COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE

DU MARDI 4 DÉCEMBRE 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 5 FÉVRIER 2019

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME 6

II. Ėchanges avec M. Aurélien ROUSSEAU, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) 8

III. Information sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ĖPRD) 2019 et avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2019-2023 14

IV. Contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) : bilan 2018 et perspectives 2019 19

V. Rapport 2017 sur l'activité libérale à l'AP-HP 20

VI. Concertation sur la révision des effectifs 2019 des praticiens hospitaliers 21

VII. Question diverses 22

VIII. Approbation du compte rendu de la CME du 6 novembre 2018 22

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (Pr Noël GARABÉDIAN)
2. Échange avec M. Aurélien ROUSSEAU, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
3. Information sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2019 et avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2019-2023 (M. Pierre-Emmanuel LECERF, Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)
4. Contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) : Bilan 2018 et perspectives 2019 (M. Robert RATINEY)
5. Rapport 2017 sur l'activité libérale à l'AP-HP (Dr Alain FAYE)
6. Concertation sur la révision des effectifs 2019 de praticiens hospitaliers (Pr Thierry BÉGUÉ et Mme Hélène OPPETIT)
7. Questions diverses
8. Approbation du compte rendu de la CME du 6 novembre 2018

SÉANCES RESTREINTES

Composition A

- Avis sur la mobilité hospitalière d'un PU-PH
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière interne à l'UFR d'un PU-PH
- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2019

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- Mme le Pr Nelly ACHOUR-FRYDMAN
- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- M. le Pr Joël ANKRI
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- M. Guy BENOÎT
- M. le Pr Olivier BENVENISTE
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- M. le Pr Francis BONNET
- Mme le Dr Françoise BOTTEREL-CHARTIER
- Mme le Dr Clara BOUCHÉ
- Mme le Dr Anne-Reine BUISINE
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
- M. le Pr Gérard CHÉRON
- M. le Pr Yves COHEN
- M. le Pr Philippe CORNU
- M. le Pr Bruno CRESTANI
- Mme le Dr Sophie CROZIER
- M. le Dr Patrick DASSIER
- Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
- M. le Dr Michel DRU
- M. le Pr Jacques DURANTEAU
- M. le Dr Alain FAYE
- M. le Pr Marysette FOLLIGUET
- M. le Pr Noël GARABÉDIAN
- Mme le Pr Pascale GAUSSEM
- Mme le Dr Anne GERVAIS
- M. le Pr Bertrand GODEAU
- M. le Pr François GOFFINET
- M. le Pr Bernard GRANGER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- Mme Sophie GUILLAUME
- M. le Dr Christian GUY-COICHARD
- M. le Pr Olivier HÉLÉNON
- M. le Dr Olivier HENRY
- Mme le Pr Dominique ISRAËL-BIET
- M. le Pr Paul LEGMANN
- M. le Pr Michel LEJOYEUX
- M. le Dr Marianne LERUEZ-VILLE
- M. le Pr Laurent MANDELBROT
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- Mme le Dr Isabelle NÈGRE
- M. le Dr Antoine PELHUCHE
- M. le Dr Patrick PELLOUX
- M. le Pr Michel PEUCHMAUR
- Mme le Pr Claire POYART
- M. Rémi PIERAGOSTINI
- M. le Pr Christian RICHARD
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- M. le Pr Rémi SALOMON
- M. le Pr Thomas SIMILOWSKI
- M. le Pr Éric THERVET
- M. le Pr Nicolas THIOUNN
- M. le Pr Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Noël ZAHR
- M. le Pr Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  - M. le Pr Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
  - M. le Pr Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
  - M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
  - M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

- ***en qualité d'invités permanents :***

  - Mme le Pr Nathalie CHARNAUX, directrice de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
  - Dr Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordinateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
  - Mme Yvette NGUYEN, représentante de la CSIRMT
  - Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

- ***les représentants de l'administration :***

  - M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
  - Mme Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
  - M. Marc DUPONT, directeur par interim des affaires juridiques (DAJ)
  - Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
  - M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeur général adjoint
  - M. Timothée MANTZ (DÉFIP)
  - M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
  - Mmes Isabelle BILGER et Hélène OPPETIT, M. Oliver TRETON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
  - Dr Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information

- ***Représentants de l'ARSIF :***

  - M. le Dr Pierre FOUCAUD, MM. Émilien ROGER et Didier JAFFRE

- ***Membres excusés :***

  - Mmes et MM. les D^{rs} et P^{rs} Philippe ARNAUD, Emmanuel BARREAU, Sadek BELOUCIF, Catherine BERNARD, Marie BORNES, Nicolas DANTCHEV, Vincent JARLIER, Véronique MOLINA, Jean-Marc NACCACHE, Rémy NIZARD, Valérie PÉRUT, Élisabeth PORSMOGUER, Dominique PRIÉ, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, Namik TARIGHT, Phanarom THONG, Denis TIXIER
  - MM. Arthur DAUPHIN, Victor DESPLATS, Yann FLÉCHER, Jean-Vincent LAQUA, Mmes Caroline RAQUIN et Isabelle RIOM

La séance est ouverte à 16 heures 35, sous la présidence du Pr Noël GARABÉDIAN.

I. Informations du président de la CME

Le président accueille les deux nouveaux représentants des internes à la CME, M. Victor DESPLATS, aujourd'hui excusé, pour le collège des internes de médecine, et M. Rémi PIERAGOSTINI pour le collège des internes de pharmacie. Mme Isabelle RIOM est renouvelée comme représentante des internes de médecine générale.

Nomination du Pr Gabriel STEG

Le Pr Gabriel STEG a été nommé vice-président recherche du directoire de l'AP-HP par le directeur général, sur proposition conjointe du président- directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), des présidents de la conférence des doyens et des universités d'Île-de-France comportant une unité de formation et de recherche (UFR) médicale. Le Pr Gabriel STEG succède au Pr Bertrand FONTAINE.

Assises nationales hospitalo-universitaires de Poitiers du 12 au 14 décembre

Le président assistera aux journées des 13 et 14 décembre des assises nationales hospitalo-universitaires à Poitiers qui réuniront les conférences des présidents de CME de CHU, des directeurs généraux de CHU, des doyens et des présidents d'université. Suite à la lettre de mission commune adressée par les ministres de l'Enseignement supérieur et de la Santé chargeant les conférences de réfléchir au « CHU de demain », cinq sujets seront abordés :

- CHU et universités ;
- gradation des soins et organisation dans les territoires ;
- ressources humaines et évolutions de carrière ;
- études de santé ;
- recherche.

« Nouvelle AP-HP »

Les nouveaux groupes hospitaliers (GH) « aphp.5 » et « aphp.6 » sont aujourd'hui en phase de préfiguration. Au sud, le schéma s'oriente vers une fusion des hôpitaux universitaires (HU) Paris Île-de-France Ouest (HUPIFO) et Paris-Sud (HUPS), assorti d'une association avec les HU Henri-Mondor. Au nord, les discussions s'orientent vers une fusion des hôpitaux universitaires Paris-Nord Val-de-Seine (HUPNVS), Robert-Debré et Saint-Louis – Lariboisière, avec possibilité d'une instance de concertation et, le cas échéant, de départements médico-universitaires (DMU) communs avec les HU Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD).

Le groupe de travail sur les départements médico-universitaires (DMU) se réunit ce jour après la CME pour un premier essai de synthèse. Le président remercie le Pr Jean-Claude CAREL et M. François CRÉMIEUX de leur travail. Il énonce les trois principaux objectifs auxquels les DMU doivent répondre : remettre le service et l'équipe médicale et soignante au cœur du dispositif ; structurer notre offre de soins sur la base de projets médicaux et universitaires facilitant le parcours de soins des patients, en lien avec l'Université ; re-médicaliser la gouvernance et favoriser la subsidiarité en allégeant les strates administratives.

La CME centrale sera maintenue car son rôle est essentiel pour conserver une unité stratégique.

Le président souhaite que les élections 2019 se déroulent dans le calendrier prévu. Il indique que ces élections se feront par vote électronique, lequel a plusieurs avantages, notamment il devrait coûter moins cher et faciliter la participation. Le Pr Catherine BOILEAU et le Dr Anne GERVAIS, qui ne sont pas candidates à ces élections, travailleront avec la DOMU sur les modalités d'organisation qui doivent assurer confidentialité, sécurité et fiabilité des opérations.

Groupe pédiatrie

Une réflexion est en cours pour mettre en place un groupe de travail sur la pédiatrie à l'AP-HP. Après discussion avec M. François CRÉMIEUX et le Pr Pierre-Henri JARREAU, président de la collégiale, un groupe de taille restreint sera constitué. Toutes les contributions seront évidemment les bienvenues.

Consommation d'antibiotiques

Alors que le plan de l'AP-HP pour le bon usage des antibiotiques avait permis un infléchissement des consommations au cours des 2 dernières années, une hausse importante a été constatée au 1er semestre 2018 (+ 5,59 %). La communauté médicale doit se mobiliser pour limiter l'utilisation des antibiotiques au strict nécessaire. Le Pr Daniel VITTECOQ, référent antibiotiques de l'AP-HP, rencontrera tous les présidents de CMEL pour échanger et suggérer des pistes d'amélioration.

Informations du directeur général

Dégel budgétaire

Un dégel intégral des crédits mis en réserve a été annoncé pour l'hôpital. Cette décision permet de penser que la stabilisation du déficit pourra être tenue, malgré des éléments moins favorables qu'envisagé sur les missions d'intérêt générales et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Futur campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord

Le directeur général précise qu'un accord a été obtenu sur le foncier du futur hôpital Nord et espère que le contrat pourra prochainement être signé. La localisation est idéale, au carrefour des lignes 13 et 14. Il reste aux partenaires universitaires de l'AP-HP de se positionner à proximité. L'État est, par ailleurs, pleinement mobilisé sur les enjeux relatifs au plan d'urbanisme.

Nomination du Pr Gabriel STEG

À l'occasion de la nomination du Pr Gabriel STEG comme vice-président du directoire, le directeur général remercie le Pr Bertrand FONTAINE qui a exercé ces fonctions pendant quatre ans, ainsi que les fonctions de président du comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP), notamment pendant les premières évaluations du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRÈS). Le directeur général rappelle que le poste de vice-président recherche est particulièrement important dans les relations avec la communauté médicale, les universités, ainsi que l'INSERM, qui comptera un nouveau président à compter du mois de janvier.

Gouvernance

S'agissant des nouveaux schémas de gouvernance, pour le sud, le schéma de fusion entre les hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest (HUPIFO) et les hôpitaux universitaires Paris

Sud (HUPS) et une association d'Henri-Mondor restent à valider. Un schéma asymétrique constitue, à ce stade, l'hypothèse la plus probable. S'agissant du nord et de l'est, des échanges ont été engagés avec les doyens et présidents d'université, ainsi que les présidents de CMEL. L'équilibre reste délicat entre la volonté d'agir rapidement pour figer le paysage et le souhait de réaliser en premier lieu la fusion universitaire entre Paris V et Paris VII. Dans un contexte où les deux hôpitaux importants de Seine-Saint-Denis seront dans l'obligation de coopérer, un schéma convenable devrait toutefois rapidement être identifié.

Investissements inscrits au PGFP

Le directeur général tient à rappeler que le plan global de financement pluriannuel (PGFP) inclut les investissements stratégiques de l'AP-HP et qu'il a été précisé aux communautés d'Ambroise-Paré et de Garches que ce plan incluait l'investissement de 70 M€ sur le nouveau projet. Le pôle mère-enfant sur Avicenne est également intégré. Les échanges avancent par ailleurs sur le nouvel hôpital Jean-Verdier.

Élections des représentants des personnels non-médicaux

Le directeur général rappelle que les élections des représentants des personnels non-médicaux se tiennent jusqu'au 6 décembre, 23 heures, par voie électronique, et invite chacun à mobiliser les personnels, chaque voix étant importante pour la légitimité des futurs élus.

II. Échanges avec M. Aurélien Rousseau, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (Arsif)

M. Aurélien Rousseau remercie la CME de cette invitation et explique que son objectif sera avant tout d'échanger dans un moment particulier pour le système de santé et pour l'AP-HP.

Le plan « Ma santé 2022 » annoncé il y a trois mois présente un diagnostic et des objectifs de moyen terme qui font l'objet d'un large consensus, mais met sans doute encore plus en lumière la réalité du quotidien des personnels et des patients et la nécessité de répondre à leurs attentes. Le dégel intégral témoigne, sur ce point, de la prise en compte de certains messages. Si ce plan est centré sur la constitution d'une maille d'organisation de la responsabilité populationnelle à l'échelle des territoires à partir de la médecine de ville, l'hôpital est toutefois loin d'y être absent. Sur le volet ressources humaines, certaines pistes de réponses sont apportées, notamment en termes d'attractivité médicale, de diversité des modes d'exercice et de rémunération de différentes fonctions, notamment dans le cadre de l'inscription dans les protocoles de coopération. Un certain nombre de leviers doivent ainsi être activés.

L'ARS considère que l'AP-HP constitue une chance tant au niveau national et continental que régional. La formulation des attentes réciproques doit toutefois progresser pour que le CHU irrigue mieux le système de santé francilien. Le sujet de l'attractivité constitue, à cet égard, une clé d'approche majeure. L'AP-HP doit être à la fois un hôpital de proximité et une structure de recours unique. Des projets doivent être développés sur le lien avec la médecine de ville, notamment afin de désengorger les urgences, et une gradation des soins plus assumée doit être mise en place, afin que l'AP-HP bénéficie des coopérations avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

L'AP-HP se situe ainsi dans un processus de transformation profond et **M. Aurélien Rousseau** tient à saluer le travail engagé par le directeur général et ses équipes. L'amélioration de la

cohérence entre structurations hospitalière et universitaire constitue, sur ce point, une opportunité à saisir. Le CHU doit nouer des liens renouvelés avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT), et notamment avec les hôpitaux supports, mais ces liens doivent être mutuellement bénéfiques, ce qui exige un travail au quotidien sur le terrain. L'organisation de l'AP-HP est également en profonde transformation. La volonté d'un moindre contrôle par le siège ne peut qu'améliorer la gestion, mais également la vie des personnels médicaux et non-médicaux. L'AP-HP est en réalité sur une ligne de crête, avec un besoin de plus grande autonomie des groupes hospitalo-universitaires (GHU), mais également la nécessité d'une cohérence sur les fonctions support et les grands enjeux transversaux tels que l'entrepôt de données ou la projection internationale. Si le CHU de demain doit être à l'équilibre, il doit également permettre à l'ensemble des acteurs de bénéficier de toutes les dynamiques.

Sur l'ensemble de ces enjeux, un dialogue constructif a été noué avec le directeur général et ses équipes. L'évolution, notamment de la gouvernance, doit donner plus d'autonomie et plus de sens au travail des médecins. Elle doit également mieux permettre de s'intégrer dans le tissu régional en lien avec la ville et les GHT. L'AP-HP doit par ailleurs continuer à bénéficier de l'effet de masse que représente le fait d'être le premier CHU d'Europe. Pour cela, des outils de nature juridique sont nécessaires. Des preuves devront en effet être apportées rapidement sur la réalité de la transformation et son impact sur le terrain.

En conclusion, les liens avec les universités et les GHT doivent évoluer, tout comme les relations au sein même de l'AP-HP et avec l'ARS. **M. Aurélien Rousseau** rappelle avoir souligné, à l'occasion de son invitation au conseil de surveillance, l'évolution de la terminologie, le « conseil de tutelle » étant devenu le « conseil stratégique ». Cette évolution témoigne de la nécessité d'un dialogue nourri et transparent sur les différents enjeux majeurs. L'ARS se doit de fixer des objectifs généraux clairs, en évitant de placer l'AP-HP dans des injonctions contradictoires.

M. Aurélien Rousseau fait part de sa conviction que la qualité des échanges permettra de capitaliser sur la confiance et de partager les enjeux et les défis, notamment sur la trajectoire de maîtrise du déficit. Il assure que l'ARS a bien conscience que l'évolution du niveau de masse salariale a des impacts sur les personnels au quotidien, mais considère qu'il existe un chemin de transformation. Il observe d'ailleurs que les grandes décisions d'investissements ont été validées dans un contexte de déficit annuel, ce qui témoigne de la confiance de la ministre dans la trajectoire dans laquelle s'inscrit l'AP-HP.

Le président remercie M. Aurélien Rousseau pour ses propos, soulignant que l'AP-HP est une maison complexe, mais où chacun essaie de construire et d'agir, tout en continuant à assurer ses missions quotidiennes. Le président appelle ainsi à la solidarité de tous pour défendre le service public, auquel il se déclare personnellement extrêmement attaché.

M. Guy Benoît observe qu'un effort d'efficience de 130 à 140 M€ reposant sur une activité en augmentation de 1,5 à 2 % à effectifs quasi constants est exigé depuis 2014. En dépit des investissements, avec une activité en berne en 2017, le déficit s'est élevé à 175 M€ et sera encore important en 2018. La dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ainsi que celle du fonds d'intérêt régional (Fir) a baissé de 5 % en 2016 (- 66 M€) et l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2018 prévoit une nouvelle baisse de 29 M€. Tous les indicateurs s'effondrent. La marge brute diminue de 43 % entre 2015 et 2017. L'endettement augmente. La capacité d'autofinancement (Caf) est passée de 410 M€ en 2012 à 93 M€ en 2017. La Caf nette est négative de 80 M€ en 2017 et sera vraisemblablement nulle en 2018. Or le plan global de financement pluriannuel (PGFP) qui sera présenté prévoit des

efforts d'efficience encore plus importants, avec un taux de dépendance financière supérieure à 60 % et surtout une diminution de 800 postes par an, ce qui ne peut améliorer ni la situation financière ni l'attractivité, et conduira inévitablement à une plus grande souffrance au travail des personnels. Un choix doit en réalité être opéré entre une augmentation de l'activité à effectifs constants et une diminution des effectifs à activité constante, mais dans les deux cas, il s'agit de travailler plus pour gagner moins, ce qui ne peut constituer un réel projet. Dans un contexte où la ville ne subit pas une telle contrainte financière, il s'interroge sur les propositions de l'ARS pour répondre à ces difficultés.

Le Pr Bruno CRESTANI souligne que le service public est un honneur et rappelle que l'AP-HP représente 10 % des lits, mais 40 % des publications scientifiques au niveau national et est mobilisée 24 heures sur 24 auprès de l'ensemble de la population. Pour autant, l'AP-HP est en concurrence avec des structures qui n'ont pas ces charges et missions et qui déstabilisent ses équipes. Il demande donc comment l'ARS peut assurer un rôle de régulateur dans ce contexte.

Le Pr Catherine BOILEAU insiste sur l'excellence des travaux de recherche de l'institution qui représente une force régionale. Le schéma régional de santé ne présentent que quelque lignes consacrées à la politique de recherche dans et souhaiterait obtenir des éléments complémentaires.

Le Pr Bertrand GUIDET s'interroge sur le maillage à adopter avec les GHT tant pour les établissements *extra muros* qu'*intra muros*, l'AP-HP n'ayant pas le statut d'établissement support. Il rappelle par ailleurs que de nombreuses activités sont très mal rémunérées (prise en charge de la précarité, prise en charge de patients porteurs de bactéries hautement résistantes…), ce qui génère à la fois des surcoûts et un manque à gagner pour l'AP-HP, alors que les crédits des missions d'intérêt général (MIG) et FIR sont en baisse.

M. Aurélien ROUSSEAU reconnaît, s'agissant de la trajectoire financière, que les résultats de 2017 ont constitué un choc financier collectivement. Un an plus tard, les résultats ne sont certes pas satisfaisants, mais témoignent d'une amorce d'évolution plus positive, dans un contexte où le niveau d'activité, et donc l'attractivité, ne présente pas de décrochage massif. Une trajectoire crédible de retour à l'équilibre a ainsi été définie et l'ARS est prête à accompagner des projets d'investissements majeurs, notamment au regard des perspectives sur le niveau de capacité d'autofinancement. Il rappelle par ailleurs que les hypothèses ont été durement challengées dans le cadre de la présentation du PGFP devant le ministère du Budget et note que si le chemin est objectivement tendu et ne peut être tenu à structure constante, l'évolution organisationnelle et la plus grande subsidiarité permettront de dégager des marges et de revenir à une situation soutenable.

M. Aurélien ROUSSEAU indique toutefois avoir conscience du sentiment de certains que les contraintes spécifiques qui pèsent sur l'AP-HP ne sont pas suffisamment prises en compte par les modèles existants. La question *in fine* est toutefois celle du niveau d'enveloppe globale. Les dotations MIG ont diminué significativement, car les hôpitaux qui assuraient ces charges étaient sous-rémunérés. À enveloppe constante, le budget de l'AP-HP a ainsi été pénalisé. Il se déclare prêt à examiner la situation en cas d'effets qui seraient structurellement défavorables. Néanmoins, pour beaucoup d'établissements, le nouveau dispositif a permis de rémunérer leur contribution dans le cadre de la prise en charge de la précarité.

Concernant les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC), **M. Aurélien ROUSSEAU** observe que les représentants de ces établissements lui ont vigoureusement reproché une trop

grande protection de l'AP-HP. Les ÉSPIC ne se portent en effet pas si bien que cela, leur situation étant très disparate. Il observe que le « *mercato* » actuel sur certaines compétences, notamment médicales, ne peut être arrêté. Les ÉSPIC évoquent en réalité peu les problématiques financières, mais avant tout leur capacité à porter des projets. C'est la raison pour laquelle il est essentiel d'accorder une plus grande souplesse aux GHU. L'ARS n'a en tout cas, sur ce sujet, pas de moyens directs de régulation, mais cherche à mener une discussion globale avec les ÉSPIC afin d'éviter des politiques délibérées de *picking* au sein des équipes de l'AP-HP.

M. Aurélien ROUSSEAU reconnaît, s'agissant de la politique de la recherche, que la question de la place du CHU au service du système de santé reste peu présente dans le programme régional de santé (PRS), sans doute parce que l'ARS se concentrait jusqu'à présent sur les aspects financiers. Un des outils au service de la recherche, le groupement inter-régional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI), n'a d'ailleurs pas fonctionné comme attendu et un retour d'expérience devra être établi.

Enfin, pour répondre au Pr Bertrand GUIDET, dans de nombreux endroits, le CHU est l'établissement support d'un GHT, mais irrigue un périmètre plus large. Il est ainsi essentiel de construire de nouvelles modalités de coopération et des évolutions de nature réglementaire pourront permettre de franchir une étape sur ce point. La coopération avec les centres hospitaliers passe éventuellement par la participation à des GHT, mais pas exclusivement, une gradation des soins plus nette étant, plus largement, nécessaire. De nouvelles relations avec les GHT sont également indispensables, ce qui suppose des évolutions de nature réglementaire.

Le Pr Bernard GRANGER remercie le directeur général de l'ARS pour ses propos, tout en observant qu'ils restent d'ordre très général et généreux vis-à-vis de l'AP-HP, sans que ceci ne se traduise toutefois nécessairement sur le terrain. Il insiste en effet sur les difficultés que rencontrent les professionnels de l'AP-HP à remplir leurs missions dans les conditions matérielles et budgétaires actuelles. L'équilibre devait être atteint en 2012, puis en 2018. Cet équilibre est désormais promis en 2023. Il s'interroge sur le caractère crédible de cette trajectoire au regard des plans d'économies prévus.

Le Dr Isabelle NÈGRE note, pour prendre son exemple personnel, qu'elle attend depuis 10 mois une réponse de la Haute Autorité de santé (HAS) sur un protocole de coopération engagé depuis quatre ans. Elle souhaite savoir comment la proposition de soins est envisagée en dehors de l'efficience et des contraintes budgétaires et si les besoins de santé de la population sont réellement pris en compte.

M. Aurélien ROUSSEAU rappelle que le PRS s'appuie précisément sur les besoins de santé de la population, en incluant des actions sur la prévention et la lutte contre les inégalités. Il reconnaît par ailleurs que son propos ne saurait être que général, l'ARS n'étant pas aux commandes de l'AP-HP et le format des échanges ne permettant pas d'entrer dans le détail de chaque projet. Il ne saurait toutefois laisser sous-entendre que la gestion de l'ARS est purement technocratique au regard de l'éthique de l'ensemble de ses équipes. Quant aux protocoles de coopération, ils ne sont pas l'alpha et l'oméga de la trajectoire présentée. Néanmoins, le plan « Ma santé 2022 » prévoit l'allégement des dispositions relatives à ces protocoles et la rémunération des infirmiers qui y sont intégrés. Ces protocoles sont trop souvent, aujourd'hui, un « parcours du combattant », alors qu'ils permettent de sécuriser les parcours des infirmiers.

Le Dr Sophie CROZIER estime que le terme d'équilibre renvoie trop souvent au seul équilibre financier, alors qu'il devrait plutôt être apprécié en pesant les besoins et les moyens qui sont mis

en face pour y répondre, tant en termes humains que d'équipements. Sur le terrain, les difficultés sont majeures, notamment à la Pitié-Salpêtrière, où les lits et le personnel sont insuffisants et où il n'y a plus assez d'infirmiers ni d'aides-soignants de *pool* pour répondre aux besoins et les intérimaires ne viennent pas. Les situations deviennent tellement tendues en termes de qualité et de sécurité des soins que des lits doivent être régulièrement fermés alors même que la capacité de lits d'hospitalisation complète est insuffisante. Les soignants enchaînent les heures supplémentaires, avec un nombre de patients qui peut aller du simple au double quand ils sont en sous effectifs, ce qui génèrent une vraie souffrance au travail avec un personnel qui est à la limite, voire déjà en situation de *burn out*. Sans moyens supplémentaires et revalorisation du travail soignant il est probable que toutes ces réorganisations ne fassent qu'aggraver une situation déjà extrêmement tendue, avec un risque pour la qualité des soins et la sécurité des patients. . Elle se déclare ainsi très inquiète au regard de la dégradation de la qualité des soins et de l'état de santé du personnel qui est à la limite, voire déjà en situation de *burn out*.

Le Pr Bertrand GODEAU souligne que la tarification à l'activité (T2A) est un obstacle à la collaboration entre structures et à la mise en place d'une gradation des soins et demande si l'ARS peut aider l'AP-HP à mieux collaborer avec les hôpitaux dits « périphériques ».

Le Dr Olivier HENRY s'interroge sur l'action de l'ARS face aux disparités en matière de recrutement des praticiens attachés associés. Plusieurs hôpitaux les recrutent en effet directement à l'échelon 8, voire à l'échelon 12, avec le risque d'appauvrir les services de gériatrie de l'AP-HP et de ne plus assurer l'aval des urgences pour les plus de 75 ans.

Le Dr Patrick PELLOUX s'interroge sur la politique d'emploi de l'AP-HP, notamment envers les infirmiers et les jeunes générations. S'agissant des urgences, la médecine de ville s'est en réalité désintéressée de la permanence de soins, avec des maisons médicales de garde n'ouvrant qu'entre 18 et 20 heures. Des consultations de soins non programmées de 8 heures à 22 heures doivent en réalité être créées dans chaque arrondissement. Les urgences de Paris ne peuvent être l'alpha et l'oméga de l'ajustement opéré.

Le Dr Nathalie DE CASTRO demande si le rapport que M. Aurélien ROUSSEAU a rédigé pour le gouvernement servira à définir des indicateurs de suivi par ARSIF. Sur ce sur ce point, est-ce que le ratio d'infirmiers et d'aides-soignants idéal au lit des malades, observant qu'un infirmier pour 14 lits est loin d'être suffisant. Elle souhaite par ailleurs savoir comment l'ARSIF peut aider l'AP-HP en matière d'attractivité, en particulier pour les aides-soignants et infirmiers au regard de l'écart de niveau de vie par rapport aux autres régions.

Le Dr Christophe TRIVALLE s'étonne en premier lieu, au regard des besoins, que le plan « soins long durée » (SLD) de l'AP-HP prévoie une diminution de 30 à 50 % de la capacité de lits, alors que l'institution représente 60 % du capacitaire de l'Île-de-France. Il demande par ailleurs si l'ARS peut davantage s'impliquer sur la répartition des postes d'internes de médecine générale à l'hôpital afin d'éviter que certains hôpitaux ne comptent plus aucun interne.

Le Dr Anne GERVAIS observe que l'AP-HP s'est investie sur les nouvelles modalités de financement, mais que l'ARS a tardé à répondre et quand elle l'a fait les réponses ont pu être contradictoires. Il lui semble important que l'ARS apporte le même soutien à l'AP-HP que l'administration de l'AP-HP amène aux équipes proposant des projets innovants. L'administration doit soutenir de son expertise les cliniciens qui tentent de répondre à des besoins insatisfaits. Elle rappelle que l'AP-HP assure aujourd'hui tant les urgences que le suivi des maladies

chroniques et attendrait également un soutien de l'ARS, la reconnaissance du service qu'elle rend pour combler des manques qui ne lui incombent pas et pour lesquels elle n'est pas financée. Les moyens doivent être adaptés. Or l'attrition est aujourd'hui réelle, le budget diminuant d'environ 100 M€ chaque année depuis 2016, un budget de 7,3 Md€ étant prévu pour 2019 contre 7,6 Md€ en 2016.

M. Aurélien ROUSSEAU note, s'agissant de l'article 51, que le sujet a trait davantage à la bureaucratisation d'un dispositif expérimental qui se voulait initialement agile, et souligne qu'un travail a été mené sur le volet de l'insuffisance cardiaque. Il assure que l'accompagnement sera amélioré, d'autant plus que cet article constitue un moyen de lever certaines incohérences de tarification. Concernant les assistants spécialisés partagés, le budget a été multiplié par quatre en un an. Toutes les demandes seront financées. La régulation sera effectuée par le biais de l'attractivité et du sujet médical.

M. Aurélien ROUSSEAU reconnaît que la question de l'attractivité est majeure. Si le volet rémunération n'est évidemment pas neutre, il ne relève pas de l'ARS. Les collectivités territoriales se rendent parallèlement compte de l'importance de développer des politiques publiques en matière de logement. L'attractivité dans l'exercice professionnel est également importante. Or, celle-ci est liée à l'excellence de l'activité scientifique, à la diversité des carrières et à la combinaison entre activités de soin et de recherche.

S'agissant de la question des soins non programmés, **M. Aurélien ROUSSEAU** ne pense pas qu'une consultation pourra être mise en place dans chacun des arrondissements, notamment au vu de leur population. Néanmoins, ce sujet doit être soulevé. Le plan « Ma santé 2022 » offrira des outils permettant ce type d'exercice.

Le sujet de l'internat constitue une priorité régionale. **M. Aurélien ROUSSEAU** considère que l'ARS doit être partie prenante pour porter un discours de fond sur ce sujet dans l'ensemble des spécialités, en particulier dans la coordination de médecine générale. Il reconnaît par ailleurs que la tarification peut inciter à des attitudes non coopératives et explique que l'objectif est d'éviter de créer de la concurrence absurde. Un travail a d'ores et déjà été mené sur certaines pathologies. Une logique gagnant-gagnant doit en tout cas être mise en place dans le nouveau cadre de coopération entre les GHT et le CHU. Quant aux unités de soins longue durée (USLD), une partie des patients pourrait être prise en charge dans des filières moins lourdes afin que la filière gériatrie et SLD se concentre sur son cœur d'activité. En USLD, doivent en effet être accueillis des patients qui ne pourraient pas l'être en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD). L'ARS accompagnera le plan de l'AP-HP sur le sujet.

M. Aurélien ROUSSEAU s'excuse de devoir partir et remercie les membres de la CME pour leur accueil.

Le président remercie M. Aurélien ROUSSEAU.

III. Information sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2019 et avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2019-2023

Le Dr Anne GERVAIS rappelle, avant de céder la parole à Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ et M. Pierre-Emmanuel LECERF pour présenter l'ÉPRD et le PGFP, que les tarifs continuent de diminuer, même si l'activité est stable, et que, de ce fait, le déficit est inévitable.

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique que la présentation porte à la fois sur l'ÉPRD 2019 et le PGFP 2019-2023.

Le déficit du budget principal s'est stabilisé en 2018 à – 200 M€ (le déficit consolidé étant de 181 M€) et s'accompagne d'une amélioration de la CAF (142 M€ *versus* 94 M€ l'année précédente) et du taux de la marge brute. Cette trajectoire repose sur la maîtrise de l'ensemble des dépenses, et principalement de la masse salariale. Ces chiffres s'entendent hors dégel et éventuelle baisse des dotations MIG.

La trajectoire financière 2018-2023 prend en compte le plan de transformation décliné par GH et la « nouvelle AP-HP », et repose sur un retour à l'équilibre du budget principal en 2023 s'accompagnant d'une politique ambitieuse d'investissements de 2,5 Md€ sur 5 ans.

L'ÉPRD 2019 prolonge la forte exigence qui a marqué l'exercice 2018 :

- un objectif de stabilisation de la masse salariale couplé à des économies sur les charges hôtelières et fonctions support et une progression de 0,3 % des dépenses du titre 2 (biologie et médicaments) ;
- une reprise très mesurée de l'augmentation de l'activité (+ 1,2 % en volume de séjours) et mettant l'accent sur le développement de l'ambulatoire (+ 1,9 %) et de l'hospitalisation à domicile (HÀD) (+ 7,9 %) ;
- une baisse des tarifs de 0,6 %.

Les principaux leviers d'efficience mobilisés sont :

- la relance des filières d'activité selon les potentialités de chaque GH ;
- l'adaptation du capacitaire à l'évolution des prises en charge (bascule ambulatoire…) ;
- la transformation numérique ;
- la maîtrise des charges à caractère médical avec un effort de 12 M€ par an ;
- la poursuite du développement de la facturation des chambres particulières.

Le budget prévoit ainsi une stabilité de la masse salariale, une évolution très modérée des charges de titre 2 et des économies sur le titre 3, tandis que les produits de titre 1 liés à l'activité augmentent de 0,6 %.

Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ indique qu'il en résulte un déficit de 145 M€ ou de 137 M€ dans le cadre du budget consolidé, ce qui permet de dégager une CAF de 218 M€ contre environ 140 M€ en 2018.

L'AP-HP prévoit un volume d'investissements à hauteur de 422 M€ en 2019 (en crédits de paiement) pour environ 375 M€ en 2018, se décomposant de la manière suivante :

- 256 M€ de travaux, dont les principales opérations prévues en 2019 ;
- 105 M€ d'équipements ;
- 60 M€ pour le système d'information.

La hausse prévue de la CAF à 218 M€ (+ 76 M€ par rapport à 2018, soit + 50 %) permettra de limiter le recours à l'endettement en 2019 :

- 315 M€ d'emprunts nouveaux prévus (– 30 M€ par rapport à 2018) ;
- 141 M€ de remboursement de dettes prévus.

Les cessions d'immobilisations devraient représenter seulement 20 M€ en 2019, une augmentation étant prévue par la suite.

Le PGFP s'appuie sur un plan de transformation travaillé en interne, mais également avec les tutelles, ainsi que de nouveaux investissements grâce à l'amélioration de la CAF et un plan de cessions complémentaire. Le plan prévoit un retour à l'équilibre du budget principal en 2023 et du budget consolidé en 2021 en retenant les hypothèses suivantes :

- des prévisions d'activité prudentes : + 1,1 % en volume de séjours chaque année et + 0,5 % par an en recettes de séjours (y compris HÀD) après baisse tarifaire (– 0,6 %) ;
- une stabilité de la masse salariale (0 %) sur l'ensemble de la période 2018-2023 ;
- une stabilité des dotations MIGAC-FIR à 1 180 M€ pendant toute la période ;
- une progression très limitée des charges de produits de santé et hôtelières et générales nécessitant une forte mobilisation collective.

Les leviers du plan de transformation 2019 continueront d'être actionnés. Les retours sur investissements des projets d'investissements représentent plus de 80 M€ au total. Les autres leviers comprennent la trajectoire capacitaire, le développement de l'ambulatoire, l'adéquation personnel capacitaire, les transformations numériques et la déconcentration des missions dans les GH avec un nouveau siège dès 2019.

À compter de 2020, la CAF s'élèvera à quasiment 300 M€. Pour financer des investissements annuels de 400 à 600 M€, la dette passera de 2,4 Md€ fin 2017 à 2,9 Md€ en 2023. Pour sécuriser un niveau de 2,5 Md€, un plan de cessions complémentaire a été présenté. Les opérations d'investissements incluent le projet Avicenne – Jean-Verdier pour 85 M€, les blocs opératoires à Bicêtre pour 29 M€ et le projet de nouveau siège. Les opérations majeures telles que la « stratégie nord » et l'hôpital du handicap sont évidemment intégrées.

L'AP-HP vise une dynamisation de sa politique de cessions sur le prochain PGFP pour contribuer au financement de sa trajectoire d'investissements, avec une cible de près de 100 M€ par an sur les cinq prochaines années (contre une réalisation moyenne de l'ordre de 55 M€ par an précédemment), soit près de 20 % du total des investissements programmés sur la période. Ce plan intègre ainsi des cessions supplémentaires de bâtiments tertiaires (siège de l'avenue Victoria et ancien institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) de l'avenue René-Coty) ou de logements (boulevard Sébastopol et avenue de Versailles), ainsi que l'anticipation des projets de libération et la valorisation de sites.

Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ rappelle pour conclure que le PGFP est un exercice important, d'autant plus que le précédent n'avait pas été approuvé par les tutelles. La trajectoire de financement des investissements a été sécurisée grâce à un taux d'endettement maîtrisé autour de 35 ans et une durée apparente de la dette revenant sous le seuil des 10 ans à compter de 2021.

M. Guy Benoît estime que l'activité est un sujet mal maîtrisé, des variations étant observées d'un mois sur l'autre. Dans le cadre de l'ÉPRD 2019, la Caf s'améliore, mais reste à un niveau très faible. En outre, la notion de Caf nette doit être privilégiée. Or celle-ci reste à des niveaux très bas. L'endettement augmente de manière conséquente dans le cadre du PGFP. La dépendance financière est forte. Les recettes s'améliorent, mais de manière hypothétique. Une grande partie des investissements envisagés ne produiront en effet leurs effets qu'à compter de 2021 voire plus tard. L'activité est augmentée de 1 %, mais les effectifs sont réduits chaque année. Les activités de blanchisserie et de restauration sont internalisées, mais la production de médicaments est externalisée. Pour toutes ces raisons, il indique qu'il ne pourra émettre un avis positif.

Le Pr Paul Legmann demande si le domaine privé de l'AP-HP et le pourcentage cédé depuis cinq ans ont été estimés. Il s'interroge par ailleurs sur le service annuel de la dette et demande s'il ne faut pas anticiper une hausse des coûts d'emprunt.

Le Dr Christophe Trivalle observe que les admissions en non-valeur représentent 80 M€, ce qui représente 40 % du déficit. Il demande par ailleurs si la carte des investissements qui a été présentée est définitive.

Le Pr Jean-Marc Tréluyer souhaite savoir si les pertes liées à la fusion des hôpitaux ont été quantifiées (pertes de points du système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques [Sigaps], diminution des financements des structures liées à un GH, baisse des séjours inter-établissements…) et si elles peuvent être neutralisées.

Le Pr Michel Lejoyeux observe que la stabilité des dépenses aboutit à une réduction du personnel, et insiste sur l'enjeu d'une meilleure prévisibilité et visibilité, notamment en matière de motivation et d'attractivité.

Le Dr Nathalie de Castro considère que certaines hypothèses de prévisions d'activités sont peu réalistes. La bascule sur l'ambulatoire en chirurgie a par exemple en grande partie été opérée, il y a donc peu de marges de progression ; l'ambulatoire devrait continuer à diminuer en médecine compte-tenu des modalités de financement via la circulaire frontière qui ne favorise pas l'ambulatoire « intelligent ». En onco-hématologie, beaucoup d'hôpitaux de jour devraient s'arrêter compte tenu des nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché. Dès lors que des regroupements et travaux sont effectués, des lits doivent aujourd'hui être fermés faute de rocades ce qui impacte l'activité. L'épidémie de grippe, par nature peu prévisible, fait par ailleurs varier l'activité des services de médecine de 5 à 10 % chaque année. Enfin, des fermetures de lits sont fréquemment nécessaires faute de personnels.

Le Pr Bernard Granger demande si la stabilité de la masse salariale s'appuie sur la suppression de 800 à 1 000 postes par an. Concernant les leviers du plan de transformation, il demande à quoi font référence les fonctions administratives et supports dans le cadre des regroupements prévus.

Le Pr Yves Cohen s'interroge sur le nombre d'emplois que représente une stabilisation de la masse salariale entre 2019 et 2023.

Mme Marianne Kermoal-Berthomé indique, s'agissant de la Caf nette, qu'une hypothèse stable de remboursement de la dette est retenue tout au long de la trajectoire (entre 140 et 150 M€ chaque année). La dette passera de 2,4 Md€ à 2,9 Md€. Les charges financières représentent environ 60 M€. Le risque financier pesant sur ces charges est toutefois limité. L'essentiel de

l'emprunt est à taux fixe et des modalités de remboursement *in fine* ont été retenues, avec un paiement la dernière année. L'augmentation des taux a cependant être intégrée dans les prévisions.

S'agissant des cessions, le montant total des cessions du domaine privé ces dernières années sera communiqué. **Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** précise que la trajectoire pluriannuelle intègre chaque année 5 M€ de ventes de lots de copropriété, la stratégie consistant à vendre immédiatement tous les lots qui peuvent être valorisés à bon escient. C'est le cas notamment lorsque des appartements isolés sont libérés.

Concernant les investissements, le montant de 2,5 Md€ inclut des investissements validés sur les grandes opérations, d'autres restant à arbitrer. Les SLD constituent un sujet à part, car la nouvelle trajectoire capacitaire conduira à revoir un certain nombre d'opérations. À la différence de Sainte-Périne, de nouvelles études sont menées à Paul-Brousse, la Collégiale et Émile-Roux en fonction d'un nouveau capacitaire. Les montants prévus initialement ont toutefois été conservés à ce stade dans le PGFP.

S'agissant de l'impact sur la fusion des GH, notamment sur le calcul des MIG, la problématique porte plus spécifiquement sur les missions d'enseignement, de recours, recherche et d'innovation (MERRI). Le calcul des points SIGAPS fait en effet référence à la notion de GH. Pour l'ensemble des autres MIG, les sites hospitaliers sont pris en compte et des échanges sont engagés avec les tutelles pour adopter intégralement une logique de sites.

Le président souligne que ce combat doit être mené auprès du ministère.

Le directeur général observe que ce PGFP se table sur le même niveau d'investissements que celui initialement prévu. La contrainte est le retour à l'équilibre en 2023. L'AP-HP a en réalité fait le choix de parvenir à ce résultat en ajoutant des opérations d'investissements, car ce sont, à son sens, ces opérations qui préservent l'avenir de son activité.

Le directeur général indique, pour répondre à M. Guy BENOÎT, que des prévisions d'activité peuvent généralement être établies de manière satisfaisante, même si ce ne fut pas le cas en 2017. En l'espèce, l'augmentation prévue est de 1 ou 1,2 %, *versus* 2 % préalablement. Il estime que ce taux est raisonnable. Par le passé, l'AP-HP affichait en effet une activité plus élevée, mais l'équilibre reposait sur le surcroît de recettes d'activités. Pour les cinq prochaines années, l'équilibre repose à 50 % sur les recettes d'activités et à 50 % sur les économies réalisées sur les dépenses. Cette méthode permet d'obtenir un degré de certitude plus important. Le ministère et l'administration considèrent du reste que ces scénarios sont crédibles et justifient un investissement de 2,5 Md€ ces cinq prochaines années. Le directeur général rappelle toutefois que le PGFP sera ajusté chaque année. S'agissant de la question des emplois, si l'augmentation tendancielle est d'environ 1 % et que la masse salariale est nulle, l'écart à rattraper correspond ainsi à ce niveau, soit 700 à 800 emplois par an. La masse salariale inclut toutefois l'intérim et les heures supplémentaires. En outre, un phénomène tel que la réduction de l'absentéisme enregistrée depuis 14 mois a un impact positif. Au-delà des évolutions de l'organisation, un travail est par ailleurs mené sur les conditions de remplacement de congés maternité. Afin d'éviter tout impact sur la qualité des soins, les réflexions ont, en premier lieu, porté sur les cadres d'emploi. Des efforts de réduction de 30 % des effectifs sont ainsi envisagés au siège afin de préserver le reste. En outre, la digitalisation permettra des économies d'effectifs, notamment au sein des services d'archives.

Le directeur général souligne que les différentes réorganisations telles que le regroupement des activités de transplantation augmentent les possibilités de maintenir les effectifs par lit tout en ayant réduit le capacitaire et en accueillant davantage les patients. Un travail est, par ailleurs, mené sur les activités organisées sous un statut hospitalier, comme la gestion des logements. L'objectif est enfin d'être moins « T2A dépendant » en recherchant des recettes supplémentaires, comme avec les chambres individuelles (30 M€). Ces recettes permettent en effet de préserver des emplois supplémentaires.

Le Dr Anne GERVAIS note que le forfait journalier est en pratique passé de 20 à 65 € puisqu'automatiquement les chambres seules sont facturées en sus du forfait journalier.

Le directeur général reconnaît que cette proposition peut déplaire, mais souligne que cette décision produit des effets protecteurs. L'objectif est également de mieux valoriser la recherche afin de développer des recettes hors T2A et de pouvoir continuer à investir dans les projets.

Le président indique qu'il ne votera pas ce PGFP. Il tient toutefois à remercier la direction générale pour le travail considérable qui a été réalisé et qui permet de défendre les projets d'investissement de l'AP-HP. L'institution fait toutefois face à un problème de choix politique. Son activité n'est pas rémunérée à son coût réel, les écarts étant considérables. Alors qu'il y a eu un développement vers l'ambulatoire comme demandé, le coût réel n'a, là encore, pas été pris en charge, alors que cet axe constitue une amélioration pour les patients. L'AP-HP ne bénéficie par ailleurs plus du statut spécifique qu'elle avait par le passé, alors qu'elle continue de représenter 40 % de la recherche nationale et d'assurer des missions d'ultra-recours, de recours, mais également de proximité et d'urgences. La situation n'est ainsi plus tenable.

Le président propose d'adopter le projet de motion suivant :

« La CME de l'AP-HP se félicite des importantes opérations d'investissement hospitalier prévues au PFGP 2019-2023. Ces investissements sont indispensables pour répondre aux besoins des patients.

La CME de l'AP-HP soutiendra toutes les évolutions structurelles qui améliorent l'utilisation de nos ressources dès lors qu'elles sont fondées sur un projet médical cohérent et adapté à l'évolution des besoins, à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et au progrès médical.

Elle ne peut toutefois souscrire à un PGFP qui prévoit des restrictions budgétaires à hauteur de 260 M€ (52 M€/an) sur la masse salariale, entraînant une diminution des effectifs. Elle constate que, chaque année, l'activité devra augmenter de 1,1 % pendant que les recettes afférentes n'augmenteront que de 0,5 %.

La CME de l'AP-HP demande qu'il soit mis fin à la baisse continue des tarifs qui plonge les hôpitaux dans des plans d'efficience sans fin et contribue au grave problème d'attractivité de l'hôpital public, avec, pour les médecins, de plus en plus de spécialités médicales en tension.

Elle ne comprendrait pas que le dynamisme du virage ambulatoire pris par l'AP-HP, bénéfique pour les patients – de surcroît, demandé par les pouvoirs publics – continue à la pénaliser budgétairement.

Le malaise des équipes médicales et soignantes doit être entendu. La pression budgétaire incessante doit être relâchée.

Tout en reconnaissant la qualité de la négociation budgétaire menée par la direction générale dans le cadre des contraintes qui lui sont imposées, la CME de l'AP-HP ne peut approuver un PGFP qui alourdit les efforts déjà demandés dans celui qu'elle avait rejeté le 5 décembre 2017. »

Le président propose de procéder au vote.

Un membre de la CME demande un vote à bulletins secrets.

Il est procédé à un vote à bulletins secrets.

57 votants sont dénombrés.

La CME émet un avis défavorable sur le PGFP 2019-2023 par 48 voix défavorables, 3 voix favorables, 2 bulletins nuls et 4 bulletins blancs étant recensés.

IV. Contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) : bilan 2018 et perspectives 2019

M. Robert RATINEY rappelle que le CAQES signé entre l'AP-HP, l'Assurance maladie et l'ARS est en vigueur depuis le 1er janvier 2018. Il comporte un volet socle sur les produits de santé et des volets additionnels sur les transports et la pertinence du parcours de l'insuffisance cardiaque. Le volet socle donne lieu à un rapport d'auto-évaluation annuel (RAA) unique pour l'AP-HP transmis à l'ARS.

2018 était une année blanche en l'absence de sanction prévue. Le RAA était une synthèse des RAA des sites et GH et le rapport d'évaluation de l'ARS invitait à la poursuite des actions engagées sur la sécurisation et le bon usage. L'Assurance maladie a par ailleurs salué le travail réalisé sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), avec une augmentation limitée à 3 %, pour 4 % autorisés.

Pour 2019, le plan d'action comprend trois axes en cohérence avec le plan de la commission des médicaments et dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) :

- médicaments : biosimilaires, produits d'imagerie, produits de gastro-entérologie, antirétroviraux, médicaments de l'asthme et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ;
- dispositifs médicaux : thérapie pression négative, pansements ;
- prestataires de services à domicile : signature de la charte de bonnes pratiques.

La campagne 2019 a démarré le 19 novembre 2018, la date limite des réponses des sites étant fixée le 4 mars 2019. Les évolutions du contrat sont minimes. Certains points pourraient toutefois donner lieu à un intéressement, qui reste à définir. Pour les GH, une simplification a été opérée, grâce à un nouvel outil de saisie des données. Le recueil a été allégé et le nombre d'audits à réaliser minimisé.

M. Guy BENOÎT note que la nécessité pour les logiciels de prescription de médicaments d'assurer la traçabilité jusqu'à l'administration risque de poser un problème de remboursement T2A. La traçabilité financière et sanitaire doit par ailleurs être améliorée pour les dispositifs médicaux implantables. Il faut, sur ce sujet, avancer plus rapidement.

V. Rapport 2017 sur l'activité libérale à l'AP-HP

Le Dr Alain FAYE indique que l'activité libérale représente 359 contrats (+ 9 par rapport à l'année précédente), 23 nouveaux contrats et 14 fins de contrat étant recensés.

La répartition des praticiens exerçant une activité libérale est stable. Les PU-PH sont 20 % à exercer une telle activité. L'activité libérale est plus présente dans certaines disciplines, en particulier dans les spécialités chirurgicales (42 %), la radiologie et la médecine nucléaire (21 %), les spécialités médicales (10 %) et la cancérologie, oncologie et radiothérapie (7 %). Certaines disciplines ne comptent en revanche aucun médecin exerçant une telle activité : gériatrie, urgences, anesthésie, réanimation, biologie.

La redevance a augmenté de 10,1 %, alors que les honoraires n'ont progressé que de 2,2 %. Ceci est lié à l'augmentation du nombre d'actes, qui sont taxés à 25 % et 16 % pour les consultations. La médiane de revenus des praticiens s'établit à 82 000 €.

Des contrôles sont opérés par les commissions locales d'activité libérale (CLAL) sur le volume d'activité, qui doit être inférieur à l'activité publique. Cinq situations de dépassement sont, à cet égard, en cours d'instruction. La sincérité des déclarations est également examinée. Sur ce point, sept situations de dépassement sont en cours d'expertise. Un contrôle est enfin effectué sur l'acquittement des redevances. L'acquittement est complet à ce jour.

Plusieurs points sont encore perfectibles. Le premier est l'information sur les honoraires, notamment sur le site de l'AP-HP. Par ailleurs, si 20 % du temps doit au maximum être dévolu à cette activité, tous les tableaux de service ne sont pas encore obtenus.

Les situations recensées seront instruites par les CLAL, la commission centrale d'activité libérale (CCAL) se présentant comme le « dernier rempart ». Si le droit n'est toutefois pas respecté au terme de cette instruction, les dossiers sont transmis à commission régionale de l'activité libérale.

Le Dr Alain FAYE indique pour conclure qu'une réflexion est actuellement menée sur le remodelage des GH et l'organisation des CLAL, l'harmonisation des outils de recueil de l'information et l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques.

Le Pr Nelly ACHOUR-FRYDMAN rappelle que la prime d'exclusivité doit être prise en compte, ce qui représente une économie de 3 M€ pour l'institution.

Le Dr Alain Faye note que les produits dérivés et chambres individuelles pourraient également être évoqués.

Le Dr Anne GERVAIS observe que les 10 M€ de la redevance ne peuvent couvrir que le temps médical consacré à l'activité libérale et la non facturation des 96 000 consultations faites à l'AP-HP en privé : pour les PU de 2 528 400 € (245 x 0,2x 4 300 x 12), pour les PH de 1 527 000 € (101 x 0,2 x 6 300 x 12) et pour les MCU 323 000 € (45 x 0,2 x 2 998 x 12). Au total donc, pour la masse salariale, il s'agit de 4,3 M€. La non facturation des 96 000 consultations faites pendant cette activité, en comptant toute consultation en C2, correspond à 4,8 M€. La redevance n'est donc pas suffisante pour couvrir en la non facturation des actes externes faits en privé ni le coût de l'utilisation des locaux, ni celui des équipements et ni la participation du personnel

(secrétaires, infirmières, etc.). L'AP-HP est donc vraisemblablement déficitaire sur cette activité. Il est très souhaitable que le directeur général saisisse *Hospinnomics* pour le confirmer.

Le président considère que l'interdiction de l'exercice d'une activité libérale risquerait d'entraîner des départs des professionnels de santé vers le secteur privé.

Le Pr Thomas SIMILOWSKI s'associe aux propos du Dr Anne GERVAIS.

Le Dr Christian GUY-COICHARD regrette que le délai de consultation ne soit pas indiqué, alors qu'il s'agit d'un critère qui influe fortement sur le choix des patients.

Le Dr Alain FAYE rappelle que la commission n'a pas vocation à mener des études économiques pour déterminer le gain ou le coût que représente l'activité libérale pour l'AP-HP. S'agissant des délais, il rappelle que l'accès aux soins ne peut pas être inférieur au délai moyen du service, calculé tous professionnels de santé confondus.

Le Dr Nathalie DE CASTRO souhaiterait savoir quel est le turn-over des chirurgiens dans les services qui comptabilisent le plus d'activité libérale déterminer si oui ou non cette activité est un facteur d'attractivité comme cela est souvent mis en avant.

Le Dr Patrick DASSIER demande s'il y a un retour sur investissement sur l'amélioration des blocs opératoires de la manne financière que représente l'activité libérale.

Le Dr Alain FAYE indique que cette traçabilité est difficile à assurer.

Le directeur général rappelle qu'il n'effectue pas seul les saisines d'*Hospinnomics*. Il estime toutefois plus intéressant de s'interroger sur les raisons qui conduisent à la réalisation d'un exercice libéral et d'examiner si des alternatives plus conformes à l'intérêt général peuvent être identifiées. Il se déclare en tout cas choqué que les professionnels qui s'impliquent dans les activités transversales ne soient pas plus rémunérés et soient ainsi tentés de s'orienter vers le privé et le *consulting*.

Le président observe bien qu'on peut être bien plus rémunéré en exerçant des activités de *consulting* dans les laboratoires que dans le cadre d'un exercice libéral.

Le Pr Thomas SIMILOWSKI note que de nombreux professionnels n'auraient pas d'activité libérale s'ils percevaient une retraite calculée sur leurs émoluments hospitaliers, et suggère de mettre en place une défiscalisation des gardes afin de mieux rémunérer le travail supplémentaire réalisé.

Le Dr Patrick PELLOUX rappelle que cette défiscalisation existe pour le secteur libéral en ville.

VI. Concertation sur la révision des effectifs 2019 des praticiens hospitaliers

Le président note que trois postes ne figurent pas dans les tableaux transmis, alors qu'ils ont été validés: un poste pour prise des troubles du comportement alimentaire à Paul-Brousse, un poste d'anesthésiste à Robert-Debré et un poste de neurochirurgie à Lariboisière.

Mme Hélène OPPETIT indique qu'un correctif sera transmis.

Le président remercie l'ensemble des équipes qui ont effectué ce travail.

Le Dr Christian GUY-COICHARD souhaite se faire l'écho de l'interrogation d'une praticienne de Cochin, rappelant que la CME avait exprimé, à l'occasion de la présentation du plan cancer, que la filière de médecine palliative constituait une priorité. Or cette filière est en perdition et un certain nombre de postes ne sont pas pourvus, tant à Cochin qu'à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). Il estime que ce poste à Cochin, qui est stratégique, pourrait faire partie du budget de rééquilibrage entre GH de 0,4 %.

Le président précise avoir eu cette personne au téléphone sur les soins palliatifs et souligne que la CME fait ce qui est en son pouvoir. Un vrai débat doit, en tout état de cause, être engagé sur les soins palliatifs. Le président rappelle d'ailleurs qu'un groupe de travail avait été constitué sous la responsabilité de Mme Christine WELTY et du Pr Christophe TOURNIGAND. Il souligne que le poste devrait être présenté en 2020.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE assure que la filière de soins palliatifs à Cochin a toujours été préservée. Un maître des conférences des universités (MCU) issu de l'HEGP est d'ailleurs venu en appui de l'équipe. Il n'y a pas eu en réalité de discussion dans le pôle et il existe des conflits d'intérêts. Le chef de pôle et le chef de service n'ont pas assisté à la dernière CMEL qui est revenue sur les raisons qui ont conduit à supprimer 2 postes. Il observe que la candidate était issue de Necker, mais n'avait pas été retenue dans cet hôpital, et tient à rappeler que les révisions des effectifs ont été votées à bulletins secrets en CMEL et qu'il en ressort que la commission a préféré attendre un an. Un engagement officiel a toutefois été pris sur ce poste pour 2020.

Le président insiste sur le travail réalisé au sein de la CME, dans le respect des décisions locales, ajoutant que l'enveloppe de 0,4 % est bien utilisée.

VII. Questions diverses

Le Pr Yves Cohen souhaiterait soulever le problème des inégalités salariales, expliquant que les infirmières de bloc opératoires diplômées d'État (IBODE) d'Avicenne, qui sont actuellement en grève, demandent à obtenir la même prime de pénibilité que les IBODE d'autres GH, sur la base d'heures supplémentaires qui ne sont pas réalisées.

Le Dr Patrick DASSIER rappelle que la même question avait été posée pour l'anesthésie.

Le Pr Yves COHEN note que certaines offres d'emploi font référence à des postes d'IBODE avec heures supplémentaires payées.

Le président indique que ce point pourra être examiné avec la direction des ressources humaines.

Le directeur général reconnaît que certaines pratiques ressortent d'arrangements sur lesquels l'AP-HP n'a pas de visibilité.

Le président souhaite de bonnes fêtes de fin d'année à tous les membres de la CME et salue chaleureusement Mme Sophie BENTÉGEAT, qui part à la retraite et qui a fait un travail remarquable à la tête de la direction des patients, usagers et associations (DPUA).

VIII. Approbation du compte rendu de la CME du 6 novembre 2018

Le compte rendu de la CME du 6 novembre 2018 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 20 heures.

* *

*

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

mardi 8 janvier 2019 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 18 décembre 2018 à 16 heures 30