

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 29 AVRIL 2003**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 13 MAI 2003**

-=-

# COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance  
du mardi 29 avril 2003

(salle du conseil d'administration)

-----

## ORDRE DU JOUR

### SEANCE PLENIERE

- 1- Election du président et du vice-président.
- 2- Allocution du président nouvellement élu.
- 3- Election des présidents et des vice-présidents des groupes de travail.
- 4- Election des sept membres représentant la commission médicale d'établissement au conseil d'administration.
- 5- Communication de la directrice générale : « diagnostic et plan d'actions ».

## Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
  - Mme LABBE, représentant la commission du service de soins infirmiers,
  - M. le Pr. LEPAGE, responsable de l'information médicale ;
  
- *les représentants de l'administration :*
  - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
  - M. le Pr. HOUSSIN,
  - M. DIEBOLT, directeur par intérim de la politique médicale,
  - M. TREGOAT, directeur de cabinet,
  - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale,

\*

\*                      \*

A l'ouverture de la séance inaugurale de la commission médicale d'établissement, **M. DIEBOLT** directeur par intérim de la politique médicale, informe que de nouvelles dispositions réglementaires ont introduit à la CME deux membres avec voix consultative, le responsable de l'information médicale et celui de la médecine du travail, respectivement le Pr. LEPAGE et le Dr BEN-BRIK.

En sa qualité de doyen d'âge, **M. GOUTALLIER** assure les fonctions de président de séance.

## **I - Election du président et du vice-président.**

### **- Election du président**

A l'issue d'un vote à bulletins secrets, M. de PROST est élu avec 47 voix favorables ; 5 bulletins blancs sont enregistrés.

### **- Election du vice-président**

M. LACAU ST GUILY est candidat à la vice-présidence. Il est élu avec 50 voix favorables à l'issue d'un vote à bulletins secrets ; on note 3 bulletins blancs.

**M. de PROST** remplace M. GOUTALLIER à la présidence de la commission.

## **II - Allocution du président nouvellement élu**

**Le nouveau président de la CME** exprime son émotion et ses remerciements aux membres de la CME pour le soutien et la confiance qu'ils viennent de témoigner au vice-président et à lui-même et les assure qu'ils mettront tout en œuvre pour être dignes de leur confiance.

Puis, **M. de PROST** évoque les idées-force du rôle et du fonctionnement de la CME pour les quatre ans à venir.

### **Le rôle dévolu à la CME se décline au pluriel**

- Sa première mission est d'être l'organe suprême de la représentation médicale, odontologique et pharmaceutique. A ce titre elle participe à l'organisation médicale de l'AP-HP, et doit veiller à valoriser l'aspect médical des décisions et notamment celui qui concerne le projet d'établissement. Pour ce faire, elle est en communication étroite avec la direction générale et les directions du siège, les directions locales et les présidents des comités consultatifs médicaux, et aussi avec le conseil d'administration, l'agence régionale de l'hospitalisation et les tutelles.
- La CME représente aussi les médecins hospitalo-universitaires et les fonctions qu'ils assurent dans les domaines de la recherche et de l'enseignement. A ce titre elle développe des relations avec les universités et les unités de formation et de recherche et doit participer à leurs transformations annoncées.
- La CME doit être aussi une véritable chambre de réflexions. Pour lui permettre de consacrer plus de temps à cette mission et devenir un partenaire influent auprès du siège et des tutelles, il est nécessaire que la CME soit déchargée d'une partie des décisions qui peuvent être prises par les CCM.
- Enfin, la CME a un rôle technique qui résulte de la loi ou du règlement.

Certains aspects de ce rôle concernent des actions d'ordre général comme l'orientation de la politique de soins, l'analyse et l'évaluation de la qualité médicale, l'organisation des activités médicales et de la continuité des soins avec notamment une structuration nouvelle des gardes et astreintes.

D'autres aspects portent sur les questions d'ordre individuel comme le statut, le recrutement, la carrière des personnels médicaux, la nomination des responsables médicaux.

**L'action de la CME pour les quatre années à venir nécessite une adaptation de son fonctionnement pour tenir compte d'un contexte très évolutif.**

Pour accompagner ce changement, on attend beaucoup de la CME. En témoignent la campagne animée qui a précédé l'élection des membres de la CME, les réflexions de la collégiale des présidents de CCM et celles des médecins des hôpitaux.

Les transformations à venir paraissent de deux ordres au président.

Certains changements, spécifiques à l'AP-HP découlent des décisions de la directrice générale et du conseil d'administration, comme la réorganisation du siège et la répartition des missions entre le siège et les directions locales, comme les regroupements hospitaliers, et la réorganisation interne des hôpitaux.

D'autres transformations, présentées dans le projet hôpital 2007 du ministre de la santé et développées par les commissions mises en place par ce dernier, toucheront tous les hôpitaux français. Parmi ceux-ci, M. de PROST retient la rénovation des structures hospitalières (organisation des activités en pôles et contractualisation interne), la mise en œuvre de la tarification à l'activité qui va entraîner la suppression du budget global pour lui substituer la définition de moyens tenant compte des spécificités de la médecine pratiquée et pour l'AP-HP du coût de la médecine de référence développée en son sein.

**Les nécessaires modifications du fonctionnement de la CME se feront dans quatre directions.**

*a) Favoriser une ouverture de l'instance sur l'extérieur.*

Il s'agit de permettre aux médecins des hôpitaux non-membres de la CME de participer aux travaux des commissions de la CME.

Par ailleurs, lorsque des hôpitaux ou disciplines ne seront pas représentés au sein de la CME et que ces hôpitaux ou disciplines seront concernés par les sujets examinés, le ou les présidents de CCM de l'hôpital ou des hôpitaux concernés, le président ou les présidents de la collégiale ou des collégiales intéressée(s) seront invités à participer aux travaux des commissions sur le sujet.

Dans ce cadre, M. de PROST propose aussi d'associer à la séance plénière de la CME, comme membres permanents, au titre de personnalités qualifiées, deux doyens désignés par la conférence des doyens d'Ile de France. Il soumettra à l'instance une modification de son règlement intérieur en ce sens.

*b) Renforcer les relations entre la CME et les CCM.*

L'insuffisance de communication entre ces deux types d'instance explique certaines incompréhensions de part et d'autre.

Un renforcement des relations entre elles passe par les actions suivantes :

- déléguer aux CCM certaines fonctions assurées jusqu'alors par la CME, notamment dans le domaine des structures et des nominations,

- intégrer trois présidents de CCM au bureau de la CME et faire participer des présidents de CCM aux travaux des commissions de la CME,
- organiser périodiquement des réunions communes entre le bureau de la CME et le bureau de la collégiale des présidents de CCM.

*c) Améliorer la communication de la CME.*

Le président estime essentiel le renforcement de la communication de la CME et de la publicité de ses débats auprès des médecins des hôpitaux.

Il s'agira non seulement de communiquer le compte-rendu de la CME mais aussi de présenter les débats et les conclusions des travaux des commissions.

*d) Réformer le système de travail du bureau de la CME.*

Jusqu'à maintenant le bureau a eu pour rôle d'anticiper le travail à effectuer en séance plénière.

Le président propose que le bureau s'axe plutôt dorénavant sur les points à inscrire à l'ordre du jour des séances plénières à venir et effectue une analyse critique des travaux des commissions avant présentation de ces derniers en CME

### **III - Election des présidents et des vice-présidents des groupes de travail**

Le **président** souhaite changer les groupes de travail en créant deux nouvelles commissions l'une concernant la prospective et la stratégie et l'autre axée sur l'information, la communication et les systèmes d'informations. Les thèmes abordés par les anciens groupes "finances" et "vie hospitalière" seront intégrés par d'autres groupes de travail.

*- Le groupe des structures*

Outre la mission d'examen des nouvelles structures médicales, précise M. de PROST, ce groupe réfléchira à la détermination de la partie de son travail qu'il pourra déléguer aux CCM.

MM. MADELENAT et CORIAT sont élus à l'unanimité respectivement président et vice-président du groupe des structures.

*- Le groupe du personnel médical*

M. de PROST propose de formaliser ce groupe en trois secteurs de travail ainsi identifiés :

- la nomination des médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires,
- la continuité des soins (les gardes et astreintes),
- le travail médical (des internes, des chefs de clinique assistants...).

De plus, le groupe étudiera la manière d'organiser la réduction du temps de travail médical, la formation continue des médecins et sera en relation avec les instances telles que la commission des soins infirmiers.

M. GUILLEVIN est élu président du groupe, M. AIGRAIN vice-président chargé de la continuité des soins et M. CHAUSSADE vice-président chargé du travail médical.

*- Le groupe prospective et stratégie*

Cette nouvelle structure préparera les travaux relatifs à la prospective et à la stratégie de la CME. Le président espère y associer des personnalités extérieures à la CME pour enrichir la réflexion et proposer des innovations.

M. RICHARD est élu président du groupe et Mme DEGOS vice-présidente.

*- Le groupe recherche et université*

Si la recherche occupe une place fondamentale parmi les missions assignées à l'AP-HP, il ne faut pas omettre la part dévolue à l'enseignement et à ce titre le rôle de l'université, déclare M. de PROST.

Sur le volet de la recherche, le groupe travaillera en liaison avec les structures en charge de ce domaine, notamment la délégation régionale à la recherche clinique, et avec la direction générale. S'agissant du volet universitaire, il réfléchira, en étroite collaboration avec la conférence des doyens d'Ile de France, aux réformes de l'enseignement médical attendues pour les quatre années à venir.

M. NORDLINGER est élu président et M. BERNAUDIN vice-président du groupe.

*- Le groupe informations et relations extérieures*

Le groupe assurera l'information relative aux délibérations et travaux de la CME au corps médical ainsi que la transmission à la CME des informations émanant de la tutelle et du conseil d'administration.

En parallèle, le groupe prendra en charge le problème de l'informatique à l'AP-HP, la coordination des relations entre la CME et le CA et les tutelles, l'agence régionale d'hospitalisation ainsi que les relations de la CME avec les autres centres hospitaliers français et étrangers.

MM. FAGON et CARLI sont élus respectivement président et vice-président du groupe.

*- Le groupe évaluations et finances.*

M. de PROST confie trois missions essentielles à cette structure, c'est-à-dire :

- poursuivre les discussions sur le coût des médicaments et sur les médicaments innovants,
- s'intéresser au travail du comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT),
- se charger de l'évaluation médicale et notamment du projet de tarification à l'activité.

M. SCHLEMMER est élu président du groupe et M. PIETTE vice-président.

Avant de clore ce point de l'ordre du jour, M. de PROST indique que le bureau de la CME est constitué des présidents et des vice-présidents de groupe qui viennent d'être élus, dont trois présidents de CCM : MM. CORIAT, FAGON et PIETTE. Il souhaite, ajoute-t-il, qu'au cours de la prochaine réunion de la CME, chaque président de groupe procède à la présentation de ses réflexions sur le travail de la structure qu'il dirigera. Il demande aussi à chaque membre de la CME de s'investir au sein des groupes et de prendre contact avec les présidents à cet effet.

#### **IV - Election des sept membres représentant la CME au CA**

**M. de PROST** précise que le conseil d'administration comprend neuf membres de la CME dont le président et le vice-président, membres de droit.

Il rappelle l'importance du rôle de ces représentants qui s'emploieront à défendre auprès du CA les décisions prises par la CME.

Les sept sièges font l'objet de sept candidatures qui obtiennent à l'issue d'un vote à bulletins secrets :

M. AIGRAIN	52 voix
Mme DEBRAY-MEIGNAN	52 voix
M. FAYE	52 voix
M. HARDY	52 voix
M. LE HEUZEY	52 voix
Mme SCHLEGEL	52 voix
M. LAPANDRY	51 voix

On note un bulletin blanc.

La CME doit aussi être représentée dans un certain nombre d'autres instances répertoriées dans les documents remis sur table. A cet effet, le président propose aux membres de la CME de lui faire connaître leur candidature à ces représentations pour la prochaine réunion du 13 mai au cours de laquelle interviendront les désignations.

Puis il invite chaque personne à se présenter brièvement.

#### **V - Communication de la directrice générale**

**La directrice générale** salue tout d'abord les membres récemment élus de la CME et forme le vœu d'un fonctionnement constructif de l'instance.

Puis, elle fait part de son **choix du Pr. Didier HOUSSIN** qui l'accompagne à cette séance de la CME, **comme directeur de la politique médicale**. Chirurgien reconnu, ayant accumulé une importante expérience administrative à la tête de l'établissement français des greffes, M. HOUSSIN réunit donc une double compétence qui sera très utile à la direction générale et à l'institution.

Ensuite, elle expose le **plan d'actions** qu'elle a présenté au ministre de la santé, aux directeurs d'hôpitaux, aux présidents de CCM, au comité technique central d'établissement et qui sera bientôt expliqué au conseil d'administration.

**1- Après les visites qu'elle a effectuées au cours des quatre derniers mois dans les hôpitaux, Mme VAN LERBERGHE a établi un diagnostic qui ne se veut ni exhaustif, ni original, mais qui est résolument tourné vers l'action.**

*A) Les principaux points forts observés :*

**Des personnels de qualité**

La directrice générale a été impressionnée par la qualité de l'ensemble des personnels médicaux, soignants, techniques, ouvriers et administratifs.

**Une grande implication auprès des malades**

Cet état d'esprit, qui n'empêche pas certains points de vue corporatistes, lui paraît être un socle solide pour construire.

**Une véritable fierté d'appartenance**

Cette fierté lui semble être fondée sur le fait que l'AP-HP dispose de centres de références nationaux et internationaux et qu'elle présente une force de frappe importante pour la recherche et le progrès médical, c'est-à-dire pour la médecine de demain. Cet aspect très lié aux soins lui paraît devoir être, si possible, renforcé.

**Des possibilités de formations et de promotions inégalées**

Les possibilités de formations et de promotions offertes par l'AP-HP n'existent dans aucun autre CHU français. Cette capacité de l'AP-HP doit être considérée comme un atout à préserver.

*B) Les faiblesses décelées :*

**Un sentiment de désenchantement**

Le sentiment d'épuisement, de découragement et de désenchantement lui a paru largement partagé et avoir des causes multiples.

Tout d'abord, elle évoque **les évolutions sociales**.

Les patients sont perçus plus exigeants et parfois plus agressifs, même si les chiffres relatifs à l'insécurité sont en constante amélioration ; les malades sont davantage consommateurs : la loi sur les droits du malade a eu pour conséquences une évolution des relations et un poids nouveau sur la pratique professionnelle quotidienne.

Elle a aussi été frappée de constater que tous les personnels de l'AP-HP nourrissent le sentiment que l'hôpital prend en charge tous les problèmes dont les autres acteurs de santé se déchargent : désengagement des médecins de ville, fermeture d'établissements publics ou privés.

La multiplication des normes participe également à ce sentiment de frustration car ce qui devrait être un objectif de bonne pratique s'est transformé en norme opposable. Certains personnels ont d'ailleurs fait valoir que certaines de ces normes étaient incompatibles entre elles.

Le vieillissement de la population, la montée de la précarité provoquent aussi de vives inquiétudes dans les hôpitaux de long séjour et également dans les hôpitaux d'aigus. Ce phénomène auquel l'AP-HP est déjà confrontée va encore accentuer la pénurie de lits d'aval, amener les personnes âgées aux urgences où elles peuvent demeurer sur des brancards au milieu de personnels désarmés devant la perspective, une fois la phase aiguë passée, de ne pouvoir organiser des prises en charge en soins de suite et réadaptation.

Puis, parmi les motifs du désenchantement constaté, la directrice générale indique **la mise en place des 35 heures**.

Loin d'être considérée comme un avantage offrant 14 à 20 jours de repos supplémentaires, comme il l'est par les salariés d'autres entreprises, la mise en place des 35 heures est présentée par les personnels comme un problème.

Pourtant, il s'agit bien d'un avantage qui représente un coût et des difficultés de gestion. Dans certains hôpitaux, contrairement à ce qui a été observé dans le secteur privé, l'absentéisme se serait même accru.

Cet état de fait inquiétant provient de ce que les personnels de l'AP-HP ressentent comme insupportables une intensification du travail, le sentiment d'avoir moins de temps pour accomplir les mêmes tâches, une diminution des plages de recouvrement des différentes équipes. Ce sentiment négatif est accentué par les difficultés de recrutement qui empêchent les personnels en place de prendre leurs jours de RTT ou qui les laissent jusqu'au dernier moment dans l'incertitude de pouvoir les prendre.

Ces constats sont pour la directrice générale une source de grave préoccupation car l'avantage des 35 heures qui est coûteux pour le budget de l'AP-HP n'apporte aucune contre-partie en termes de motivation et, de plus, est source de fermeture de lits quelquefois sans considération des besoins des malades ; ce qui va à l'encontre de la logique du service public.

Un autre facteur explicatif de ce désenchantement est lié au sentiment partagé par toutes les catégories du personnel que **l'hôpital a été victime d'une diète budgétaire**. Chacun, de plus, pense être le plus mal loti.

Sur ce point, il y a un décalage extraordinaire avec la réalité. En effet, la situation financière de l'AP-HP est très négative puisque le déficit cumulé est de 140 millions d'euros. Il paraît d'ailleurs sous-estimé du fait d'un calcul à revoir des amortissements.

Les consignes données aux établissements ont été, début 2003, de ne pas dépenser plus que l'an passé. De ce fait, même si des efforts sont accomplis, à la fin de l'année en cours, le déficit minimum sera de 350 millions d'euros. Par ailleurs, les comparaisons avec les dotations des autres CHU montrent, en tenant compte de l'activité, que l'AP-HP serait surdotée de 450 millions d'euros par rapport à ces derniers.

### **Cette situation lui semble provenir des éléments suivants :**

*a) Un centralisme excessif des responsabilités malgré la déconcentration des moyens.*

Ainsi, l'organisation de l'institution fait que l'habitude a été prise par les acteurs des hôpitaux de se tourner vers le siège pour demander des moyens supplémentaires. Ce dernier distribuait une partie du budget qu'il conservait, en fonction de l'intérêt des projets présentés.

L'institution a par ailleurs le sentiment que toutes ses actions sont justes et qu'il convient seulement d'obtenir l'actualisation des crédits correspondants.

*b) Une absence de culture de comparaison.*

Ainsi, l'AP-HP n'est pas abonnée à la base de données de la Fédération hospitalière de France qui apporte des éléments de coût sur tous les services et disciplines des hôpitaux de la France entière.

De même, s'estimant longtemps différente, l'AP-HP a longtemps refusé d'entrer dans le programme médicalisé du système d'information (PMSI).

Certes, estime la directrice générale, il faut être vigilants sur les données comparatives, mais être aussi actifs pour faire valoir les particularités de l'AP-HP et améliorer les moyens comparatifs.

*c) Une coexistence de services performants sous-dotés et de services en perte de vitesse.*

Il résulte de cette situation une offre de soins déséquilibrée.

On peut ainsi avoir des services avec des taux d'occupation des lits allant de 53 % à 108 %.

Les coûts peuvent varier de 1 à 3 pour une même activité.

Pour s'affranchir de cette situation, on reproche au siège de ne pas être en mesure de conduire des restructurations.

Mais tout d'abord les restructurations ne peuvent être conduites en permanence. Par ailleurs, certains sites ont utilisé par le passé des moyens détournés pour empêcher certaines restructurations. Enfin, dans le quotidien, il faut mettre en place un *mécanisme permanent de réallocation de ressources* qui s'appuie sur le constat que les ressources sont par définition limitées, qu'il s'agit donc de les utiliser au mieux des besoins de la population. Il convient en permanence de faire des choix pour répondre au quotidien à la mission des hôpitaux avec les moyens de l'institution. La restructuration n'est pas la seule ni la meilleure réponse.

Ce mécanisme de réallocation permanent des moyens pourrait notamment s'appliquer aux lits d'aval.

*d) Une organisation qui ne correspond pas aux enjeux auxquels l'AP-HP est confrontée.*

En effet la direction centrale dotée de 1 200 agents est peu stratégique, chargée de tâches de gestion.

Les directions locales sont peu responsabilisées car les déconcentrations opérées ne se sont pas accompagnées de responsabilisation. Cette situation est une des causes du dérapage des dépenses.

La direction générale, de son côté dispose de tableaux multiples apportant des données mais pas d'un système unique d'indicateurs qui permettrait de juger les responsables locaux et d'être alerté d'éventuels dérapages.

Les directions centrales sont trop cloisonnées disposant notamment chacune d'un chargé de communication et d'un contrôleur de gestion particulier. Cette situation a permis par le passé à certains sites de faire alliance avec une direction pour contrer les objectifs qui lui auraient été notifiés par une autre direction.

Pour pallier les difficultés de l'organisation verticale, des chefs de projets transversaux ont été désignés mais mis en place à côté des directions. Il en résulte que beaucoup de personnels passent leur temps à se coordonner et surtout qu'il existe une difficulté à prendre des décisions.

Le système pyramidal de l'AP-HP ressemble à celui d'un ministère ; toutes les questions à résoudre remontent au siège. Les entreprises de services ont réussi à dépasser cette organisation en se recentrant sur leur activité. A l'AP-HP, le malade étant au centre des préoccupations de l'institution, l'échelon le plus important est celui qui est au contact des malades. Tous les autres échelons doivent être à son service.

*e) Un système d'information vétuste, fragile ne comportant pas d'outil partagé.*

Des moyens importants sont consacrés à la maintenance du système de gestion au détriment d'autres actions.

L'informatique médicale recèle des expériences intéressantes mais très locales et non partagées.

*f) Une gestion du personnel excessivement procédurière et pas suffisamment axée sur la valorisation des ressources humaines.*

Cette gestion est très fortement centralisée.

Par ailleurs, il existe un éclatement des responsabilités entre plusieurs directions concernant la gestion des effectifs : la direction de la politique médicale qui gère les effectifs médicaux, la direction du personnel et des relations sociales qui gère les effectifs non-médicaux, la formation qui dépend d'une délégation, la direction des finances qui gère les aspects financiers.

A cela s'ajoute la difficulté pour les personnels de ces différentes directions à travailler ensemble de manière transversale.

Il en résulte un manque d'anticipation des évolutions démographiques et de l'évolution des compétences. En fait, des études d'anticipation existent à la DPRS mais aucune conséquence n'a été tirée de ces travaux, par exemple en termes de formation, du fait du cloisonnement évoqué plus haut.

*g) Une formation qui est certes de qualité mais trop découplée du projet d'organisation.*

Par rapport à d'autres univers professionnels, la formation initiale paraît très traditionnelle. Il semble à la directrice générale qu'il faudrait notamment faire une place à la validation des acquis.

La formation continue se présente sous forme d'un catalogue et n'est pas liée au projet d'organisation de l'institution.

Pour conclure cette phase d'analyse, Mme VAN LERBERGHE explique que l'AP-HP est confrontée à une véritable crise, à la fois financière et morale. Cependant la lucidité des personnels sur cet état de fait l'invite à considérer que ces derniers sont prêts à s'engager dans un certain nombre de réformes à condition qu'elles aboutissent.

## **2- Le plan d'actions**

### *A) Les mots clés*

La directrice générale évoque quelques mots clés qui sous-tendent le plan d'actions.

#### **Répondre aux besoins**

Tout le travail de l'institution vise un résultat : la réponse aux besoins.

#### **Ménager l'argent public**

Il faut distinguer cette notion de celle d'économies. Il s'agit en partant des moyens disponibles de conduire une réflexion sur leur meilleure utilisation possible pour répondre aux besoins. Le champ d'action de cette réflexion inclut les personnels qui constituent un poste important de dépense.

#### **Responsabiliser**

Avec 90 000 personnes, l'AP-HP ne peut avoir une organisation efficace qui implique systématiquement le siège. C'est au plus près du terrain que se feront les meilleurs ajustements.

### *B) Les propositions*

#### **1 – Organiser l'hôpital en plusieurs grands pôles d'activité**

La forme juridique, les modalités de regroupement restent libres.

Mais un objectif est fixé à ces regroupements : ils doivent permettre en permanence la réallocation des moyens en fonction de l'évolution des besoins et du progrès médical.

Les services de petites tailles issus de l'extrême spécialisation des activités sont peu propices à ce mécanisme de réallocation. Celle-ci devient plus aisée si le périmètre de gestion est plus grand.

Cette réorganisation ne pourra s'accomplir que si certains médecins s'impliquent dans une gestion médico-économique. Chaque pôle d'activité sera doté d'un compte d'exploitation présentant les recettes ou l'activité d'un côté, les dépenses de l'autre.

Les médecins qui s'investiront dans cette gestion pourront être formés. Ils ne seront pas enfermés dans ce rôle nouveau, mais cette responsabilité importante supposera des choix et donc la possibilité de mécontenter d'autres médecins.

Dans ce cadre, le contrat d'objectif sera une cible à atteindre sur plusieurs années et non un préalable. Les contrats garantiront les moyens pour atteindre ces objectifs.

#### **2 -Fédérer les hôpitaux de l'AP-HP en quelques ensembles géographiques**

L'objectif est de constituer un ensemble cohérent d'offre de soins qui :

- favorise les liaisons avec l'environnement,
- soit congruent avec l'organisation universitaire,
- soit défini en concertation avec l'ARH-IF.

Il s'agit dans ce cadre de réfléchir à une bonne utilisation des ressources en fonction de l'évolution des besoins et des modes de prise en charge.

Les groupements hospitaliers universitaires (GHU) s'incarneront dans une réunion semestrielle ou quadrimestrielle des directeurs d'établissements, présidents de CCM, doyens.

Des directeurs exécutifs seront nommés à la tête des GHU et les représenteront au comité de direction, assurant ainsi une interface permanente entre le siège et les établissements.

### **3 – Centrer l'activité du siège sur ses missions de direction générale et ...**

Le siège aura pour missions la stratégie, le pilotage et le contrôle, l'expertise et l'appui, et aussi le développement des ressources humaines.

Il convient donc, explique la directrice générale, de décentraliser des blocs de compétence complets associant moyens et responsabilité.

Il convient également de mettre en place un contrôle interne et des indicateurs de résultat qui permettront de juger de l'action des responsables.

**...affirmer le rôle pivot des hôpitaux** dans le domaine de la gestion et de la conduite opérationnelle de l'action. L'hôpital doit être le centre de convergence des objectifs et des moyens. En effet, après que le siège ait conclu un contrat d'objectifs et de moyens avec la tutelle, il passera ensuite des contrats similaires avec les hôpitaux et ces derniers concluront des contrats du même type avec les pôles. Ces contrats devront porter plus sur le projet que sur les détails.

Le cadre de l'exécution budgétaire restera l'hôpital. Il n'existera pas de budget au niveau du GHU.

### **4 – Développer les compétences au service du projet de l'AP-HP**

Cet objectif se traduira par :

- une série d'actions pour mettre la formation au service de l'anticipation et du développement des compétences,
- une véritable gestion des cadres dirigeants qui s'accompagnera d'un repérage des compétences essentielles dont l'institution aura besoin dans l'avenir. Il s'agit notamment de repérer parmi les jeunes médecins ceux qui seront intéressés par des responsabilités de gestion et de leur donner des opportunités de formation et de déroulement de carrière,
- une communication interne qui fera une large part aux échanges d'expérience, aux succès de réorganisation, par exemple suite à la mise en œuvre de la RTT,
- une remise à plat des organisations avec un soutien de l'informatique pour décharger les soignants et reconquérir du temps médical et soignant,
- un redéploiement des ressources du siège vers les hôpitaux. Ce redéploiement s'accompagnera d'un plan social.

### **5 – Rétablir l'équilibre d'exploitation**

La directrice générale est disposée à *négoier avec la tutelle les moyens d'apurer le passif* mais ne pourra le faire que si elle peut montrer à la tutelle que l'institution recherche les moyens d'être plus efficace et productive.

Elle se propose donc de lancer un *plan de productivité globale* pour dégager des marges de manœuvre.

Ce plan conduira à :

- comparer les coûts pour améliorer l'efficacité,
- améliorer les procédures d'achats pour optimiser ces derniers. La sécurité juridique acquise après certaines actions récentes doit être préservée. Il s'agit dans le cadre des ordonnances de simplification administrative prises actuellement de s'appuyer sur les directives européennes qui offrent des seuils de passation de marchés sans appel d'offre considérablement élevés et la possibilité de négocier après l'appel d'offres,
- améliorer la gestion des stocks et des approvisionnements,
- généraliser les bonnes pratiques en matière de prescriptions (médicaments, examens complémentaires) avec l'aide des collègiales et des sociétés savantes.

Enfin, des *indicateurs de résultats* seront mis en place pour évaluer les actions des responsables pour utiliser les ressources de manière plus pertinente.

Au moment où la tarification à l'activité va être introduite, il semble nécessaire à la directrice générale de mesurer l'augmentation de l'activité à moyens donnés par un indicateur.

Cet indicateur de quantité sera complété par d'autres indicateurs qui restent à concevoir et qui notamment permettront d'une part d'inciter à développer les alternatives à l'hospitalisation, d'autre part de mesurer la qualité.

Un autre type d'indicateur concernera la diminution du nombre de jours évitables en hospitalisation d'aigus. L'objectif est, à travers une plus grande fluidité des soins, de diminuer les files d'attente.

La directrice générale souhaite que le siège propose de véritables économies alors que les responsables dans les hôpitaux tendront vers une réallocation permanente des ressources.

Tous les indicateurs évoqués précédemment ne pourront fonctionner qu'avec un système informatique apportant les informations utiles. M. LEPAGE est chargé de recueillir les informations concernant le point de l'indice statistique d'activité (ISA) qui permettront de mesurer l'augmentation d'activité. Il paraît nécessaire à Mme VAN LERBERGHE d'élargir les ambitions du projet EIFFEL pour rapprocher dépenses et recettes et pour prendre en compte l'activité médicale et le dossier du patient.

C) *Le calendrier de mise en œuvre est le suivant :*

**30-05-2003** - mettre en place un comité de direction resserré

**30-06-2003** - définir le nombre et les contours des GHU

- engager le processus d'aménagement du décret de 1992 relatif à l'AP-HP
- se doter d'outils de pilotage communs

**30-07-2003** - se doter d'un plan d'actions pour le système d'information

- 30-09-2003** - chaque directeur du siège devra :
- redéfinir les missions de sa direction
  - adapter les structures et les moyens
  - définir les blocs de compétence à transférer aux établissements avec un calendrier

**30-12-2003** - concevoir un dispositif de contrôle interne.

Pour terminer, la directrice générale explique que ce plan a fait et fera l'objet d'un plan de communication très large.

**Le président** remercie vivement la directrice générale de cet exposé du plan d'actions et ouvre la discussion sur les parties relatives aux modes d'action et au calendrier.

**M. BERNAUDIN** souhaiterait savoir comment la directrice générale voit le rôle de la CME et ce qu'elle attend des membres de l'instance dans la mise en place du plan d'actions.

**M. PATERON** voudrait connaître le rôle respectif des trois interlocuteurs médicaux choisis par la directrice générale : la CME, la collégiale des présidents de CCM et les GHU.

**M. LAPANDRY** rappelle que déjà, lors des CME précédentes, il avait relevé la timidité de l'AP-HP en matière de restructurations originales et novatrices. La compétence des personnels et la dimension de l'établissement sont favorables à la réalisation de projets exemplaires. Comme il existe une commission dédiée à l'innovation technologique, pourquoi ne pas favoriser aussi l'innovation structurelle ?

Certains secteurs sont en souffrance par manque de structure adaptée compte tenu de l'évolution de la société. La gériatrie est un exemple frappant, en particulier pour la prise en charge des dépresses du sujet âgé, où une solution pourrait consister à créer des unités de soins intensifs de gériatrie. Susciter, supporter et encourager de telles initiatives répondrait à l'attente des acteurs de santé à l'intérieur comme à l'extérieur de l'AP-HP.

**M. SCHLEMMER** formule des observations sur deux points.

Concernant les comparaisons inter-CHU, il regrette qu'elles ne soient pas suffisamment développées et estime que les directions du siège ont un rôle à jouer pour favoriser les échanges. En effet, il lui paraît important d'analyser et d'expliquer les différences entre les CHU de province et l'AP-HP.

Au sujet de l'amélioration du fonctionnement interne, il craint que certaines propositions d'actions s'avèrent insuffisantes. Il cible notamment l'allocation de moyens budgétaires aux hôpitaux qui risque de laisser perdurer une opposition entre chaque hôpital et de ne pas favoriser la réorganisation préconisée par la directrice générale.

**M. AIGRAIN**, en qualité de chirurgien d'enfants, estime que l'organisation par zone géographique ne saurait anéantir la nécessité d'une réflexion prenant en compte les spécificités de certains hôpitaux pour arriver notamment à une plus grande complémentarité entre les hôpitaux spécialisés comme les hôpitaux pédiatriques. Par ailleurs, depuis longtemps, la collectivité pédiatrique a fait observer que son activité est très sous-évaluée dans le dispositif des points ISA. Une réflexion sur ce thème sera donc nécessaire.

Au sujet du développement des alternatives à l'hospitalisation, **M. GUILLEVIN** remarque qu'actuellement quand un lit d'hôpital de jour ouvre, trois lits d'hospitalisation classique sont fermés. Ces lits ne sont jamais réattribués. Or, il manque 5 000 lits d'hospitalisation de soins de suite et de rééducation en Ile de France. Le mécanisme en place est donc peu propice à une lutte contre l'embouteillage des hôpitaux et le fonctionnement déficient de certaines filières.

Par ailleurs, il observe que les soins de suite ne se rapportent pas seulement à la prise en charge de la gériatrie. En effet, d'autres malades de tranches d'âges différentes ne trouvent pas de solution d'accueil avec une médicalisation suffisante, hors de l'hôpital d'aigu.

En conclusion, indique l'orateur, on peut avoir des doutes sur les capacités du développement des alternatives à l'hospitalisation à permettre une reconstitution d'un parc suffisant de lits de soins de suite, de réadaptation et de long séjour.

**M. LEVERGE** a lu l'interview de la directrice générale dans la presse où elle faisait part du souhait de mieux maîtriser la dépense inhérente à l'utilisation de produits de santé dans le cadre du traitement des patients.

Mme VAN LERBERGHE vient par ailleurs d'exposer qu'il faut rapprocher les dépenses des recettes ou de l'activité et à ce titre de réallouer en permanence les moyens.

Actuellement, les médicaments ont représenté en 2002, 492 millions d'euros. 234 millions d'euros concernent les patients ambulatoires et impliquent des rétrocessions et des recettes de groupes 3. Ces dernières depuis le 1<sup>er</sup> août 2002, suite à un jugement de la Cour de Cassation, pourraient faire l'objet d'une recette correspondant aux frais de gestion qu'il évalue à 43 millions d'euros.

Or, le différentiel entre les budgets 2001 et 2002 des médicaments des patients hospitalisés a atteint 15 millions d'euros passant de 190 millions d'euros à 205 millions d'euros.

Les pharmaciens considèrent donc qu'ils sont en situation de rapporter 28 millions d'euros à l'institution, si toutefois les recettes correspondant aux frais de gestion des rétrocessions sont recouvrées.

**M. LEVERGE** est donc très favorable aux rapprochements des recettes et des dépenses car il vient de démontrer que certaines activités peuvent largement compenser le coût de l'innovation thérapeutique.

**M. CHAUSSADE** intervient sur trois aspects du plan d'actions.

En premier lieu, le rapprochement d'une surdotation budgétaire de l'AP-HP par rapport aux autres CHU et le sentiment de diète budgétaire exprimé par les personnels entraînent de sa part différentes observations. Selon lui, ce sentiment exprimé par les personnels s'explique parce que les sommes allouées à l'AP-HP dans le passé récent ont servi à compenser les surcoûts liés à la mise en place des 35 heures et à se mettre aux normes. Mais, les médecins ont éprouvé de grandes difficultés à faire financer l'innovation thérapeutique. Par ailleurs, le personnel a le sentiment de travailler de plus en plus pour combler le temps de travail médical et non médical perdu du fait de la mise en œuvre de la RTT et du repos de sécurité.

En second lieu, il lui paraît en effet souhaitable de mettre en place un dispositif de réallocation de ressources en fonction de l'activité. Mais ce dispositif doit aussi concerner les services administratifs qui doivent être plus efficaces et réagir avec moins de lenteur (exemple : la planification des travaux) et qui doivent être soumis à une évaluation de leur efficacité comme les services cliniques.

En troisième lieu, l'intervenant confirme que la prospective sur l'évolution de la démographie médicale est un point crucial pour l'avenir de l'institution et peut favoriser la mise en commun de moyens.

**M. RICHARD** s'interroge sur les changements envisagés dans trois domaines : les regroupements hospitaliers, les indicateurs et l'activité hospitalière. Sur ces trois points, la précédente CME et le corps médical ont déjà réfléchi. C'est pourquoi, l'intervenant fait part de ses réflexions.

L'autonomie de gestion laissée à l'hôpital peut l'inciter à camper sur ses positions et à ne pas s'orienter vers de nouvelles organisations et de réelles complémentarités avec les hôpitaux voisins.

Concernant les GHU, la collectivité médicale lui semble devoir être inventive et combative pour les faire aboutir et ne pas se contenter d'ajouter un échelon administratif et médical au dispositif de l'AP-HP.

Quant aux indicateurs de résultats, le problème qui se pose est l'établissement d'une méthode claire de réallocation de moyens.

S'agissant de l'augmentation de l'activité à moyens constants, M. RICHARD souligne que certains services sont déjà en difficulté pour la maintenir, il serait donc utopique de l'augmenter à moyens constants. Sur ce point, la réallocation de moyens lui semble devoir être guidée par la demande des patients et viser un maintien de l'activité.

**M. PIETTE** appelle l'attention de la directrice générale sur le point suivant.

Il existe une insuffisance quantitative et aussi qualitative des lits de soins de suite dans la région. Les services de soins de suite et de réadaptation refusent les malades les plus lourds lorsque la densité de soins requise est incompatible avec les moyens en personnel dont ils sont dotés. Ces services devront donc procéder à une adaptation qualitative en se basant sur une tarification à la pathologie. Or, cette dernière ne concerne que le champ de la médecine, la chirurgie, l'obstétrique.

Il faudrait donc que des outils d'allocation budgétaire tenant compte de la lourdeur des pathologies soient appliqués au secteur de soins de suite et de réadaptation.

Pour **M. DASSIER**, certaines mesures proposées sont d'autant plus recevables que la tarification à l'activité constituera une véritable révolution culturelle dans le fonctionnement des établissements publics de santé. Une réflexion sur la pertinence des sites de garde s'impose au même titre que celle relative à la nécessité d'une transparence organisationnelle en vue d'une meilleure efficacité. Au demeurant il convient de ne pas oublier de promouvoir la participation des acteurs de terrain. Suite aux propositions du rapport "hôpital 2007" qui évoquent une diminution du rôle de la CME, il souhaiterait plus d'informations sur le comité de direction resserré.

**Mme SCHLEGEL** demande laquelle de ces deux notions, décentralisation ou déconcentration est retenue et, si c'est une décentralisation qui sera opérée, quelles seront les limites aux libertés locales.

Par ailleurs, il lui semble qu'il faut s'interroger sur la définition des GHU pour que ces derniers constituent des ensembles fonctionnels.

**M. HARDY** trouve ce projet très dynamisant. Il demande cependant comment seront définis les besoins qui seront pris en compte dans la réallocation des ressources.

En effet, pour partie, certains besoins sont issus de l'offre. Il lui semblerait qu'une approche s'appuyant sur une réflexion menée avec l'ARH-IF en termes de santé publique serait utile.

**M. LACAU ST GUILY** pense que la situation est grave mais que l'AP-HP avec sa spécificité de centre hospitalier et universitaire reste le cadre adéquat pour trouver des solutions. Ce que souhaite la communauté médicale est de pouvoir exercer son métier.

Puis, il évoque trois éléments qu'il juge importants pour obtenir le soutien de la collectivité médicale sur le plan présenté.

En premier lieu, il remarque qu'en matière de production de soins, le retour sur investissement étant absent, il est déraisonnable d'imaginer trouver un équilibre budgétaire. En revanche, l'amélioration des pratiques et des choix médicalisés permettront à l'activité de l'AP-HP de ne pas être livrée aux seules lois du marché en faveur des activités les moins coûteuses, chez les patients à plus faibles risques. Toute politique conduisant à l'allongement des files d'attente, en particulier en oncologie, ne rencontrerait pas de soutien. Mais il pense que la mutualisation maîtrisée de certains moyens, la mise en commun des moyens de gardes et urgences, les aménagements architecturaux nécessaires sont les solutions que cette CME souhaitera mettre en œuvre.

En second lieu, la fin de la gestion par les normes et la mise en place d'une gestion par les objectifs et les moyens lui semblent hautement souhaitables, permettant de répartir les tâches et les moyens hospitaliers et universitaires au sein de la communauté de l'AP-HP, en fonction des besoins objectifs de la population de l'Ile de France et des moyens disponibles. Cela lui paraît difficilement compatible avec une mise en concurrence des hôpitaux et des GHU les uns avec les autres.

Enfin, il convient, selon lui, de revaloriser -à tous points de vue- ce "travail sur autrui" qui est celui des hospitaliers, de favoriser le personnel intervenant directement dans les soins aux malades et que la part des dépenses autres qu'en personnel soit rigoureusement comptée et évaluée ; il souhaite que travailler comme infirmière dans les hôpitaux redevienne spécialement attractif. Il lui semble nécessaire de réduire la diversification des activités à laquelle l'AP-HP s'est livrée ces dernières années.

**La directrice générale** remercie tout d'abord les membres de l'instance des encouragements délivrés et prend acte que malgré les inquiétudes suscitées par l'exposé, ils sont d'accord pour l'aider dans la mise en œuvre du plan.

Puis, elle répond aux différentes questions.

La CME assure un rôle important en matière de stratégie et de nominations des hommes. Mme VAN LERBERGHE ne souhaite pas opposer le rôle de la CME à celui des présidents de CCM car elle n'a aucun a priori sur la question. Tout dépendra de la dynamique développée par chacun.

Sur certains points, le plan reste sans doute au milieu du gué. Cependant il contient des éléments en nombre réduit mais suffisant pour avancer. Les autres points encore non précisés se définiront dans le cours de l'action.

Concernant l'allocation budgétaire, la directrice générale indique que les discussions budgétaires seront conduites dans un cadre qui n'exclut pas le GHU mais qui concerne essentiellement l'hôpital. Ce budget sera déterminé à partir d'indicateurs dont le point ISA, lesquels seront aussi un élément d'appui pour les négociations avec la tutelle.

Certains estiment normal que l'AP-HP coûte plus cher. Il faut rendre visibles les raisons de ces surcoûts. Aujourd'hui, par exemple, explique Madame VAN LERBERGHE, la dotation de l'AP-HP est affectée d'un coefficient multiplicateur de 13 % au regard des fonctions hospitalo-universitaires. Pour faire accepter au ministère une modulation favorable de ce 13 %, il faut s'appuyer sur des preuves concrètes relatives à l'effort de formation et de recherche réalisé par l'AP-HP.

D'autres tâches, poursuit-elle, n'ont aucune visibilité. Il en est ainsi du coût des absences et déplacements des personnels compétents. Elle annonce donc, que chaque fois qu'un ministère par exemple demandera un service à l'AP-HP, elle en fera connaître le coût.

Les spécificités de la pédiatrie hospitalo-universitaire sur lesquelles les pédiatres de l'AP-HP se sont mobilisés, seront, selon le ministère, prises en compte dans les modalités de calcul du point ISA. C'est ce modèle de faire-valoir des activités spécifiques de l'AP-HP qui doit être retenu.

A propos des alternatives à l'hospitalisation, et bien qu'elle n'ait pas fait le tour de la question, il semble à la directrice générale que l'AP-HP ne s'appuie pas suffisamment sur les établissements hors AP-HP. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a demandé à l'ARH-IF de créer des lits de SSR. Certains projets sont en cours dans la région. Il faut les faire connaître.

En ce qui concerne les recettes de groupe 3 il est en effet souhaitable, explique la directrice générale, de s'y intéresser, mais il ne faut pas oublier aussi que la caisse nationale d'assurance maladie pourrait vouloir changer la règle du jeu en défaveur de l'institution.

Que les 35 heures aient pesé dans le sentiment largement partagé de diète budgétaire est vrai précise la directrice générale. Mais les autres hôpitaux ont été soumis aux 35 heures sans que cela conduise à ce ressenti très défavorable.

A propos de la longueur des travaux évoquée, Mme VAN LERBERGHE signale qu'elle a fixé comme objectif principal au directeur du patrimoine, un raccourcissement des délais de construction et de rénovation.

La directrice générale comprend le scepticisme exprimé par certains intervenants. Elle demande cependant à être jugée dans un certain temps sur les résultats. Pour ce faire, elle va peser sur l'organisation et sur les règles du jeu dans l'objectif de faire changer les comportements.

Le comité de direction resserré, poursuit-elle, comprendra outre les directeurs exécutifs des GHU, le directeur du patrimoine et de la logistique, le directeur de la politique médicale, le responsable de la direction économique et financière à laquelle seront rattachés les achats, les approvisionnements, l'informatique et pour laquelle elle recherche une personnalité extérieure, le directeur du personnel et des relations sociales, le responsable d'une nouvelle direction appelée direction du développement des ressources humaines qui rassemblera la formation, la communication, la gestion des cadres supérieurs et un département du développement des organisations.

Elle ajoute qu'elle perçoit son rôle comme permettant de garantir la transversalité ainsi que l'avancement et l'accompagnement du plan. En outre, elle dégagera du temps pour continuer à aller sur le terrain.

En tout état de cause c'est bien vers une décentralisation qu'elle s'oriente pour permettre de renforcer le rôle du siège dans le domaine de la stratégie et des règles du jeu.

En conclusion, la directrice générale souhaite que l'avenir de l'institution se construise avec tous. Elle a donc envoyé à tous les agents reliés à intranet un texte exposant les idées forces de son plan en leur demandant de lui faire part de leurs observations. Celles-ci sont déjà très nombreuses et elle va y répondre. Elle indique qu'elle est à la disposition de la CME pour poursuivre cette réflexion.

**Le président** souligne la clarté et la pertinence de cette présentation et des débats qui ont suivi, ce qui est de bonne augure pour la mise en place du plan d'actions et pour le futur travail de la CME.

\*

\*

\*

La séance est levée à 12 heures 55.

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

**Mardi 13 mai 2003 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.