

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 7 MARS 2006**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 4 AVRIL 2006**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 7 mars 2006

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

1- Avis sur le projet d'état des prévisions de recettes et de dépenses pour l'année 2006.

2- Information sur la mise en place des pôles d'activité :

- le bilan de la démarche d'anticipation ;
- l'état d'avancement de la réflexion sur les éléments de cadrage.

3- Approbation du compte-rendu de la séance du 14 février 2006.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*

- Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

- *les représentants de l'administration :*

- Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
- M. BOULANGER, secrétaire général,
- Mme WARGON, directrice déléguée à la coordination et au contrôle interne,
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
- M. GARNIER, directeur économique et financier,
- M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
- Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

- M. le Pr RONDEAU, président du comité consultatif médical de l'hôpital Tenon,
- Mme SILVENT-MADI, direction du développement des ressources humaines,
- M. le Pr VITTECOQ, vice-président du comité consultatif médical de l'hôpital Paul Brousse,
- Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

*

*

Le président **de PROST** ouvre la séance en excusant MM. BEN-BRIK, BERCHE, CHAUSSADE, DECQ, FONSART, GOËAU-BRISSONNIERE, HAUSFATER et SCHLEMMER.

Avant de procéder à l'examen des thèmes inscrits à l'ordre du jour, il souhaite la bienvenue, au nom de la commission médicale d'établissement, à Mme WARGON qui vient de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et a été nommée auprès de la directrice générale.

Mme VAN LERBERGHE précise que Mme WARGON reprend d'une manière élargie les fonctions de Mme PANNIER puisqu'elle est en charge de la coordination, du contrôle interne et du pilotage. Membre de la Cour des Comptes, son passage à l'AFSSAPS a renforcé son intérêt pour l'Assistance publique – hôpitaux de Paris. La directrice générale apprécie particulièrement les qualités humaines et la motivation de **Mme WARGON** qui remercie l'assemblée de ce chaleureux accueil. Auparavant directrice générale adjointe à l'AFSSAPS, elle exercera à l'AP-HP un rôle de coordination et de facilitation sur des sujets relevant du siège, d'une façon transversale.

I - Avis sur le projet d'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) pour l'année 2006.

M. GARNIER présente le projet d'état prévisionnel des recettes et des dépenses de l'AP-HP pour l'exercice 2006 (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

1- Le rappel des résultats de l'exercice 2005.

Il donne d'abord un aperçu des éléments essentiels des résultats provisoires de l'exercice 2005 qui seront soumis à l'instance au mois de juin prochain.

L'AP-HP a confirmé le redressement et l'équilibre de ses comptes. Les dépenses n'évoluaient que de 2,8 %, tandis que les recettes augmentaient de 2,2 %. L'excédent conjoncturel constaté en 2004 s'est réduit mais demeure légèrement positif avec un résultat économique de 36 millions d'euros permettant d'apurer les reports de charges des années 2001 à 2003.

Durant l'année 2005, les engagements du plan équilibre ont été tenus puisque les hôpitaux réalisaient 97 % de leurs objectifs d'économies structurelles, fixés à hauteur de 45 millions d'euros par les autorités tutelles.

L'AP-HP a reçu le rebasage de 45 millions d'euros dès le montage du budget 2005 et pu ainsi s'ajuster à la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) dès l'année dernière. Par ailleurs, à la fin de l'année 2005, les cessions d'actifs cumulées depuis trois ans se présentaient à hauteur de 153 millions d'euros, soit proches des 170 millions d'euros de l'engagement initial du plan équilibre.

L'activité valorisée a progressé de 2,2 %, soit une augmentation supérieure au 1 % prévu :

- l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a bénéficié d'une croissance du nombre de séjours de 3,8 %. L'activité ambulatoire montre une croissance de plus de 9 % et celle d'hospitalisation complète affiche une croissance positive malgré un dynamisme moindre ;
- l'activité de soins de suite et réadaptation (SSR) calculée en journées, a cru de 3,6 % ;
- l'activité des unités de soins de longue durée (USLD) a diminué de 5 % en nombre de journées. Comme elle s'y est engagée, l'AP-HP ralentit les fermetures de lits.

Les effectifs de personnel affichent une certaine stabilité. Plus de deux cents infirmiers ainsi que des aides-soignants ont été recrutés tandis que dans le cadre des efforts de productivité, les effectifs administratifs notamment ont été réduits.

Les dépenses ont été contrôlées en 2005 tant en matière de personnels que de médicaments. Les dépenses de médicaments dans le cadre de la T2A ont progressé de 18 %, soit à un rythme inférieur à la moyenne nationale. Les dépenses hôtelières et générales sont restées stables grâce aux efforts de productivité. Enfin, les dépenses d'assurance maladie ont globalement progressé de 3,5 %, soit au niveau de la moyenne nationale de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) hospitalier. L'AP-HP n'a donc pas contribué à l'inflation des dépenses hospitalières françaises.

2- Les éléments de contexte de l'année 2006.

L'EPRD 2006 comprend de nombreux changements techniques, son nom mais surtout son esprit. Ainsi, l'ancien budget d'exploitation se nomme désormais les comptes de résultat prévisionnel, principal et annexes. Toutes les sections sont consolidées au sein du compte de résultat prévisionnel principal, à l'exception des activités de soins de longue durée, des activités de formation initiale dorénavant financées par la région et de l'ancienne dotation non-affectée (DNA) soit les activités immobilières, qui font l'objet de comptes annexes.

L'ancien budget d'investissement est remplacé par deux documents, le calcul de la capacité d'autofinancement (CAF) et le tableau de financement.

L'EPRD 2006 est construit avec une hypothèse de tarification à l'activité appliquée à 35 %, soit supérieure de 10 points à celle de l'année 2005 ; désormais, plus de 40 % des recettes varieront en fonction de l'activité. Enfin, l'EPRD a été construit avec un ONDAM contraint et encadré par le plan général de redressement des finances de la sécurité sociale.

La **directrice générale** intervient pour rappeler le contexte dans lequel a été construit cet EPRD. En 2003, l'AP-HP avait négocié avec les pouvoirs publics un plan équilibre qui prévoyait de réaliser des économies en contrepartie d'un rebasage du budget. Dès l'année 2004, l'institution augmentait son activité, limitait l'évolution de ses dépenses à hauteur de 1,4 % et négociait un étalement du plan équilibre sur une année supplémentaire. En 2005, les engagements ont été tenus malgré une augmentation des dépenses un peu plus forte qu'en 2004, mais néanmoins plus limitée que dans l'ensemble des hôpitaux publics. Parallèlement, l'AP-HP a travaillé sur le plan stratégique ; elle évolue ainsi dans un cadre déterminé par le plan stratégique qui intègre l'objectif d'équilibre.

Or entre temps, les règles du jeu ont changé avec l'arrivée de la tarification à l'activité. Tout en gardant la logique du plan équilibre, le raisonnement doit désormais s'adapter à la montée en charge progressive de celle-ci.

La directrice générale fait état de l'opinion dominante, dont il faut être conscient, selon laquelle les dépenses de l'hôpital public demeurent non contrôlées.

En 2005, l'ONDAM était fixé à 3,6 %, or les dépenses des hôpitaux ayant dépassé ce seuil ; celles de l'AP-HP ont augmenté dans une moindre mesure par rapport aux autres hôpitaux publics. Les pouvoirs publics ont imposé que ce dérapage soit pris sur l'ONDAM 2006, le ramenant à 3 % au lieu de 3,4 %. Ce dérapage étant dû à une sous-estimation de l'activité, les pouvoirs publics ont fixé une hypothèse d'augmentation de l'activité des hôpitaux publics de 2,6 % et une baisse des tarifs de 1 %.

Mme VAN LERBERGHE considère que l'AP-HP bénéficie d'un EPRD qui lui permet de tenir ses engagements tout en continuant ses efforts. Les conférences budgétaires avec les hôpitaux se sont déjà tenues et les sources possibles d'efficacité ont été identifiées. Elle se dit confiante dans la réalisation du plan équilibre cette année en soulignant que l'AP-HP n'a pas à faire face à un deuxième plan d'économie.

De plus, les engagements pris dans le plan stratégique, et notamment le lancement de mesures nouvelles pour financer les priorités (prise en charge des personnes âgées, cancer, psychiatrie), seront tenus sur toute la durée du plan, leur financement étant assuré dans l'EPRD 2006 pour la partie portant sur cette année.

Enfin, la directrice générale signale que les hôpitaux du régime général n'ont pas de budget à ce jour car la circulaire permettant aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) de leur attribuer un budget n'a été publiée que la semaine dernière. Grâce au fonctionnement de l'AP-HP basé sur son unité, ses hôpitaux disposent quant à eux de leur budget depuis le début de l'année 2006 lequel sera honoré tel que négocié. Certes, les contraintes sont fortes mais les dépenses prévues lors des conférences budgétaires seront intégralement financées, notamment celles afférentes au tableau des emplois. L'année devrait se terminer à l'équilibre.

3- Le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP).

M. GARNIER poursuit en indiquant que le compte de résultat prévisionnel principal correspond à une prévision serrée et contrainte. La progression de l'activité MCO à hauteur de 2,6 %, mais légèrement inférieure aux prévisions de 3 % présentées par les hôpitaux lors des conférences budgétaires, reste toutefois ambitieuse. L'évolution des dépenses est cadrée à 1,9 % et celle des charges de personnel à 3 %. La prévision d'évolution des recettes s'avère contrainte, à hauteur de 1,2 %, avec une croissance faciale des recettes provenant de l'assurance maladie de 1,7 % et une forte croissance des autres postes de recettes.

Les recettes

Les recettes d'assurance maladie progressent de 2,2 % mais au final, de 1,7 % après la neutralisation des recettes non-reconductibles notamment les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) ; ce pourcentage augmentera avec les notifications survenant en cours d'année. L'activité a été valorisée avec des tarifs en baisse de 1 % mais avec une hypothèse de volume en hausse de 2,6 % pour l'activité MCO et tarifée à 35 %, les autres volumes étant encore dans la dotation fixe. Les budgets de médicaments et de dispositifs médicaux implantables (DMI) T2A prévoient une croissance de l'ordre de 18 %. Enfin, l'enveloppe des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) croît peu afin de les stabiliser. Cette enveloppe, de plus de 800 millions d'euros, augmente légèrement grâce à la prise en compte des mesures fléchées du plan de santé publique et des centres de maladies rares, confirmés en base dans les MIGAC.

Avec 30 % de recettes variables, la bonne tenue des hypothèses d'activité s'avère primordiale.

Les priorités du plan stratégique

L'EPRD prévoit la mise en œuvre de la deuxième tranche des priorités du plan stratégique concernant :

- la prise en charge des personnes âgées avec l'ouverture de lits de SSR ;
- des financements complémentaires en faveur d'unités de soins intensifs neuro-vasculaires ;

- la création de dix sept lits de soins palliatifs et la labellisation de vingt neuf lits de soins palliatifs dans différentes unités ;
- la mise aux normes des unités de réanimation avec soixante deux emplois à temps plein débloqués pour les services de réanimation ;
- les actions du projet social et professionnel avec le financement des protocoles handicap, inaptitude et les contrats locaux CLASS ;
- le soutien aux services à forte croissance d'activité ;
- la préparation du projet de système d'information (projet patient).

Les dépenses

Les dépenses de personnel progressent globalement de 3 %. Celles du personnel non médical (PNM) augmentent de 2,3 %. Après le recrutement de deux cents infirmiers en 2005, il est prévu d'accroître l'effectif infirmier d'environ cinq cents postes en moyenne annuelle. Les dépenses du personnel médical connaissent une forte croissance avec cent cinquante médecins supplémentaires sur l'année.

Les charges à caractère médical augmentent de 2,6 % seulement et celles hôtelières de 1,2 %. Les charges d'amortissement progressent légèrement et les provisions baissent.

Les effectifs rémunérés du CRPP

Le volume total du tableau des emplois de PNM reste pratiquement stable. La réduction d'effectifs de cent quarante personnes correspond au transfert du personnel affecté à l'activité des USLD. Les suppressions de postes effectuées au titre des efforts de productivité du plan équilibre s'avèrent presque intégralement compensées par les quatre cent cinquante neuf postes nouveaux accordés aux hôpitaux dans le cadre des mesures nouvelles.

4- Les comptes de résultat prévisionnel annexes (CRPA).

Le CRPA des unités de soins de longue durée intègre la remise à plat des effectifs directs, un nombre de fermetures de lits modeste et les engagements du plan de convergence.

Le CRPA des écoles se présente en équilibre et sera financé par la région Ile-de-France ; la négociation reste à lancer.

Le CRPA de la dotation non-affectée affiche une prévision d'excédents de 57 millions d'euros, liée aux prévisions de cessions d'actifs déjà approuvées par le conseil d'administration.

5- La capacité d'autofinancement et le tableau de financement.

La capacité d'autofinancement (CAF) traduit la capacité de l'AP-HP à financer les nouveaux investissements. Elle est composée du résultat du CRPP (nul puisqu'à l'équilibre), du résultat des sections annexes (57 millions d'euros), des dotations aux amortissements (300 millions d'euros) puis corrigée des cessions d'actifs (- 54 millions d'euros). Elle est estimée à 278 millions d'euros et s'avère inférieure au montant des investissements prévus à hauteur de 450 millions d'euros en 2006, contre 400 millions d'euros en 2005. L'AP-HP investit chaque année davantage en suivant le cadencement des grands projets d'investissement.

Le tableau de financement prévoit de contracter des emprunts de près de 200 millions d'euros afin de compenser la différence entre la CAF et les investissements, et de recycler les remboursements des emprunts antérieurs. En outre, l'AP-HP envisage d'utiliser un nouvel outil de financement, *l'euro medium term note* (EMTN) en cours de préparation.

Les liquidations prévisionnelles d'investissement s'élèvent à 450 millions d'euros et les autorisations d'engagement d'investissement inscrites à l'EPRD 2006 se présentent à hauteur de 500 millions d'euros. Le rythme des investissements s'accélère comme le prévoit le plan stratégique, notamment en matière de plans de travaux, d'équipement et d'informatique.

6- Conclusion.

Équilibré, l'EPRD 2006 se fonde sur une progression modérée des recettes accordées et une progression réaliste des dépenses. Les engagements du plan stratégique s'avèrent pour l'essentiel mis en œuvre de façon cohérente, à la fois en termes d'activité, de priorités stratégiques et d'efforts d'économies. Les enjeux majeurs de la gestion de cet EPRD porteront sur le suivi de la réalisation des objectifs d'activité et de la réalisation des hypothèses de recettes de titre 2 et enfin au respect des engagements d'économies structurelles du plan équilibre et des budgets de dépense des établissements.

Au terme de l'exposé, le **président** ouvre le débat.

M. PIETTE attire l'attention sur le fait que l'on dispose de moyens de pilotage pour augmenter l'activité de MCO mais non pour l'activité de SSR. En outre, les prévisions d'activité pour le MCO sont effectuées en séjours et pour le SSR en journées. Aussi depuis 2002, les gériatres remplissent des bordereaux hebdomadaires à la demande de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) dans une perspective de valorisation de l'activité mais sans effet à ce jour pour moduler l'activité, puisque seules les journées comptent et non la lourdeur des malades, ni la durée des traitements.

La communauté gériatrique s'impatiente devant cette situation anormale et quelque peu méprisante pour les personnels de ces structures.

M. LEVERGE doute que l'AP-HP soit favorisée en matière budgétaire par rapport aux hôpitaux du régime général. En revanche, le projet d'EPRD présenté permet de lisser les budgets locaux et de rassurer l'instance alors même que le ressenti dans les hôpitaux de l'AP-HP s'avère autre.

En effet, le plan équilibre qui correspond à des suppressions de postes ou à des non-reconductions de contrats de travail temporaires est parfois mal vécu sur les sites. Les services médico-techniques ont fait l'objet d'une pression d'économie plus forte que les services cliniques au prétexte qu'ils ne recevaient pas de malades. Or tout service médico-technique en difficulté met en difficulté les services cliniques.

Une grande partie des stérilisations fonctionne mal à cause de ce procédé qui paraît inacceptable à l'orateur et qui consiste à embaucher une personne pour trois mois, la former pendant deux mois pour ensuite la licencier.

Par ailleurs, la prévision pour 2006 en matière de rétrocession de médicaments, qui représente environ 300 millions d'euros, est inscrite dans les recettes de groupe 3 à hauteur de 285 millions d'euros. Il voudrait savoir si elle inclut les 15 % toujours perçus.

L'EPRD prévoit un soutien aux services cliniques connaissant une forte croissance d'activité ; or celle-ci entraîne nécessairement une forte croissance d'activité des services de biologie et des services d'imagerie, indique **Mme SCHLEGEL**. Aussi elle voudrait savoir comment l'AP-HP entend soutenir ces derniers et permettre ainsi aux services cliniques d'assumer leur activité.

Mme PALAZZO demande la signification, à propos de l'ONDAM, « des moins-values préoccupantes des autres produits d'hospitalisation », évoquées dans l'exposé.

Après avoir noté l'effort majeur réalisé par la direction économique et financière pour l'établissement de cet EPRD qui aboutit à une somme nulle, **M. FAYE** se dit néanmoins inquiet en présence d'un exercice de style très fragile s'agissant d'un budget de 6 milliards d'euros. Il voudrait d'abord des précisions sur l'évolution d'un certain nombre de postes de dépenses, notamment la charge financière qui augmente de 25 %, les charges exceptionnelles qui passent de 214 à 64 milliards d'euros, et surtout les partenariats public/privé valorisés à 120 millions d'euros.

Des hypothèses d'augmentation de l'activité sont émises tandis que l'effectif en personnel reste stable. Il remarque d'ailleurs que la gestion des personnels n'est plus soumise à la délibération du conseil d'administration.

Selon l'intervenant, l'équilibre budgétaire prévu pour 2006 n'offre d'intérêt que dans la perspective du plan stratégique de 2005 à 2009 sur lequel la directrice générale s'est engagée. A cet égard, il déplore l'absence dans les documents de séance de plan global de financement pluriannuel, une prévision qui s'avère pourtant indispensable pour bien mener un plan stratégique lequel porte sur les engagements pris face aux patients.

Puis, **M. FAYE** observe qu'en matière de capacité d'autofinancement, le tableau de financement prévoit le recours de nouveaux emprunts à hauteur de 192 millions d'euros, alors même que l'AP-HP doit déjà rembourser 80 millions d'euros. La gestion de la dette de l'AP-HP doit répondre, de son point de vue, aux mêmes exigences que la gestion de la dette publique. Lors d'une réunion du conseil d'administration, il avait demandé la mise en place d'un suivi de la gestion de la dette. La nouvelle gouvernance et la T2A impliquent une pression financière quotidienne très importante sur les hôpitaux, une même pression doit s'appliquer, lui semble-t-il, sur les investissements et sur le mode de financement de l'AP-HP.

A ce titre, et à défaut de document portant sur le plan pluriannuel de financement, **M. FAYE** s'abstiendra de voter ce projet d'EPRD.

M. CARLI constate aujourd'hui que dans un contexte général de morosité extrême, cet EPRD propose des pistes sur lesquelles on peut agir. Ces propos doivent maintenant se décliner au niveau des établissements. A cet effet, il invite l'assemblée à prendre ses responsabilités, à faire des choix et à suivre les directions proposées.

La **directrice générale** rejoint le constat fait à propos du SSR mais l'AP-HP ne pouvant exploiter elle-même les données recueillies par les gériatres, elle signalera à la DHOS la nécessité de clarifier la situation dans ce domaine. Il est néanmoins satisfaisant de raisonner en journées et de se fixer comme objectif d'occuper au mieux les lits de SSR afin d'assurer la fluidité des lits de MCO. Certes, une tarification plus fine pourrait s'avérer plus efficace, cependant des efforts ont été accomplis au plan de l'occupation des lits de SSR, lesquels s'avèrent utiles à l'ensemble des communautés hospitalières.

Par ailleurs, elle remercie les communautés des plateaux médico-techniques et notamment de la biologie d'avoir accepté de travailler avec l'administration à la diminution du coût de la biologie à l'AP-HP dont les actes affichaient un coût supérieur de 40 % à celui des autres CHU. Un travail collaboratif a permis de réaliser une économie de 12 millions d'euros tout en améliorant les prestations, par le regroupement d'un certain nombre d'activités.

En outre, suite à ces actions de court terme menées avec succès, 100 millions d'euros seront consacrés à la poursuite de ce travail de restructuration et d'amélioration du service au public. L'exemple de la biologie démontre qu'une organisation plus efficace permet de mieux travailler avec moins de moyens.

S'agissant des emplois, Mme VAN LERBERGHE rappelle que le plan équilibre a conduit à des suppressions de postes administratifs. L'effectif global demeure stable mais comprend une plus grande proportion d'infirmiers et de personnels au contact des malades. Parallèlement, l'administration a discuté avec les organisations syndicales pour mettre fin à des situations de précarité car l'AP-HP comptait précédemment un grand nombre de personnes en contrat à durée déterminé (CDD) sur des emplois permanents. Or, elle considère que ces contrats doivent se limiter aux remplacements ponctuels de personnels titulaires.

Ainsi dès 2004, alors même que 900 emplois étaient supprimés, 2500 agents en CDD étaient titularisés et la démarche pour résorber la précarité se poursuit. Désormais, les CDD durent trois mois au maximum afin de ne pas reconstituer de précarité au travers de CDD à répétition. Pour des besoins autres que des remplacements ponctuels, l'AP-HP recrute par voie de concours, conformément aux règles de recrutement de la fonction publique.

A son tour, **M. GARNIER** apporte des éléments de réponse.

Un maintien de la marge des rétrocessions de médicaments est attendu pour 2006, hypothèse la plus probable selon la communauté des pharmaciens. L'administration veille à soutenir l'activité des plateaux médico-techniques. Lors des conférences budgétaires, aucune situation vraiment difficile ne lui a été soumise, néanmoins toute situation critique exceptionnelle signalée pourra être étudiée.

Quant aux recettes de groupe 2 liées au ticket modérateur et aux consultations, elles n'ont pas baissé en 2005 mais se sont avérées inférieures aux prévisions budgétaires. On doit absolument vérifier que tout élément facturable est effectivement facturé et mieux comprendre l'évolution de ces recettes dont dépend une partie de l'équilibre budgétaire. Dans l'EPRD 2006, ces recettes sont prévues en forte croissance car l'augmentation des tarifs de l'année dernière jouera en année pleine. Un enjeu financier significatif est donc lié à l'évolution et à la bonne facturation de ces recettes. Il se pourrait que les non-réalisations tiennent à des problèmes avec les patients pris en charge à 100 %.

L'équilibre de ce budget dont le résultat prévisionnel se situe à zéro s'avère en effet très tendu. Par ailleurs, les partenariats public / privé (PPP) ne sont pas évoqués dans ce dossier car la réflexion sur ce sujet n'est pas suffisamment avancée. La direction du patrimoine et de la logistique (DPL) travaille actuellement avec les directions centrales sur plusieurs projets en PPP dont deux prioritaires, mais les montages se révèlent complexes et il convient d'avancer de façon prudente.

Le tableau de financement pluriannuel, un des nouveaux documents réglementaires, n'a en effet pas été fourni. Les autorités de tutelle ont transmis les instructions budgétaires tardivement, aussi ce tableau n'a pu être encore actualisé. Il fera l'objet d'une présentation devant les instances au mois de juin.

Enfin, l'évolution de la dette et des investissements s'aligne sur le cadrage du plan stratégique, soit 2,5 milliards d'euros d'investissement sur cinq ans, avec une moyenne de 500 millions d'euros par an. On a budgété 450 millions d'euros d'investissements pour cette année et on atteindra 500 millions d'euros en 2007. On avait annoncé un accroissement prévisionnel raisonnable et mesuré de la dette de l'AP-HP, dont le point de départ à hauteur de 1 million d'euros s'avère faible au regard des critères d'endettement des hôpitaux européens. Le plan stratégique à cinq ans prévoyait une montée progressive de cette dette, tout se déroule sous contrôle, en pleine transparence et avec l'accord des autorités de tutelle.

Mme PALAZZO demande si l'AP-HP appliquera la réforme de l'assurance maladie relative aux nouvelles modalités en matière de consultation.

Ce sujet distinct de l'aspect budgétaire, comprend deux points principaux intervient le **président**, d'une part la signature des feuilles de sécurité sociale par le médecin hospitalier, d'autre part l'inscription du type de consultation. Or pour l'instant, les feuilles sont pré-remplies à la caisse de consultation de l'hôpital. Il faut donc changer ce système d'autant que cela pourrait amener une ressource supplémentaire à l'AP-HP.

En outre, ajoute **M. NAVARRO**, on devra procéder, au même titre que les médecins libéraux, à l'inscription du numéro ADI qui identifie les prescripteurs. Toutes les prescriptions médicales et les arrêts de travail pourront ainsi se repérer de façon très précise. La loi oblige à se mettre en conformité sur ce point. La direction de la politique médicale (DPM) transmettra une note dans ce sens aux directeurs des hôpitaux.

Les praticiens hospitaliers qui prennent en charge un patient relevant d'une affection de longue durée (ALD) s'inscrivent dans le parcours de soins et les suppléments pour coordination sont prévus, précise **Mme TORRE**.

M. DUSSAULE fait observer qu'actuellement certains actes réalisés à l'hôpital s'avèrent non-facturables car non prévus dans la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM). L'assurance maladie devrait prendre en compte cet élément.

Le **président** indique inscrire ce thème à l'ordre du jour d'une prochaine réunion de la CME. D'ores et déjà, plusieurs rendez-vous sont pris avec les hauts responsables de l'assurance maladie afin de préciser le rôle du médecin hospitalier dans le cadre du parcours de soin.

Il procède ensuite au vote à bulletin secret à la demande de M. LEVERGE.

Le projet d'EPRD 2006 est approuvé par 23 votes pour. On enregistre 8 abstentions et 1 bulletin nul.

II - Information sur la mise en place des pôles d'activité : bilan de la démarche d'anticipation et état d'avancement de la réflexion sur les éléments de cadrage.

Le **secrétaire général** informe que le conseil d'administration bénéficiera, vendredi prochain, d'une communication sur le bilan de la démarche d'anticipation relative à la nouvelle gouvernance, mise en place dans quatre hôpitaux de l'AP-HP, Tenon, Paul Brousse, Lariboisière et Georges Pompidou. Cette anticipation, à laquelle invitait la circulaire du 13 février 2004, débutait par une délibération du conseil d'administration du 27 mai 2004 et prenait fin à la publication de l'ordonnance du 2 mai 2005 faisant entrer les établissements de santé dans la nouvelle gouvernance.

L'expérience d'anticipation au sein de l'AP-HP continue à produire ses effets, la mise en œuvre se fondant sur un processus en plusieurs étapes. Le travail des quatre hôpitaux anticipateurs a permis d'éclairer les premières phases de ce processus (la structuration de l'hôpital en pôles et la constitution des équipes exécutives de pôle sous la direction du praticien responsable de pôle) et d'aider les hôpitaux qui entrent dans la démarche.

Ces quatre hôpitaux travaillent aujourd'hui sur le contrat de pôle, la délégation de gestion et la définition des objectifs. Il importe de transférer l'expérience acquise en direction des autres hôpitaux, dans le cadre du comité de pilotage de la gouvernance et du conseil exécutif central qui se réunissent tous les mois. Ce travail a permis non de prescrire des obligations, car les situations diverses appellent des réponses différentes, mais de fixer un certain nombre de principes et de modalités relatives à la façon de procéder.

Le **président** indique qu'il a sollicité la présence en séance des présidents des comités consultatifs médicaux (CCM) des quatre hôpitaux anticipateurs, MM. FAGON, RONDEAU, RYMER et VITTECOQ.

Puis il donne la parole à **Mme SILVENT-MADI** qui explique que sa présentation d'une teneur à caractère général (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) sera complétée par des informations plus spécifiques des présidents de CCM des hôpitaux anticipateurs.

1- Le bilan de la démarche d'anticipation.

Le conseil exécutif

Dès 2004, en anticipation de la nouvelle gouvernance, l'AP-HP a institué un conseil exécutif dont les modalités de fonctionnement et la composition ont été précisées lors de la réunion de la CME du 7 juin dernier et aux missions centrées sur la stratégie, le pilotage, le suivi de l'activité et des dépenses, et le pilotage de la montée en charge de la structuration des pôles. Spécificité de l'AP-HP, des conseils exécutifs locaux ont été instaurés car c'est au niveau des hôpitaux que peuvent s'opérer la régulation, l'analyse partagée et le pilotage des pôles et de l'activité.

La démarche d'anticipation menée dans les quatre hôpitaux volontaires

Après avoir constitué des conseils exécutifs locaux, dès juin et juillet 2004 à Paul Brousse et Lariboisière, plus tard à Tenon et à Georges Pompidou, ces hôpitaux ont travaillé à la création des pôles selon les modalités diverses de pilotage du projet pour chacun d'eux.

Après son adoption en CME, l'organisation en pôles a été validée par une première délibération du conseil d'administration en date du 17 décembre 2004 et par une seconde qui complétait le découpage de l'hôpital Tenon, en date du 24 juin 2005.

La mise en place des équipes exécutives (responsable de pôle, cadre paramédical de pôle et cadre administratif de pôle), est intervenue à la suite des travaux conduits au sein des quatre hôpitaux, desquels a résulté un tronc commun permettant de labelliser les appellations, autour d'une définition commune des fonctions et des tâches avec des évolutions possibles au niveau local.

La nomination des praticiens responsables de pôle a été réalisée à la fin de l'année 2005 et au début de l'année 2006 et, après la nomination des cadres administratifs et des cadres paramédicaux, a été organisée une formation commune des membres des équipes exécutives de pôle.

Aujourd'hui, la démarche se situe au stade de la mise en fonctionnement des premiers pôles. Les premières actions des équipes exécutives s'ordonnent autour de la communication interne, de l'élaboration du projet de pôle, du contrat et de la délégation de gestion.

Les enseignements de la démarche d'anticipation

Le premier enseignement porte sur le caractère indispensable des conseils d'exécutifs locaux. Par ailleurs, il importe de définir les missions des cadres administratifs et des cadres paramédicaux de pôles. Des recommandations relatives aux organisations ont été émises :

- le rassemblement des structures médico-techniques au sein de pôles « prestataires de service » envers les pôles cliniques ;
- le rattachement aux conseils exécutifs locaux de structures, soit transversales, (les départements d'information médicale...), soit partagées, (les blocs opératoires...).

2- L'état d'avancement de la réflexion sur les éléments de cadrage.

La mise en place des pôles dans les hôpitaux de l'AP-HP

A ce jour, le conseil d'administration a validé trente et un pôles appartenant aux hôpitaux anticipateurs, ainsi qu'à Jean Verdier, Villemin – Paul Doumer et Saint-Antoine. Les projets de la Pitié-Salpêtrière, Raymond Poincaré, Beaujon et Louis Mourier seront présentés le

10 mars au conseil d'administration, ce qui amènera à cinquante huit pôles validés, l'objectif consistant à atteindre au total environ cent cinquante pôles à l'AP-HP et d'ici le début de l'été. Les procédures de nomination des responsables de pôles sont en cours de déploiement ; des précisions en la matière ont été envoyées à tous les hôpitaux.

L'état d'avancement de la réflexion sur les principes communs

Cette démarche s'appuyant sur les hôpitaux lesquels à la fois élaborent un projet d'organisation et conduisent la réorganisation, il a semblé nécessaire de fixer des règles communes à l'AP-HP portant sur :

- a) la contractualisation interne, dont la législation prévoit l'adoption par le conseil d'administration, avec :
 - un modèle type de contrat à appliquer dans tous les pôles,
 - des modalités de contractualisation, par exemple la signature du contrat au niveau de l'hôpital,
 - des critères et des modalités communes d'évaluation des contrats,
 - des documents élaborés avec les hôpitaux anticipateurs ont déjà été adressés à tous les hôpitaux et seront soumis en juin au comité technique d'établissement, à la CME et au conseil d'administration ;

- b) les dispositions modifiant le règlement intérieur de l'AP-HP en particulier :
- la durée du mandat du responsable de pôle fixée à quatre ans,
 - des précisions sur les conseils de pôles ;
- c) la délégation de gestion avec notamment :
- un projet de socle commun de cible de délégations valable pour tous les pôles de l'AP-HP a été diffusé.

S'agissant de la mise en place de la délégation de gestion, il est souligné que celle-ci implique une évolution profonde des missions des directions fonctionnelles du siège et des hôpitaux. La directrice générale a ainsi souhaité confier une mission aux directeurs exécutifs des groupements hospitaliers universitaires sur le sujet.

Au terme de cet exposé le **président** invite les quatre présidents de CCM des hôpitaux expérimentateurs à s'exprimer.

Le principal avantage de l'hôpital Paul Brousse réside dans sa taille, observe **M. VITTECOQ** qui indique que les pôles ont simplement rajouté un niveau à l'organisation départementalisée du site. A ce jour, les pôles ne lui paraissent pas poser de problèmes particuliers. Le rôle devenu primordial du conseil exécutif fait s'interpeller sur l'avenir des CCM. En outre, pour clarifier la place du cadre administratif, il lui semble intéressant de travailler sur la base d'une fiche de poste très précise.

Pour sa part **M. RONDEAU** insiste sur les discussions suscitées à l'hôpital Tenon par cette démarche, sur le décloisonnement des services et sur l'apparition d'une certaine solidarité entre les équipes des pôles. Les autres bénéfices attendus, la réactivité, une meilleure organisation et une amélioration des résultats qualitatifs et quantitatifs, restent à venir.

Du point de vue de **M. RYMER**, la démarche de création des pôles à l'hôpital Lariboisière s'est avérée difficile mais constructive et a fait la preuve de son efficacité comme en témoigne la naissance d'une solidarité au sein des pôles d'un an d'âge. Il souligne en outre le rôle moteur du conseil exécutif mis en place avant les pôles et modifié à deux reprises, en fonction de la législation.

Les pôles existant déjà à l'hôpital Européen Georges Pompidou, **M. FAGON** indique que les personnels ont l'habitude de se parler et de travailler ensemble. Puis il évoque les difficultés auxquelles bon nombre d'hôpitaux seront confrontés. Ainsi à l'hôpital Européen Georges Pompidou, la création en cours d'un pôle regroupant les structures lourdes de réanimation, d'anesthésie, de surveillance continue et de soins intensifs s'avère compliquée en raison d'enjeux de territoire et nécessite des explications sur les filières et les modalités de prise en charge.

Un travail porte également sur l'organisation des structures transversales afin d'une part d'optimiser l'utilisation de la ressource en confiant à une personne la responsabilité de mettre des plages opératoires à la disposition des équipes, sans toucher aux prérogatives médicales, chirurgicales et anesthésiques des personnes concernées, d'autre part d'améliorer la prestation, en terme de volume et de qualité. Enfin, un travail est engagé pour définir des structures novatrices qui visent à détacher les projets médicaux et l'organisation portée par un certain nombre de médecins, de plates-formes de prise en charge des malades et sera selon lui, source de progrès pour tous.

Le conseil exécutif constitue une avancée considérable parce qu'il ôte certains aspects du travail aux présidents de CCM (la gestion des conflits, ...) mais surtout parce qu'il commence à régler des problèmes du quotidien. Par ailleurs, l'intervenant évoque l'inquiétude des responsables de pôles au sujet de la gestion des ressources humaines qui nécessite d'être bien délimitée. De même, il importe d'expliquer aux candidats au poste de responsable de pôle, la teneur des responsabilités juridiques liées à ce poste.

De plus, la place accordée aux cadres supérieurs mérite une réflexion approfondie afin de définir cette fonction transversale extrêmement importante pour le fonctionnement de l'hôpital. Enfin, le conseil de pôle devra mieux fonctionner que les conseils de service actuels et devenir un véritable lieu de démocratie interne pour l'intérêt de tous.

Pour finir, M. FAGON signale que les représentants des usagers n'étant pas réellement pris en compte dans la démarche, il convient de se montrer imaginatif en la matière pour les introduire dans le système.

M. LACAU ST GUILY note l'absence dans la présentation, du bureau de la CME et de celui du CCM, pourtant l'émanation d'instances élues. Or, il pense que ces bureaux doivent conserver une place importante en raison notamment de l'interaction qu'ils permettent entre la vision gestionnaire et organisationnelle d'une part, et l'ensemble de la communauté des praticiens de l'hôpital d'autre part. Il existe selon lui une interaction qui peut s'avérer fructueuse entre la légitimité des représentants des CCM, celle des conseils exécutifs central et locaux. En outre, les services restent le lieu où s'exprime le soin autour duquel les différents métiers interagissent.

Par ailleurs, la question de la géographie des pôles se révèle non complètement réglée. Dans l'idée de pôle, la combinaison de la logique médicale, de la logique fonctionnelle et de la logique architecturale, aboutit à une structure cohérente et productive. Or, il déplore la constitution de pôles de grande taille tandis que le rattachement direct des blocs opératoires aux conseils exécutifs ne fait pas l'unanimité, notamment au sein de la communauté chirurgicale. En effet, il existe une continuité entre l'activité clinique et le lieu d'expression technique de cette activité, soit le bloc opératoire ; aussi il doit y avoir, selon lui, une continuité entre l'hospitalisation, la consultation et le bloc opératoire.

Enfin, le vice-président constate que la réflexion sur la cancérologie revêt toutes les caractéristiques d'une réflexion de type constitution de pôle car il s'agit à la fois d'une réflexion organisationnelle, médicale et structurelle. Il pense que la réflexion sur la cancérologie qui rassemble de multiples métiers et de multiples structures représente un bon modèle de fonctionnement et souhaite que tous les pôles répondent à la même logique.

M. LE HEUZEY mentionne le risque que la réforme ne s'imposera pas facilement en raison de la double construction des structures, avec d'un côté les pôles et de l'autre les services, alors que la logique aurait voulu que les services disparaissent. Dans certains hôpitaux, des fonctionnements complètement nouveaux pourront être inventés, mais le risque est que dans d'autres, les services perdurent et s'étiolent progressivement jusqu'au départ du chef de service.

Par ailleurs dans certains hôpitaux, des frottements risquent d'apparaître entre les pôles en raison d'une réflexion insuffisante sur les modes de fonctionnement des structures se retrouvant à cheval entre les pôles. Selon lui, cette réforme utile et indispensable, s'imposera avec le temps.

Pour **M. PIETTE**, opposé à la disparition des services, leur maintien comporte l'avantage d'une identification des activités, notamment médicales. Il lui semble souhaitable que ces activités restent identifiées au sein du pôle, permettant ainsi le recrutement spécifique de médecins spécialistes ou encore le choix des internes. Une accélération de la disparition progressive des services lui paraît risquée alors que la réforme n'a pas bénéficié d'une expérience régionale et d'une évaluation.

M. LEVERGE se dit satisfait de l'orientation prise en matière de pharmacies à usage intérieur (PUI) puisque beaucoup ont rejoint des pôles. Par ailleurs, pour que le règlement intérieur de chaque pôle où figure une PUI tienne compte des spécificités réglementaires qui lui sont opposées, il souhaiterait être associé à la réflexion sur le rôle des PUI, afin de mettre en conformité les documents communs en matière de contrat de pôle.

M. GOUTALLIER voudrait savoir si on pense déjà aux critères d'évaluation qui permettront d'apprécier si cette nouvelle gouvernance aura amélioré la situation.

Eu égard à la parité et à la limitation du nombre de ses membres, **M. DUSSAULE** demande s'il est souhaitable que les responsables de pôles appartiennent au conseil exécutif.

On a progressé sur le positionnement des cadres au sein des pôles, il convient à présent de penser aux soins des malades intervient **Mme BRESSAND**. A cet égard, elle déclare que les infirmiers ont besoin pour soigner les malades, d'une politique médicale, souvent par spécialité, c'est-à-dire d'une ligne de conduite en matière de médecine ou de chirurgie. Celui qui mène cette politique, appelé aujourd'hui le chef de service, revêt une importance fondamentale pour les infirmiers alors que le responsable de pôle sera plutôt un gestionnaire et un manager.

Mme BOILEAU insiste sur le périmètre du CEL, du bureau du CCM et du CCM. Selon elle, la définition des compétences s'avère mauvaise en la matière, ce qui provoque une remise en cause de la légitimité du CEL. En ce qui concerne le choix du cadre administratif de pôle, elle relève un manque d'information à propos de l'évolution des missions des directions fonctionnelles lesquelles, lui semble-t-elle, devront à terme évoluer davantage qu'actuellement. Initialement, il était prévu que trois personnes de niveau A gèreraient le pôle, or aujourd'hui on a l'impression d'évoluer vers une gestion effectuée par deux personnes seulement de niveau A (le coordonnateur de pôle et le cadre paramédical), ce qui pose un problème, notamment en terme de candidatures au poste de cadre administratif de pôle.

Enfin, elle évoque la particularité des pôles qui mélangent la biologie et la pharmacie. Les cadres paramédicaux exerçant déjà un rôle de contrôle de gestion, elle pose la question de leur positionnement par rapport au cadre administratif et souligne la difficulté de gérer des activités qui n'ont rien en commun, la pharmacie d'une part et la biologie de l'autre, et du rôle du cadre administratif dans ce contexte.

Du point de vue de **M. FAYE** on peut s'interroger sur le succès du fonctionnement des pôles, au regard de leurs contours différents, d'une part des pôles à thématique médicale qui associent de manière judicieuse des activités médico-techniques et des activités cliniques, d'autre part des pôles ayant manifestement une thématique de gestion et de management beaucoup plus affirmée, qui regroupent par exemple de la gériatrie, des urgences, de la chirurgie orthopédique, etc. On ne voit pas ce que ces activités peuvent avoir en commun et attire l'attention de l'instance sur le fait que les projets s'avèrent très hétérogènes. Il considère, à titre personnel, que l'institution est suffisamment vaste pour mener à bien des expérimentations de natures diverses, mais il lui semble indispensable de mettre en place très rapidement des grilles d'évaluation afin de corriger la direction si nécessaire.

M. FAYE livre aussi son inquiétude au sujet du service qu'il faut essayer de préserver car il demeure, pour beaucoup de personnes, l'unité constitutive du pôle. Il fonde le lieu d'exercice d'une ambition, laquelle s'exprime, en milieu universitaire par le recrutement de malades dans les services cliniques ou par la recherche dans les services médico-techniques.

De nombreux chefs de service craignent de voir leurs prérogatives glisser progressivement vers les chefs de pôle ; de surcroît, ils se sentent dépourvus du cadre infirmier supérieur qui travaillait auparavant en binôme avec eux et s'occupait de la coordination médicale des soins.

Enfin, il évoque le souci des chirurgiens en matière d'organisation des blocs opératoires et appelle l'administration à faire preuve de pragmatisme, chaque cas devant être considéré de façon individuelle afin de ménager le lieu de travail des chirurgiens.

A ce stade du débat, le **président** propose d'aborder la composition du conseil exécutif dans son nombre, ainsi que la place du bureau de CCM et du bureau de la CME par rapport au conseil exécutif. Une discussion sur ce thème a été entamée au sein du bureau de la CME, elle doit se poursuivre afin de proposer à l'instance un document qui sera rédigé en accord avec le bureau de la collégiale des présidents de CCM.

Les textes ne font référence qu'à la composition du conseil exécutif de l'AP-HP précise la **directrice générale**. On peut donc décider de la composition des conseils exécutifs locaux. Il lui semble important de regrouper dans ces conseils l'ensemble des responsables de pôles et d'organiser la solidarité en leur sein autour d'objectifs mesurés et mesurables. Cette solidarité ne s'arrête pas aux contours du pôle, elle doit également exister au niveau de l'hôpital dont le lieu de discussion est le conseil exécutif local.

Le bon fonctionnement consiste, selon Mme VAN LERBERGHE, à rassembler les responsables de pôles en CEL pour prendre collectivement en charge les problématiques exposées. La parité n'est pas indispensable au conseil exécutif local qui doit discuter, confronter des points de vue et aboutir à la meilleure décision collective.

S'agissant des rapports entre le bureau du CCM et le CEL de l'hôpital Lariboisière, **M. RYMER** indique que le bureau avait été élargi à des invités permanents non responsables de pôle ou de commissions. Sa place reste indispensable, car le problème essentiel des hôpitaux provient de la mauvaise diffusion des informations.

M. RONDEAU fait savoir qu'à l'hôpital Tenon, le bureau de CCM a été conservé en distinguant son caractère d'instance élue, du conseil exécutif qui ne l'est pas. On entretient également des relations avec les autres instances élues en tenant des réunions régulières avec le comité technique d'établissement, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, etc. Il lui semble important que d'autres personnes que les coordonnateurs de pôle puissent s'exprimer, ainsi le bureau du CCM, un peu élargi, fonctionne encore et s'avère utile pour traiter de sujets non forcément abordés au CEL ou pour préparer des décisions prises ultérieurement au CEL.

Avec l'avancée de la réforme, **M. VITTECOQ** estime qu'il faudra repositionner les CCM, le bureau de CCM devenant, à son avis, presque plus important que le CCM, notamment pour traiter des frottements éventuels entre pôles.

M. FAGON informe que le bureau de CCM de l'hôpital Européen Georges Pompidou fonctionnait depuis plusieurs années dans un format proche de celui d'un conseil exécutif local, c'est pourquoi suite à la création de ce dernier les missions du bureau de CCM ont été repensées. A son avis, un CEL ne peut fonctionner sans la présence de la totalité des responsables de pôles.

En outre, les membres de la communauté hospitalière savent enfin où se prennent les décisions, au sein du CEL. Il a souhaité le maintien du bureau de CCM mais avec des missions très claires : le suivi et la réalisation du projet de l'hôpital, l'évaluation des enjeux médicaux autour des grandes thématiques de fonctionnement de l'hôpital telles que les ressources humaines et les équipements, le pilotage et la qualité.

Il apparaît donc qu'il faut maintenir le bureau de CCM, conclut le **président**. Quant à la place du service dans la nouvelle gouvernance, l'ordonnance du 2 mai 2005 prévoit que les structures internes du pôle d'activité peuvent être constituées par les services, les unités fonctionnelles ou autres structures créées par la législation antérieure.

On se trouve en présence d'une conception à deux niveaux. Le premier niveau consiste à élaborer le projet médical à l'échelon des structures internes du pôle : le type de recherche, d'enseignement, de formation des internes, du choix des chefs de clinique-assistants, des médecins attachés. Ainsi un service, une unité fonctionnelle ou un département se situant au même échelon, il est possible qu'un jour, on réfléchisse à nommer une structure qui conserverait exactement les missions évoquées ci-dessus. Au deuxième niveau se situe la décision.

Puis M. de PROST pose la question de la place du service dans l'organisation en pôles.

Selon la philosophie du système, observe **M. FAGON** et pour simplifier, le responsable de pôle gère le pôle tandis que les responsables médicaux font de la médecine, de la prise en charge des malades, de l'organisation des soins et de l'évaluation des pratiques. Une fois ces bases énoncées, l'organisation se décline simplement. Il est impératif que demeurent des personnes porteuses du projet précisant notamment les modalités de prise en charge des malades, d'organisation des soins médicaux et paramédicaux. Il est nécessaire de recentrer les chefs de service sur leur vraie compétence, c'est-à-dire sur l'organisation de la prise en charge des malades. Il faut dans certains cas conserver les services et renouveler les chefferies dans certains pôles. Dans d'autres, il convient d'inventer des structures nouvelles qui respectent la combinaison entre responsabilité de gestion pour le responsable de pôle et responsabilité médicale pour les chefs de service. D'ailleurs, à sa connaissance, les doyens se révèlent plutôt favorables à cette solution car une telle organisation offre une lisibilité sur les responsabilités médicales. Les internes souhaitent de moins en moins rejoindre des grosses structures pour leur préférer des structures spécifiques.

Pour **M. RONDEAU** il faut conserver les services qui représentent un point de repère essentiel pour les malades, le personnel soignant, les internes, les chefs de clinique-assistants... Une structure à vocation médicale doit être clairement identifiée, le pôle exerçant quant à lui des tâches de gestion et d'orientation de l'organisation générale. Dans le cadre du découpage en pôles, on pourrait regrouper les consultations de tous les services du pôle en une seule. Pour les blocs opératoires et les unités d'hospitalisation, le fonctionnement s'avère plus complexe. Il convient donc d'avoir en tête d'un côté le projet médical et de l'autre, les modes d'organisation qui font appel à des structures différentes.

Cette réforme amène nécessairement à se repositionner remarque **M. VITTECOQ**. Cependant l'hôpital sert avant tout à soigner des malades qui veulent simplement savoir dans quel service ou unité ils sont traités. Ce service ou unité traitant d'une pathologie s'avère généralement porté par un leader. De la même façon, les jeunes soignants veulent choisir le service d'affectation. Dès lors, cette sous-unité perdurera.

Pour sa part **M. LACAU ST GUILY** considère que le service est non seulement le lieu qui attire les patients vers un médecin, mais il permet aussi le renouvellement des générations de médecins. De même l'un des effets les plus délétères du pôle serait de différencier des personnels non-médicaux au nom de la polyvalence, au détriment des savoir-faire spécifiques.

Mme BRESSAND distingue la polyvalence et la spécialisation. Elle rappelle que tous les infirmiers sont diplômés en soins généraux. A ce titre, ils peuvent exercer dans toutes les disciplines médicales.

En revanche, les spécialisations donnent des compétences supplémentaires pour exercer dans trois domaines spécifiques pour les puéricultrices, les infirmiers de bloc opératoire ; seuls les IADE possèdent une exclusivité pour les actes per-opératoires.

Le **président** évoquant la question de l'évaluation, la **directrice générale** observe qu'avant d'évaluer, on doit mettre les pôles en place. Par pragmatisme, l'administration recherchera la cohérence mais pas l'uniformité. C'est pourquoi il existe plusieurs types de regroupements. De même, le sujet des cadres s'avère différent d'un hôpital à l'autre.

Concernant le positionnement des directions fonctionnelles, elle considère qu'il y a lieu maintenant de travailler à une réflexion sur l'évolution des rôles des directions fonctionnelles. Il s'agit de raisonner non pas en terme de gain ou de perte de pouvoir mais en terme de changement et de progrès dans l'accomplissement des missions de chacun. Elle a demandé à trois directeurs exécutifs de diriger trois groupes de travail auxquels participent notamment des équipes de pôles, des équipes du siège, sur les ressources humaines, le pilotage médico-économique et la logistique.

L'évaluation devra certes s'effectuer rapidement mais à ce stade, il paraît important de réfléchir au bénéfice des actions engagées.

M. FAGON signale que les pôles de Georges Pompidou ont été évalués en 2004. Il s'agit d'un important travail et il importe donc de disposer d'une méthodologie et d'une liste d'indicateurs simples pour évaluer les pôles. Le comité de gouvernance doit travailler sur ces modalités d'évaluation des pôles qui sont en cours de création dès maintenant ajoute-t-il.

X - Approbation du compte-rendu de la séance du 14 février 2006.

Le compte-rendu de la séance du 14 février 2006 est approuvé à l'unanimité des votants.

*

*

*

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 11 heures 35.

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

Mardi 4 avril 2006 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 22 mars 2006 à 16h30.

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.