

Les Diaporamas de la CME

Réunion du 12 juin 2012

Présentation du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) d'Île-de-France. (M. Claude ÉVIN, directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, ARSIF) [diaporama](#)

Publié en décembre 2011, le Plan stratégique régional de santé (PSRS) a défini la politique de santé pour les 4 ans à venir, à partir des besoins et de l'offre de soins en Île-de-France. Le 4^e SROS est la déclinaison de ce PSRS, d'où son nom de SROS-PRS (et non SROS 4) : il insiste sur la prévention et les soins ambulatoires ; pour les hôpitaux, il se décline en 22 volets. Après publication du SROS-PRS, en décembre 2012, nous aurons six mois pour établir notre CPOM, Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens liant l'AP-HP à l'ARSIF. La CME va devoir être particulièrement attentive à l'élaboration du CPOM car il servira de base au projet médical de l'établissement (prochain plan stratégique, 2014-2019), que la CME et son président doivent construire avec la direction générale. D'utiles informations complémentaires sont disponibles sur le site de L'ARSIF : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>.

État des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2012 de l'AP-HP (M. Philippe Sauvage, directeur des finances) [diaporama](#), [EPRD](#)

La CME n'émet plus d'avis sur l'ÉPRD. Elle en est simplement informée. Le déficit prévisionnel sera de 73,7 M€, soit une vingtaine de mieux qu'en 2011, mais avec une augmentation d'activité qui semble optimiste au regard du résultat obtenu au premier trimestre, et avec des cessions immobilières espérées d'un montant de 40 M€. La réforme de l'aide médicale d'État (AME) transfère 42 M€ à notre charge. Notre capacité d'investissements s'élèverait à 485 M€ au prix de 96 M€ d'emprunts supplémentaires. On prévoit une légère augmentation des effectifs non médicaux.

Nouveau système d'information (NSI) Patients (P^{rs} Michel ZERAH et Éric LEPAGE) [diaporama](#)

Depuis plus de vingt ans, les ordinateurs font partie de notre vie quotidienne. L'AP-HP doit impérativement rattraper le retard qu'elle a pris dans la gestion informatique uniforme des données concernant les patients. Le système ORBIS en cours de mise au point à l'hôpital Ambroise Paré doit répondre à cette attente le plus rapidement possible. Le déploiement de ce logiciel est prévu cet automne à Tenon et à Bicêtre. Cet investissement colossal (125 M€ dont seulement 42,3 proviennent du plan Hôpital 2012) doit être à la hauteur des espérances médicales : accroître l'efficacité et la sécurité des soins (diagnostic, traitement, suivi), améliorer le codage des séjours et la qualité des comptes rendus, faciliter l'exploitation des données partagées, etc. La CME continuera à suivre régulièrement les progrès de NSI-Patients : prochain rendez-vous en octobre.

Projet pour l'Hôtel-Dieu de Paris (D^r Isabelle FERRAND, vice-présidente de la CMEL du groupe hospitalier, et M^{me} Sophie ALBERT, directrice du projet) [diaporama 1](#), [diaporama 2](#)

Le transfert des activités d'hospitalisation complète de l'Hôtel-Dieu vers Cochin a commencé et devrait être terminé en 2014. Deux questions majeures se posent :

- par quoi va-t-on les remplacer ?
- que vont devenir les urgences ?

M^{me} Albert a fait le point sur les cinq groupes de travail qui réfléchissent à un futur Hôtel-Dieu :

- hôpital universitaire de santé publique,
- centre de médecine ambulatoire,
- centre d'imagerie,
- centre de médecine étudiante,
- écoles d'application pour les métiers du bloc opératoire,
- transfert du Siège et du musée de l'AP-HP.

Le D^r Ferrand a présenté les deux principales hypothèses sur les urgences médico-chirurgicales :

- maintien en fonction, avec la difficulté de conserver un SAU dans un hôpital qui n'aura plus d'activités aiguës H24 ;
- fermeture et remplacement par une « maison médicale de jour » avec le souci de répartir ailleurs le flux actuel des urgences et notre inexpérience en matière de gros centre de diagnostic principalement voué à la médecine générale.

La CME doit prendre nettement position sur les principes de cette restructuration majeure. En septembre, elle aura préparé et votera une motion sur les fondements de cette opération majeure de restructuration : neutralité budgétaire et respect des aptitudes de l'AP-HP en matière de spécialités médicales.

Bilan social 2011 de l'AP-HP (MM. Emmanuel LAVOUÉ, direction des ressources humaines, et Jérôme HUBIN, direction de la politique médicale) [diaporama 1](#), [diaporama 2](#)

Entre 2009 et 2001, le personnel non médical (PNM représentant 67 700 équivalents temps plein, ETP) a diminué de 3,7 % en nombre total, et de 5,4 % en nombre de titulaires. L'âge moyen est passé de 40 ans en 2002 à 42 ans en 2011. Le nombre annuel de départs croît, dépassant 10 % de l'effectif. De même, l'absentéisme a augmenté et représente aujourd'hui plus de 33 jours par agent et par an.

Le personnel médical titulaire (PM représentant 7 366 ETP) a diminué de 0,8 % en trois ans, mais la masse salariale a augmenté de 1 % entre 2010 et 2011, pour atteindre 921 M€ ; accroissement régulier dû au vieillissement progressif et à l'augmentation du taux de titularisation (GVT, glissement vieillissement technicité).

Désaffection du PNM et chute du nombre des médecins sont les deux grandes menaces qui pèsent sur notre capacité à soigner. La CME doit contribuer à allumer et entretenir l'envie de travailler à l'AP-HP.

La loi HPST deux ans après : rapport de la mission sur l'hôpital public commanditée par le ministère de la santé (P^r Béatrice CRICKX) [diaporama](#)

Le [rapport complet](#) de cette mission, dite BOIRON-FELLINGER, est disponible sur le site.

L'hôpital public souhaite une accalmie réglementaire qui lui permette de mettre pleinement en application la loi HPST : gouvernance médico-administrative, missions territoriales, coopérations sanitaires, tutelle des agences régionales de santé, etc.

Rodages et améliorations restent nécessaires, particulièrement dans :

- le fonctionnement des pôles, tant entre soignants qu'avec l'administration,
- la concertation entre CME et direction qui doit mieux s'harmoniser au sein du directoire,
- la répartition équilibrée des attributions entre CME centrale et locales,
- le rôle du Conseil de surveillance, qui ne doit plus être pris pour un Conseil d'administration en modèle réduit.

Le nouveau gouvernement français a annoncé un toilettage de la loi HPST : prendra-t-elle en compte ce rapport établi sur la demande de l'ancien gouvernement ? La CME suivra ce dossier avec la plus grande attention, car il la concerne au premier chef.

P^r Loïc CAPRON