

Les Diaporamas de la CME

Réunion du 11 juin 2013

Nouvelles de la CME (P^r Loïc CAPRON)

- La CME du 9 juillet abordera deux thèmes concernant l'Hôtel-Dieu :
(1) organisation détaillée de la consultation médicale 24h/24 qui doit se substituer aux urgences médico-chirurgicales (UMC) en novembre prochain, par le P^r Jean-Yves FAGON ; (2) devenir de la salle Cusco (hospitalisation de malades en garde à vue), par le P^r Christian RICHARD. La CME pourra avoir à prendre position par un vote.
 - o Le 13 novembre 2012, au nom de la QSS (qualité et de la sécurité des soins) et des CAPCU (conditions d'accueil et de prise en charge des usagers), la CME a presque unanimement réclamé la fermeture des UMC de l'Hôtel-Dieu quand l'hôpital n'aurait plus le moyen d'en assurer le premier aval ; ce qui sera le cas à l'automne prochain. En relais des UMC, cette **[motion](#)** prévoyait l'ouverture d'une consultation de médecine 24h/24, avec sur place, l'appui d'une ambulance du SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation).
 - o Les UMC des autres hôpitaux du centre de Paris (Lariboisière, Saint-Louis, Saint-Antoine, Pitié-Salpêtrière, Cochin) recevront les renforts (personnels soignants) et les aménagements requis pour affronter une augmentation du nombre de leurs consultants.
 - o Pour le président de la CME, cette restructuration de l'Hôtel-Dieu doit apporter des éléments de réponse à deux interrogations majeures de santé publique aujourd'hui : une consultation de médecine H24 peut-elle (1) attirer suffisamment de consultants pour alléger l'amont des urgences hospitalières traditionnelles ? (2) susciter la participation de médecins généralistes, qu'ils soient ou non enseignants, pour amorcer une authentique coopération ville-hôpital à grande échelle ?
 - o Le projet de nouvel Hôtel-Dieu s'envisagera fort différemment selon que la consultation H24 aura ou non été un succès pour les habitants et les médecins du centre de Paris.
- La préparation des conférences pour la révision 2014 des effectifs hospitalo-universitaires vient d'achever son cycle : le président de la CME et la direction médico-administrative ont échangé avec les doyens des 7 UFR (unités de formation et de recherche) de médecine, des 2 UFR de pharmacie et des 2 UFR d'odontologie sur les postes mis au recrutement, en présence du président de CME locale et du directeur de groupe hospitalier concernés, ainsi que d'un représentant (P^r Bernard REGNIER) de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF). En septembre 2013, auront lieu les conférences finales avec les ministères en charge des universités et de la santé, qui publieront ensuite la liste des postes mis au recrutement (pour nominations en septembre 2014).
- Le conseil de surveillance du 6 juin a adopté : (1) le **[vœu](#)** proposé par M. Thomas SANNIE, représentant des usagers, et approuvé par la CME du 14 mai ; (2) le **[programme d'action QSS & CAPCU](#)**, défendu par le président de la CME ; son

passage devant les autres instances de l'AP-HP a mené à y renforcer la participation des paramédicaux.

- À l'ordre du jour du directoire du 4 juin, figuraient : le plan de fidélisation des cadres ; l'activité au cours des quatre premiers mois de l'année (qui est au-dessous des prévisions) ; les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; la préparation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) que l'AP-HP négociera en 2014 avec l'ARSIF et qui guidera en partie la conception de notre plan stratégique 2015-2019. Ces deux derniers sujets pourront être inscrits à l'ordre du jour d'une prochaine CME. En questions diverses, une partie du directoire a émis des réserves sur le questionnaire que la sous-commission *Recherche et université* (R&U) de la CME veut proposer aux praticiens de l'AP-HP pour connaître leur avis sur la mise en œuvre concrète des PHRC (programmes hospitaliers de recherche clinique) dans notre établissement ; on peut certes y craindre une critique de notre direction de la recherche clinique et du développement (DRCD) ; le président a rappelé que la CME est libre d'organiser son travail et a réaffirmé son plein soutien à la sous-commission R&U et à son initiative.

Élection du vice-président

Après la démission du D^r Georges SEBBANE, le 14 mai, deux praticiens hospitaliers étaient candidats : le [D^r Anne GERVAIS](#) (hépato-gastro-entérologue, GH *Hôpitaux universitaires Paris-Val-de-Seine*) et [M. Rémy COUDERC](#) (pharmacien-biochimiste, GH *Hôpitaux universitaires de l'Est parisien*). Soixante membres de la CME ont participé au vote : GERVAIS 38, COUDERC 21, un blanc. Le D^r Anne GERVAIS a été déclarée vice-présidente de la CME.

Bactéries multirésistantes aux antibiotiques : nouvel état des lieux à l'AP-HP (D^r Sandra FOURNIER, P^{rs} Vincent JARLIER et Christian RICHARD) [diaporama](#)

Il convient de rester vigilant sur les infections par *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM). Pour les épidémies dues aux entérocoques résistants à la vancomycine (ERV), les mesures de contrôle des épidémies sont d'autant plus efficaces qu'elles sont appliquées plus tôt. La fréquence des malades porteurs d'entérobactérie résistante aux bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) continue d'augmenter régulièrement et le niveau d'hygiène est actuellement insuffisant pour contrôler leur diffusion dans nos hôpitaux. Trois objectifs ont ainsi été retenus dans le [programme d'action QSS & CAPCU](#) de la CME : améliorer l'hygiène des mains (frictions hydro-alcooliques), améliorer la gestion des excréments (formation des aides-soignants), rationaliser la prescription des antibiotiques. Ce dernier objectif doit être inclus dans l'évaluation des pratiques professionnelles (ÉPP) dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

La prise en charge des patients porteurs de bactéries multirésistantes induit des surcoûts et une perte d'activité. Les tutelles doivent les reconnaître et les compenser par des crédits de mission d'intérêt général (MIG).

Bilan à mi-parcours du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP (M Pierre-Emmanuel LECERF) [diaporama](#) et [rapport de synthèse](#)

La mise en place des groupes hospitaliers a renouvelé la gouvernance et la stratégie médicale de l'AP-HP. Une évaluation médico-économique des restructurations engagées reste cependant à mener, tout comme une évaluation de la mise en place des nouveaux pôles. Parallèlement, les recettes de l'AP-HP ont été amputées de 115 M€ en trois ans. Le financement des investissements a bien été conforme à la trajectoire inscrite dans le plan stratégique ; cela ne veut pourtant pas dire que ce plan répondait correctement aux besoins d'investissement nécessaires pour répondre au niveau élevé de vétusté des bâtiments et des équipements de l'AP-HP.

État prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2013, plan global de financement pluriannuel (PGFP) et compte financier 2012 de l'AP-HP (M^{me} Carine CHEVRIER) [diaporama](#)

Le budget 2013 de l'AP-HP commence avec un défaut de recettes prévisionnelles de plus de 67 M€ : évolution défavorable des tarifs ; baisse des dotations MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) et FIR (fonds d'intervention régional) ; gel du FMESPP (fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés). Malgré un effort d'efficience de 102 M€ demandé aux groupes hospitaliers, basé sur une hypothèse optimiste d'augmentation de l'activité de 2,6 %, l'objectif de retour à l'équilibre budgétaire doit donc être repoussé de deux années (de 2013 à 2015). Dans le même temps, certaines des missions que nous assurons ne sont toujours pas financées à leur juste niveau : soutien à l'hôpital de Montreuil (demandé par l'ARSIF) ; charges liées à la précarité, aux patients porteurs de bactéries multirésistantes, au caisson hyperbare de Raymond-Poincaré, permanence des soins, etc. En revanche, la création d'un « fonds spécial pour l'investissement matériel médical de proximité » au profit de l'AP-HP promise par la ministre en charge de la santé ([discours du 4 mars 2013](#)) est pour le moment restée lettre morte.

Les défauts de recettes liés aux impayés (dette dite irrécouvrable) s'élèvent à plus de 20 M€. Un projet prioritaire du plan stratégique leur est consacré. Lors d'une de ses prochaines réunions, la CME invitera M. Christian THALAMY, trésorier payeur général de l'AP-HP, à venir lui faire un exposé sur le sujet.

[Rapport annuel 2011](#) de la commission centrale de l'activité libérale (CCAL) de l'AP-HP (M. Noël RENAUDIN)

La CME continue d'exiger l'application de la loi réglementant l'activité libérale : toute la loi, mais rien que la loi. Son respect est la règle générale à l'AP-HP ; sa transgression reste l'exception. L'affichage des tarifs est l'obligation la moins bien respectée. Le contrôle du « tact et mesure » ne relève pas des commissions d'activité libérale, mais de l'Ordre des médecins et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ; des règles nouvelles ont été récemment mises en place ([rapport](#) de la commission Laurent). Les CAL centrale et locales vont réfléchir à une charte de l'activité libérale à l'AP-HP, portant notamment sur la façon de garantir l'égal accès de tous aux soins et aux équipements.

Travaux de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS, D^r Michel DRU) [diaporama](#)

Le D^r DRU a fait état des principaux enjeux auxquels les COPS centrale et locales sont confrontées : seuils d'activité en nuit profonde, gestion du temps de travail des praticiens (incluant les repos de sécurité), prise en compte des visites du dimanche dans les services, etc. La CME a décidé d'élargir la composition de la CCOPS à un odontologiste et à un pharmacien.

Le paiement des gardes et astreintes représente un budget annuel de 120 M€, couvert par le FIR à hauteur de 60 M€ et par les recettes d'activité pour l'autre moitié. Il faut poursuivre les efforts pour réduire les dépenses liées à la permanence des soins, mais sans ignorer que : (1) les efforts précédemment déployés en ce sens ont été peu fructueux ; (2) gardes et astreintes assurent un complément de salaire à de nombreux praticiens.

P^r Loïc CAPRON