourni l'occasion d'inclure un certain nombre de principes et d'apporter des précisions sur :

- la laïcité et le libre choix ;
- l'usage du téléphone portable au sein des hôpitaux ;
- l'interdiction de fumer, en application du décret du 15 novembre 2006 ;
- les dispositions relatives au décès périnatal ; les contrats de séjour ;
- les sorties de courte durée en psychiatrie ;
- les conditions d'audition des patients par la police ;
- l'accouchement sous X, en application de la loi du 22 janvier 2002 ;
- l'interruption volontaire de grossesse (IVG) pratiquée sur des personnes mineures, en application de la loi du 4 juillet 2001 ;

- le plan blanc ; le service social ;
- les pièces à fournir à l'admission, en application notamment de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

En outre, le règlement type des chambres mortuaires figure en annexe du règlement intérieur. Des modifications y ont été apportées en 2006 concernant notamment les délais laissés aux familles pour réclamer les corps.

Enfin, la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRM-T) a proposé un amendement à l'article 118 : « *Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis de l'hôpital et des personnels hospitaliers* ». Un second amendement, porté à l'article 124, sera également proposé : « *Les services sociaux font le lien entre l'hôpital, ses pôles d'activité et la vie extérieure* ».

Le projet de règlement intérieur modifié sera examiné par le conseil d'administration organisé fin juin puis diffusé dans les hôpitaux.

A l'adresse de **M. LYON-CAEN** qui demande les raisons de la suppression de l'article 77 relatif aux malades venant de l'étranger, **M. DUPONT** répond que le code de la santé publique prévoyait que les ressortissants étrangers étaient admis à l'hôpital public dans les mêmes conditions que les patients français, et que cette disposition a été supprimée en 2001 par les pouvoirs publics dans un souci de non-discrimination. Les patients de nationalité étrangère sont admis dans les mêmes conditions que les ressortissants de nationalité française, et doivent de même veiller à leur prise en charge financière : ils doivent être accueillis en cas de soins d'urgence conformément, précise M. DUPONT, à l'article 39 du règlement intérieur qui stipule que « *l'hôpital a vocation et devoir d'accueillir (...) tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination* ».

Puis il indique qu'il vérifiera le point soulevé par **M. DOUARD** portant sur l'article 79, relatif à l'admission des militaires dont seuls les appelés devaient obligatoirement être pris en charge par des structures hospitalières militaires. L'intervenant doute que la version prévoyant le transfert du militaire vers un hôpital de l'armée le plus proche dès que son état le permet, soit d'actualité.

Mme MARCHAND observe que l'article 14 laisse entendre qu'uniquement les praticiens à temps partiel, les attachés et les assistants assurent le service quotidien des jours ouvrables. Il convient de corriger cet article dans le sens que ces professionnels interviennent en coordination avec les autres praticiens.

S'agissant de l'organisation des soins **M. LACAU ST GUILY** se dit préoccupé par la manière dont le service est « métabolisé ». Il estime que l'article disposant que « *les structures internes de prise en charge peuvent notamment être constituées par les services et les unités fonctionnelles* » aurait mérité un débat car le service reste un élément visible pour l'utilisateur.

Par ailleurs, le fait que le chef de pôle est assisté par un cadre paramédical et par un cadre administratif génère selon lui, une « inflation administrative ».

Le **directeur général** rappelle que dans le cadre de la précédente mandature, il avait précisé à deux reprises que la nomination des cadres administratifs au sein des pôles interviendrait à effectifs constants.

L'article 10 du projet de règlement intérieur relatif aux dispositions spécifiques aux pharmaciens chefs de service ou de département ne paraît pas à **M. LEVERGE**, conforme à l'article de référence, propre aux pharmacies à usage intérieur (PUI), du code de la santé publique. Le texte sera revu en ce sens indique **M. DUPONT**, avant de préciser que le règlement intérieur mérite de devenir un outil vivant, figurant sur le portail Internet de l'AP-HP et régulièrement modifié. Il était nécessaire de présenter rapidement la version révisée notamment afin d'intégrer les dispositions relatives à l'interdiction de fumer, toutefois ce document s'avère avant tout destiné aux usagers.

Mme Brigitte GIRARD n'est pas certaine que la mise en œuvre des pôles se soit déroulée à effectifs constants dans certains hôpitaux. Par ailleurs, elle signale que le règlement intérieur constitue un élément distinct du livret distribué aux usagers.

Pour **M. FAYE** le livret destiné aux usagers ne doit pas être rédigé par la seule administration, la participation de médecins permet de garantir la prise en compte de la dimension médicale.

Le **directeur général** informe que le règlement intérieur constitue une obligation réglementaire et fonde le droit au sein de l'AP-HP, tandis que le livret d'accueil du patient transcrit les principales dispositions pour les patients rappelant leurs droits et leurs devoirs. L'administration n'a pas pour objectif de le rédiger seule mais d'agir en sorte qu'il devienne le plus opérationnel possible. Dans ce cadre, elle est ouverte à toute collaboration nécessaire, notamment avec la CME.

La CME doit être l'organe reflétant les demandes de la communauté médicale, s'appropriant les problématiques que cette dernière souhaite voir avancer, déclare le **président**. Ses organes dirigeants sont à l'écoute des demandes et ont noté celles concernant la gouvernance hospitalière. Par ailleurs, les points mentionnés pourront être examinés par la commission vie hospitalière.

M. HINGLAIS se dit volontaire pour approfondir la réflexion concernant l'articulation entre le respect du secret professionnel, mentionnée à l'article 188 du règlement intérieur et l'article 40 du code de procédure pénale, impliquant de porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont les fonctionnaires et les médecins chefs de service ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. *A priori*, il existe une dérogation au strict respect du secret professionnel concernant les crimes. Cependant, ce point posant souvent des problèmes dans les services d'urgences, une clarification s'impose.

Le projet de règlement intérieur-type de l'AP-HP est approuvé par 39 voix pour ; on note 5 abstentions.

V- Première situation quadrimestrielle pour l'année 2007.

En propos liminaire, M. GUIN indique que la première situation quadrimestrielle de l'année 2007 (cf. document mis sur table lors de la séance) fonde le premier point d'étape de l'EPRD. Elle couvre la période de janvier à avril et correspond à une obligation réglementaire vis-à-vis des tutelles. Il s'agit d'un outil de pilotage permettant d'identifier les principaux risques de dérapage par rapport aux prévisions initiales et de décider des mesures correctives éventuelles.

1- L'exécution du compte de résultat prévisionnel principal (CRPP).

Le CRPP, couvrant l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'activité de soins de suite et réadaptation (SSR) et l'activité de psychiatrie, fait apparaître un écart négatif de 48 millions d'euros par rapport aux prévisions, soit environ 2,5 % du montant de la prévision. Si les dépenses s'avèrent globalement conformes aux objectifs à deux millions près, les recettes sont inférieures de 50 millions d'euros aux prévisions, résultat d'autant plus inquiétant qu'il traduit exclusivement un déficit sur les recettes.

En dépenses, le résultat traduit une légère sous-estimation des dépenses de personnel (moins 9 millions d'euros), compensé par un fort dynamisme des dépenses médicales et pharmaceutiques impliquant un écart de 13 millions d'euros par rapport aux prévisions, malgré une progression contenue des médicaments financés en sus dans le cadre de la T2A. Ces dépenses supplémentaires proviennent des seuls médicaments dont le coût est intégré aux GHS.

En recettes, le déficit inquiétant de 50 millions d'euros s'explique par :

- un retard de facturation pour les recettes subsidiaires (12 millions d'euros) ;
- des recettes d'activité inférieures aux prévisions (30 millions d'euros) :
 - 10 millions d'euros pour les ressortissants étrangers (patients 100 % payants),
 - 20 millions pour les recettes de MCO ;

Si une partie de cet écart s'explique par des facteurs techniques, le rythme de progression du nombre de séjours :

- plus 1 % en hospitalisation complète ;
- moins 2 % en hospitalisation de jour,

se révèle inférieur au 1,6 % fixé. L'écart enregistré en hospitalisation complète est le plus inquiétant puisque ce secteur engendre 90 % des recettes d'activité.

Cette faiblesse de l'activité trouve en partie son origine dans des éléments propres à chaque hôpital et difficiles à consolider. Néanmoins, il convient de prendre en compte l'impact des nouvelles règles de répartition entre l'hôpital de jour et la consultation, de plus, l'hiver particulièrement doux a engendré un nombre limité d'hospitalisations en pédiatrie. L'explication réside aussi dans les modes de fonctionnement et d'organisation de l'AP-HP car plusieurs sites se trouvent en difficulté sur la chirurgie laquelle enregistre un taux de croissance encore moins favorable que l'ensemble du secteur d'hospitalisation. Des efforts internes s'imposent et il s'avère impératif de rappeler aux hôpitaux la nécessité de respecter le contrat d'activité sur l'ensemble de l'exercice ce qui implique d'enregistrer une progression de 1,9 % en hospitalisation complète et de 2,9 % en hospitalisation de jour sur les deux prochains quadrimestres. Les difficultés se concentrent essentiellement au sein des hôpitaux Avicenne, Antoine Béclère, Beaujon, Bicêtre et Henri Mondor.

En conclusion, M. GUIN souligne le caractère impérieux du respect des objectifs sur l'ensemble de l'année, soit d'engager au sein de chaque hôpital les plans d'action permettant d'atteindre les objectifs. La situation induit également une grande vigilance sur l'évolution des dépenses, aucun dépassement n'étant possible. Pour autant, il n'est pas proposé de remettre en cause l'EPRD initial mais on doit se donner les moyens de redresser le cap afin de tenir l'objectif d'une exécution budgétaire équilibrée et d'être en mesure de financer le programme ambitieux figurant dans le plan stratégique.

Mme DEGOS demandant si les hôpitaux enregistrant une faible activité correspondent à ceux connaissant des difficultés de recrutement de personnel, **M. GUIN** répond qu'il n'existe pas de corrélation évidente entre la sous-exécution des dépenses de personnel et le respect des contrats d'activité. Il précise que la sous-exécution des dépenses se répartit équitablement entre les dépenses des personnels médicaux (2 millions d'euros) et non médicaux (7 millions d'euros).

Le plan de retour à l'équilibre implique une croissance de l'activité supérieure à celle enregistrée en Ile-de-France, observe **M. HARDY** qui voudrait savoir si on possède des données pour comparer les médiocres résultats de l'AP-HP à ceux des autres hôpitaux de la région.

Les objectifs de l'institution en terme d'activité sont comparables à ceux des hôpitaux de la région et des autres CHU importants déclare **M. GUIN**, mais on ne dispose pas encore de données relatives aux situations quadrimestrielles d'autres hôpitaux. Cependant, des contacts avec les responsables d'hôpitaux d'Ile-de-France confirment une activité peu dynamique en pédiatrie et une atonie de l'activité en chirurgie.

Si l'activité a commencé à se redresser au cours du mois d'avril, elle faiblira en mai, aussi celle comprise entre le mois de juin et la mi-juillet sera très importante.

Les hôpitaux de gériatrie vont être impactés par la circulaire relative à l'hôpital de jour or la situation de ces hôpitaux n'a pas été évoquée, remarque **M. SEBBANE** qui demande que la gériatrie soit traitée de manière équitable au sein de l'AP-HP, ainsi que la psychiatrie ajoute **M. HARDY**.

M. GUIN reconnaît que la présentation n'évoque pas en particulier la gériatrie et le long séjour, pour la simple raison que ces secteurs ne rencontrent pas de difficulté particulière au cours du premier quadrimestre. Il précise que le dossier remis sur table comprend un chapitre spécifique consacré aux comptes de résultats prévisionnels annexes dont le budget du long séjour qui comporte des résultats en ligne avec les prévisions concernant les recettes. Le budget du long séjour enregistre une légère sous-exécution des dépenses, essentiellement de personnel.

Puis à l'adresse de **M. DOUARD** qui souligne le fait que certaines pathologies ne sont plus traitées au sein des hôpitaux de l'AP-HP, **M. GUIN** déclare que l'évolution de la part de marché de l'AP-HP conditionne le potentiel de développement de l'institution à moyen terme. S'il ne dispose pas d'éléments de mesure de cette évolution au cours du premier quadrimestre, en revanche, il confirme que cet axe d'analyse, tant au niveau rétrospectif que prospectif, se trouve au cœur des conférences activité, stratégie, performance (ASP). A cet égard, il a été demandé à chaque hôpital d'identifier ses gisements et ses perspectives de reconquête de parts de marché. Cette démarche permettra de réorienter à la marge le développement de l'AP-HP à fin 2007, mais surtout de structurer les réponses qu'elle apportera à l'avenir aux besoins de santé, donc d'assurer le développement de son activité et de ses recettes.

Le bilan des conférences ASP fera l'objet d'une présentation au conseil exécutif et en CME indique **M. NAVARRO** qui rappelle qu'elles ont été axées sur l'activité, ce qui implique d'avoir une connaissance précise des parts de marché de l'AP-HP. Par ailleurs, ces conférences ont favorisé le débat sur les moyens permettant de mettre en œuvre une stratégie plus offensive. Si l'AP-HP et l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) disposent d'une vision claire de l'évolution des parts de marché, on enregistre des différences notables entre les hôpitaux mais aussi entre les GHU, du fait de la répartition inégale des cliniques privées au sein de la région Ile-de-France.

A côté d'une comparaison de l'activité par rapport au premier quadrimestre de l'année précédente, **M. AIGRAIN** voudrait disposer de données lissées dans le temps afin de pondérer les résultats.

En second lieu, M. CORIAT et lui-même ont placé l'activité chirurgicale au cœur de leur réflexion et de leur volontarisme au cours des quatre prochaines années. Il imagine que les problèmes des sites en difficulté dans ce secteur résultent du retard de recrutement des infirmiers de bloc opératoire et des infirmiers anesthésistes ou encore de l'informatisation et de l'organisation des blocs opératoires. Il s'avère impératif de faire progresser rapidement ces différents dossiers.

En troisième lieu, au regard de l'importance de l'enjeu, tous deux ont proposé au directeur général et à M. NAVARRO d'engager rapidement une réflexion dans le cadre d'un groupe de travail (qu'il coprésidera sans doute avec M. SUDREAU) concernant les domaines de l'activité chirurgicale où des investissements permettront rapidement de reprendre des parts de marché (ophtalmologie, chirurgie reconstructrice, traumatologie, gynéco-obstétrique...) notamment afin de répondre aux besoins de la population alors que des structures privées ferment en Ile-de-France, par exemple en gynécologie-obstétrique. Les différentes collégiales chirurgicales seront sollicitées.

Enfin, pour s'être rendu récemment à la caisse d'assurance maladie, il sait que la part de marché globale de l'AP-HP dans le domaine de la chirurgie s'est stabilisée en 2005, puis a progressé en 2006, après s'être écroulée entre 2000 et 2004.

Si les chiffres relatifs aux parts de marché respectives de l'AP-HP et de ses concurrents privés existent, déclare le **président**, leur analyse s'avère difficile. En effet, la fédération hospitalière de France constate une progression de 9 % de l'activité chirurgicale dans le secteur privé en Ile-de-France, cependant elle se demande si toutes les interventions réalisées étaient justifiées.

Il importe d'améliorer l'adressage des patients, intervient **M. NAVARRO** car des pans entiers de l'activité échappent à l'AP-HP alors que son objectif vise à inciter les hôpitaux à traiter eux-mêmes un certain nombre de ces patients au prix de quelques moyens supplémentaires, et à réaffecter les patients au sein de l'AP-HP, y compris hors de leur GHU d'origine.

Les chirurgiens demandent à travailler davantage selon **M. LACAU ST GUILY** mais les circuits au sein de l'AP-HP restent compliqués et la rendent moins efficace que le secteur privé au niveau organisationnel concernant les petites interventions. Les efforts doivent donc porter sur la chirurgie de jour, un secteur négligé par le passé.

La CME et l'AP-HP dans son ensemble partagent une volonté politique en ce sens, affirme le **président**. Cependant, le problème réside dans la fluidité des plateaux techniques.

M. FOURNIER s'interrogeant sur la robustesse de la modélisation exposée pour confirmer les tendances mentionnées, **M. GUIN** l'estime suffisante pour pouvoir tirer des enseignements et appeler à des corrections. Il reste quelques difficultés méthodologiques au niveau des dépenses mais on met en œuvre des outils permettant de corriger l'impact de la saisonnalité. Néanmoins, demeure le risque que les anticipations ne correspondent pas à la réalité. Les dispositifs s'amélioreront au fil du temps.

En revanche, la robustesse des estimations relatives à l'activité et aux recettes ne pose pas de problème majeur. En effet, les recettes sont réparties relativement uniformément au fil des mois. Leur principal déterminant est aujourd'hui l'activité. On peut vérifier si on s'inscrit sur une bonne trajectoire par rapport à l'activité du premier trimestre 2006. L'écart négatif enregistré dans le domaine de l'activité se traduit mécaniquement au niveau des recettes liées à l'activité. Cette tendance se confirmera au fur et à mesure de la montée en charge de la T2A.

Par ailleurs, il prend note de la suggestion visant à lisser les comparaisons afin d'échapper à certains biais statistiques.

Alors que l'AP-HP va devoir se soumettre aux exigences des contrats de bon usage au 31 août 2007, **M. LEVERGE** rappelle que les dépenses consacrées aux médicaments et aux dispositifs médicaux représentent environ 1 milliard d'euros. En parallèle, l'activité des hôpitaux et les MIGAC rapportent 2,1 milliards d'euros, soit un montant inférieur aux dépenses de personnel (3,7 milliards d'euros). Les autres recettes proviennent de différentes activités produites par les services cliniques, notamment le remboursement des dépenses liées aux thérapeutiques innovantes, s'ajoutant aux GHS. Ce dernier volet permet de percevoir 246 millions d'euros. Par ailleurs, les dépenses relatives aux patients externes (VIH, greffés...) permettent d'encaisser une recette de 270 millions d'euros. Ces deux dispositifs particuliers représentent 516 millions d'euros, soit la moitié du milliard consacré aux dépenses relatives aux médicaments et aux dispositifs médicaux, soit dix fois le montant du plan équilibre.

Les rentrées enregistrées grâce aux pharmacies à usage intérieur (PUI) peuvent intervenir uniquement en contrepartie d'un suivi nominatif des patients concernés, correspondant environ à 23 000 patients externes par mois et à un nombre équivalent de patients bénéficiant de traitements innovants. Or les pharmaciens ne parviennent pas à mobiliser les 6 000 cliniciens sur ce sujet. C'est pourquoi, si la CME ne relaie pas leurs efforts afin de sensibiliser à la qualité des prescriptions et des soins, les équipes du siège et la collégiale des pharmaciens s'épuiseront en vain, estime-t-il.

VI- Avis sur le compte financier de l'exercice 2006.

En préambule, **M. GUIN** explique que par le passé étaient présentés en fin d'année par l'ordonnateur un compte administratif et par le comptable un compte de gestion. Le nouveau régime budgétaire et comptable prévoit l'établissement d'un compte financier unique présenté conjointement par l'ordonnateur et le comptable favorisant une vision plus juste et cohérente (cf. document remis sur table lors de la séance).

Le compte financier comprend :

- le compte de résultat prévisionnel principal ;
- les comptes de résultats annexes : A : dotation non affectée ; B : unités de SLD ; C : formation initiale ;

- le tableau de calcul de la capacité d'autofinancement constituant l'indicateur le plus significatif de la situation financière ;
- le tableau de financement détaillant l'ensemble des opérations financières (immobilisations, capacité d'autofinancement, emprunts...) ;
- les propositions d'affectation des résultats.

Le conseil d'administration doit approuver les comptes et l'affectation des résultats en sa séance du 29 juin prochain.

Le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) soit l'ensemble des dépenses et des recettes liées à l'activité de court séjour, de psychiatrie et de soins de suite, couvre :

- 5,839 milliards d'euros au titre des charges : 3,773 milliards d'euros pour les charges de personnel ; 1,094 milliard d'euros pour les charges à caractère médical ; 536 millions d'euros pour les charges à caractère hôtelier et général ; 436 millions d'euros pour les dépenses financières ;
- 5,857 milliards d'euros au titre des produits, dont 4,619 milliards d'euros de produits versés par l'assurance maladie.

Le résultat économique de l'exercice 2006 ressort à 18 millions d'euros, signe du respect des objectifs fixés à l'EPRD, obtenu grâce :

- à une progression satisfaisante de l'activité (plus 2,6 %) conforme aux prévisions ;
- à la maîtrise des dépenses correspondant à la sous-exécution des dépenses de personnel (proche de 60 millions d'euros) et le respect du plan équilibre (45 millions d'euros).

Le résultat comptable ressort à 106 millions d'euros, affecté à hauteur de 47 millions d'euros en report à nouveau et à hauteur de 59 millions d'euros en investissement.

Les comptes de résultats annexes enregistrent :

- le compte A, plus 42 millions d'euros, dont 38 millions d'euros de cessions immobilières ;
- le compte B, plus 4,2 millions d'euros affecté en réserve de compensation ;
- le compte C, plus 0,2 million d'euros affecté en réserve de compensation.

La capacité d'autofinancement (CAF) 2006, un élément essentiel du pilotage, ressort à 411 millions d'euros et *le tableau de financement* est équilibré.

Les résultats démontrent que l'AP-HP a réussi en 2006 à financer ses investissements et à équilibrer les différents comptes de résultats tout en restant sur une trajectoire financière soutenable dans le cadre de la montée en charge de la T2A sur laquelle il convient de conserver une grande vigilance.

M. le vice-président observant que les résultats de l'exercice 2006 permettent de verser un intéressement aux hôpitaux expérimentateurs, **M. GUIN** précise qu'il sera versé aux hôpitaux ayant contribué à l'expérimentation de la nouvelle gouvernance ; le résultat économique a été ramené de 24 à 18 millions d'euros suite à quelques travaux complémentaires.

Cet intéressement expérimental a été notifié aux quatre hôpitaux concernés. Le mécanisme sera généralisé l'an prochain à l'ensemble des hôpitaux sur la base de résultats positifs constatés fin 2007. La situation du premier quadrimestre ne garantit pas le respect de cette première condition. En outre, l'intéressement sera versé à chaque hôpital en fonction de son respect d'un certain nombre d'objectifs (les dépenses prévisionnelles, le contrat d'activité, le plan équilibre).

M. FAYE salue la clarté et les vertus pédagogiques de l'exposé. Il forme le vœu que les documents financiers soient transmis au préalable à la commission activités et ressources car il s'avère difficile de réagir de manière pertinente à des documents distribués le jour même d'une séance de la CME.

S'il partage la responsabilité des résultats du compte financier 2006 avec son prédécesseur, le **directeur général** observe que ces bons résultats financiers 2006 autorisent le rappel de deux principes. D'une part, le respect des objectifs d'activité induit d'enregistrer un niveau de recettes permettant d'équilibrer le budget au prix d'un effort de gestion. D'autre part, chacun au sein de la communauté hospitalière doit être conscient que cet équilibre, voire un éventuel excédent, permettent d'alimenter l'investissement. Or le plan stratégique peut être financé uniquement dans le cadre d'une exploitation assainie. Consacrer les deux tiers du résultat comptable à l'investissement constitue un signe fort, sans pour autant se départir d'un principe de précaution. La gestion constitue donc un phénomène dynamique, nécessitant une attention marquée concernant l'équilibre général du système.

La CME approuve à l'unanimité des votants le compte financier 2006.

VII- Avis sur des contrats d'activité libérale.

Les deux nouveaux contrats d'activité libérale et les renouvellements présentés sont approuvés par 28 voix pour, 4 contre et 13 abstentions.

VIII- Avis sur la création de postes d'assistants des hôpitaux au 1^{er} novembre 2007.

Mme PORTENGUEN donne lecture du dossier relatif à la création de postes d'assistants des hôpitaux en indiquant l'avis rendu par la commission temps et effectifs médicaux :

- un poste dans le service de pharmacie de l'hôpital Avicenne : avis défavorable ;
- un poste dans le service de biochimie du groupe hospitalier Broussais – Georges Pompidou : avis favorable ;
- un poste dans le service de pharmacie de l'hôpital marin d'Hendaye : avis favorable sous réserve de financement.

La CME se conforme à l'unanimité à la position de la commission temps et effectifs médicaux.

IX- Approbation du compte-rendu de la séance du 2 mai 2007.

La CME adopte le compte-rendu de la séance du 2 mai 2007.

X- Question diverse.

Le décret d'application publié le 5 avril 2007 relatif à la retraite sur la part hospitalière des praticiens hospitalo-universitaires au système de retraite prévoit qu'ils peuvent verser une somme complémentaire à des organismes agréés, indique **M. RYMER**, somme majorée par un versement employeur dont les modalités sont décrites dans le décret sus-cité. Il appartient à l'hôpital de proposer les modalités de ce versement, qui devait intervenir au 1^{er} janvier 2007. L'intervenant souhaite savoir comment ce dossier est instruit au sein de l'AP-HP.

Mme PORTENGUEN confirme l'urgence du traitement du dossier, cependant elle attend la réponse du ministère interrogé voici plus d'un mois. Une réunion programmée la semaine prochaine permettra d'évoquer ce sujet.

*

* *

La séance est levée à 11 heures 50.

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

Mardi 10 juillet 2007 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 27 juin 2007 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.