

CONSEIL DE SURVEILLANCE

SEANCE DU 14 DECEMBRE 2023

PRESENTS :

MEMBRE REPRESENTANT LES COLLECTIVITES TERRITORIALES :

Madame BONTINCK.

MEMBRES REPRESENTANT LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT :

Docteurs KADDARI, LHOTE

MEMBRE REPRESENTANT LA COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS :

Monsieur CRAS.

MEMBRES REPRESENTANT LES PERSONNELS TITULAIRES DE L'ETABLISSEMENT :

Madame FAUCHER, Madame KETTAL

MEMBRES PERSONNALITES QUALIFIES : Docteur COPIE

EXCUSES :

MEMBRES REPRESENTANT LES COLLECTIVITES TERRITORIALES : Madame FILHOL, Messieurs CHEVREAU, EL KHALFAOUI et HANOTIN.

MEMBRE REPRESENTANT LES USAGERS : Madame MUSIC. Madame ABRAMOVSKY.

MEMBRE PERSONNALITES QUALIFIES : Messieurs les docteurs SEBBAG et BEN MERDJA.

ASSISTAIENT A LA SEANCE :

Monsieur PINSON, Directeur du CHSD ; Mesdames ALBERT, BENAOMAR, BERGASA, ROUSSEL, TESSIER, TRAN, VIOSSAT ; Messieurs BAUERLE, CIANNI, ESKENAZI, MOURIER, TRIPAULT directeurs-adjoints ; Docteur BOLOT, Président de la Commission Médicale d'Établissement ; représentant CPAM ; Monsieur SCHVALLINGER, trésorier principal, Madame TALBOT, représentante ARS, Madame PIAZZA, présidente du comité local d'éthique.

Madame BONTINCK, excuse Monsieur HANNOTIN et informe qu'elle présentera le Conseil de surveillance de ce 14 décembre 2023.

Madame BONTINCK informe le conseil de l'arrivée d'Alice TESSIER, nouvelle directrice de Casanova et des filières gériatriques.

1. APPROBATION DU PROCES-VERBAL DU 20 OCTOBRE 2023.

Madame KETTAL, précise que la dernière intervention n'était pas d'elle mais de Madame PIAZZA.

Cela sera rectifié.

APPROBATION DU PROCES-VERVAL : 1 ABSTENTION - VOTE FAVORABLE

2. POINT FINANCIER : DM2 / CONTRAT SEGUR INVESTISSEMENT – Y. MOURIER

Monsieur MOURIER présente un point d'information, il informe l'ensemble des membres qu'au prochain Conseil de surveillance sera présenté les prévisions budgétaires pour 2024 et le plan global de financement pluriannuel réactualisé pour 2024-2028.

Monsieur MOURIER va faire un point sur l'activité et donner les perspectives d'atterrissage national des établissements publics ainsi que le positionnement à la moyenne des autres établissements.

Lancement en interne d'un COPIL EFFICIENCE pour accompagner le futur plan d'investissement, conforme aux précédents en lien avec le Projet Medico-soignants 2021-2025. Plan ambitieux avec des projets majeurs : urgences 2026, reconstruction de l'IFSI, l'intégration des autres activités mises au contrat SEGUR : transformation d'une partie de l'EHPAD en court séjour gériatrique, des opérations d'une nouveau schéma directeur énergétique qui toucheront tous les bâtiments Delafontaine, Casanova.

Monsieur MOURIER présente le document en **annexe 1**.

3. POINT D'INFORMATION DU DIRECTEUR – J. PINSON

Suite à l'intervention de Monsieur MOURIER, Monsieur PINSON ajoute que les finances ne sont qu'un moyen de mettre œuvre un projet médical. Le constat est que nous sommes d'accord à 99 % avec l'Agence Régionale de Santé sur le projet médical de l'hôpital et du GHT, y compris dans ces impacts travaux importants pour les quatre ou cinq prochaines années. Globalement, il y a un accord sur les objectifs stratégiques à moyens termes et sur le plan d'investissement associé.

Si nous faisons 2,3 ou 4 ans à 16 millions de déficit nous ne serons pas en situation de financer ce plan d'investissements, c'est un enjeu majeur. Il serait pertinent d'avoir un plan B, si on considère que le plan A serait celui de la Fédération Hospitalière de France. On peut avoir des débats sur le fait de savoir si les surcoûts associés à tout ce qui a suivi le COVID, les mesures salariales et l'inflation ont été correctement financées ou pas. Tous les établissements qui étaient à l'équilibre se retrouvent sur des niveaux de déficit supérieur à 10 millions d'euros et ceux qui étaient à 5 millions de déficit à 15, 20 millions d'euros. Globalement le coût est environ 10 millions voir plus. Il serait sage d'avoir une démarche de retour à l'équilibre qui soit autoportée et assumée pour être en capacité de financer nos investissements futurs.

Deux éléments, d'une part la substitution d'emplois pérennes à des heures supplémentaires (1^{er} effet en 2023) et d'autre part, de revenir (par des recrutements) sur des niveaux d'hospitalisations conventionnelles équivalents à avant 2019. Ex : maternité.

Il est important d'avoir des éléments de financements à l'échelon national, il y aura une DM 3 et une DM 4 qui vont minorer le déficit de 15/16 millions d'euros annoncé. Le débat de réinjecter à l'hôpital public la sous consommation de l'ONDAM est légitime et soutenu par la FHF.

Deux autres éléments contributifs : la constitution du COPIL efficience et les conférences de pôle.

Madame BONTINCK remercie Monsieur PINSON. La présidence soutien le CHSD pour porter ces demandes sur l'ONDAM et à minima la réinjection des reliquats. Mme BONTINCK a intégré le Conseil d'Administration de la FHF d'Ile-de-France dans cette volonté de porter les besoins du CHSD. Elle note la démarche participative mise en place par rapport aux réunions autour de l'efficience.

Madame FAUCHER revient sur la maternité et sur le coût des heures supplémentaires, elle s'inquiète du déficit notamment, avec l'arrivée des JO et des recrutements d'intérim, vacances, etc... elle a peur que l'hôpital ne s'en sorte pas.

Monsieur TRIPAULT précise que nous sommes toujours sur des processus de recrutement, des propositions de contrat d'allocations études. (Pour des sages-femmes). Des contrats ont aussi été signés pour des IDE et des puéricultrices en néonatalogie.

Madame ROUSSEL souligne que des contrats d'allocations études vont pouvoir commencer être signés dès le début de la deuxième année. Cela assurera davantage de recrutements dans les deux années à venir.

Monsieur PINSON revient sur la conférence dialogue de gestion avec l'ARS en format GHT Plaine de France, en présence de la présidente de la commission médicale de groupement, les présidents de CME, les directeurs délégués responsable du pôle RH, la directrice générale des soins, le DIM de territoire et la directrice de la stratégie et des relations territoriales.

Il a été évoqué le projet médical partagé de GHT 2^{ème} génération, des éléments de coopération : autour de la cardiologie, en trio avec le CCN.

Il a également été évoqué l'impact des projets sur le plan d'investissement, la relocalisation des instituts de formation infirmiers, aides-soignants avec la création de nouvelles sections en même temps qu'une relocalisation à la Porte de Paris. Il a aussi été évoqué la création d'une école de sage-femme en Seine-Saint-Denis.

Il y a eu aussi un échange sur les mesures RH de toute nature.

Monsieur PINSON rappelle l'inauguration récente de l'œuvre mémorielle. Cela a impliqué fortement les communautés du CHSD. Monsieur PINSON se réjouit à posteriori de cette œuvre. C'est un rappel de solidarité collective, de réactivité et de bienveillance.

Sur le JO 2024, Monsieur PINSON précise que les informations n'arrivent pas au complet mais cela commence à se préciser. Des thèmes importants : caler le niveau d'activité attendu de l'hôpital au niveau des lits ouverts, construction de planning pour cet été et la valorisation y compris financière des personnes qui resteront. Il y a un autre élément important, c'est l'accessibilité des équipes. Les préfets ont publié récemment des plans de circulation, il y a des impacts importants. Un recensement est en train de se faire sur les personnels qui viennent en transport en commun pour trouver des solutions de contournement etc....

Monsieur PINSON informe de la mise en place d'un comité de pilotage qui se réunira tous les 15 jours. Il est composé d'un directeur médical de crise dédié au JO : Docteur WARGON, de la coordinatrice générale des soins ainsi que des membres de l'équipe de direction.

4. POINT D'INFORMATION SUR LA MODIFICATION DES STATUTS DU FOND DE DOTATION – R. ESKENAZI

Monsieur ESKENAZI présente le point en **annexe 2**

Madame BONTINCK remercie Monsieur ESKENAZI pour ce point d'information elle précise que la ville de Saint-Denis possède également un Fonds de dotation avec le même mécanisme d'informer régulièrement le conseil municipal du bilan d'activité et des perspectives.

Madame KETTAL trouve dommage de ne pas avoir transmis aux membres du conseil de surveillance des éléments autour de la charte des financements, qui accepte ? quel est le processus d'acceptation des dons ? qui aurait pu permettre de la réflexion et de la transparence à ce niveau. Les rapports d'activité précédents du fonds de dotation auraient pu permettre d'avoir des éléments concrets de fonctionnement, les statuts, le budget....

Elle demande donc ces documents à l'issue de ce conseil de surveillance.

5. POINT D'INFORMATIONS SUR L'EVOLUTION DU CADRE JURIDIQUE DE LA FIN DE VIE – N. ALBERT

Madame ALBERT présente le point en **annexe 3**.

Madame BONTINCK informe le conseil qu'il y a eu dernièrement des précisions apportées par le gouvernement sur ce calendrier de fin d'année.

Madame PIAZZA intervient au nom du CLE (comité local d'éthique) et en tant que soignante en équipe mobile de soins palliatifs.

Elle précise qu'il est important, en amont de la présentation du projet de loi par le gouvernement, de pouvoir permettre au conseil de surveillance et l'hôpital de façon plus générale de saisir de quelques enjeux importants qui semblent aux professionnels de soins palliatifs en jeu dans cette évolution potentielle.

L'enjeu majeur pour l'hôpital est que, s'il y avait une exception d'euthanasie (si elle est légalisée), cela veut dire que les soignants seraient impliqués dans la démarche et que l'hôpital pourrait être identifié comme un acteur pratiquant l'exception d'euthanasie. En 2021, une étude faite par la société française de soins palliatifs sur le positionnement du personnel a démontré qu'un tiers des professionnels démissionnerait si elle était légalisée, le 2^{ème} tiers aurait recours à leur clause de conscience et le 3^{ème} tiers ne pouvait pas se projeter.

Les soins palliatifs sont en difficulté au niveau national mais aussi sur le territoire de Seine-Saint-Denis. Il y a une grande fragilisation des soins palliatifs et ce que cela provoquerait si ça devenait légal ? **Madame PIAZZA** s'interroge sur le fait que sur le même lieu c'est-à-dire à l'hôpital, sont réanimés des personnes ayant tentés de se suicider seules au même endroit où il serait décidé que d'autres vont être

aidé à se « suicider » Comment résoudre cette incohérence ? Et quels seront les effets sur les usagers et les soignants ?

Elle souhaite porter l'attention sur sa pratique en réanimation. Il y a des demandes d'obstination déraisonnables, c'est-à-dire des proches ou patients qui demandent de plus en plus de traitement et qui justement ne veulent pas qu'il soit arrêté. Il y a des conflits importants en réanimation avec beaucoup de suspicions de la part des patients et leur proche : mauvais traitement, discrimination de l'accès aux soins. Il faut beaucoup de temps et de pédagogie pour expliquer qu'un arrêt de traitement n'est pas une euthanasie c'est quelque chose de protecteur pour les patients.

Elle s'interroge sur les conséquences pour les usagers, patients et proches de savoir que dans le même lieu on fait tout pour guérir et quand on ne peut pas on soulage et que maintenant on pourrait être dans des pratiques qui visent le décès de la personne.

Le Docteur BOLOT ajoute qu'en Néonatalogie il y a une dimension supérieure. Il y a des arrêts de soins, conforme à la législation, et avec des discussions après avoir réanimé les enfants et c'est une incohérence psychologique difficile.

Madame BONTINCK souligne qu'il y a des initiatives à partir du Comité Local d'Ethique de nourrir se débat au sein du CHSD et de pouvoir utiliser tous ces débats éthiques et de société en le portant dans les instances nationales. Il faut saluer cette mobilisation car elle permet de parler de la situation des soins palliatifs en quartier dans des villes populaires et marquées par la précarité.

6. POINT D'INFORMATION SUR L'AME (AIDE MEDICALE D'ETAT) – N. TRAN (annexe 4)

Madame TRAN informe le conseil des différentes auditions du CHSD dans le cadre du projet de Loi immigration et plus spécifiquement sur le volet de la réforme de l'AME (Aide Médicale d'Etat).

L'hôpital a été auditionné par Madame la Vice-Présidente de l'Assemblée Nationale et plusieurs Députés.

Pour pouvoir apporter des réponses aux auditeurs, un groupe a été constitué avec toutes les parties prenantes du parcours patients ainsi que la participation du directeur Monsieur PINSON, du Président de la CME Docteur BOLOT, du directeur délégué ainsi qu'une mobilisation active de la médecine interne représentée par le Docteur LHOTE. Il y a eu une mobilisation également de la PASS hospitalière, du service social, des équipes facturation et finances.

Le Docteur LHOTE précise que l'AME a été créée en 1999 par le Gouvernement JOSPIN, par la suite d'autres dispositifs existant depuis longtemps ont fait l'objet d'attaques permanentes.

Il a des groupes ou des commissions qui sont désignés pour évaluer avec la confirmation du maintien de l'AME mais font des propositions et restreignent de plus en plus leur champ.

Il rappelle qu'en 2010 le rapport Cordier avait modifier le financement des séjours hospitaliers en AME puisque nous sommes passés d'un système en tarification de journée à la T2A.

Dégradation d'année en année de la situation, il y a les ayant droit qui ne demandent pas tous à bénéficier de l'AME, les chiffres sont souvent supérieurs et ces personnes, la plupart du temps sont venus pour travailler, étudier ou fuit leur pays pour des raisons de violence.

Les rapports 2010 – 2020 disent que l'AME est très bien gérée et extrêmement contrôlée, il n'y a pas de dérive de dépense individuelle. Depuis 13 ans les dépenses par bénéficiaire n'ont pas changé, il n'y a pas de tourisme médical.

L'ensemble des éléments d'attaque contre l'AME est infondé avec un risque sur la prise en charge des patients avec une dégradation de leur santé et des coûts supérieurs de prise en charge.

Il y a eu la visite d'une journaliste du Monde pendant deux jours avec la rencontre de médecins et du directeur. Elle a fait un article qui a eu un impact. La rédaction de France 3 IDF a sollicité l'établissement pour participer à un entretien télévisé sur l'AME, la problématique a pu être posée de façon apaisée et non conflictuelle.

Madame BONTINCK remercie les équipes qui se mobilisent, elle rappelle qu'il y a eu également un rassemblement au centre-ville de St-Denis à l'initiative du réseau ville-hôpital des soignants.

Le représentant de la CPAM précise qu'ils ont apporté des éléments factuels et des données précises aux inspecteurs. La CPAM pense à l'accès aux soins de ces personnes et aux soignants. Cela serait compliqué si le périmètre des soins ou les conditions d'accès à l'AME étaient difficiles suite à la réforme. La CPAM est attentive à ce qui va advenir suite aux prochains débats parlementaires.

Madame BONTINCK propose de clôturer la séance.

La séance est levée à 16 h.



Activité 2019/2023



Centre Hospitalier de Saint-Denis

Nombre de RSS dans la période	29 286	30 364	+8,01%	38 713	+10,35%
Nombre de RSS mono-unité	29 118 (89%)	28 713 (84%)	+9,30%	26 416 (87%)	+19,10%
Age moyen par RSS (hors CMD 15)	40,81 ans	40,89	-0,20%	40,10	+1,78%
% d'hommes	39,08 %	40,60	-3,74%	37,73	+3,56%
Taux de décès	3,57 %	1,97	-20,55%	1,45	+8,07%
Durée Moyenne de Séjour PMSI des RSS, hors séjours	3,81 jours	3,95	-3,59%	4,42	-13,86%
Durée Moyenne de Séjour des RSS, séjours de 2 jours et plus	7,50 jours	7,27	+3,12%	7,18	+4,49%
Durée Moyenne de Séjour des RSS, hors RSS de 0 jour	6,26 jours	6,14	+1,86%	6,20	+0,97%
Nombre de Journées PMSI des RSS	110 811 jours	109 057	+1,81%	122 619	-9,57%
Taux de chirurgie ambulatoire (définition DGOS 2015)	61,47 %	61,23	+0,39%	61,16	+0,59%
Taux de séjours en médecine HD3 hors séance	67,08 %	71,49	-6,17%	53,81	+24,65%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb Journées standardisées (DMS nat)	1,159	1,145	+1,22%	1,132	+2,49%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb Journées standardisées (DMS nat) / nb Journées étab.	0,863	0,873	-1,21%	0,883	-2,34%
Indicateur de performance basé sur la DMS ENC : nb Journées standardisées (DMS ENC) / nb Journées étab.	n/a	n/a	-	0,921	
Nombre de séjours ambulatoires (séances incluses)	15 090 séjours RSS	12 614	+19,63%	9 937	+51,86%
K.R bloc	4 695 526 K.R	3 575 390	+14,56%		



SMA (GDF-Forfaits SAU)

T2A/SMA	Valorisation AM cumulé	Montant de SMA pour la période	Montant de référence annuel	Ecart
Forfait GHS + supplément	64 732 985,59	69 778 445,76	86 328 943,00	5 045 460,17
PO	72 036,90	101 539,99	137 021,00	29 503,09
Transports	116 708,55	143 743,56	186 396,00	27 035,01
Alt dialyse	0	0	0	0,00
Forfait GHS + supplément AME	4 715 227,58	4 700 787,69	5 633 519,00	-14 439,89
Transports AME	4 321,60	5 539,06	7 273,00	1 217,46
Forfait GHS + supplément soins urgents	1 406 858,90	1 175 251,84	1 291 190,00	-231 607,06
Transport soins urgents	1 093,90	1 571,25	2 131,00	477,35
RAC Séjours détenus	13 135,19	5 846,89	3 268,00	-7 288,30
Total	71 062 368,20	75 912 726,04	93 589 741,00	4 850 357,84

91% CHU et 81% CH sont encore en SMA.. En 2023

3

2023 : Le CHSD comme les autres.. sauf mater (-1% au CHSD)



On constate à fin septembre 2023 une augmentation, au global des activités MCO et tous secteurs confondus, de **+4%** par rapport à 2022 et de **+3%** par rapport à 2019

Même si leur activité est en augmentation / 2022 (**+2%**), les établissements publics commencent à retrouver leur niveau d'activité d'avant crise en volume (HC + ambu)

On note toutefois une évolution très différenciée entre l'hospitalisation complète (HC) d'au moins une nuit (**-10%** / 2019) et l'ambulatoire (**+19%**), tous secteurs confondus. De même pour l'hôpital public mais dans des proportions différentes : **-8%** et **+16%**.

On observe une baisse de l'ordre de **-7%** des naissances (INSEE) qui se retrouve pleinement dans la baisse d'activité d'obstétrique (**-5%** / 2022 et **-7%** / 2019 dont **-7%** et **-10%** sur l'HC). Un peu moins d'impact pour le secteur public (qui prend en charge les grossesses à risques et les accouchements complexes) : **-4%** / 2022

4



Le CHSD meilleur en chir HC (+7%)

Situation particulièrement contrastée en chirurgie avec une augmentation globale de 4% / 2019 mais une activité des hôpitaux publics encore en baisse par rapport à l'avant crise (-2% dont -3% pour les CHU), même si l'activité est en hausse par rapport à 2022 (+3%). Au global, la chirurgie ambulatoire est en hausse de +14%/2019 (+4% pour le public) et l'HC en baisse de -9% (-7% dans le public).

En médecine, les hôpitaux publics ont retrouvé leur niveau d'activité de 2019 (+1%/2019 mais -9% sur l'HC). Globalement, tous secteurs confondus, l'activité est en augmentation de 4%/2019 et la situation très contrastée en l'HC (-10%/2019) et l'ambulatoire (+24%/2019) du fait de la mise en œuvre de la nouvelle circulaire frontière. Cette dernière fausse et gonfle artificiellement les chiffres (transfert de l'activité externe vers des séjours en HDJ)

- La question de la dette de santé publique se pose toujours, le développement de l'ambulatoire ne pouvant pas se substituer à toute l'activité de chirurgie et de médecine avec nuitées. Notamment pour les personnes les plus vulnérables (âge, handicap, pluri-pathologie, précarité...)
- Se pose également la question de la formation des jeunes professionnels de santé et des médecins/chirurgiens

5



Fin de campagne?

Forte dégradation de la situation financière des établissements publics de santé

- Quasi doublement du déficit en 2022 (plus de 1 Md€) par rapport à la situation d'avant crise
- Situation qui risque de se dégrader encore en 2023 (impact de l'inflation et notamment sur l'énergie, montée en charges des mesures RH). Analyse des RIA 1 en cours (projection de la situation à fin septembre de 82% des établissements, manque encore quelques gros établissements) :

Demande d'abondement supplémentaire de l'ONDAM 2023 :

- Estimation d'un manque de financement de plus de 1 Md€ sur l'inflation (très forte augmentation des coûts de l'énergie notamment) et de 1,5 Md€ pour l'ensemble des établissements de santé
- Sous-financement des mesures de revalorisation RH

Niveau inédit de sous-exécution : selon les estimations de la FHF, 800 M€ de sous-exécution

- Pour mémoire, en 2022, sous exécution de l'ordre de 400 M€
 - **Demande de restitution anticipée**, comme en 2020, sans attendre le mois de mars 2024
 - **Demande de restitution étanche**, sans compensation du dépassement des cliniques privées, comme en 2021
- Dégel des crédits mis en réserve** : demande d'une restitution aux seuls secteurs en sous-exécution, le gel ayant vocation à garantir et couvrir les risques de dépassement d'enveloppe. Enjeu de l'ordre de 300 M€ sur l'enveloppe tarifaire.

6

Campagne 2024?

ONDAM 2023 : Pour les ES le montant est fixé à **102,5Md€ au lieu de 101,3Md€ en LFRSS 2023** (100,7Md€ en LFSS 2023).

- Augmentation de 600 M€ au printemps (extension des mesures de nuit et de gardes à fin août)
- Augmentation de 1,3 Md€ pour les mesures de soutien au pouvoir d'achat (mesures Guérini + extension au secteur privé)

Priorités de la FHF dans le cadre de ce PLFSS 2024 : rectifier l'ONDAM 2023 afin de garantir la **couverture intégrale des surcoûts liés à l'inflation et le financement des mesures de soutien au pouvoir d'achat et de revalorisation des sujétions du secteur public** :

- Les **mesures de soutien du pouvoir d'achat** : appliquées à compter du 1er juillet, demande de la FHF de faire l'objet d'une **compensation intégrale** : **1 Md€** dont 500 M€ au titre de mesures pérennes (**revalorisation du point d'indice notamment**) et 500 M€ au titre de mesures non reductibles (**prime pouvoir d'achat**) → **obtenu par la FHF**
- La reconduction jusqu'au 31 décembre 2023 des mesures transitoires mises en place à l'été 2022 sur le **travail de nuit et les gardes** nécessite d'abonder à nouveau l'ONDAM hospitalier. Pour rappel, l'ONDAM 2023 a été abondé de 600M€ au titre du travail de nuit et des gardes. **Pas d'abondement complémentaire.**
- La **compensation des effets de l'inflation** : nécessite un abondement complémentaire d'environ **1,5 Md€** pour l'ensemble des établissements de santé (un peu plus de **1 Md€** au titre des seuls EPS). **Ce financement n'est à ce stade pas prévu au sein de l'ONDAM hospitalier.** Pour rappel, l'ONDAM 2023 initial avait été abondé de 800M€ au titre de l'inflation, ce qui s'avère insuffisant.

7

Campagne 2024?

ONDAM 2024 : Pour les ES le montant est fixé à **105,6Md€** soit une évolution de +3,2% par rapport à 2023.

Le PLFSS prévoit pour le **sous-objectif des établissements de santé** une augmentation de 4,1% avec une hypothèse de hausse d'activité de +1,1% (volume économique, MCO), une progression mécanique des dépenses de personnel de +0,5% (GVT), une extension en année pleine des mesures nouvelles décidées en 2023 et de 1,4 Md€ de mesures nouvelles au titre de 2024.

La progression du sous-objectif serait ramenée à **+3,2%** après des économies à hauteur de **1 Md€** qui comprendraient notamment **-0,5 Md€ de mesures d'efficience à l'hôpital** et **-0,3 Md€ de baisse de prix** et de régulation des volumes de certains produits de santé prescrits à l'hôpital (liste en sus).

- **A ce jour, la FHF estime que le taux d'évolution de l'ONDAM ne permet pas de couvrir l'évolution des charges** et notamment les 1,5 Md€ (plus de 1 Md€ pour les seuls EPS) qui manquent dans la base reductible 2023. Ce sous-financement est reconduit en 2024.
- **De même pour le sous-financement des mesures RH.** Par exemple, le coût des **mesures de revalorisation pérennes des sujétions** (travail de nuit, travail du dimanche et jours fériés, gardes et astreintes) est estimé à **1,6Md€** pour le seul hôpital public. A date, dans l'ONDAM 2024, est intégrée une enveloppe de 1,1 M€, dans l'attente de précision sur la nature des revalorisations des astreintes.

8



Pour le CHSD

- Attente de l'atterrissage définitif 2023 notamment compensation des 4M€ (au moins) d'impact inflation & restitution ONDAM :
=> -16M€? -XXM€???
- Objectif (toujours le même depuis 2019) :
FINANCER LE PROJET MEDICAL & LE PROJET SOCIAL : 20M€/an
- Retrouver une CAF de 6 à 8M€/an



Rappel des principaux axes du Plan d'accompagnement du PPI

- **Poursuite du Plan Efficience (actualisé en oct 2023)**
 - Activité HC en sortie de COVID + nouvelles activité HDJ
 - Maitrise des dépenses RH : recrutements, fidélisation, hausse de moyens de personnels stables + baisse des moyens de remplacements,
 - Poursuite des autres recettes : recherche, FIR précarité, codage en chir, codage ambu & CS
 - Plan action achats territorial GHT
- **Création COPIL Efficience dès Novembre 2023 avec info régulière des instances**
 - Y.MOURIER, DD & DAF
 - F.KADDARI, Vice-présidente de CME, Cheffe de Pole
 - E.ROUSSEL, CGS/S.DUPONT FF DS

COPIL Efficience : pour quoi faire?

- Des COPIL Pleiniers pour faire le point sur les différents axes (12/1)
- Des réunions spécifiques pour accompagner les équipes!
 - Med interne/UAU : 13 décembre
 - Neurologie : 20 décembre
 - SSR Poly : 9/1
 - SSR Neuro MPR : 19/1
 - Participation aux suivis spécifiques Ped, Neonat, Mater, USP déjà en place
 - Vigilance particulière sur les projets en lien avec les axes du Plan (Recherche, précarité, RH, codage, sévérité..)

11

Plan efficience en synthèse

Champ	2024	2025	2026	2027	2028
1. Recettes activité retour base 2019	5 050 000	7 025 000	8 950 000	11 000 000	13 350 000
2. Nvelles Activités Projet Med HDJ	0	0	0	0	
3. Optimisation RH - attractivité ; baisse rempla	-800 000	-1 200 000	-1 400 000	-1 600 000	-1 800 000
4. Autres recettes (codage, préca, MERRI..)	5 404 000	5 704 000	5 704 000	5 804 000	5 804 000
<i>dont codage en chirurgie</i>	404 000	404 000	404 000	404 000	404 000
<i>dont codage denutrition</i>	400 000	600 000	600 000	600 000	600 000
<i>dont MIG Préca</i>	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000
<i>dont URC/Recherche</i>	100 000	200 000	200 000	300 000	300 000
5. Achats	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000
TOTAL	11 854 000	14 529 000	16 654 000	19 004 000	21 554 000

12



Axe 1 : Retour à l'offre de soins 2019 en HC

- Fort développement ambulatoire Bascule HC=> ambulatoire faible

Sept	2019	2023
HDJ Mal Inf	457	434
HDJ Gastro (dont chimio)	274	253
HDJ Med (diag, onco,...)	2217	2541
HDJ Obst	166	300
HDJ Geria	94	53
HDJ Ped	398	398
TOTAL	3606	3979
Séances	1721	3264

Sejour 0 Jour	2019	2023
MIR	5	10
Med inter	23	11
UAU	11	2
Neuro	77	59
Ped	48	56
	164	138

Nouvelles activités	Date ouv	2023
HDJ Addicto	2020	1362
HDJ violences	2023	242
HDJ PMA	2022	107
HDJ Sismo avec VE	2019	351
HDJ Ped +4 lits + onco	2021 & 2022	656
HDJ Mater obesite & diab	2021	295
HDJ Onco divlpt & seno	2021	994
TOTAL		3013

13

Axe 1 : retour à l'offre de soins HC 2019



Unit Med	RUM 23//2019	RUM 23//2019	AP sept	AP Oct	2024	2025	2026	2027	2028
Neuro	-100	-137	-442 800	-545 972	200 000	250 000	300 000	375 000	450 000
UNV	-219	-222	-1 448 904	-1 321 877	800 000	900 000	1 000 000	1 200 000	1 450 000
USINV	-34	-11	-197 109	-57 394	100 000	125 000	150 000	175 000	200 000
Geriatric	-73	-84	-649 408	-672 538	150 000	300 000	400 000	550 000	650 000
Obst	-1148	-1399	-3 166 949	-3 473 437	700 000	1 300 000	1 900 000	2 400 000	3 100 000
GHR	-161	-171	-347 116	-331 808	150 000	200 000	250 000	300 000	350 000
Neonat	-338	-396	-1 746 784	-1 841 875	200 000	500 000	900 000	1 300 000	1 750 000
SI Neonat	-69	-84	-465 428	-509 947	100 000	200 000	300 000	400 000	450 000
Med interme	-154	-209	-1 261 979	-1 541 417	650 000	800 000	900 000	1 100 000	1 250 000
UAU	-159	-180	-1 149 888	-1 171 584	650 000	800 000	900 000	1 000 000	1 250 000
Réa	-127	-174	-1 706 372	-2 104 078	1 000 000	1 200 000	1 400 000	1 550 000	1 700 000
USP	-36	-64	-492 672	-788 275	200 000	250 000	300 000	400 000	500 000
USCP	-60	-100	-252 480	-378 720	150 000	200 000	250 000	250 000	250 000
	-2678	-3231	-13 327 889	-14 738 922	5 050 000	7 025 000	8 950 000	11 000 000	13 350 000

14



Axe 2 : poursuite des créations d'activité avec équilibre budgétaire

- Poursuite de la validation des projets en Directoire
- Equilibre financier global entre les projets
 - Ex : HDJ équilibrés, développement activité excédentaire, et projet de cout direct déficitaires (robot..)

15



Axe 3 : RH – Attractivité, fidelisation, remplacement

- Finalisation maquettes organisationnelles PNM
- Poursuite du travail sur les recrutements
- Poursuite du travail sur la baisse des HS
- Protocolisation des créations de poste (projets en Directoire, circuit de validation des créations hors Directoire..)

- -800k€ en 2024 à -1 800k€ en 2028

16

Axe 4 : optimisation des autres recettes



- Codage en chirurgie, médicalisation de la chirurgie
- Codage nutrition
- Codage SMR, PTS & MIGAC SMR, Dotation pop SMR (-1M€ actuellement)
- FIR Précarité (note GHT pour janvier)
- URC/Recherche

17

Axe 5 : PAAT ; poursuite du Plan achats



- 600k€/an

18

Dialogue de gestion externe & interne



- **Conférences de Pôle automne-hiver**

- Heure du déjeuner : prévoir le nombre de participants (plateaux repas)
- Orientées RH/Maquettes organisationnelles

ANNEXE 2

Lancement d'une politique de mécénat : création d'un fond de dotation GHT



Constats

- Les financements publics sont parfois insuffisants pour accompagner les projets d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients.
- Le groupement développe actuellement de nouvelles politiques pour lesquelles il existe peu de financement public : recherche clinique, actions culturelles et sportives, qualité de vie au travail, actions de prévention...
- Les hôpitaux de Saint-Denis et Gonesse sont situés dans des bassins de vie précaires mais aussi dans des bassins économiques riches : plaine Saint-Denis pour le CHSD et zone d'activité de l'aéroport de Roissy pour le CHG.
- De plus en plus d'établissements de santé s'engagent dans des démarches de recherche de mécénat à travers la création de fonds de dotation – à l'instar du CHSD dont le fond a été créé en 2016.



La politique de mécénat aura pour objectif d'accompagner le financement des projets portés par les services de soins et les directions des deux hôpitaux du groupement à travers une démarche de prospection active s'appuyant sur un fond de dotation GHT.

3

Moyens

- Un directeur du mécénat secondé par une assistante à temps partiel :
 - Outre la rédaction et la mise en page des supports de communication papier internes et externes et l'animation des outils de communication numériques pour lesquelles le directeur de la communication est accompagné par des collaborateurs, l'organisation d'événements (actions de prévention, événements institutionnels ou conviviaux) et les réflexions pour une amélioration au quotidien et une refonte à terme de la signalétique font depuis 1 an et demi parties intégrantes des missions de la direction de la communication.
 - Le **recrutement d'un chargé de projet événementiel et signalétique** permettra au directeur de la communication de consacrer du temps hebdomadaire à la politique de mécénat (recensement des projets, réalisation de supports, prospection, valorisation des dons).
 - **L'affectation d'une assistante à temps partiel** sur la politique de mécénat et la gestion du fond de dotation permettra une meilleure efficacité (gestion de fichiers, relances prospection, gestion admirative du fond de dotation).
- Un fond de dotation GHT créé à partir du fond de dotation existant au CHSD.

4

Pourquoi un fond de dotation GHT :

Afin de lancer la politique de mécénat en janvier 2024, il est proposé d'organiser un conseil d'administration extraordinaire du « fond de dotation des hôpitaux de Saint-Denis » afin de modifier ses statuts pour en améliorer le fonctionnement (plus efficient, plus démocratique, pouvant financer un spectre plus large de projets) et pour élargir la politique de mécénat aux deux établissements du groupement.

Ce fond unique permettra :

- **des économies d'échelle** : Expert comptable, commissaire aux comptes, frais bancaires, édition de plaquette de communication
- **une facilité de gestion** : moins de réunions du conseil d'administration
- **la possibilité de financer des projets communs (recherche, sport, culture...)**

Sauf pour les dons explicitement versés pour le financement de projets communs, le principe de gestion sera celui de **l'étanchéité des dons entre les deux établissements**. Les fonds aujourd'hui dans les caisses du fond de dotation de Saint-Denis ne pourront ainsi pas financer des projets propres à l'hôpital de Gonesse.

5

Proposition de modification des statuts

- **Changement de nom** : remplacement du « fond de dotation des hôpitaux de Saint-Denis » par « **Solidarité Plaine de France, le fond de dotation des hôpitaux de Saint-Denis et Gonesse** ».
- **Augmentation des objets des projets pouvant être financés (nouveaux objets en gras) :**
 - Le renforcement de l'accès aux soins ;
 - L'amélioration de l'état de santé de la population du territoire ;
 - L'accueil et l'accompagnement des personnes vulnérables ;
 - **La mise en œuvre de projets de recherche clinique ;**
 - **L'amélioration des conditions de travail et de la formation des personnels ;**
 - **La mise en place de projets culturels et sportifs à destination des usagers ou des personnels ;**
 - **Le financement d'actions portées par les maisons des usagers ;**
 - Et tout autre objectif de santé publique.
- **Ajout des « recettes des tournages déduction faites des frais engagés par l'hôpital » dans les sources de financement du fond de dotation.**

6

Proposition de modification des statuts (suite)

- **Modification de la composition du conseil d'administration :**
 - Actuellement : 3 membres répartis sur 2 collèges : fondateurs (2) et personnalité qualifiée (1)
 - Proposition :
 - 4 équipes membres issus de l'équipe de direction désignés par le CODIR
 - 2 personnels médico-soignants désignés par le Constat
 - 2 personnalités qualifiées désignées par le(s) directeur(s) des hôpitaux de Saint-Denis et Gonesse
 - 1 représentant des usagers désigné par la commission des usagers du GHT
 - 1 représentant des personnels désigné par le comité territorial du dialogue social
 - 2 représentants de la CPTS désignés par les 2 CPTS
- **Les missions du conseil d'administration (modifications en gras) :**
 - Il définit le plan d'actions, la politique d'investissement et sélectionne les projets à financer **au-delà de 1000€.**
 - Il vote le rapport d'activité et les rapports financiers et élit en son sein les membres du bureau : Président, trésorier et **secrétaire.**
 - Il nomme le commissaire aux comptes **ainsi qu'un secrétaire général et un secrétaire général adjoint pour gérer les affaires courantes**

7

Axes stratégiques

- **Concentrer la prospection sur les entreprises des bassins économiques et les fournisseurs des deux hôpitaux du groupement**
- **Proposer aux prospects une palette éclectique de projets en terme de thématique (investissement, culture, recherche...) et de budget**
- **Mettre en avant qu'aider le GHT c'est soutenir :**
 - Un projet local, un projet social, un projet sanitaire, un projet innovant.
- **Rappeler les avantages fiscaux :**
 - Réduction d'impôt de 60% du montant du don dans la limite de 20 000 €, ou de 0,5% du chiffre d'affaires hors taxe. L'éventuel excédent peut être reporté sur les 5 exercices suivants.
- **Proposer aux donateurs un plan de communication pour valoriser leur générosité :**
 - Présence voir prise de parole à l'inauguration, communiqué de presse, réalisation d'une plaque « mécènes d'honneur » à l'entrée des deux établissements et sur les sites internet, réalisation de vidéo institutionnelle présentant les projets avec logos des partenaires, rédaction d'articles dans notre magazine externe largement diffusé sur le territoire, sur notre site Internet et nos réseaux sociaux, organisation d'événement « mécénat » favorisant le développement du réseau des partenaires.

8

Calendrier

- novembre 2023 - janvier 2024 :
 - Présentation du projet pour validation aux instances des 2 hôpitaux
 - Recrutement du chargé de projet événementiel et signalétique
 - Désignation des membres du futur conseil d'administration
 - Constitution d'un premier fichier de prospection pour les deux bassins de santé en lien avec les communauté d'agglomération et le service économique du GHT
- janvier 2024 – mars 2024 :
 - Envoi d'une carte de vœux au fichier de prospection
 - Lancement d'une consultation interne dans les deux établissements pour recenser les projets
 - Réunion du conseil d'administration ordinaire SD : vote du rapport d'activité et du rapport financier 2023
 - Réunion d'un conseil d'administration extraordinaire pour modifier les statuts suivi du premier CA ordinaire GHT pour fixer le projet et la stratégie mécénat et nommer secrétaire général et secrétaire général adjoint.
 - Élaboration de supports de communication présentant les établissements et les projets.
- mars 2024 : lancement de la campagne de prospection

9

Merci de votre attention

10

ANNEXE 3



Le cadre juridique actuel

Droit de la personne : reconnaissance progressive d'un droit à une fin digne et apaisée

- être informé sur son état de santé et obligation qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne soit « pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne » **Loi 2002**
- possibilité de rédiger, à tout moment, ses **directive anticipée** qui peuvent préciser que les actes médicaux "ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable ». **Loi 2005 dite Léonetti**
- **droit à une fin digne et apaisée** : Les directives anticipées s'imposent désormais au médecin pour toute décision d'investigation, d'actes, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation – **loi 2016**
- La loi autorise l'administration, à la demande du patient et jusqu'au décès, d'une **sédation profonde et continue**

Ce n'est pas la sédation qui conduit au décès mais l'évolution naturelle de la maladie

Éléments du débat actuel

avis sur la fin de vie du CCNE (13/09/2022)

"une aide active à mourir, à certaines conditions strictes avec lesquelles il apparaît inacceptable de transiger".

Convention citoyenne sur la fin de vie, pilotée par le Conseil économique social et environnemental (CESE), réunissant 150 citoyennes et citoyens entre décembre 2022 et mars 2023.

elle se prononce en faveur du **développement des soins palliatifs et de l'ouverture, sous conditions, du suicide assisté et de l'euthanasie**

-> **projet de loi sur la fin de vie : présentation en conseil des ministres prévue en fin d'année mais contenu non encore arrêté**

Éléments du débat actuel

Création d'un droit au suicide assisté avec exception d'euthanasie : quels enjeux?

-> Si la notion « avec exception d'euthanasie » est introduite : l'hôpital sera certainement identifié comme un acteur pratiquant l'exception d'euthanasie

- Etude SFAP 2021 auprès des professionnels de soins palliatifs sur cette pratique
 - 1/3 des professionnels de soins palliatifs ne pratiqueraient l'euthanasie/démission
 - 1/3 des professionnels auraient recours à la clause de conscience
 - 1/3 des professionnels ne savaient pas se prononcer
 - Risques sur le maintien d'une offre de soins palliatifs et son accessibilité déjà remise en cause aujourd'hui
 - Cohérence des prises en charge proposées
 - Suicide assisté en soins palliatifs / Réanimation de TS en réa
 - Demande de traitements/guérison par notre patientèle qui interpréterait le recours au suicide assisté comme un arrêt des traitements pour libérer une chambre, don d'organe, faible considération de leur situation par discrimination
- > contraire aux messages de réassurance sur l'hôpital qui n'est pas un lieu de (mise à) mort

ANNEXE 4

Conseil de surveillance du
CHSD
14.12.2023

Point d'information sur les auditions du
Centre hospitalier de Saint-Denis sur l'Aide
Médicale d'Etat (AME)



Centre Hospitalier de Saint-Denis

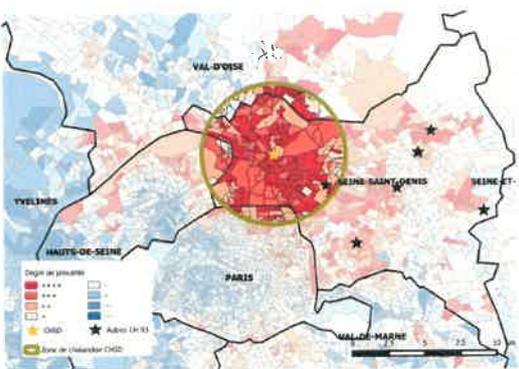
Groupement Hospitalier de Territoire
Saint-Denis Gonesse
Plaine de France

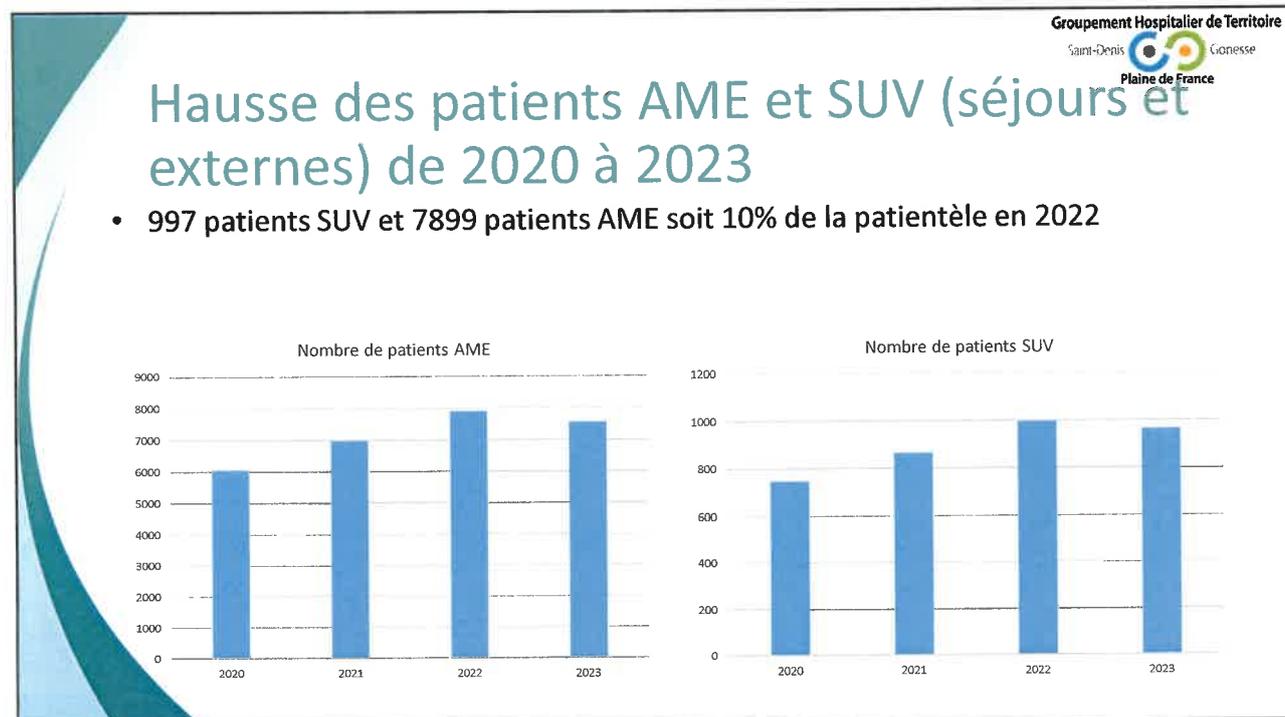
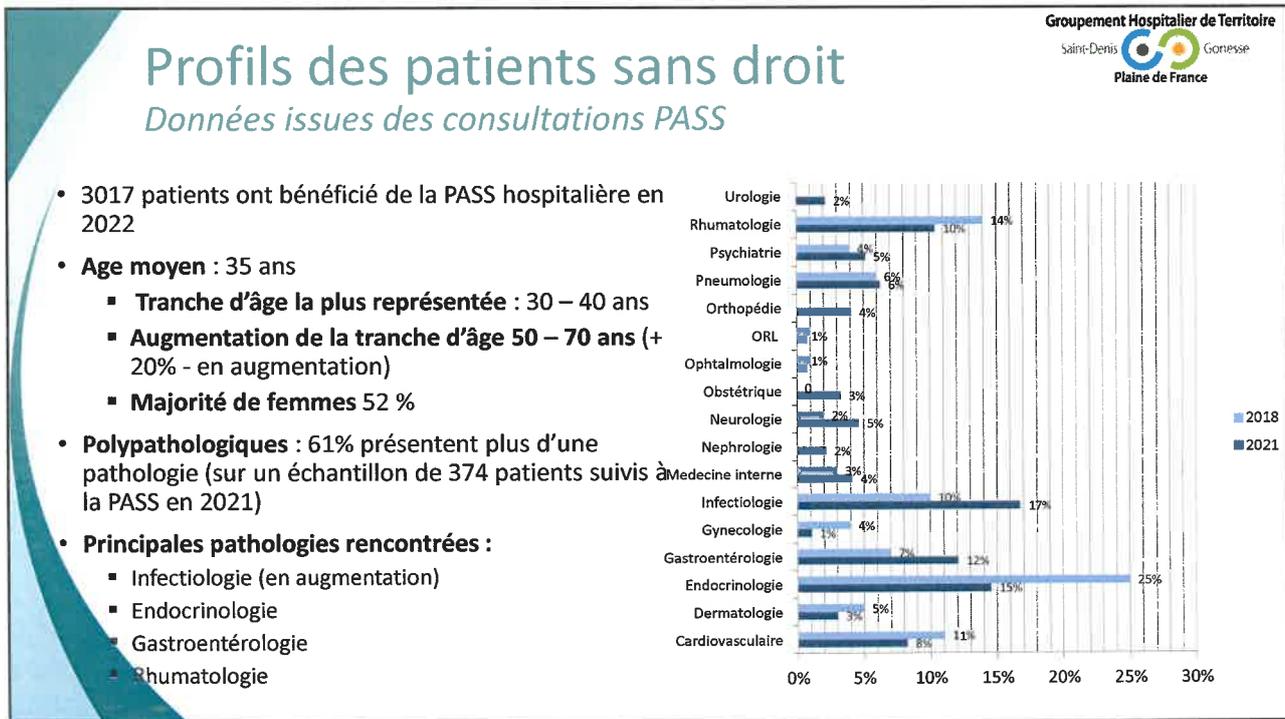
Centre Hospitalier de Vovesse

Groupement Hospitalier de Territoire
Saint-Denis Gonesse
Plaine de France

Le Centre hospitalier de Saint-Denis

- **Bassin de vie de 450 000 habitants :**
Indicateurs économiques et sociaux les plus défavorables en Ile-de-France comprenant 6 des 20 communes françaises avec le plus fort taux de pauvreté
- **Capacité :**
853 lits et places
- **Activité**
61 069 passages aux urgences adultes
36 817 passages aux urgences pédiatriques
196 288 consultations et examens externes
3 639 naissances
- **Patientèle :**
75% de la patientèle du CHSD est issue d'un périmètre de 5,4 km autour de l'établissement
5 861 patients suivis au service social hospitalier en 2022





Les enjeux identifiés en cas de restriction d'accès à l'AME pour l'établissement et les parcours de soins :

- Concentration des prises en charge sur la structure hospitalière
- Réduction des prises en charge de ces patients en ville avec recours accru aux urgences, recours accru à la PASS hospitalière avec impossibilité de bascule vers le droit commun (ville)
- Des patients dans un moins bon état de santé donc avec des prises en charge plus lourdes
- Difficultés pour trouver des structures d'aval
- Aggravation du risque financier actuel identifié

Patiente de 31 ans

- Patiente de 31 ans, originaire de Côte d'Ivoire. Mutilation génitale dans l'enfance. En France depuis 4 mois, en situation irrégulière. N'a pas fait de demande d'AME, ne se déplaçant pas par crainte d'être contrôlée dans les transports. Consulte aux Urgences devant l'apparition brutale d'une paralysie de son hémicorps gauche. L'IRM cérébrale montre un AVC. Une thrombolyse intraveineuse est effectuée, puis la patiente est hospitalisée en Unité des Soins Intensifs Neuro-Vasculaires au titre du DSUV. La patiente s'améliore après le traitement par thrombolyse mais garde une faiblesse du membre supérieur gauche avec impotence fonctionnelle. La cause de cet AVC est un syndrome des anti-phospholipides, nécessitant un traitement anticoagulant à vie.

Avec l'AME

- Avec l'aide du service social de l'hôpital, elle demande l'AME.
- Elle est rapidement admise dans le centre de rééducation du Centre hospitalier de Saint-Denis où elle continue de s'améliorer significativement.
- Elle bénéficie d'un suivi régulier spécialisé en neurologie et médecine interne
- Elle peut poursuivre son traitement anticoagulant à vie

Sans l'AME

- Faute de pouvoir bénéficier d'une prise en charge hors du cadre du DSUV, aucun transfert en rééducation ne peut avoir lieu
- Son séjour en neurologie s'en trouve prolongé de plusieurs semaines
- La patiente reste gravement handicapée, sans l'usage de son hémicorps gauche.
- Elle doit avoir recours à la PASS hospitalière de façon mensuelle pour obtenir son traitement et avoir un suivi médical

Patient de 31 ans originaire du Cambodge, en France depuis 8 mois

- **Sérologie VIH +** réalisée par un médecin de ville dans le cadre d'un bilan de santé (patient bénéficiaire de l'AME)
- Arrivé en France pour travailler, par un réseau de passeurs. A encore 50% de sa « dette » à rembourser
- Actuellement asymptomatique, CD4 401/mm³, charge virale 15 000 copies/ml, justifiant de débuter un traitement anti-rétroviral par DOVATO

Avec l'AME

- Dépistage précoce du VIH, avant la survenue d'infections opportunistes nécessitant souvent des soins lourds et des hospitalisations prolongées
- Traitement précoce = effet préventif sur la transmission (" TasP " = « Treatment as Prevention »)

⇒ **Coût efficacité démontrée d'un traitement précoce**
 Guillon, M. *Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France*. *Eur J Health Econ* **19**, 327–340 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0886-6>

Sans l'AME

- Moins de contact avec le système de soins donc moins d'occasions de dépistage
- Après le diagnostic de VIH :
 - Attendre l'apparition de complications pour traiter ?
 - Attendre la diminution de l'immunité pour traiter? Mais alors sur quel budget faire passer les consultations et bilans immuno virologiques de surveillance?
 - Risque de perdus de vue +++

⇒ **Contre-sens humain, éthique, sanitaire et économique**

Patient de 45 ans

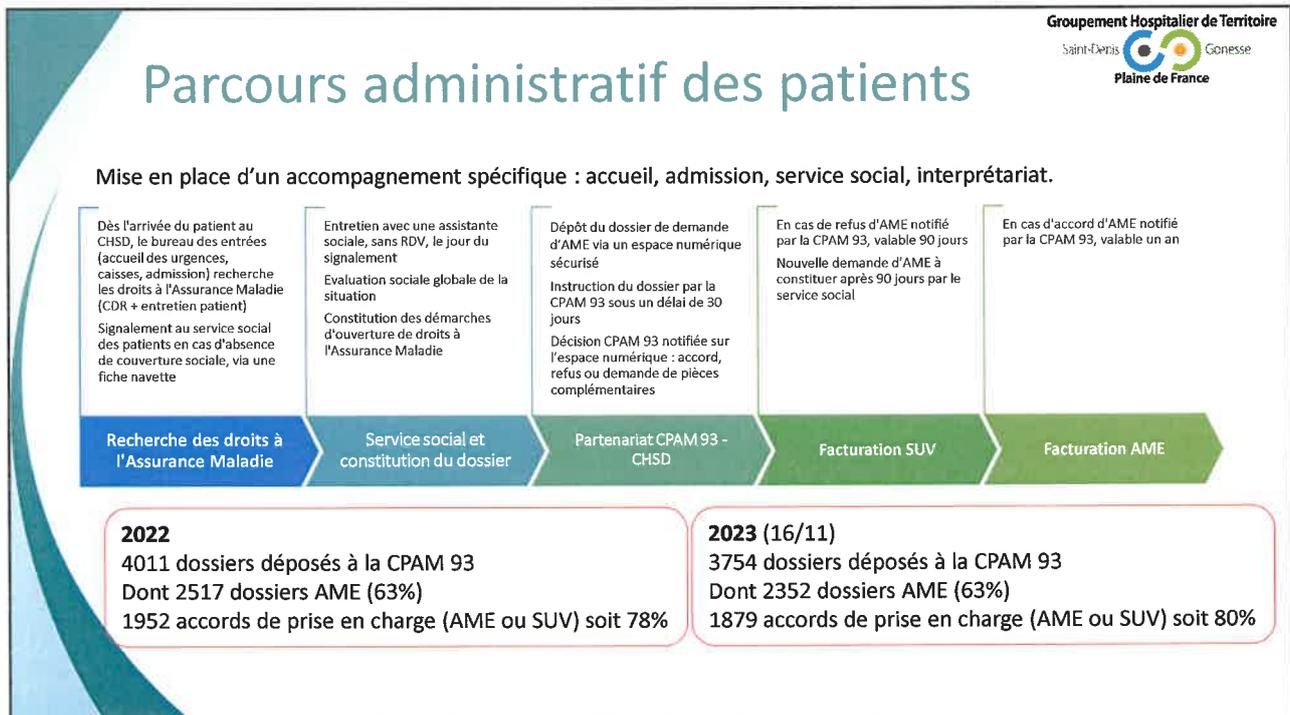
- Patient de 45 ans, marocain, vit en France de manière irrégulière depuis 6 ans. Travaille de façon déclarée dans le BTP en CDD et par intérim. Pas d'AME faute de l'avoir demandé. Hospitalisé via les urgences en réanimation pour acido-cétose diabétique inaugurale d'un **diabète de type II**. Est pris en charge au titre du **DSUV**. En sortie de réanimation, transfert en médecine interne pour suite de prise en charge comprenant un bilan des complications du diabète, une stabilisation des glycémies et de l'éducation thérapeutique.

Avec l'AME

- Pendant le séjour en médecine une demande d'AME est faite avec l'aide de l'AS du service
- Sortie après 10 jours d'hospitalisation. La demande d'AME est en cours donc le patient ne peut bénéficier d'une infirmière à domicile pour l'adaptation des doses d'insuline
- Dans l'attente de son AME, le patient se rend régulièrement à la PASS hospitalière pour surveillance des glycémies et dispensation des médicaments par la pharmacie hospitalière
- Il se rend aux Urgences à deux reprises pour des malaises hypoglycémiques
- Après 3 mois et l'obtention de son AME, bascule sur un suivi classique en ville en médecine générale

Sans l'AME

- Au bout de 2 ans le patient ne fait pas renouveler son AME du fait de barrières administratives
- Le suivi de son diabète s'interrompt, la maladie se déséquilibre
- Survenue d'une plaie du pied sur son lieu de travail pour laquelle le patient consulte aux urgences 5 jours après faute d'accès à un médecin généraliste et à une PASS engorgée
- Est hospitalisé en médecine pour mal perforant plantaire compliqué d'ostéite
- L'évolution est rapidement défavorable avec **amputation trans-métatarsienne**
- Restera hospitalisé 1 mois et demi soit le temps de la cicatrisation de la plaie sans possibilité d'un retour à domicile, faute de pouvoir bénéficier d'une infirmière à domicile pour les pansements



Groupe Hospitalier de Territoire
Saint-Denis Gonesse
Plaine de France

Impact financier pour le Centre hospitalier de Saint-Denis

- La suppression de l'AME représenterait une baisse de recettes substantielles pour l'établissement.
- En 2022, l'AME et les SUV représentent **12 287 887 M€ (environ 10% des recettes activité annuelles)**.
- Les facturations non recouvrées et actes non facturés des hôpitaux représentent un manque à gagner de 4 M€ soit au total de 16,3 M€ de perte de recettes.

