

# Les diaporamas de la CME

Réunion du 6 mars 2018

## Nouvelles de la CME (P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN)

- La CME a rendu hommage :
  - au **D<sup>r</sup> Antoine RABBAT**, responsable de l'unité de soins intensifs respiratoires de Cochin, décédé accidentellement le 14 février à l'âge de 56 ans ;
  - au **D<sup>r</sup> Anne BERTRAND**, neuroradiologue à la Pitié-Salpêtrière puis à Saint-Antoine, décédée le 2 mars à l'âge de 39 ans dans l'avalanche du Mercantour.
- La CME a accueilli **M. Moïse MICHEL**, représentant des internes en pharmacie, qui remplace M. Jérémie ZERBIT.

## Point sur la situation budgétaire (M. Martin HIRSCH, M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)

Le directeur général et la directrice de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP) ont fait le point sur la situation budgétaire de l'AP-HP et sur les modalités de régulation adoptées pour 2018.

L'état des prévisions des dépenses et des recettes (ÉPRD) 2018 et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2018-2022 (rejeté par la [CME du 5 décembre 2017](#)) ont été établis sur la base d'un déficit 2017 estimé en novembre dernier à 174 M€. Pour maintenir l'objectif d'un retour à l'équilibre en 2022, ils prévoyaient pour 2018 un plan d'efficiences de 156 M€ à réaliser par une augmentation de l'activité (+ 2,5 %), une réduction des effectifs de personnels et une moindre progression des charges médicales et hôtelières.

L'actualisation des prévisions de résultats 2017 (non encore définitifs) fait apparaître un déficit plus élevé, aujourd'hui estimé à 219 M€. Cette différence s'explique principalement par des recettes d'activité moindres que prévu, une évolution des dépenses non corrélée avec l'activité (notamment des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux), une mise à niveau des provisions pour dépenses irrécouvrables et des dotations aux amortissements.

L'objectif de retour à l'équilibre en 2022 étant maintenu, des économies supplémentaires de 50 M€ (portant notamment sur les médicaments : v. plus loin) et une augmentation des recettes de tarification des chambres individuelles (environ + 15 M€) nous sont demandées. Un gel de 0,5 % sur la masse salariale est instauré et pourra être débloqué en cours d'année en fonction de l'évolution effective de notre activité.

Dans ce contexte difficile, le directeur général a indiqué vouloir :

- poursuivre ses efforts auprès des tutelles pour faire aboutir les demandes argumentées de l'AP-HP :
  - prise en compte de nos charges insuffisamment financées (maladies rares, précarité, loyers des structures hébergées gratuitement par l'AP-HP...) ;
  - évolutions réglementaires (coopérations médico-infirmières, tarification de la médecine ambulatoire...)
  - soutien financier à nos grands projets restructurants (transformation numérique, nouveau Garches, projet Avicenne-Jean-Verdier...) ;
- maintenir le rythme des transformations définies dans le cadre de la démarche stratégique « *oikéiosis* » (v. CME des [12 septembre 2017](#) et [6 février 2018](#)).

Le directeur général a ensuite ouvert le débat sur l'opportunité de profiter des travaux engagés par le Gouvernement dans le cadre de la [stratégie de transformation du système de santé](#) pour proposer une « nouvelle AP-HP » dotée d'un statut public spécifique, porteuse d'un système de soins plus intégré (parcours de soins) à travers des partenariats avec la ville et d'autres structures, et disposant de cadres d'emplois adaptés à ses métiers.

La CME, sans s'interdire de réfléchir aux évolutions possibles de moyen et long terme, a rappelé son attachement profond au service public hospitalier et centré le débat sur ses préoccupations immédiates face aux fortes tensions et aux risques de démotivation des équipes que suscitent les efforts budgétaires à

nouveau demandés en 2018.

Elle a affirmé la fierté de la communauté médicale et hospitalière pour le travail réalisé quotidiennement au chevet des malades : le déficit de l'AP-HP n'est pas un échec des personnels mais le résultat de règles budgétaires et modalités de tarification qui rendent le « déficit » de l'AP-HP inéluctable.

La CME fera un point régulier sur notre situation budgétaire. Elle poursuivra un débat constructif et responsable avec la direction générale, dans un esprit de dialogue d'autant plus indispensable à tous les niveaux que les tensions sont fortes.

### **Avis sur le plan « santé et sécurité au travail » de l'AP-HP (D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS) [diaporama](#), [plan](#)**

La CME a approuvé à l'unanimité le plan « santé et sécurité au travail » de l'AP-HP qui est construit autour de 5 priorités :

1. mettre en place des visites médicales pour tous les personnels médicaux, y compris les internes (seuls 1 800 médecins vus en consultation en 2017...);
2. renforcer la prévention des risques infectieux et les vaccinations ;
3. favoriser l'insertion et le maintien dans l'emploi des professionnels en situation de handicap ;
4. prévenir les risques psycho-sociaux ;
5. développer la recherche en santé au travail.

Ces objectifs supposent cependant qu'il soit remédié au sous-effectif des médecins du travail (une quinzaine de postes vacants à l'AP-HP).

### **Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest* (HUPIFO) (P<sup>r</sup> Joël ANKRI, M<sup>me</sup> Anne COSTA) [diaporama](#)**

Outre la construction d'un nouveau bâtiment de 260 lits (59 M€) à **Sainte-Périne** pour le prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psycho-comportementaux, le grand projet des HUPIFO est la reconstruction du **nouveau Garches** sur le site d'Ambroise-Paré. Il permettra de renforcer la prise en charge du handicap et de créer des synergies avec les spécialités médicales et chirurgicales d'Ambroise-Paré. Projet d'intérêt national, le nouveau Garches fait partie des investissements pour lequel le soutien financier de l'État est indispensable. Ses capacités doivent être adaptées aux besoins spécifiques de prise en charge du handicap. La décision du comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) est prévue en décembre 2018.

### **Stratégie médicaments et dispositifs médicaux (P<sup>rs</sup> Philippe LECHAT et Olivier BENVENISTE) [diaporama](#)**

Le plan d'action de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) vise à augmenter les taux de prescription des biosimilaires (*infliximab, rituximab*), des génériques (antirétroviraux) et des facteurs 8 de coagulation (hémophilie) les moins coûteux à bénéfice médical égal. Il prévoit la réalisation d'un thésaurus des indications pour les prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM) validées scientifiquement et favorise les essais cliniques pour celles non encore validées. Ajoutées à un effort de réduction des dépenses de dispositifs médicaux, les gains potentiels du plan d'action sont estimés à 45 M€ de dépenses en moins et 11 M€ de recettes en plus en 2018.

### **Dispositifs intraveineux de longue durée (DIVLD) (P<sup>r</sup> Henri-Jean PHILIPPE) [diaporama](#)**

35 % des poses de chambres implantables sur nos patients sont aujourd'hui réalisées à l'extérieur de l'AP-HP et 53 % en hospitalisation complète : situation insatisfaisante puisqu'elle rompt la continuité de la prise en charge et coûteuse puisque la pose peut se faire en ambulatoire. Elle s'explique principalement par le manque de temps ou d'intérêt des praticiens pour cette activité et par l'absence de plages opératoires dédiées. Le groupe de travail qu'a animé le P<sup>r</sup> PHILIPPE préconise donc une ré-internalisation totale de la pose des DIVLD à l'AP-HP qui aurait le double avantage d'améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en étant financièrement intéressante (+ 2,6 M€ de recettes potentielles). Elle nécessite : 1. la mise en place d'unités d'accès vasculaires veineux (UAVV) ; 2. des protocoles de coopération médico-soignants ; 3. la formation d'experts dans chaque GH pour des avis en cas de problème (un diplôme interuniversitaire sera créé en 2018).

## **Avis sur la modification de la charte d'utilisation de l'entrepôt de données de santé (EDS)**

**(P<sup>rs</sup> Philippe LECHAT et Catherine BOILEAU) [diaporama](#)**

- À l'unanimité, la CME a approuvé deux amendements à la [charte d'utilisation de l'EDS](#) qui visent à débloquer les freins actuels à son démarrage (seulement 14 projets soumis au comité scientifique et éthique [CSE] depuis son installation en février 2017) :
  1. les projets de recherche des équipes médico-techniques portant sur les données des patients pour lesquels elles ont rendu un résultat n'ont plus l'obligation de les soumettre à l'avis du CSE ;
  2. des référents désignés dans chaque unité de recherche clinique (URC), département d'information médicale (DIM) ainsi qu'à la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) auront accès à l'ensemble des données de l'EDS pour sélectionner les données nécessaires à l'analyse de chaque étude.
- En juin 2017, la DRCI a mis en place un comité stratégique de l'EDS chargé d'accompagner sa montée en charge et de définir les axes stratégiques du projet. Le P<sup>r</sup> BOILEAU y représente la CME. La communauté médicale doit être associée et s'impliquer dans le pilotage stratégique de l'EDS.

## **Avis sur des modifications de pôles (P<sup>r</sup> Paul LEGMANN) [diaporama](#)**

À l'unanimité et 2 abstentions, la CME a approuvé le rattachement des activités de psychiatrie adulte du pôle *Médecine, urgences, psychiatrie* de Cochin au pôle *Proximité, santé publique et prévention* de l'Hôtel-Dieu.

P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN, le 13 mars 2018