

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 13 JUIN 2006**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 19 SEPTEMBRE 2006**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 13 juin 2006

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- L'hôpital et l'assurance maladie.
- 2- Avis sur le compte administratif pour l'année 2005.
- 3- Présentation de la première situation quadrimestrielle pour l'année 2006.
- 4- Avis sur le plan global de financement pluriannuel pour la période de 2006 à 2010.
- 5- Nouvelle gouvernance : avis sur le règlement intérieur type de l'AP-HP (mise en place des pôles et politique de contractualisation).
- 6- Avis sur le projet de convention hospitalo-universitaire entre l'AP-HP et l'université Pierre et Marie Curie.
- 7- Avis sur la création du groupe hospitalier Albert Chenevier – Henri Mondor.
- 8- Désignation d'un membre de la commission d'activité libérale du groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière.
- 9- Présentation du projet de bilan social de l'année 2005.
- 10- Avis sur des fiches de pôles d'activité.
- 11- Avis sur un contrat d'activité libérale.
- 12- Avis sur des demandes de création de postes d'assistant des hôpitaux au 1^{er} novembre 2006.
- 13- Approbation du compte-rendu de la séance du 9 mai 2006.
- 14- Question diverse.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers (JO des 10 mars, 9 et 28 avril 2006).
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers à plein temps au titre de l'article 15.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers.
- Désignations de responsables de pôle dans les hôpitaux Charles Richet, Charles Foix-Jean Rostand, Jean Verdier et Pitié-Salpêtrière.

Composition B

- Avis sur la titularisation des MCU-PH nommés stagiaires au 1^{er} septembre 2005.
- Avis sur la titularisation des MCU-PH en odontologie au 1^{er} septembre 2006.
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de MCU-PH.

Composition A

- Avis sur les premières demandes de nomination et sur les demandes de renouvellement de consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2006.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
 - Mme le Dr DESOUCHES, représentant l'inspection régionale de la santé,
 - 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 BAGLIN, doyen de faculté,
 - M. le Pr BERCHE, doyen de faculté ;

- ***les représentants de l'administration :***
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - Mme WARGON, directrice déléguée à la coordination et au contrôle interne,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - Mme QUESADA, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
 - M. PEURICHARD, directeur du développement et des ressources humaines,
 - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

 - M. CHEVALIER, direction des affaires juridiques et des droits du patient,
 - M. le Pr EURIN, président de l'université Denis Diderot,
 - Mme de FAVERGES, pôle audit veille évaluation conseil, direction générale,
 - M. le Dr MARTY, responsable du département de l'hospitalisation à la caisse nationale d'assurance maladie,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - M. le Pr RIOU, vice-président de l'université Pierre et Marie Curie,
 - M. SAUVAT, direction de la politique médicale,
 - M. TOUZY, direction du personnel et des relations sociales,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale,
 - M. VAN ROEKEGHEM, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie.

*

*

*

Le président de **PROST** ouvre la séance en présentant les excuses de MM. BEN-BRIK, DRU, GOËAU-BRISSONNIERE, HARDY, HAUSFATER et VEYRIE avant d'engager l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - L'hôpital et l'assurance maladie.

Le **président** accueille M. VAN ROEKEGHEM, directeur général de l'assurance maladie et les membres de son équipe présents, il lui cède la parole après avoir rappelé l'intérêt de renforcer les relations entre médecins hospitaliers et médecins de l'assurance maladie.

M. VAN ROEKEGHEM introduit son intervention en évoquant les difficultés de dialogue justifiant la volonté de clarifier le positionnement de cet organisme vis-à-vis de l'hôpital, lequel constitue un enjeu financier majeur et occupe une place essentielle et irremplaçable au sein de l'offre de soins. Il apparaît nécessaire de mieux intégrer les relations entre la médecine de ville et les soins hospitaliers, de mieux gérer le risque encouru par les patients, mais aussi par les établissements, de veiller à l'efficacité du système de soins alors que sa situation financière est très dégradée. La démarche de l'assurance maladie rejoint ainsi la politique menée au sein de l'AP-HP depuis plusieurs années. Celle-ci comporte cinq axes.

Mieux informer les assurés

L'assurance maladie se positionne comme un assureur obligatoire en santé solidaire ; son métier consiste à assurer et à aider à la délivrance de soins de qualité, tout en améliorant l'efficacité du système de soins. Dans ce cadre, les gains de productivité obtenus doivent être affectés à l'amélioration de la qualité et à la réduction du déficit. Il convient de préciser que, si la tendance annuelle d'augmentation de 6 % à 8 % des dépenses de soins de ville enregistrée entre 1998 et 2002 s'était poursuivie, les dépenses de l'assurance maladie seraient supérieures de 6 milliards d'euros – l'équivalent de 0,6 point de la contribution sociale généralisée - à l'heure actuelle. Des gains ont été obtenus par une incitation au retour à un certain nombre de fondamentaux dans le domaine de la gestion. Les arrêts de travail et la consommation de médicaments sont particulièrement concernés.

La volonté de mieux informer les assurés porte également sur l'information relative à la qualité des soins dispensés au sein des établissements. Dans le domaine de la médecine de ville, toutes les caisses primaires d'assurance maladie délivreront par ailleurs aux assurés qui le demandent des informations tarifaires concernant les actes cliniques des médecins spécialistes afin de favoriser l'application de la réglementation, qui prévoit que les assurés sont en droit de choisir leur prescripteur et leur établissement de santé.

Participer à l'élaboration des besoins de santé de la population et à la mise en

concordance de l'offre et des besoins de soins

L'assurance maladie participe à l'élaboration des besoins de santé de la population et à la mise en concordance de l'offre et des besoins de soins à travers les institutions, dont l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Accompagner les établissements de santé

L'assurance maladie souhaite accompagner les établissements de santé uniquement lorsque cela est nécessaire et en fonction de ses compétences, notamment à travers les services des caisses régionales d'assurance maladie mais aussi de ses médecins conseils.

Contribuer à l'offre de soins

L'objectif consiste notamment à favoriser l'évolution des processus de soins permettant une plus grande efficacité. L'exemple type est le travail entrepris par de nombreux établissements hospitaliers dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, qui permet d'accroître le confort pour le patient et de diminuer le coût des traitements. Dans ce domaine la marge de manœuvre est évaluée à plusieurs centaines de millions d'euros si l'on se réfère aux résultats d'autres pays.

Développer la maîtrise médicalisée des dépenses de santé à l'hôpital

Ce cinquième axe de travail motive spécifiquement la présente intervention. Développer la maîtrise médicalisée des dépenses de santé à l'hôpital signifie bien utiliser les ressources collectives. Cette démarche doit être mise en œuvre avec le soutien des professionnels de santé, tout particulièrement des médecins hospitaliers. En effet, ces derniers sont des acteurs stratégiques, dans la mesure où ils initient les traitements et disposent d'un magistère vis-à-vis de leurs collègues de ville. Enfin, il apparaît impossible de mieux utiliser les ressources collectives sans travailler sur ce volet des dépenses.

L'assurance maladie tente de mettre en œuvre des actions de plus en plus concrètes car les résultats escomptés ne seront obtenus que grâce à sa capacité de sensibilisation des prescripteurs concernant le respect d'un certain nombre de règles ne relevant pas nécessairement du monde médical. C'est pourquoi, dans le domaine de la médecine de ville, des actions de terrain ont été engagées, en accord avec les syndicats médicaux. M. VAN ROEKEGHEM évoque, à cet égard, la difficulté à convaincre les interlocuteurs de l'assurance maladie, notamment au sein de l'Etat, de la nécessité de dégager des moyens pour obtenir des résultats à partir de programmes concrets permettant d'intervenir au sein des établissements de santé. Il fait référence aux propos récents du ministre de la santé qui souhaite que la maîtrise médicalisée des dépenses de santé pénètre le monde de l'hôpital et indique qu'une démarche va être engagée, de manière mesurée, ciblant prioritairement les soins externes sur des produits de santé identiques à ceux ciblés dans le cadre de la médecine de ville :

- les antibiotiques, un domaine où l'AP-HP a déjà engagé une action ;
- les statines, pour lesquelles l'objectif consiste à réduire le rythme de progression de la consommation de ces produits ;
- les médicaments génériques.

L'assurance maladie poursuit M. VAN ROEKEGHEM consacre environ 20 milliards d'euros chaque année au remboursement des médicaments prescrits dans le cadre de la médecine de ville, et environ 3 milliards au remboursement des médicaments prescrits par l'hôpital dans le cadre des soins externes. L'effet levier des prescriptions des médecins hospitaliers est donc important même si les conditions d'acquisition des médicaments diffèrent entre l'hôpital et la médecine de ville.

Ces trois domaines d'actions vont donner lieu à des accords qu'il conviendra de décliner aux différents niveaux. Ainsi, un premier accord, signé par le ministre et l'assurance maladie, a été conclu avec les fédérations hospitalières concernant les antibiotiques. Un second accord est en cours de finalisation concernant les statines. D'autres actions sont programmées concernant le respect des règles de prise en charge à 100 %. En effet, depuis la mise en place de l'ordonnance bizonne dans le cadre du plan Séguin en 1986, l'assurance maladie n'avait jamais élaboré un document destiné aux prescripteurs et permettant de préciser les éléments relevant ou non de la prise en charge à 100 %. L'ensemble de la pharmacopée a été analysée afin de clarifier les règles du jeu en la matière.

Les arrêts de travail sont un autre élément de cette politique. A l'heure actuelle, une évolution inverse est observée entre les prescriptions réalisées à l'hôpital et en médecine de ville. Il est possible que cette évolution traduise le passage de patients de la médecine de ville vers l'hôpital, mais selon l'intervenant, l'explication réside surtout dans l'absence de campagne de l'assurance maladie à l'hôpital sur ce sujet.

Enfin, la question des transports sanitaires va être examinée avec le monde hospitalier, à l'origine de près des deux tiers des prescriptions dans ce domaine. Ce sujet n'est pas simple à traiter, dans la mesure où l'augmentation résulte notamment de l'évolution de l'offre de soins hospitaliers et de la réduction de la durée des séjours à l'hôpital. Cependant, des témoignages laissent à penser que les concitoyens demandent une reprise en main de ce dossier. La manière d'agir consiste probablement à travailler concrètement sur le processus de déclenchement du transport.

Plus généralement, il est clair que l'absence de vision précise quant à l'intégration des soins entre la médecine de ville et l'hôpital, conduit à agir de manière inefficace. Accroître l'efficacité du système de soins rend nécessaire la suppression de la frontière entre soins de ville et soins hospitaliers. Enfin, conclut Monsieur VAN ROEKEGHEM, alors que l'évolution démographique du pays va engendrer un effort croissant des jeunes générations vis-à-vis de leurs aînés, l'assurance maladie estime qu'il serait irresponsable de s'enfoncer dans les déficits.

Le président engage le débat.

M. CHAUSSADE demande si les missions de dépistage et de prévention font partie des préoccupations de l'assurance maladie ; il lui paraît urgent de mettre en place des campagnes de dépistage de certains cancers, indiquant que le coût des médicaments utilisés dans le cadre du traitement d'un cancer du côlon métastatique représente 120 000 euros. Il a récemment rappelé certaines statistiques lors d'un colloque organisé à l'Assemblée nationale : alors que 12 000 décès par accident de la circulation et 12 000 décès par cancer du côlon étaient enregistrés il y a 25 ans, 4 950 décès par accident de la circulation et 17 000 décès par cancer du côlon sont constatés en 2005. M. CHAUSSADE souhaiterait connaître la position de l'assurance maladie sur ce sujet.

En second lieu, il évoque le thème des innovations technologiques. Il est parfois demandé à des médecins universitaires de tester certaines techniques innovantes (détection de la fibrose hépatique ...), notamment afin d'évaluer leur impact médico-économique, alors que ces techniques sont déjà proposées aux patients en dehors de toute cotation. Dans de telles conditions, l'intervenant avoue ne pas comprendre l'intérêt de faire des études médico-économiques dans le cadre de STIC ou de PHRC.

En réponse à cette intervention, **M. VAN ROEKEGHEEN** fait état de la position très favorable de l'assurance maladie vis-à-vis de la prévention. En effet, même si cette démarche n'est pas très simple à mettre en œuvre dans un contexte de situation financière dégradée, il n'est pas possible de gérer le risque maladie sur la base d'une vision de court terme. Cependant, l'assurance maladie est également favorable au fait que les personnes en charge de la santé publique assument leurs responsabilités. Celle-ci a fait savoir au ministre de la santé qu'elle serait prête à organiser un appel d'offres européen concernant le dépistage du cancer du côlon, sous réserve de l'inscription par l'Etat des crédits nécessaires sur la période de 2006 à 2009 et de l'élaboration d'un cahier des charges relatif à la généralisation de ce dépistage signé par l'autorité médicale compétente.

Concernant la seconde question de M. CHAUSSADE, il rappelle que les dispositions législatives votées en 2004, notamment la vérification de la maîtrise des risques liés aux actes innovants, tendent à ralentir l'intégration de l'innovation, donc sa prise en charge par l'assurance maladie. Dans les faits, il n'est pas toujours simple de distinguer ce qui ne présente pas de difficulté au niveau médical et de bien évaluer le rythme d'intégration de l'innovation. Il est clair également qu'il est plus facile d'intégrer l'innovation dans le cadre d'une gestion active de l'ensemble du champ du remboursable, qui n'existe pas à l'heure actuelle. Concernant les véritables innovations susceptibles de poser un problème de pratique médicale, la position consiste à respecter scrupuleusement les textes, donc à attendre les avis de la Haute autorité de santé.

L'avis de M. VAN ROEKEGHEEN quant à la nécessité de mieux informer les futurs médecins spécialistes dans le cadre de la formation rejoint celui de M. CHAUSSADE. La compréhension des équilibres généraux du système de santé fait sans doute partie de la culture générale nécessaire à l'exercice du métier de médecin.

Enfin, concernant les transports de patients, il convient que la problématique des transports sanitaires est complexe ; un accord est intervenu avec l'ensemble des fédérations de transport sanitaire en août 2005, mais le décret de 1988 n'a toujours pas été modifié. Néanmoins, la solution ne réside pas uniquement dans cette modification des textes mais dépend en partie de l'organisation des offreurs de transport, susceptible d'être optimisée. Un travail en destination des assurés devra être engagé dès lors que la démarche destinée aux prescripteurs aura abouti.

La nécessité d'améliorer la communication entre les médecins hospitaliers et l'assurance maladie est soutenue par le **président** qui a déjà eu l'occasion d'évoquer avec M. VAN ROEKEGHEEN la diffusion d'informations par le biais des comités consultatifs médicaux et l'organisation de visites de médecins conseils au sein des services, afin de répondre aux questions techniques des praticiens.

Pour répondre à la question de **Mme DEGOS** sur l'inexistence à Paris de véhicule sanitaire léger (VSL) **M. VAN ROEKEGHEM** indique que parfois les entreprises de transport procèdent à des « optimisations » empêchant de répondre à l'ensemble des besoins. Dans d'autres cas, les tarifs des taxis sont supérieurs à ceux des VSL. La situation est complexe, car les tarifs des taxis sont départementaux, alors que les tarifs des VSL sont nationaux. Les problèmes sont à régler en amont, aussi n'exclue-t-il pas de mener une campagne de communication concernant la possibilité pour les assurés de se faire rembourser leurs frais de véhicules, lorsque la situation médicale le permet.

Puis à **M. BERNAUDIN** qui souhaite savoir si le financement de l'évaluation des pratiques médicales pourrait constituer le sixième axe de la démarche engagée, l'intervenant après avoir souligné la démarche - unique en France - d'évaluation des innovations mise en place par l'AP-HP, évoque le retard pris par l'assurance maladie puisqu'elle a simplement commencé à analyser les processus de soins au sein de différents segments de population, afin d'optimiser la qualité du dispositif tout en maîtrisant les coûts. Ce domaine d'intervention constitue donc un axe de travail majeur. La stratégie vise à la fois à mieux évaluer les processus afin d'améliorer la qualité des soins en intégrant les avancées de la science et à mettre en œuvre une politique plus équilibrée en destination des assurés et des offreurs. Dans ce cadre, **M. VAN ROEKEGHEM** n'est pas fermé à la mise en œuvre de démarches de soutien à l'évaluation des techniques médicales.

Le **président** remercie **M. VAN ROEKEGHEM** ainsi que les membres de son équipe. Cette démarche se poursuivra par la mise en œuvre des actions d'information des équipes médicales de l'AP-HP.

II - Avis sur le compte administratif pour l'année 2005.

Le **président** cède la parole à **M. GUIN** pour aborder trois points complémentaires de l'ordre du jour.

Une version anticipée du compte administratif pour l'année 2005 a été présentée au mois de mars à l'occasion du vote relatif à l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) intervient **M. GUIN**. Le compte définitif présenté aujourd'hui ne comporte pas de modification notable par rapport à cette présentation, elle est de ce fait très synthétique.

Le compte administratif 2005 enregistre un résultat positif de 19,3 millions d'euros sur le budget général. Le résultat du budget annexe de la dotation non affectée s'élève à 26,8 millions, dont 17 millions de produits de cessions. Le budget annexe des unités de soins de longue durée est pour sa part en léger excédent (1,9 million). Il est proposé aux membres de la CME d'affecter le résultat du budget général et celui de la dotation non affectée au compte d'excédents affectés à l'investissement, conformément à une pratique ancienne, et de manière totalement cohérente aux ambitions affichées dans le cadre du plan stratégique 2005/2009.

Il convient de souligner que l'exercice 2005 a permis un apurement total du report de charges estimé à 224 millions d'euros en fin d'année 2003. Cet apurement, d'un montant de 134 millions en 2005, est intervenu plus rapidement que les prévisions ne l'envisageaient. Cet assainissement de la situation financière constitue une excellente nouvelle pour l'AP-HP, alors que 2006 est la première année de mise en œuvre de son plan stratégique.

L'avis de la CME sur le compte administratif figure en page 13 du compte-rendu.

III - Présentation de la première situation quadrimestrielle pour l'année 2006.

La présentation de la première situation quadrimestrielle, poursuit M. GUIN, correspond à un exercice nouveau. Elle résulte d'une disposition du code de la santé publique obligeant les hôpitaux à présenter chaque quadrimestre un état de la réalisation des dépenses et des recettes de l'EPRD, afin de vérifier la réalisation des objectifs d'équilibre. Cet exercice repose sur une méthodologie nouvelle et perfectible dont il est prématuré faute de recul de tirer des conclusions définitives.

Les grands choix méthodologiques retenus consistent :

- à fonder les prévisions sur le contenu du compte de résultat initial, divisées en douzième, tout en prenant en compte la saisonnalité de certaines dépenses (primes de service semestrielles...);
- à calculer les réalisations en prenant en compte les dépenses engagées, ainsi que les recettes relatives à l'activité à partir des remontées du premier trimestre et d'une extrapolation concernant le mois d'avril concernant les recettes de titre 1, sans y appliquer un retraitement particulier.

Les résultats font apparaître une sous-exécution extrêmement limitée par rapport aux prévisions, tant en ce qui concerne les charges (- 49 millions d'euros) que les produits (- 41 millions d'euros). Cette première situation quadrimestrielle fait apparaître deux points particuliers :

- les dépenses de titre 1 (dépenses de personnel) sont inférieures de 24 millions aux prévisions, après prise en compte de certaines dépenses saisonnalisées, traduisant l'impact du maintien de 1 300 d'emplois à temps plein (ETP) vacants, essentiellement en personnel non-médical, partiellement compensé par des recrutements sous contrat à durée déterminée ;
- les produits de titre 1 (produits versés par l'assurance maladie) enregistrent un écart légèrement positif (11 millions d'euros), correspondant en réalité à l'écart encaissé au titre des groupes homogènes de séjour (GHS) au sein de la tarification à l'activité (T2A). Ces données démontrent que l'AP-HP est en ligne avec son budget initial.

Il convient de préciser que cette première situation quadrimestrielle ne prend en compte que de manière marginale l'impact de la baisse des tarifs au 15 mars. La légère avance enregistrée au titre des recettes provenant de l'assurance maladie devrait donc se réduire dans les prochains mois.

Enfin, ces chiffres doivent être mis en relation avec les données relatives à l'activité. Le nombre de séjours d'hospitalisation complète, les plus rémunérateurs dans le cadre de la T2A, enregistre une progression limitée à 0,8 %. Pour sa part, la progression du nombre global de séjours est légèrement supérieure à l'objectif d'augmentation d'activité en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) prévue dans le cadre de l'EPRD (+ 2,6 %).

Ce constat impose un appel à la vigilance concernant l'évolution de l'activité au cours des prochains mois.

Un tableau complémentaire permet de comparer l'excédent prévisionnel à l'excédent effectivement réalisé. Les prévisions tablaient sur un excédent car un certain nombre de dépenses de personnel (prime de service...) ou de provisions sont pris en compte uniquement en fin d'exercice. L'excédent enregistré (63 millions), très légèrement supérieur aux prévisions (54 millions), prouve une concordance avec les prévisions initiales. L'intervenant insiste sur la vigilance particulière dont il faut faire preuve concernant les recettes, notamment les recettes d'activité.

Par ailleurs, il évoque le caractère fragile de ces données du fait des principes méthodologiques retenus et du caractère novateur de cette situation quadrimestrielle. Néanmoins, ces résultats conduisent à ne pas proposer de modification de l'EPRD. La deuxième situation quadrimestrielle devrait permettre de tirer un plus grand nombre d'enseignements et se traduira peut-être par un projet de décision modificative.

Le **président** ouvre le débat sur ces deux points.

La **directrice générale** revient sur la nouveauté de cet exercice, qui ne s'inscrit plus dans le cadre d'un budget caractérisé par une autorisation de dépenses mais bien dans l'équivalent d'un compte d'exploitation au sein duquel les recettes prévisionnelles ne sont pas certaines. Elle rappelle également que l'AP-HP a présenté un EPRD à l'équilibre en début d'année, contrairement à un grand nombre d'hôpitaux qui ont présenté un EPRD en déficit. Quatre mois après le début de l'exercice, bien qu'aucune certitude n'existe -notamment en raison de la nouveauté de l'exercice - elle retient que la situation est conforme à l'objectif d'équilibre affiché en début d'année. Conserver cette tendance nécessite de maintenir les hypothèses en termes d'activité, ce qui justifie une alerte dans ce domaine : la progression de l'activité globale, conforme aux prévisions, est essentiellement liée à l'activité ambulatoire ; en elle-même, cette évolution est conforme aux attentes mais elle devrait permettre d'accroître le nombre de séjours mieux rémunérés, contrairement à ce qui a été constaté au premier quadrimestre.

La directrice générale rappelle enfin que l'EPRD a été construit en tablant sur le financement de l'ensemble des postes inscrits au tableau des emplois. L'excédent constaté s'explique donc notamment par le fait que certains emplois ne sont pas occupés.

M. BERNAUDIN s'informe sur l'existence de données de l'ARH permettant de vérifier la couverture des besoins en Ile-de-France, et la part couverte par le secteur privé. Disposer de telles données permettrait de vérifier si l'AP-HP possède une marge de progression naturelle ou si elle doit mettre en œuvre une démarche volontariste.

La **directrice générale** regrette l'absence de telles données qui seraient très utiles pour piloter l'activité. L'objectif ne consiste pas à développer l'activité pour le principe, mais à développer une activité utile. Celle-ci doit être développée là où apparaissent des goulots d'étranglement, signes d'une inadéquation entre l'offre et les besoins. Pour sa part, elle croit moins aux grandes études globales dont l'élaboration trop longue rend leurs conclusions tardives par rapport à l'évolution de la situation sur le terrain. En revanche, les tableaux de bord mis en place à l'AP-HP et surtout au sein de chaque hôpital et de chaque pôle, doivent permettre d'analyser l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins.

Mme DEBRAY-MEIGNAN souhaite savoir de quelle manière des correctifs seraient apportés aux prévisions d'activité si une épidémie (pandémie grippale par exemple) se déclarait ou si un problème survenait dans un hôpital.

M. LEVERGE constate qu'en page 18-7 du compte administratif, la ligne 707 mentionne les « ventes de marchandises » et la ligne 701 les « ventes de produits finis ». Il demande à ce que les terminologies « médicaments » et « produits de santé » soient rétablies.

Par ailleurs, il constate que les recettes relatives aux médicaments rétrocédés sont passées de 249 millions d'euros en 2004 à 223 millions en 2005 pour l'AP-HP. Ce manque à gagner pose problème, dans la mesure où 15 % de cette somme avait pu être intégrée au cours des deux derniers exercices, rendant plus aisée la réalisation des objectifs du plan équilibre. A quel montant peut-on estimer les recettes de groupe 3 liées à la vente des médicaments en 2006, demande-t-il.

M. GUIN propose d'ajouter le mot « médicament » au sein de la ligne comptable consacrée aux rétrocessions, tout en précisant que le document reprend la terminologie de la comptabilité publique M21. Il ajoute que la tendance est à la diminution du montant des produits de rétrocession, du fait de la modification des règles ; les prévisions pour l'année 2006 ne sont pas disponibles. Dès celles-ci connues, il propose de les transmettre à M. LEVERGE.

M. DEBRE fait état d'une volonté d'augmenter l'activité confrontée toutefois à deux goulots d'étranglement : le manque criant d'infirmiers et le nombre insuffisant de lits d'aval. Les structures médicales ne sont pas toujours responsables de la faible progression de l'activité et requièrent une aide pour atteindre les objectifs fixés.

La **directrice générale** convient que la pénurie de personnels constitue un élément limitant l'activité. Néanmoins, à l'heure actuelle, une tension moindre est observée concernant les infirmiers, dans leur globalité. Le nombre de postes vacants est moins important et il existe désormais des possibilités de recours à l'intérim, contrairement à une situation récente. Des goulots d'étranglement dramatiques demeurent concernant les infirmiers de bloc opératoire, les infirmiers aides anesthésistes et les manipulateurs de radiologie face auxquels des éléments d'attractivité sont déployés afin d'attirer et de conserver les personnels nécessaires.

Les remarques relatives aux lits d'aval sont également pertinentes. Les difficultés dans ce domaine ne se résoudront pas en quelques mois ; le plan stratégique prévoit un effort considérable dans le domaine de la gériatrie. La directrice générale rappelle notamment qu'il est prévu d'ouvrir 1 000 lits de soins de suite et réadaptation (SSR) supplémentaires sur la durée de ce plan et indique à cette occasion à propos du projet de fermeture de 800 lits de soins de longue durée, que la recherche de promoteurs pour l'ouverture de lits de deuxième aval, se présente bien. Ainsi à ce jour, aucune raison ne justifierait de remettre en cause les éléments contenus dans le plan stratégique.

M. BAGLIN demande une précision quant au mode d'élaboration de la prévision. La règle est que l'augmentation de l'activité engendre une augmentation des recettes. Cependant, au niveau de l'Etat, l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) limite la progression des dépenses. Dans ce cadre, une augmentation des volumes d'activité risque-t-elle d'aboutir à une régulation par la diminution de la valeur affectée à chaque séjour ? Par ailleurs, il s'intéresse aux conséquences sur les prévisions de l'augmentation des dépenses relatives aux établissements privés.

M. FAYE constate que l'exercice 2005 se clôt à l'équilibre. Cependant, il considère manquer d'éléments permettant de vérifier l'écart entre les prévisions et le réalisé, notamment en ce qui concerne les investissements au sein de chaque hôpital. Or il conviendrait d'être en mesure de procéder à des comparaisons internes.

Il regrette par ailleurs la diffusion tardive de ces éléments, soumis au conseil d'administration, qui sont complexes et demandent un certain délai d'analyse.

Enfin, concernant le premier quadrimestre 2006, M. FAYE constate que la dette continue d'augmenter. Par ailleurs, les frais financiers atteignent 15 millions d'euros et sont susceptibles d'atteindre 45 millions en fin d'année, alors que leur montant était limité à 35 millions l'an passé. Cette évolution intervient alors que les taux d'intérêt augmentent. C'est pourquoi il regrette de ne pas disposer d'information complémentaire concernant la nature de la dette et souhaite la création d'une commission afin d'approfondir le sujet.

En réponse à la question de Mme DEBRAY-MEIGNAN, **M. GUIN** précise qu'aucun risque majeur n'est perçu ; si la situation évoluait, il conviendrait d'évaluer la nature du risque dans le cadre de la seconde présentation quadrimestrielle et de vérifier si ce dernier peut être pris en charge dans le cadre des moyens prévus par l'EPRD. En cas de réponse négative, il serait procédé à une nouvelle répartition des ressources ou à une renégociation avec les tutelles.

Il est clair qu'en cas de pandémie grippale, ajoute la **directrice générale**, les prévisions voleraient en éclat. Pour autant, il n'est pas envisageable de construire des projections sur la base d'un risque non avéré. Dans une telle hypothèse, l'AP-HP ne serait pas la seule concernée. Ceci signifie non pas qu'il ne faille pas mesurer les risques, mais simplement l'impossibilité de supporter seule certains risques.

M. GUIN a pris note des demandes formulées par M. FAYE et s'engage à lui donner des éléments de réponse plus précis que ceux figurant dans le compte administratifs 2005. Par ailleurs, il indique que la dette à moyen et long terme n'a progressé que de quelques millions d'euros entre 2004 et 2005. Son montant total reste inférieur à 1 milliard. Il ne voit ainsi aucun risque majeur dans ce domaine.

Enfin, il est difficile selon M. GUIN de répondre à la question de M. BAGLIN en l'absence d'élément clair. La baisse des tarifs de 1 % en 2006 aura sans doute un impact proportionnellement plus élevé, correspondant à une diminution comprise entre 1,5 % et 1,6 % des recettes, à activité constante, en raison du *case mix*. Ce facteur n'a pas pu être pris en compte lors de la construction de l'EPRD et il sera nécessaire d'en mesurer l'impact tout au long de l'exercice. Enfin, il n'est pas certain que les décisions relatives aux tarifs évoluent systématiquement dans le mauvais sens à l'avenir.

Pour la **directrice générale** une partie importante du dérapage enregistré en 2005 au niveau national trouve son origine dans la sous-estimation de la progression de l'activité. Comme souvent dans un tel cas de figure, les autorités ont adopté une attitude inverse lors de l'exercice suivant en tablant sur une progression de 2,6 % de l'activité. Le ministre s'est engagé à faire un point à la mi-juillet et s'est montré ouvert à une revalorisation ciblée des tarifs en l'absence de dérapage de l'activité. Dans cette perspective les services de la direction économique financière et de la direction de la politique médicale étudient les GHS susceptibles de faire l'objet d'une telle revalorisation, aussi invite-t-elle les membres de la CME à faire remonter les informations concernant la qualité de la valorisation des différents GHS lesquelles pourront bénéficier à l'ensemble de l'AP-HP, mais aussi à l'ensemble des hôpitaux.

A l'issue de ce débat, la CME émet un avis positif concernant le compte administratif pour l'année 2005 par 40 voix pour et 2 abstentions.

IV - Avis sur le plan global de financement pluriannuel pour la période de 2006 à 2010.

Le plan global de financement pluriannuel 2006/2010 intervient **M. GUIN**, constitue également un exercice nouveau pour les établissements de santé qui doit permettre de disposer d'une visibilité à moyen terme sur l'évolution du compte d'exploitation et du tableau de financement. Il convient cependant de rappeler que l'AP-HP a eu l'occasion de proposer un cadrage financier pluriannuel lors de la présentation du plan stratégique, anticipant ainsi d'un an cette nouvelle exigence réglementaire. Simplement, la démarche menée par l'AP-HP reposait sur un périmètre limité à la section des hôpitaux et était fondé sur la décision modificative n° 4 de l'année 2004, le dernier budget exécutoire connu au moment de son élaboration.

Le plan global de financement pluriannuel exposé aujourd'hui porte sur l'ensemble de l'EPRD, notamment sur le compte de résultat prévisionnel principal et l'ensemble des budgets annexes (dotation non affectée, unités de soins de longue durée, formation initiale paramédicale), et comprend un tableau de financement prévisionnel correspondant à la période couverte. La première année de la projection correspond à l'EPRD 2006, tablant sur l'hypothèse qu'il sera exécuté en l'état. La démarche a consisté à appliquer les hypothèses retenues lors de la construction du plan stratégique concernant l'évolution des dépenses et des recettes. Elle se fonde également sur :

- le respect du plan équilibre (rebasage de 35 millions d'euros en 2007, 45 millions d'économies en 2007 et 2008 réalisées à 60 % sur les crédits de rémunération) ;
- une progression de 2,4 % du volume annuel des recettes d'activité, supérieure de 1 % chaque année à l'évolution moyenne de l'activité ;
- une hypothèse de progression du taux de la T2A de dix points chaque année, pour parvenir à 80 % en 2009.

Le plan de financement est également construit en prenant pour hypothèse la concrétisation des mesures du plan stratégique, notamment :

- le financement des cinq priorités majeures au sein des projets stratégiques dans le cadre d'une enveloppe limitée à 68 millions d'euros hors les crédits fléchés ;
- le financement des opérations engagées n'excédant pas 17,3 millions entre 2007 et 2009 ;
- la concrétisation des gains de fonctionnement et de la réduction des surcapacités.

Sur la base de ces éléments, la projection du résultat budgétaire de l'AP-HP sur les cinq prochaines années est proche de celle présentée lors de l'adoption du plan stratégique, prévoyant notamment un résultat à l'équilibre à partir de 2009, après deux exercices enregistrant un résultat largement positif du fait des rebasages et des mesures d'économies. Cette présentation permet de constater que les hypothèses sur lesquelles le plan stratégique a été construit sont validées. Par ailleurs, il est utile de rappeler que l'excédent anticipé en 2007 et 2008 ne doit pas laisser espérer des marges permettant de mettre en œuvre des dépenses nouvelles, la poursuite de la mise en œuvre du plan équilibre nécessitant d'être en mesure d'encaisser l'effet de la montée en charge de la T2A.

La **directrice générale** souhaite insister sur ce propos : le cadrage financier relatif aux investissements et au fonctionnement réalisé lors de l'élaboration du plan stratégique relevait d'une volonté de l'AP-HP. En agissant ainsi, les obligations pesant désormais sur les établissements de soins ont été anticipées et ont pu même inspirer les tutelles, ce dont elle se félicite car n'est pas possible, dans le domaine de la santé, de s'appuyer sur un pilotage à court terme.

Par ailleurs, elle dit s'être inquiétée quant à la pertinence des anticipations et des hypothèses justifiant son intérêt pour ce travail. Il lui semble en effet très important de savoir si, malgré les nombreuses évolutions constatées au quotidien, les anticipations sont toujours valables. C'est en effet la pertinence de ces prévisions qui permettra de développer les actions nouvelles en gériatrie, en cancérologie ou encore en psychiatrie, à hauteur de 103 millions supplémentaires chaque année, et de réaliser l'effort d'investissement programmé, notamment concernant le nouveau système d'information et les opérations immobilières. La directrice générale rappelle également que les pouvoirs publics ont donné leur accord sur les objectifs de l'AP-HP en mentionnant leurs interrogations quant à sa capacité à trouver des financements et en précisant qu'en cas d'échec dans ce domaine, les ambitions devraient être abaissées. Ce point concerne l'ensemble de l'institution.

Elle soutient enfin les propos de M. GUIN, la concrétisation des prévisions dépend de la poursuite du plan d'économie et de la progression de l'activité. La non concrétisation de ces deux éléments obligeront l'AP-HP à revoir à la baisse ses ambitions dans le domaine de la santé publique ou des investissements.

M. FAYE se dit satisfait de cette présentation pluriannuelle de l'EPRD mais regrette la non diffusion préalable des documents. Il souhaiterait un descriptif des éventuelles conséquences du décalage d'un an entre le cadrage financier du plan stratégique et le plan de financement pluriannuel. Enfin, il considère intéressant de présenter à la CME un bilan annuel de la réalisation du plan stratégique, concernant en particulier les éléments qui préoccupent au premier chef les médecins (les emplois, l'investissement...).

M. GUIN répond favorablement à la demande d'éléments permettant de vérifier la concrétisation des actions programmées. Il reconnaît par ailleurs que le plan global de financement pluriannuel est présenté avec un léger retard, puisqu'il aurait dû être soumis au moment du vote relatif à l'EPRD 2006, mais il se dit prêt à transmettre tous les éléments permettant une approche plus précise tout en soulignant que le plan global de financement pluriannuel ne s'inscrit pas dans le niveau de précision dont bénéficie l'EPRD. Il présente ses excuses pour la remise tardive des dossiers qui n'ont pu être finalisés de façon plus précoce.

La première situation quadrimestrielle ainsi que ce plan de financement pluriannuel, démontrent que l'élément le plus fragile correspond aux recettes, donc à l'activité intervient **M. SCHLEMMER** qui ne perçoit pas avec précision les marges de manœuvre qui se dégageraient en cas de tassement des recettes d'activité : serait-il nécessaire d'ajuster les dépenses en conséquence, ou serait-il possible de procéder à des ajustements tactiques permettant d'accroître les recettes ?

La **directrice générale** indique que dans le cadre du plan stratégique, une définition des actions à mener dans une approche pluriannuelle et globale a été réalisée afin de s'adapter aux besoins. Par ailleurs, l'analyse du tableau de bord au sein du conseil exécutif doit permettre d'identifier les hôpitaux où apparaissent les problèmes. Cependant, des ajustements rapides devront pouvoir être réalisés dans le cadre des pôles : une baisse de l'activité trouvant son origine dans la baisse des besoins devra se traduire par la réaffectation des moyens au sein des entités où les besoins existent et inversement. A ses yeux, cette exigence de pilotage rend nécessaire la réforme de l'organisation en cours.

Puis à **M. DECQ** qui souhaite savoir sur la base de quels éléments sera poursuivi le plan équilibre d'ici à 2008, la **directrice générale** rappelle que dans un premier temps, du fait de la pénurie du personnel soignant, le plan équilibre s'est focalisé sur les fonctions supports et les plateaux médico-techniques. La démonstration qu'il était possible de faire mieux avec des moyens équivalents ou moindres a été apportée, à condition de revoir les organisations. Elle souligne à cette occasion le travail très constructif des collégiales de biologie dans le cadre de cette démarche. Il est exact qu'avec le temps, le plan équilibre peut sembler de plus en plus difficile à concrétiser. Les réflexions en cours, qui seront très prochainement présentées à la CME, consistent à rappeler qu'il convient désormais de réfléchir de manière plus globale et dans un cadre pluriannuel, dans la mesure où une réorganisation produit rarement ses effets immédiatement. Enfin, les différents outils nouveaux : EPRD, T2A ... permettent de mesurer les marges d'amélioration. Ce ne sont pas les personnes mais les organisations qui sont en cause ; l'exemple des urgences de l'hôpital Beaujon est significatif, puisqu'il permet de démontrer qu'il est possible de diminuer par deux le temps d'attente des patients à effectif constant.

Selon **M. CHAUSSADE**, la fragilité de la progression de l'activité s'explique d'une part par le maintien des difficultés en aval, mais aussi par les problèmes rencontrés pour le transfert des malades aux urgences. Il considère indispensable de mettre en place une contractualisation entre les services d'accueil d'urgence (SAU) et les services d'hospitalisation. En effet, dans certains cas, la recherche de transferts internes à l'AP-HP n'est pas prise en compte de manière prioritaire ou n'est pas considérée par les hôpitaux comme une de leur mission.

Le nombre de patients transférés en dehors de l'AP-HP permettrait très probablement d'augmenter l'activité d'hospitalisation classique, qui est un enjeu important dans le cadre du plan stratégique de l'AP-HP.

Le plan global de financement pluriannuel 2006/2010 est adopté à l'unanimité des 38 votants.

V - Nouvelle gouvernance : avis sur la politique de contractualisation interne (contrat de pôle) et règlement intérieur de l'AP-HP

La parole est donnée à **M. CHEVALIER** pour présenter le dossier portant sur ce point de l'ordre du jour (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Le règlement intérieur type de l'AP-HP est modifié afin de prendre en compte la réforme hospitalière issue de l'ordonnance du 2 mai 2005 et de ses décrets d'application. Ces textes renvoient aux hôpitaux le soin de trancher un certain nombre de questions, notamment la définition des structures internes de prise en charge des malades, la participation des responsables de ces structures aux comités consultatifs médicaux, enfin la durée et le renouvellement des mandats des praticiens responsables des pôles et de leurs structures internes. Une seconde série de modifications du règlement intérieur type sera soumise à l'instance à l'automne, après la parution du décret propre à l'AP-HP.

1- Les instances exécutives.

a) *Le conseil exécutif central*

Le règlement intérieur type, d'une part rappelle la composition paritaire du conseil exécutif central fixée par l'ordonnance associant des membres de la direction et des représentants du corps médical, et ses missions définies par la loi, d'autre part apporte quelques précisions concernant les modalités de fonctionnement, notamment le fait qu'il se réunit au moins une fois par mois sur la base d'un ordre du jour établi conjointement par le directeur général et le président de la CME.

b) *Le conseil exécutif local*

Le règlement intérieur type mentionne que le conseil exécutif local doit comprendre des membres de la direction, le doyen, le président du CCM et des praticiens désignés par le CCM, dont au moins une moitié de responsables de pôles, et indique les missions de cette instance. Il renvoie au règlement intérieur de l'hôpital pour les modalités d'organisation et de fonctionnement du conseil exécutif (notamment les modalités d'association à ses travaux des responsables de pôles qui ne siègeraient pas au CCM) dans le respect des principes cadres définis par le conseil exécutif.

2- La création des pôles d'activité.

Les modifications du règlement intérieur type concernent :

- les procédures de création des pôles d'activité et de leurs structures internes ;
- la définition des structures internes, les pôles pouvant être constitués notamment de services, de départements et d'unités fonctionnelles.

Le règlement intérieur rappelle les missions du responsable de pôle et des responsables des structures internes, fixe la durée de mandat et les possibilités de renouvellement du mandat des responsables de pôle (quatre ans renouvelables une fois) et des responsables des structures internes (quatre ans renouvelables) et précise que les responsables de structures internes sont membres de droit du comité consultatif médical, à l'exception du responsable de l'unité fonctionnelle.

3- Les conseils de pôles.

Mme de FAVERGES expose ce volet du dossier.

a) *Les missions et les modalités de fonctionnement*

Le décret du 26 décembre 2005 précise les missions des conseils de pôle. Il fait du conseil de pôle un espace privilégié d'expression et de dialogue concernant toutes les questions intéressant la vie du pôle.

Les conseils de pôles devront se réunir au minimum deux fois par an. L'ordre du jour établi par le président du conseil de pôle devra être affiché dans chaque structure interne du pôle. Un relevé de conclusions et de présences sera adressé au conseil exécutif.

b) La composition et la constitution

Le conseil de pôle est composé de membres de droit et de membres élus.

Le décret prévoit que ces derniers sont élus dans le cadre d'un scrutin uninominal majoritaire à un tour.

4- Les commissions centrale et locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

M. CHEVALIER poursuit en précisant que le règlement intérieur intègre la nouvelle dénomination de cette commission mais que les dispositions relatives à sa composition et à ses attributions seront fixées après la publication du décret relatif à l'AP-HP. Seules les dispositions relatives à la composition des commissions locales, à leurs attributions et au rôle du directeur des soins et des cadres supérieurs de santé, ont pu être modifiées.

5- La politique de contractualisation.

Pour sa part, **M. PEURICHARD** évoque la responsabilisation du pôle qui s'appuie sur trois éléments :

- le projet de pôle, correspondant à l'organisation générale du pôle, aux orientations d'activité et aux actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins ;
- le contrat de pôle, traduisant la responsabilisation du pôle sur des objectifs qualitatifs et quantitatifs portant sur l'ensemble des champs d'activité et de fonctionnement du pôle ;
- la délégation de gestion, permettant une déconcentration de la prise de décision au plus près de l'activité et la globalisation de la gestion des moyens.

a) Les modalités de la contractualisation

Le contrat de pôle d'une durée de quatre ans et conforme au contrat type validé par le conseil d'administration, est signé par le praticien responsable de pôle, le directeur de l'hôpital et le président de CCM.

b) Les rubriques du contrat

Le contrat type de pôle devra comporter au minimum six rubriques : le préambule ; le diagnostic initial ; les objectifs et les indicateurs de suivi ; les moyens ; l'exécution du contrat ; une annexe annuelle au contrat.

c) L'évaluation

Il est prévu deux temps d'évaluation dans l'exécution des contrats : une évaluation annuelle et une évaluation au terme des quatre ans. Trois niveaux d'indicateurs sont proposés pour procéder à l'évaluation :

- des indicateurs définis par le conseil exécutif central et communs à l'ensemble des pôles ;
- des indicateurs communs aux pôles d'un hôpital, définis par le conseil exécutif local ;
- des indicateurs définis au sein du contrat de pôle, en cohérence avec le projet de pôle.

d) L'intéressement

Deux modalités d'intéressement seront mises en œuvre : au niveau de l'hôpital et au niveau institutionnel. En cas d'inexécution du contrat, un retrait de la délégation de gestion pourra être envisagé par le directeur de l'hôpital.

Au terme de la présentation, le débat s'engage.

Du point de vue de **M. DEBRE** il existe une contradiction entre la création des GHU et l'interdiction de constituer des pôles inter-hospitaliers en leur sein.

Par ailleurs, il s'interroge sur l'absence d'harmonisation de la périodicité de l'évaluation de l'exécution de l'EPRD, quadrimestrielle et de celle du contrat de pôle, annuelle.

La **directrice générale** rappelle que les GHU ne constituent pas des structures administratives supplémentaires. Leurs directeurs exécutifs, membres de la direction générale, font d'un part remonter à cette dernière les informations provenant des établissements, d'autre part diffusent sur le terrain les orientations définies par la direction générale. Ils ne gèrent pas un budget au niveau du GHU. Seuls les établissements bénéficient d'un budget et d'un dispositif de délégation de signature, que la directrice générale prévoit prochainement de transformer en délégation de compétences en cohérence avec le principe de subsidiarité et avec la nouvelle gouvernance.

Comme elle souhaite que les pôles jouissent d'une véritable délégation de gestion, elle a estimé impossible de constituer des pôles inter-hôpitaux. Il ne s'agit pas d'une position de principe mais de la conséquence de l'organisation de l'AP-HP. Toutefois, considérant que les règles administratives doivent être au service de l'objectif, c'est-à-dire la prise en charge des malades, et non l'inverse, elle est prête à envisager la création de pôles inter-hospitaliers si cette évolution se justifiait. Néanmoins, il lui semble qu'il existe d'autres manières que la constitution d'un pôle pour faire travailler ensemble des personnes.

Enfin, concernant l'évaluation, elle précise qu'au-delà de l'évaluation formelle programmée chaque année, il sera nécessaire d'y procéder chaque mois en suivant les données figurant sur le tableau de bord du pôle.

Selon **M. LACAU ST GUILY**, il revient à la CME de bien appréhender l'articulation entre le pôle, l'organe gestionnaire, collectif et subsidiaire, et le service le quel est à considérer non uniquement comme une entité confinée à l'exercice médical, mais au contraire comme un lieu d'intégration de différents métiers. Or, les textes manquent de précision sur ce sujet.

Par ailleurs, il se réjouit de l'insistance de la directrice générale sur la notion de délégation de gestion, laquelle rend la réforme attractive et dont il conviendra de donner un contenu pour en convaincre les collègues.

Enfin, la notion de délégation d'autorité fonctionnelle de l'article 9 bis du règlement intérieur lui semble comporter un risque de conflit potentiel entre le chef de service et le responsable de pôle, notamment sur les nominations des responsables des structures internes aux pôles. Cette notion atténue le champ d'autorité des chefs de service, aussi il lui paraît important de bien clarifier ce point.

M. DUSSAULE demande si les enveloppes des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) seront gérées au sein du pôle ou au niveau de l'établissement.

A propos des évaluations, **M. DECQ** voudrait des précisions sur le « dictionnaire des indicateurs » notamment sur la construction de ceux-ci.

M. CHAUSSADE sollicite une présentation plus sobre du risque de « retrait de la délégation de gestion » qui pourrait apparaître comme « une punition » pour les chefs de pôle n'ayant pas pu remplir leur contrat.

Par ailleurs, il voudrait savoir si les personnes présentes dans les services (assistantes sociales, esthéticiennes, kinésithérapeutes...) ne dépendant ni du chef de service ni du cadre soignant, relèveront à l'avenir du responsable de pôle ou du directeur détaché dans le pôle.

M. RYMER s'interroge sur les modalités d'activation de l'intéressement au niveau local et sur la solution adoptée pour les structures réalisant de véritables efforts de gestion mais dont les résultats seront obérés par d'autres pôles moins efficaces.

M. LEVERGE tient à rappeler qu'en sa séance du 7 juin 2005, la CME avait approuvé le fait que la nomination des praticiens par le chef de pôle se déroulerait sous réserve de dispositions juridiques spécifiques aux pharmacies à usage intérieur (PUI). Il aimerait que ce point figure dans le règlement intérieur.

L'article 9 stipule que le praticien responsable de pôle est nommé sur proposition du président de CCM et du directeur de l'hôpital, intervient **M. FAYE** qui pense qu'il serait judicieux de prévoir un appel à candidature au préalable, à l'image de la procédure suivie lors de la constitution des pôles. En outre, il demande comment s'exercera la solidarité entre les pôles dans la mesure où certains non rentables concourent au bon fonctionnement des autres.

En ce qui concerne le mode de désignation des responsables des pôles et des structures internes, la **directrice générale** s'emploie pour sa part à appliquer les textes et essaie d'utiliser au mieux les marges de manœuvres que ceux-ci offrent.

Puis elle précise que les enveloppes MIGAC et MERRI ne seront pas gérées au sein des pôles. L'institution tente de donner la vision la plus précise de sa situation en documentant le mieux possible les données relatives à ces deux missions. Elle remercie pour les efforts réalisés dans ce domaine et invite à continuer dans cette voie car les ressources de l'AP-HP dépendent en partie des enveloppes MIGAC et MERRI et en partie de l'activité.

Par ailleurs, elle déclare que son objectif n'est pas l'équilibre financier de chaque pôle ou de chaque hôpital, consciente que la durée d'hospitalisation s'avère plus longue dans les hôpitaux situés dans des secteurs marqués par une grande précarité. En revanche, on doit être en mesure d'évaluer le rapport entre le coût et le résultat de chaque pôle afin de réaliser des comparaisons. Il convient néanmoins d'éviter que la bonne gestion des uns serve à compenser la mauvaise gestion des autres.

Les candidats aux fonctions de responsable de pôle ne manquent pas, leurs profils sont différents et la directrice générale s'attache à les rencontrer personnellement. Elle se dit non choquée de constater des candidatures de personnes en fin de carrière, moins suspectes de vouloir favoriser leur service.

En revanche, elle ne dispose pas de réponse au second sujet évoqué par **M. CHAUSSADE** et qui constitue effectivement une difficulté. Il sera abordé lorsque le conseil exécutif établira un point sur les réformes en cours.

Le règlement intérieur type de l'AP-HP est adopté à l'unanimité des 37 votants.

VI - Avis sur le projet de convention hospitalo-universitaire entre l'AP-HP et l'université Pierre et Marie Curie.

M. SAUVAT indique que le projet de convention hospitalo-universitaire entre l'université Pierre et Marie Curie et l'AP-HP (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) sera soumis au conseil d'administration après l'avis de la CME. La directrice générale pourra ensuite signer la convention avec le président de l'université qui aura pour sa part consulté le conseil de gestion et le conseil d'administration de cette entité.

La dernière convention conclue par l'AP-HP en application de l'ordonnance de 1958 datait de 1965. Aujourd'hui, il est apparu nécessaire de contracter une nouvelle convention pour répondre à l'invitation du plan stratégique à resserrer les liens avec l'université. D'autre part, l'ordonnance du 2 mai 2005 dispose que les établissements hospitaliers et universitaires doivent coordonner leurs plans stratégiques et leurs plans quadriennaux. Le point le plus important réside dans les enjeux de formation et de recherche auxquels l'AP-HP doit faire face, ainsi que dans la nécessité d'affermir et de rendre plus lisible le couple hospitalo-universitaire au sein du monde scientifique et industriel.

Puis l'orateur détaille la structuration du projet de convention, les lignes directrices du projet, le champ de la collaboration et le volet patrimonial avant de saluer l'investissement du doyen, du président et du vice-président de l'université dans ce projet.

M. RIOU se réjouit de l'excellente ambiance ayant présidé aux travaux entre l'AP-HP, l'université et la faculté de médecine. Par ailleurs, il précise que si le texte s'avère compliqué en raison du passé, il obligera les partenaires à se réunir et à trouver des accords concernant les projets futurs. Il informe que la convention a été adoptée à l'unanimité par le conseil d'administration de l'université Pierre et Marie Curie et par le conseil de gestion de la faculté de médecine.

M. EURIN a pris connaissance du texte final voici quelques semaines. En sa qualité de président d'université, il réagit sur quelques points du texte en cours d'analyse dans son établissement. Il attend l'issue de ces discussions pour tenter de parvenir à un compromis, qui sera peut-être un peu différent du texte présenté aujourd'hui.

Il semble préférable à **M. BERCHE** qu'une telle convention contienne des zones « floues ». Or en parcourant rapidement le projet de convention proposé, il constate qu'un certain nombre de dispositions sont trop détaillées et dès lors susceptibles de poser des problèmes à l'avenir. Il faudrait une convention cadre très générale et un règlement intérieur reconductible tous les cinq à dix ans.

La convention hospitalo-universitaire entre l'AP-HP et l'université Pierre et Marie Curie est adoptée à l'unanimité des 36 votants.

VII - Avis sur la création du groupe hospitalier Albert Chenevier – Henri Mondor.

Les hôpitaux Albert Chenevier et Henri Mondor, distants de moins d'un kilomètre, étaient déjà organisés en groupe hospitalier de 1969 à 1991, explique **Mme QUESADA**. La reconstitution du groupe hospitalier répond à une double logique médicale et fonctionnelle, en raison de la complémentarité des deux établissements.

Au niveau médical, l'hôpital Henri Mondor est un établissement de court séjour, dispose de huit cent cinquante neuf lits et soixante places, est le siège d'un service d'accueil des urgences et du SAMU du Val de Marne. Il s'avère à la fois hôpital de proximité et de référence pour un grand nombre de disciplines. Pour sa part, Albert Chenevier regroupe quatre cent soixante trois lits et soixante trois places, intervient dans le domaine du soin de suite et réadaptation spécialisé, notamment en cardiologie ou en gastro-entérologie, comprend le plus important service de psychiatrie de l'AP-HP et un service d'odontologie. Deux services de l'hôpital Albert Chenevier (psychiatrie et médecine) disposent d'unités fonctionnelles au sein de l'hôpital Henri Mondor.

Dans le cadre de la création des pôles, les deux entités travaillent ensemble afin d'assurer une meilleure fluidité de l'aval. Les deux hôpitaux ont prévu de constituer des pôles d'activité médicale communs.

Au niveau fonctionnel, ce regroupement permettra d'accentuer de nombreux partenariats, notamment dans le domaine de la restauration. L'ensemble des laboratoires a été transféré à l'hôpital Henri Mondor. A l'hôpital Albert Chenevier il ne demeure plus qu'une équipe de direction cependant, afin d'assurer un suivi des personnels de meilleure qualité, un service du personnel et une direction des soins sont conservés.

La création du groupe hospitalier Albert Chenevier – Henri Mondor est approuvée à l'unanimité des 33 votants.

VIII- Désignation d'un membre de la commission d'activité libérale du groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière.

Le **président** propose de désigner M. AZORIN au sein de la commission d'activité libérale du groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière, en accord avec le CCM concerné.

Cette désignation est entérinée à l'unanimité des 33 votants.

IX - Présentation du projet de bilan social de l'année 2005.

En propos liminaire, **M. TOUZY** déclare que le bilan social 2005, établi sur la base des effectifs au 31 décembre 2005, met en évidence une légère régression de l'emploi permanent non-médical à soixante douze mille quatre cent soixante sept agents, mais une progression des personnels médicaux à six mille huit cent quatre vingt dix emplois à temps plein (ETP) hors internes et étudiants (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

1- Le personnel non-médical.

L'année 2005 enregistre une progression de l'emploi permanent non médical, engendrant une diminution du nombre de « contractuels sur emplois permanents » au profit des personnels titulaires et stagiaires. Par ailleurs, la progression des contrats de remplacement traduit l'effort engagé pour lutter contre les vacances de postes. Les personnels non-médicaux représentent 91 % des effectifs totaux de l'AP-HP. Le ratio du nombre d'agents par lit progresse à 2,81 au global et dans les différentes catégories.

L'examen de l'évolution des effectifs par filière démontre :

- une diminution des personnels administratifs (- 120), sauf pour les secrétaires médicales (+ 30) ;
- une progression des personnels au lit du malade, du personnel socio-éducatif, des personnels ouvrier et technique (notamment en catégorie A) ;
- une diminution du personnel médico-technique.

Le taux de personnel travaillant à temps partiel reste stable à 11 %.

Au niveau démographique, le personnel de l'AP-HP avec une moyenne d'âge de quarante ans est plus jeune que la moyenne de la filière en Ile-de-France. 54 % des soignants ont moins de quarante et un ans à l'AP-HP, contre 48 % en Ile-de-France. La pyramide des âges se caractérise par une progression des classes les plus âgées, mais par une progression des plus jeunes au sein des soignants. La comparaison entre effectifs globaux et effectifs soignants démontre la concrétisation des efforts engagés au sein des personnels soignants et des efforts de rationalisation au sein des équipes support.

La balance des entrées et des sorties traduit également ce constat. Dans l'ensemble déficitaire, elle enregistre un retour progressif à l'équilibre pour les infirmiers non spécialisés même si les difficultés perdurent pour les infirmiers spécialisés, l'objectif demeurant de parvenir à l'équilibre en 2007, notamment par la fidélisation à la sortie des écoles.

L'absentéisme, moins important au sein de l'AP-HP que dans les autres hôpitaux d'Ile-de-France, enregistre une progression en 2005.

Le bilan social démontre une augmentation du nombre d'agents diplômés des écoles de formation et des agents bénéficiant de promotion professionnelle, signe de la poursuite de l'effort de l'AP-HP dans ce domaine.

Enfin, on constate une progression du nombre d'enfants du personnel accueillis en crèche, conformément à l'objectif fixé dans le cadre du projet social et professionnel.

2- Le personnel médical.

Pour sa part, **Mme PORTENGUEN** déclare que le personnel médical de l'AP-HP connaît une évolution positive, modérée pour les hospitalo-universitaires, mais conséquente pour les praticiens hospitaliers (+ 5,1 %) et les praticiens contractuels (+ 21 %). La forte progression de cette dernière catégorie correspond à l'objectif de l'institution qui vise à offrir des postes de praticiens hospitaliers à temps plein. En revanche, on enregistre une forte diminution des praticiens adjoints contractuels (- 35 %).

L'évolution des effectifs trouve également son origine dans l'augmentation du *numerus clausus* puisque le nombre d'internes et d'étudiants progresse en 2005.

L'amélioration des statuts s'explique par l'obtention de crédits pour l'aménagement de la réduction du temps de travail (ARTT), qui ont permis aux établissements d'acheter ou de convertir des postes de praticiens hospitaliers et d'acheter des postes de praticiens contractuels.

Enfin, on note que les femmes sont désormais majoritaires au sein du corps médical (51,38 %), tendance marquée parmi les étudiants, les internes, les assistants hospitaliers, les praticiens hospitaliers et les MCU-PH. Le vieillissement se poursuit au sein de la population des praticiens hospitaliers : 25 % ont plus de cinquante cinq ans, 42 % plus de cinquante ans.

Pour le **président**, la présentation souligne l'aggravation de la situation de l'AP-HP sur le plan démographique.

Du point de vue de **M. PIETTE**, si les effectifs paramédicaux connaissent une très légère progression au sein des structures gériatriques, ils demeurent néanmoins inférieurs de 50 % à ce qu'ils devraient être. Un certain nombre de postes peinent à être fidélisés. En gériatrie, la densité du personnel paramédical s'avère deux fois moins importante au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et encore moins importante dans le domaine des soins à domicile.

L'ensemble du secteur gériatrique connaît donc une grande fragilité chronique. La canicule de l'été 2003 a démontré l'incapacité à faire face à une crise sanitaire. Le rapport de la cour des comptes publié l'an dernier confirme cet élément et appelle à un abondement des moyens humains dans ce secteur. De même, le récent discours du premier ministre s'inscrit dans cette démarche puisqu'il fixe un objectif de 0,8 agent par lit en 2012 au sein des EHPAD, soit un taux supérieur à celui observé dans le secteur des soins de longue durée (SLD). Il existe donc un espoir concernant l'évolution de la densité du personnel et l'attractivité du travail au sein des structures de gériatrie.

M. LEVERGE annonce que le décret de 1984, qui organise le statut des PU-PH et des MCU-PH, a été modifié le 25 mai 2006, après quatre années de négociations difficiles avec le ministère. Ce texte s'applique désormais aux deux mille enseignants chercheurs et praticiens hospitaliers en pharmacie.

Le bilan social de l'année 2005 est approuvé à l'unanimité des 32 votants.

X - Avis sur des fiches de pôles d'activité.

M. MADELENAT engage la présentation des dossiers examinés par le groupe des structures et le conseil exécutif.

1- Les fiches de pôles d'activité avec débat.

❖ ***GHU est***

Hôpital Rothschild

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 3 pôles :*

- *Pôle 1 : Gériatrie.*
- *Pôle 2 : Médecine physique et réadaptation.*
- *Pôle 3 : Prestations médicales et médico-techniques transversales.*

Il convient d'examiner la répartition par pôles de l'hôpital Rothschild avec un certain degré de relativité déclare **M. MADELENAT** en raison des modifications qu'il va connaître à brève échéance. La création d'un pôle de gériatrie regroupant trente deux lits a été acceptée par le groupe des structures car il devrait en comprendre soixante dix en 2007 puis deux cent cinq en 2009. De même, le pôle médecine physique et réadaptation, peu consistant en l'état actuel, s'enrichira prochainement avec l'arrivée des activités du centre d'odontologie de rééducation du groupe hospitalier Charles Foix – Jean Rostand.

Le rapporteur se montre perplexe sur l'avenir du pôle prestations médicales et médico-techniques transversales. En effet, au départ du service de chirurgie plastique, un certain nombre d'activités (anesthésie réanimation, radiologie) diminueront considérablement, même s'il est prévu d'intégrer en 2009 une partie des activités de Garancière au sein de ce pôle.

Enfin, le groupe des structures a réussi à rattacher au conseil exécutif local le service de chirurgie plastique de M. MIMOUN qui doit à terme rejoindre l'hôpital Saint-Louis.

Hôpital Armand Trousseau

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 5 pôles :*
 - *Pôle 1 : Pédiatrie médicale et urgences.*
 - *Pôle 2 : Chirurgie anesthésie.*
 - *Pôle 3 : Périnatalité.*
 - *Pôle 4 : Investigations biocliniques – pharmacie.*
 - *Pôle 5 : Imagerie.*

Le groupe des structures a obtenu que les activités chirurgicales, initialement éclatées dans trois pôles, soient rattachées au conseil exécutif local, tout comme le département d'informatique médicale.

En ce qui concerne le pôle 3, M. MADELENAT souhaitait une mutualisation plus importante des activités notamment au niveau des salles de travail et à ce titre il pense qu'il convient d'insister auprès de l'hôpital pour progresser dans ce domaine.

Le pôle imagerie est très nettement sous-dimensionné. Il comprend un seul service avec une activité limitée. Aussi le groupe des structures a demandé une évaluation précise de son activité dans deux ans.

❖ GHU sud

Hôpital Antoine Béclère

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 5 pôles :*
 - *Pôle 1 : Thoracique.*
 - *Pôle 2 : Hépatogastro-entérologie, chirurgie et anesthésie-réanimation.*
 - *Pôle 3 : Femme / enfant.*
 - *Pôle 4 : Urgences / médecine interne / réanimation médicale.*
 - *Pôle 5 : Biologie pharmacie.*

Trois pôles comportent un service de réanimation médicale, traduisant l'éclatement de cette activité au sein de l'hôpital.

Le groupe des structures a demandé le rattachement du conseil des blocs opératoires au conseil exécutif local, contrairement au souhait initial de l'hôpital.

❖ *GHU ouest*

Groupe hospitalier Cochin – Saint Vincent de Paul

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 11 pôles :*
 - *Pôle 1 : Activités à dominante ambulatoire.*
 - *Pôle 2 : Biologie – pharmacie – pathologie.*
 - *Pôle 3 : Cardio-respiratoire.*
 - *Pôle 4 : Endocrinologie – diabétologie.*
 - *Pôle 5 : Imagerie.*
 - *Pôle 6 : Médecine interne.*
 - *Pôle 7 : Ostéoarticulaire.*
 - *Pôle 8 : Réanimations – urgences.*
 - *Pôle 9 : Pédiatrie.*
 - *Pôle 10 : Périnatalogie, périconceptologie et gynécologie.*
 - *Pôle 11 : Hépto-gastro-entérologie médico-chirurgical.*

L'activité ambulatoire doit rejoindre l'Hôtel Dieu en 2009. Le pôle cardio-respiratoire peut sembler sous-dimensionné mais il accueillera à terme l'activité de chirurgie thoracique de l'Hôtel Dieu.

Le conseil de bloc opératoire, l'unité de recherche clinique, le département de santé publique, le département d'éthique clinique ainsi que la maison des adolescents sont rattachés au conseil exécutif local.

Hôpital Hôtel Dieu

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 5 pôles :*
 - *Pôle 1 : Urgences, proximité et prévention.*
 - *Pôle 2 : Spécialités médico-chirurgicales.*
 - *Pôle 3 : Activités à dominante ambulatoire.*
 - *Pôle 4 : Imagerie et explorations fonctionnelles*
 - *Pôle 5 : Biologie et pharmacie.*

A l'origine, il était envisagé de créer des pôles bi-sites avec le groupe hospitalier Cochin – Saint Vincent de Paul essentiellement concernant les activités digestive médico-chirurgicale, ambulatoire et thoracique. Le projet actuel comporte des possibilités d'évolution avec ce site.

Le pôle à dominante ambulatoire s'avère clairement sous-dimensionné. Sa fusion avec le pôle spécialités médico-chirurgicales préconisée par le groupe des structures n'a pas été acceptée car la totalité des activités ambulatoires de l'hôpital Cochin devrait venir abonder ce pôle.

Le pôle imagerie et explorations fonctionnelles semble également sous-dimensionné. Le groupe des structures proposait une fusion avec le pôle biologie et pharmacie mais la suggestion a été refusée, au motif que les mutualisations potentielles n'apparaissent pas.

En l'état actuel des choses, l'odontologie de Garancière, appelée à être transférée dans les hôpitaux Rothschild et la Pitié – Salpêtrière, serait rattachée au conseil exécutif local.

Hôpital Necker – Enfants Malades

Le groupe des structures ne perçoit pas avec précision comment la pédiatrie de l'hôpital Saint Vincent de Paul s'intégrera dans l'organisation proposée. De plus, l'existence de deux blocs opératoires indépendants, l'un consacré à la chirurgie adulte, l'autre à la chirurgie viscérale traduit un manque de mutualisation.

M. LEVERGE signale que le président du CCM de l'hôpital vient de lui indiquer son accord pour intituler le pôle 5 « biologie et produits de santé ».

❖ GHU nord

Hôpital Saint-Louis

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 7 pôles :*
 - *Pôle 1 : Digestif-uro-néphro-endocrino (DUNE).*
 - *Pôle 2 : Hématologie et immunologie clinique.*
 - *Pôle 3 : Peau-ORL-plastie-stomatologie.*
 - *Pôle 4 : Pneumologie – anesthésie – réanimations – médecine – urgences.*
 - *Pôle 5 : Imagerie et oncologie.*
 - *Pôle 6 : Produits de santé -anti-infectieux – infections nosocomiales – évaluation.*
 - *Pôle 7 : Biologie.*

La première proposition de l'hôpital comportant un pôle supplémentaire d'infectiologie médico-biologique n'a pas semblé pertinente au groupe des structures. Il a été fusionné à l'actuel pôle 6, offrant ainsi une organisation équilibrée en terme d'emplois à temps plein. Le groupe des structures a aussi obtenu le rattachement des structures de recherche au conseil exécutif local, conformément à l'organisation retenue dans tous les hôpitaux ainsi que des modifications permettant de regrouper les services de biologie au sein de deux pôles, alors que le projet initial prévoyait leur éclatement dans trois pôles. En revanche, le groupe des structures n'est pas parvenu à imposer le rattachement du programme médicalisé du système d'information (PMSI) au conseil exécutif local.

1- Fiches de pôles d'activité sans débat.

❖ GHU est

Groupe hospitalier Joffre – Dupuytren

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 3 pôles :*
 - *Pôle 1 : Hospitalisation.*
 - *Pôle 2 : Soins de longue durée – Relation avec les EHPAD.*
 - *Pôle 3 : Pharmacie Médico-technique.*

❖ **GHU ouest**

Hôpital Sainte-Périne

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 3 pôles :*
 - *Pôle 1 : Médecine et SSR gériatriques.*
 - *Pôle 2 : Soins de longue durée gériatriques.*
 - *Pôle 3 : Ambulatoire de diagnostic et d'intervention en santé (PADIS).*

Groupe hospitalier Broca – La Rochefoucauld – La Collégiale

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 2 pôles :*
 - *Pôle 1 : Court séjour et SSR gériatriques.*
 - *Pôle 2 : Soins de longue durée.*

❖ **GHU sud**

Hôpital Georges Clémenceau

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 1 pôle :*
 - *Pôle 1 : Gériatrique du sud de l'Essonne.*

Mises aux voix, les fiches de pôles d'activité sont approuvées par 30 voix pour et 2 abstentions.

XI - Avis sur un contrat d'activité libérale.

La CME se prononce par 17 voix pour, 3 voix contre et 13 abstentions sur le contrat d'activité libérale présenté.

XII - Avis sur des demandes de création de postes d'assistant des hôpitaux au 1^{er} novembre 2006.

Ces demandes de création de postes indique **Mme PORTENGUEN** ont obtenu un avis favorable du groupe du personnel médical.

Un poste de radio-pharmacie va rester vacant au sein de l'hôpital Cochin et devra être confirmé à la CME du mois de juillet informe **M. LEVERGE**, avec un complément à l'hôpital Armand Trousseau.

Les demandes de création de postes sont adoptées à l'unanimité des 31 votants.

XIII - Approbation du compte-rendu de la séance du 9 mai 2006.

Le compte-rendu de la séance du 9 mai 2006 est approuvé à l'unanimité des votants.

XIV - Question diverse.

M. FAYE indique que de nombreux collègues ont constaté une forte discordance entre le montant de leurs revenus pré-rempli sur leur déclaration fiscale et le montant que les hôpitaux leur ont transmis. Ce constat leur est préjudiciable.

Mme PORTENGUEN explique que dans le cadre de la nouvelle procédure fiscale, les services de l'AP-HP ont procédé à des simulations portant sur le mois de janvier 2006 afin de tester le dispositif. Or la société ayant réalisé les simulations a omis d'effacer les données relatives au mois de janvier 2006 lorsqu'elle a transmis celles portant sur l'année 2005. Elle précise que les bureaux du personnel médical des différents hôpitaux ont été largement informés de ce problème, afin d'inciter les praticiens à rétablir le montant exact de leur rémunération sur leur déclaration fiscale.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures.

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

Mardi 4 juillet 2006 à 8h30.

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.