

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 8 MARS 2022

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 5 AVRIL 2022

Sommaire

1. Point d'étape de la mission endoscopie digestive	6
2. Informations du président	9
3. Approbation du compte rendu de la CME du 8 février 2022	15
4. Avis sur le schéma directeur des systèmes d'information	16
5. Avis sur les propositions du groupe de travail sur la mise en œuvre de la réforme du statut des personnels médicaux contractuels	18
6. Point sur les réformes du financement des urgences, de la psychiatrie, des soins de suite et de réadaptation (SSR), et des tarifs journaliers de prestation	22
7. Avis sur le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre le GHU Paris Saclay et la Fondation des étudiants de France	29
8. Questions diverses	30

CME du mardi 8 mars 2022

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Point d'étape de la mission endoscopie digestive (D^r Marine CAMUS)
2. Informations du président
3. Approbation du compte rendu de la CME du 8 février 2022
4. Avis sur le schéma directeur des systèmes d'information (P^r Hubert DUCOU LE POINTE, MM. Laurent TRÉLUYER et Pierre BLONDÉ)
5. Avis sur les propositions du groupe de travail sur la mise en œuvre de la réforme du statut des personnels médicaux contractuels (P^r Jean-Damien RICARD, M. Olivier TRÉTON)
6. Point sur les réformes du financement des urgences, de la psychiatrie, des soins de suite et de réadaptation (SSR), et des tarifs journaliers de prestation (M^{me} Stéphanie DECOOPMAN, M. Michaël COHEN)
7. Avis sur le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre le GHU Paris-Saclay et la Fondation des étudiants de France (P^{rs} Jacques DURANTEAU et Djilali ANNANE, MM. Christophe KASSEL et Thibault ROBERT)
8. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
D ^r	Thomas	APARICIO	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Frédéric	BATTEUX	P ^r	Éric	LE GUERN
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Michel	LEJOYEUX
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Guy	BENOIT	P ^r	Laurent	MANDELBROT
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
P ^r	Bahram	BODAGHI	D ^r	Rafik	MASMOUDI
P ^r	Olivier	BOURDON	D ^r	Loïc	MORVAN
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Antoine	PELHUCHE
P ^r	Alain	CARIOU	D ^r	Patrick	PELLOUX
D ^r	Cyril	CHARRON	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Louis	PUYBASSET
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Jean-Damien	RICARD
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	D ^r	Nathalie	RICOME
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Vianney	DESCROIX	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
D ^r	Georges	ESTÉPHAN	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Thierry	FAILLOT	D ^r	Samir	TINE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
P ^r	Christian	GUY-COICHARD	D ^r	Noël	ZAHR
D ^r	Jean-François	HERMIEU			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P^r Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

• ***En qualité d'invités permanents :***

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- D^r Michèle GRANIER, présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France
- M^{me} Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'Île de France (ARS)

• ***Les représentants de l'administration :***

- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, M^{mes} Stéphanie DECOOPMAN et Laetitia BUFFET, directrices générales

adjointes ;

- M. Florent BOUSQUIÉ, directeur de cabinet adjoint du directeur général
- M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie et de la transformation (DST)
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information (DSI)
- M. Michael COHEN, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Véronique DROUET, direction de la communication
- D^r Gilles GALULA et M^{me} Sophie BRUN, DST
- M. Pierre BLONDÉ, DSI
- M^{me} Audrey GARCIA-VIANA, DÉFIP

• **Invités :**

- M. Thibault ROBERT, direction de la politique médicale, GHU Paris-Saclay
- D^r Marine CAMUS, gastro-entérologie et hépatologue, hôpital Saint-Antoine

• **Secrétariat de la CME :**

- M^{mes} Coryse ARNAUD et Déborah ENTE (DPQAM)

• **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Jean-Yves ARTIGOU, Élie AZOULAY, Sébastien BEAUNE, Jacques BODDAERT, Yves-Hervé CASTIER, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALES, Sonia DELAPORTE-CERCEAU, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Yann FLETCHER, Julien FLOURIOT, Vincent FROCHOT, Bruno GREFF, Sophie GUILLAUME, Emelyne HAMELIN, Agnès HARTEMANN, Sandrine HOUZÉ, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Xavier MARIETTE, Salomé MASCARELL, Giovanna MELICA, Paul-Louis PATY, Antoine PELISSOLO, Clara SALINO, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Ishai-Yaacov SITBON, Michel VAUBOURDOLLE, et Karine VIRETTE.

La séance s'ouvre à 16 heures 30 sous la présidence du P^f Rémi SALOMON.

1. Point d'étape de la mission endoscopie digestive (D^r Marine CAMUS)

Le président présente le D^r Marine CAMUS, gastro-entérologue à l'hôpital Saint-Antoine et qui a été missionnée pour travailler sur l'activité d'endoscopie digestive à l'AP-HP.

Le D^r Marine CAMUS rappelle que l'endoscopie digestive est pratiquée par plus de 90 % des hépato-gastro-entérologues et qu'elle est d'abord une activité de dépistage présentant un enjeu de santé publique qui contribue de manière importante aux filières de cancérologie et de chirurgie digestive. En effet, le dépistage d'un polype ou d'un cancer entraîne souvent une chirurgie ou chimiothérapie dans les murs de l'AP-HP. C'est également un acte technique, souvent diagnostique, mais aussi thérapeutique. L'endoscopie digestive représente 83 000 actes par an à l'AP-HP qui regroupe 15 unités d'endoscopie, soit 12 % de l'offre régionale. Cette offre représente un quart de l'endoscopie bilio-pancréatique et la majeure partie de la permanence des soins en établissements de santé en Île-de-France. L'AP-HP est aussi un centre expert prenant en charge les patients les plus complexes et le lieu de formation de la plupart des internes mais aussi d'une recherche dynamique en hépato-gastro-entérologie (HGE).

Cette mission, commencée en janvier 2020, a donné lieu à un important travail de terrain : visites sur site, échanges avec les unités d'endoscopie et échanges avec la collégiale, les réanimateurs-anesthésistes, les chirurgiens et les radiologues interventionnels. Plusieurs groupes thématiques ont été constitués et des travaux inter-directions ont été conduits. Cette mission a également donné lieu à trois comités de pilotage de suivi. Cette mission s'est enfin mobilisée dans le contexte de la crise COVID afin de suivre les programmations/déprogrammations.

Au cours des dernières années, le paysage de l'endoscopie digestive s'est complexifié et professionnalisé. Ainsi, le muqueux conventionnel correspond aux procédures de gastroscopie et coloscopie qui peut être diagnostique ou thérapeutique. Il est pratiqué par la majorité des hépato-gastro-entérologues qui utilisent des endoscopes standards. Puis, est apparue une endoscopie plus sophistiquée, dénommée le muqueux avancé, qui nécessite une expertise plus importante puisqu'elle conduit à des résections complexes et à des prises en charge de pathologies fonctionnelles. Pour pratiquer ces gestes, l'expérience de l'endoscopiste doit être plus importante même si le matériel utilisé est le même. Le muqueux interventionnel conduit, quant à lui, à poser des prothèses, effectuer des dilatations digestives dans une salle plombée. Enfin, le bilio-pancréatique correspond à l'écho-endoscopie et au cathétérisme biliaire ou pancréatique. Moins de 10 % des hépato-gastro-entérologues pratiquent l'endoscopie interventionnelle bilio-pancréatique.

Plusieurs nouvelles techniques sont utilisées dans ces quatre domaines. Le muqueux conventionnel utilise désormais la haute définition et des colorations électroniques pour caractériser les polypes. L'intelligence artificielle est exploitée en endoscopie digestive, notamment pour détecter les polypes. Ces progrès amène de plus larges lésions à être réséquées en endoscopie, on parle de « tumorectomie endoscopique » pour conserver l'organe, notamment grâce à la technique de dissection sous-muqueuse. L'endoscopie permet également de traiter des pathologies fonctionnelles (le traitement des troubles moteurs digestifs, l'endoscopie bariatrique ou l'endoscopie anti-reflux par exemple). Des drainages de vésicule et des dérivations bilio-digestives endoscopiques sont également possibles. L'ensemble de ces techniques fait croître le

nombre d'indications grâce à l'amélioration du matériel et à l'ingénierie en santé. Ces transformations posent cependant la question de la place de l'hépatogastro-entérologie à côté des autres disciplines, notamment la chirurgie et de la radiologie interventionnelle.

L'offre à l'AP-HP se décline en trois type de centre (évaluation quantitative) : des centres avec une salle d'endoscopie digestive sous anesthésie générale (pour 2 000 à 3 000 actes par an), des centres avec un plateau technique plus autonome et deux salles en moyenne (pour 3 000 à 4 000 actes par an) et d'importants plateaux techniques ayant pour projet de proposer quatre salles (pour 4 000 à 10 000 actes par an). La répartition de ces centres est aujourd'hui hétérogène suivant les groupes hospitalo-universitaires (GHU). Les sites Avicenne et Henri Mondor sont des centres lourds alors que les GHU Nord et Saclay, sont plus diffus avec quatre à cinq centres. Les GHU Centre ou Sorbonne-Université sont quant à eux plus regroupés.

Deux tiers des endoscopies réalisées dans les trente jours après un séjour ou un passage aux urgences à l'AP-HP sont réalisés en dehors de l'AP-HP, signe que la forte demande ne peut pas être absorbée par l'institution. La question est donc de déterminer si l'AP-HP a vocation à absorber l'ensemble de ces besoins. Une première lecture pourrait conduire à penser que l'AP-HP a vocation à prendre en charge les patients les plus complexes requérant la plus haute technicité. Or, il faut rechercher un équilibre entre l'activité conventionnelle et l'activité interventionnelle car l'activité conventionnelle est indispensable à l'activité des hépatogastro-entérologues et des autres spécialités (chirurgie digestive, anesthésie, réanimation, urgences). Cette activité conventionnelle est une offre de secteur 1 qu'il faut pouvoir proposer sur le territoire. Elle est également indispensable pour former les internes.

Au sein de l'AP-HP, le muqueux avancé dynamise la spécialité sans pour autant nécessiter un investissement lourd. C'est un domaine encore peu connu à privilégier. Le bilio-pancréatique correspond, quant à lui, à l'excellence et doit être développé. Enfin, la permanence des soins est organisée pour l'endoscopie digestive haute. Une astreinte d'endoscopie bilio-pancréatique a été récemment créée à l'hôpital Cochin et couvre toute l'AP-HP : des médecins endoscopistes interventionnels de tous les centres y participent chaque week-end. Une cinquantaine de patients a été prise en charge en 2021 pour une endoscopie bilio-pancréatique. Cependant, cette activité est marquée actuellement par un déficit de personnel non médical compliquant la pérennisation de l'activité.

Face à l'hétérogénéité actuelle des centres et des types d'organisation en place à l'AP-HP, la mise en place d'une classification est nécessaire pour proposer une offre lisible et savoir où adresser chaque patient. Cette organisation permettrait d'améliorer l'attractivité des services et d'éviter les redondances. Cette classification s'appuyant sur les quatre catégories citées plus haut - le muqueux conventionnel, le muqueux avancé, le muqueux interventionnel et le bilio-pancréatique. Elle permettrait de redessiner la carte de l'AP-HP autour de centres lourds (2BP) ayant une activité allant jusqu'au bilio-pancréatique, comme les hôpitaux Henri-Mondor et Avicenne, et des centres de niveau 1 et de niveau 2 ayant une expertise plus ou moins sophistiquée.

L'interdépendance constatée avec l'anesthésie invite à améliorer la disponibilité et à augmenter le temps de travail en anesthésie pour certaines endoscopies. L'enjeu porte également sur la disponibilité des matériels. Certes, le parc de l'AP-HP est volumineux mais celui-ci est aussi assez vétuste. Dans ce domaine, plusieurs actions ont été identifiées avec la Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP), l'Agence générale des équipements et

produits de santé (AGEPS), la direction de la stratégie de transformation (DST) et le biomédical afin d'améliorer la situation. Une gestion globale du parc des endoscopes est certainement à mettre en place dans certains services. Des pistes intéressantes ont été soulevées dans ce domaine.

Le parcours patient doit également être optimisé. Les délais de prise en charge à l'AP-HP sont élevés et les files d'attente ne cessent d'augmenter, notamment en lien avec les déprogrammations décidées pendant la crise Covid. Le personnel non médical qui intervient dans cette discipline est très spécialisé mais ne bénéficie pas de statut particulier comme peuvent les infirmiers de bloc opératoire (IBODE) ou les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE). Lorsqu'un infirmier d'endoscopie interventionnelle est absent, il est très difficile de trouver une ressource compétente. Des actions sont aussi attendues en direction des personnels en charge de la désinfection des endoscopes puisque ceux-ci sont réutilisables et non à usage unique. Des mesures doivent aussi fluidifier le parcours ambulatoire et relever le défi des lits disponibles pour l'interventionnel, qui nécessite généralement une nuit de surveillance après l'intervention.

Des départs d'endoscopistes interventionnels ont été enregistrés en 2019. Un regain d'attractivité serait favorisé en poursuivant la démarche l'universitarisation qui améliore la dynamique d'équipe, l'interdisciplinarité avec les services de chirurgie d'excellence ou de radiologie interventionnelle et permet de mener des projets médicaux innovants.

A l'issue de cette mission, un comité de pilotage AP-HP d'endoscopie digestive a été créé en lien avec la collégiale d'hépatogastro-entérologie. Ce comité de pilotage poursuivra la mission engagée et favorisera la dynamique inter-GHU pour accompagner la transformation de la discipline qui a besoin d'une recherche plus avancée. Il apparaît également nécessaire de communiquer davantage sur l'école d'endoscopie digestive de l'AP-HP qui propose un apprentissage à tous les niveaux (internes, chefs de clinique) et qui détient potentiellement une visibilité nationale ou internationale à encourager.

En conclusion, l'endoscopie est la clé de voûte de l'activité d'hépatogastro-entérologie. C'est un élément indispensable aux filières médicales, chirurgicales et cancérologiques. C'est la porte d'entrée du patient dans les filières digestives. La discipline exprime de fortes attentes en matière de qualité et d'innovation et des défis restent à relever quant aux équipements, au personnel spécialisé et aux ressources anesthésiques.

Le président remercie le D^r Marine CAMUS pour cette présentation qui dresse un panorama d'une discipline en pleine mutation grâce à l'émergence de techniques nouvelles. Elle met en avant aussi le rôle du centre hospitalo-universitaire dans le domaine de la recherche et de l'enseignement. L'endoscopie en tant qu'examen de dépistage du cancer du côlon est effectuée, pour l'essentiel, hors AP-HP avec des délais d'attente très différents. Ce constat enjoint à s'interroger sur l'offre de soins à proposer en secteur 1.

Le D^r Marine CAMUS explique que les déprogrammations pendant la crise Covid ont de fait ralenti l'activité d'endoscopie. Cependant, le nombre d'actes de coloscopie dans le public est revenu en 2021 au niveau de 2019, mais souvent en dégradant les délais d'attente, allant d'un à trois mois, soit bien plus longs que ceux des structures libérales. En Île-de-France, 70 % des coloscopies sont réalisées dans le secteur privé.

Le D^r Éric LE BIHAN s'étonne que les centres experts ne soient pas dédiés à une activité d'expertise interventionnelle et bilio-digestive en la séparant de leur activité de dépistage à haut débit. Ce double niveau d'activité emporte des difficultés organisationnelles. Il souhaite savoir si la classification commune des actes médicaux (CCAM) valorise les interventions d'expertise à leur juste valeur. Si ce n'est pas le cas, les centres pourraient être contraints à proposer une activité importante en volume pour être rentables.

Le D^r Marine CAMUS rappelle que l'activité bilio-pancréatique nécessite des investissements lourds en termes de personnel médical et non médical, mais aussi en matériel. Il fait donc sens de réserver cette activité à quelques centres. Toutefois, ces derniers ne peuvent pas être dédiés uniquement à l'expertise et au bilio-pancréatique car cette organisation ne permettra pas de répondre à la demande plus classique des services cliniques et services d'accueil des urgences (SAU) ayant besoin d'une endoscopie conventionnelle. De plus, il est aussi impératif de former les internes sur une activité simple. Par conséquent, au sein des centres experts, il convient de préserver une activité d'endoscopie conventionnelle. En complément, une réflexion est menée en vue d'installer des centres de diagnostic rapide ambulatoires qui n'existent pas aujourd'hui, par exemple pour le côlon.

Le D^r Patrick PELLOUX souhaite savoir quelle organisation sera privilégiée pour la permanence des soins et l'endoscopie digestive en urgence, question qui mérite d'être posée dans une région de 14 millions d'habitants.

Le D^r Marine CAMUS précise que l'activité des urgences, notamment la gastroscopie - pour les hémorragies digestives, l'extraction de corps étranger ou quelques volvulus du sigmoïde assez fréquents aux urgences - est assez bien codifiée avec la garde de l'hôpital Saint-Antoine qui couvre les départements de Paris, de Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne tandis que la garde de l'hôpital Beaujon couvre les Hauts de Seine. L'organisation en place permet à l'endoscopiste de se déplacer dans les différents centres de l'AP-HP avec du matériel portable. Plus récemment, une astreinte bilio-digestive s'est déployée à l'hôpital Cochin le week-end. L'organisation en place permet à l'endoscopiste de se déplacer dans les différents centres AP-HP avec du matériel portable.

M. Jean-Eudes FONTAN constate que la gestion des risques n'est pas homogène dans les unités de traitement des endoscopes. Il souhaite donc savoir si le mouvement de professionnalisation des traitements endoscopiques est bien lancé car les certifications sont souvent l'occasion de pointer les défauts dans ce domaine.

Le D^r Marine CAMUS confirme que les personnels de désinfection doivent être bien formés. Pour l'endoscopie digestive, le matériel est réutilisable : il ne peut pas être stérilisé, mais il doit être décontaminé. Des fiches d'hygiène ont été établies, cependant les pratiques ne sont pas homogènes à l'échelle de l'AP-HP. C'est l'un des axes de travail de la mission qui sera repris par le comité de pilotage AP-HP en lien avec les recommandations de la société française d'endoscopie digestive pour améliorer le risque infectieux tout en préservant un matériel assez fragile. Son objectif sera aussi de permettre un renouvellement du parc conformément aux recommandations.

2. Informations du président

Guerre en Ukraine

Le P^r Loïc de PONTUAL informe la CME que les services d'accueil des urgences (SAU) pédiatriques ont accueilli une quinzaine d'enfants lors du premier week-end du mois de mars. Ces enfants sont arrivés spontanément, amenés par leur mère ou une personne de leur famille, dans la plupart des cas. Ils sont arrivés en bus de leur pays natal et présentent des pathologies chroniques : par exemple, un enfant présentant une cardiopathie mais sans informations médicales très précises à part une petite lettre en cyrillique. Face à ces situations, l'objectif serait de mettre en place un circuit structuré pour l'accueil de ces enfants ukrainiens mais aussi pour celui des adultes. Cette organisation est en train d'être mise en place, notamment *via* un protocole encadrant le dépistage des enfants pour les maladies infectieuses et la mise à jour vaccinale. Ce protocole vise aussi la prise en charge du psycho-traumatisme. Une réunion se tiendra le 9 mars 2022 à l'agence régionale de santé (ARS) pour passer en revue ces différents points.

Le président demande au P^r Catherine PAUGAM-BURTZ des informations complémentaires sur les autres possibilités de venir en aide aux Ukrainiens.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ confirme qu'une réunion est programmée le 9 mars à l'ARS d'Île-de-France en présence de M. Luc GINOT, directeur de la santé publique, chargé de décrire le parcours adultes et enfants hors soins, ainsi que leur accueil. À l'issue de cette réunion, une information sera circularisée pour préciser les modes de prise en charge de ces personnes, qu'elles soient médico-requérantes ou non.

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN ajoute que le ministère de la Santé et la direction de la sécurité sociale (DSS) ont été saisis concernant la prise en charge des ressortissants ukrainiens. Une lettre de la caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) a été envoyée le 8 mars à tous les services de facturation pour indiquer que la couverture médicale universelle sera accordée sans délai à ces personnes.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ indique que la société française cancérologie pédiatrique a également émis des recommandations en direction des enfants hospitalisés en Ukraine pour des prises en charge oncologiques et/ou hématologiques. En Île-de-France, une coordination a été mise en place par l'intermédiaire de « Cancer pédiatrique Île-de-France » (CANPEDIF) qui réunit des acteurs de l'oncologie et de l'hématologie pédiatrique. Pour l'AP-HP, sont concernés les services des hôpitaux Robert-Debré et Armand-Trousseau pour les traitements médicaux, en coordination avec les services de l'institut Gustave-Roussy (IGR) et de l'institut Curie. Ils sont à la manœuvre pour répondre de manière coordonnée à l'enquête qu'a commencé à réaliser la société française de cancérologie pédiatrique, elle-même en lien avec la société européenne, pour organiser les possibilités d'accueil de ces enfants. En Île-de-France, l'IGR a accueilli un enfant la semaine précédente, et à date c'est le seul dans la région. Plusieurs enfants sont par ailleurs hospitalisés en Allemagne et en Italie compte tenu de liens qui préexistaient avant la guerre entre ces structures et des hôpitaux ukrainiens. Concernant la prise en charge du psycho-traumatisme, des informations plus précises seront partagées par l'ARS mais la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) est d'ores et déjà mobilisée.

Enfin, l'AP-HP a effectué un premier envoi de matériel médical et de médicaments sur la base d'une liste fournie par le ministère des Affaires étrangères (MAE) et validée par le ministère de la Santé. L'objectif est de veiller à la bonne coordination de l'aide. Une autre liste, également fournie par le MAE, a été utilisée pour solliciter les pharmacies à usage intérieur (PUI) mais aucun envoi ne sera effectué avant d'avoir obtenu un accord officiel. Pour ce qui concerne les autres dons, le MAE précise que l'aide requise est plutôt financière et renvoie vers les appels aux dons (Croix-Rouge, Secours populaire, etc.).

Le P^r Claire POYART demande si une aide spécifique des gynéco-obstétriciens et des services de maternité, notamment pour les extrêmes prématurés ou des prises en charge, est structurée car l'Ukraine compte environ 500 000 naissances par an.

Le président remarque que malheureusement les besoins concerneront toutes les spécialités et appellent des coordinations nationales et européennes.

Le directeur général rappelle qu'il est, à ce stade, impossible de se rendre en Ukraine. D'après les informations disponibles, les pays limitrophes comme la Pologne et la Roumanie semblent réussir à faire face. Cependant, les équipes françaises sauront se rendre disponibles pour venir en renfort et accueillir les éventuels patients.

Le président ajoute que la guerre en Ukraine renforce le risque de cyberattaque. Il invite donc le D^r Laurent TRÉLUYER à rappeler les mesures de précaution à observer.

Le D^r Laurent TRÉLUYER explique que l'AP-HP a été alertée par l'Agence nationale de sécurité des systèmes d'information (ANSSI) de possibles attaques sans pour autant que le niveau d'alerte soit élevé pour le moment. Quelques cyber-attaques ont été enregistrées contre des satellites de transmission internet. Au niveau de l'AP-HP, la surveillance a été renforcée. Le trafic internet en provenance des pays belligérants a été stoppé. Il a également été rappelé aux utilisateurs de faire preuve de vigilance face à l'hameçonnage, notamment de ne pas cliquer sur des liens semblant suspects et de ne jamais communiquer leurs login et mot de passe. Il prend l'exemple d'une situation rencontrée le matin-même qui a été stoppé à temps. Enfin, s'il est demandé de renforcer davantage la surveillance, certaines coupures de sites internet identifiés comme fragiles pourraient avoir lieu pour garantir la sécurité.

Épidémie COVID -19

Le président indique que l'évolution épidémique reste pour l'heure favorable. La fin du plan blanc a été annoncée par le directeur général. La priorité est désormais d'organiser la reprise d'activité. Celle-ci est cependant liée à la possibilité de recruter et de fidéliser le personnel, notamment paramédical. Les questions de financement des hôpitaux posent aussi question puisque la couverture des surcoûts liés à la crise du COVID -19 n'est pas à ce jour garantie en intégralité. S'ajoutent à ces difficultés les questions liées au financement à l'activité d'une partie des mesures du « Ségur de la santé ». Ces éléments font que l'équilibre financier de l'hôpital public soulève des inquiétudes. Ces sujets sont régulièrement discutés lors des conférences des présidents de CME, des directeurs généraux et avec les ministères.

Organisation de la CME

Si la sortie de crise se confirme, le président envisagera de réunir de nouveau la CME en présentiel. Il y serait personnellement favorable car la qualité des échanges serait meilleure. Il ne pense pas qu'il soit raisonnable à très court terme de réunir 80 personnes dans une même salle mais, si l'embellie se poursuit, le retour à des réunions essentiellement en présentiel devra être étudié.

Consultanat

Le président lance un appel à volontaires auprès des candidats au consultanat pour assurer le relais des deux consultants qui interviennent actuellement en appui à l'hôpital Paul-Doumer, mais finiront bientôt leur consultanat. Ce site gériatrique est certes éloigné du centre de Paris mais a besoin d'un appui médical, notamment en matière de qualité et de sécurité des soins. Il invite donc les membres de la CME à partager cet appel à volontariat.

Bureau de la CME du 22 février 2022

Le président signale deux exposés très intéressants présentés au bureau du 22 février. Ils sont consultables sur le [site de la CME](#). Le premier, présenté par le P^f Luc MOUTHON, concerne la réforme du 3^e cycle des études médicales, laquelle implique des évolutions dans l'organisation des équipes. Le second, présenté par le P^f Nicolas DANCHIN et M. Milan LAZAREVIC, porte sur le futur office de l'intégrité scientifique de l'AP-HP. Le président a désigné les P^{fs} Laurent MANDELBROT et Sandrine HOUZÉ pour représenter la CME dans cette instance.

Crise du recrutement infirmier

Le président indique que 1 200 personnes sont actuellement en stage pré-professionnel et pourraient être recrutées à l'AP-HP. La transformation de l'essai dépendra de la qualité de l'accueil, comme il a déjà eu l'occasion de le souligner à plusieurs reprises. Il invite les responsables médicaux à prendre l'initiative de présenter leur service à ces stagiaires infirmiers.

Primes des responsables médicaux

Il a été convenu en directoire que les primes de chefs de service seraient versées aux responsables des structures internes qui rempliraient certains critères permettant de repérer les structures qui sont assimilables à un service. D'après une première estimation, sur 180 unités fonctionnelles (UF), environ 50 seraient concernées. Les GHU proposeront les structures éligibles à cette prime et ces propositions seront validées et homogénéisées par le directeur général, le président de la CME et le président de la sous-commission hôpital-ville-territoire (CHVT).

Temps de travail des urgentistes

Le président revient sur la réunion organisée par la direction générale le 1^{er} mars avec la collégiale des urgentistes à propos du protocole en vigueur à l'AP-HP. Celui-ci repose sur 39 heures postées (temps clinique) et 5 heures non cliniques pour parvenir à un total de 44 heures. Dans les faits, beaucoup d'urgentistes effectuent 44 heures cliniques. La demande porte donc sur le décompte du temps de travail additionnel. Le protocole prévoit également un ratio d'équivalent temps plein (ÉTP) en fonction du nombre de passages aux urgences. Une fois revenu à un rythme de

croisière, hors crise COVID, il conviendra d'estimer les temps additionnels justifiés, après les embauches réalisées. Le D^r Hélène GOULET, présidente de la collégiale, viendra évoquer le dossier devant une prochaine CME.

Groupe ad hoc de la CME sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU)

Le groupe *ad hoc* a réalisé un gros travail de qualité sous la houlette du P^r Bahram BODAGHI, que le président remercie très chaleureusement, ainsi que tous les membres du groupe, qui se sont très fortement investis dans un esprit constructif.

Le P^r Bahram BODAGHI souligne que la réflexion sur l'évaluation des DMU a été collective. Les débats parfois contradictoires se sont déroulés dans un climat serein. Le travail a conduit à l'élaboration d'un questionnaire de 70 questions articulées autour de neuf sections alors que le questionnaire initial s'appuyait uniquement sur quatre questions. La méthodologie adoptée ne devrait pas être discutable grâce à un plan d'analyse en cours de finalisation. Le nombre de participants est en cours de calage. La dernière version travaillée par la chaire d'économie *Hospinomics* a été envoyée et comprend des boîtes de dialogue permettant une expression libre (dans la limite de 500 mots). La validation finale du questionnaire reviendra au président de la CME. La trame du questionnaire tient compte de l'ensemble des propositions. Il ne s'agira pas d'un sondage mais d'une véritable évaluation avec des questions sur la situation antérieure et les pôles. Il espère que le plus grand nombre possible de personnes s'exprimera.

Le président remercie le P^r Bahram BODAGHI et tous les participants du groupe de travail pour leur contribution à cette réflexion. Le nombre de questions peut effrayer les répondants mais la construction du questionnaire le rend agréable à lire. De plus, il proposera des questions ouvertes. Ce sera toutefois peut-être un challenge d'exploiter ces réponses. Il confirme que le questionnaire sera très prochainement envoyé après qu'il aura effectué de derniers arbitrages sur son contenu et la liste des destinataires.

Informations du directeur général

Le directeur général indique qu'un questionnaire a été lancé avec les représentants des usagers concernant la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients. Les résultats de ce questionnaire sont plutôt intéressants. Le taux de réponse a été important et représentatif des différentes professions. La loi est assez bien connue et abordée positivement mais d'après les répondants le profil des patients n'est plus le même que lorsque la loi a été promulguée. D'un point de vue positif leurs exigences sont plus fortes, mais ils semblent également plus agressifs, ce qui est une conséquence plus défavorable de la loi. Au-delà des droits, une proportion élevée de répondants estime intéressant de travailler sur une notion de « devoir » entre patients et soignants.

Sur la thématique du recrutement, le comité tripartite s'est réuni le 8 mars 2022 pour dresser un point d'avancement sur le projet social, les avancées et actions à adapter. Pour rappel, il a été acté que 10 % des services pourraient sortir des schémas horaires classiques de manière expérimentale. Un de ces schémas, notamment en 8 heures a été porté par les organisations syndicales. Environ vingt services sont pilotes pour tester ces nouveaux schémas. Des relances vont avoir lieu pour élargir le cercle de volontaires et insister pour que la concordance des temps médicaux et paramédicaux se concrétise. Sur cette même thématique, un courrier co-signé du directeur général et du président de la CME sera d'ailleurs envoyé sur la prise des congés.

Concernant les projets territoriaux, une coopération originale a été signée pour l'AP-HP *via* l'hôpital Henri-Mondor sous forme d'affiliation avec le groupement hospitalier de territoire (GHT) coordonné par l'hôpital de Fontainebleau. Cette coopération porte sur la gradation des soins, les parcours, les postes partagés, l'accès aux outils communs, l'accès aux plateaux techniques, etc. Quelque chose d'assez structurant. D'autres affiliations de même nature seront finalisées prochainement entre les hôpitaux Henri-Mondor, de Melun et de Provins. Ces initiatives satisfont les deux parties et pourraient s'étendre à d'autres GHU.

Toujours sur le plan territorial, un groupe de travail ville-hôpital (AP-HP-hors AP-HP) a été lancé le 7 mars concernant le futur territoire de l'hôpital Nord avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les centres de santé, regroupant 70 personnes. Six ans avant l'inauguration du nouvel hôpital, l'enjeu est de travailler sur les offres complémentaires, la réponse aux besoins de santé, l'intégration ville-hôpital et la connaissance des acteurs. Ce groupe de travail est fortement soutenu par l'ARS.

Le directeur général, comme le président de la CME, a été saisi par l'un des membres de la CME, le P^r Bernard GRANGER, et ils ont répondu concernant la situation de la chirurgie cardiaque de l'hôpital Henri-Mondor. Il lui semble donc important d'en informer toute l'assemblée. Pour mémoire, des alertes ont été reçues en 2020 et ont conduit avec la gouvernance du GHU à demander la réalisation d'un audit notamment par le président du conseil national des universités (CNU), à un moment où la direction avait des interrogations sur la chirurgie cardiaque complexe et en particulier les transplantations. Le rapport obtenu, plutôt sévère, avait conduit à transférer l'activité de transplantation à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à revoir l'organisation du service en le fusionnant avec le service de chirurgie vasculaire et à appliquer différentes recommandations.

Il faut tenir compte de deux éléments : d'une part, un certain nombre de praticiens transmet des alertes ou des éléments, d'autre part, un bilan des recommandations à un an a été mené pour évaluer les évolutions. En complément, l'outil ÉPICARDE permettant de comparer les performances de mortalité-morbidité d'un service de chirurgie cardiaque à la base nationale a été mis à contribution. Lorsque cet exercice de comparaison a été effectué en 2020 avant l'audit, les résultats étaient mauvais. L'exercice a été renouvelé au premier semestre 2021, puis sur l'ensemble de l'année 2021 et ces derniers résultats montrent une évolution allant dans le sens d'une normalisation. Pour finaliser l'analyse, il a également été convenu qu'un an plus tard les auditeurs recevraient individuellement chacun des praticiens. En outre, certaines difficultés du service peuvent tenir à des relations interpersonnelles mais un travail de fond portant sur la qualité et la sécurité des soins est bien engagé et suivi car il s'agit d'une forte préoccupation.

Le président indique que le rapport du conseil national des universités (CNU) de 2020 comportait des comparaisons posant question par rapport à la base nationale. Ce rapport pointait aussi des dysfonctionnements sur la prise en charge de patients complexes, éléments qui ne ressortaient pas nécessairement des statistiques. Ces points ont été longuement discutés avec les P^{TS} Bertrand GODEAU et Pierre WOLKENSTEIN, M^{me} Édith BENMANSOUR, le directeur général et lui-même. Afin de vérifier que les dysfonctionnements évoqués en 2020 ont bien été traités, il a été convenu de demander au CNU de réaliser un nouvel audit, incluant l'examen des pratiques individuelles.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que les difficultés de la chirurgie cardiaque de l'hôpital Henri-Mondor ne sont pas nouvelles. C'est un sujet délicat qui était déjà évoqué il y a dix ans, si ce n'est

plus, puisqu'il se souvient avoir défilé devant le ministère de la santé pour la défendre lorsqu'elle était menacée. Depuis, les chirurgiens cardiaques ont changé ainsi que les responsables de service. À la suite de son interpellation, il est satisfait de voir que de nouveaux contrôles auront lieu.

Le directeur général conteste cette façon de présenter les choses.

Le P^r Bernard GRANGER indique que néanmoins, la question majeure n'est pas abordée de front puisque son interpellation portait sur le comportement et les compétences du chirurgien responsable de cette unité. Il constate que ces éléments n'ont pas été étudiés par les différentes enquêtes mais il comprend que ce point sera mis sur la table. Des témoignages, y compris de personnes indépendantes qui l'ont connu dans d'autres établissements, pointent pourtant le manque de compétences de ce spécialiste. Il s'agit de protéger la vie de patients et les alertes sont suffisamment graves pour que cette question soit traitée sérieusement, ce qui, de son point de vue, n'a pas été le cas jusque-là. Il se réjouit d'apprendre que de nouvelles démarches sont lancées, mais précise que d'autres entités pourraient de leur côté mener aussi des enquêtes.

Le directeur général rappelle que ces actions ont déjà été présentées au P^r Bernard GRANGER lors d'une précédente rencontre ce qui ne devrait pas le surprendre. Il confirme que le responsable de l'unité, qui était chef de service avant, est mis en cause par certains chirurgiens qui s'appuient sur des témoignages relatifs à son exercice précédent à Nancy. Par ailleurs, le rapport du CNU, mentionne des aspects collectifs puisqu'il a recommandé que des chirurgiens qui réalisent moins de dix interventions par an ne puissent plus les mener seuls. De ce fait, cette situation peut entraîner des questions personnelles mais il considère que le P^r Bernard GRANGER ne pointe pas que ce sujet. Dès lors qu'il sera possible juridiquement de le faire, le directeur général ne s'oppose pas à ce que les statistiques de chaque praticien, pouvant montrer des éléments de mortalité anormale, soient étudiées au peigne fin.

Le président ajoute qu'une réunion s'est tenue le 8 mars avec les organisations syndicales au cours de laquelle il a été précisé que le nombre de postes vacants d'infirmiers s'élève à 1 400, soit 1 000 de plus par rapport à la situation pré-pandémie. Lors de cette réunion, des demandes ont été formulées sur le temps de travail, en particulier des schémas en 12 heures, ou des roulements 8 heures/8 heures/10 heures, pour aboutir à des semaines de quatre jours travaillés. La cible proposée initialement était que 10 % des services puissent expérimenter les nouveaux schémas horaires en 8/8/10. Or, à ce jour, seuls 2 % des services sont candidats. Le directeur général est aussi revenu lors de cette réunion sur le sujet de la concordance des temps. Même si ce sujet doit bien sûr être considéré, le président estime toutefois que, outre qu'il conviendrait de le documenter de façon plus précise, il est loin d'être le nœud du problème, qu'il voit plutôt concerner l'adéquation des effectifs aux charges de travail et la question des ratios de personnels, qui constituent des sujets où il serait probablement plus entendu que sur les préavis pour prise de congés.

3. Approbation du compte rendu de la CME du 8 février 2022

Le compte rendu de la CME du 8 février 2022 est approuvé à l'unanimité.

4. Avis sur le schéma directeur des systèmes d'information (P^f Hubert DUCOU LE POINTE, D^f Laurent TRÉLUYER, M. Pierre BLONDÉ)

Le D^f Laurent TRÉLUYER indique que le nouveau schéma directeur est le fruit de 9 mois de travaux avec de nombreux groupes participatifs menés avec les directions fonctionnelles et les GHU. Plusieurs spécialités médicales ont également été sollicitées pour travailler sur les besoins prospectifs. Cette réflexion a également abouti à une veille stratégique sur les systèmes d'information (SI).

Le schéma 2016-2020 visait à passer unifier et à moderniser les outils, passant d'un système très éclaté avec une diversité de SI pour les mêmes fonctions, à un SI consolidé et urbanisé autour de quelques applications. Par exemple, le système d'identification des patients est désormais unique, permettant de partager les données sur l'ensemble de l'AP-HP. De même, les données patients ont convergé vers *Orbis* et un entrepôt de données de santé (EDS) a été créé. L'objectif initial était de déployer un SI cœur de métier autour d'*Orbis*, du système de gestion de laboratoire appelé GLIMS, du PACS *Philips* notamment à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et à l'hôpital européen Georges Pompidou qui n'avaient pas le même PACS, du SI de médecin nucléaire, du SI de radiothérapie, etc.

Le SI finances a également été consolidé avec le déploiement d'une gestion de la facturation unique (GAM) sur l'ensemble de l'AP-HP, alors qu'il existait 39 systèmes différents auparavant. Sur le plan des ressources humaines, une montée de version a permis de consolider l'outil de gestion et de développer de nouvelles fonctionnalités métiers. Actuellement, un nouvel outil de gestion des temps est développé pour les personnels médicaux.

La recherche et l'innovation constituent un volet à part entière du schéma directeur avec la construction d'un entrepôt de données de santé, essentiel pour la recherche, l'innovation et le pilotage, et qui représente un atout majeur de l'institution.

Le schéma directeur 2016-2020 a aussi commencé l'orientation vers les « services numériques » avec la mise en ligne d'un portail de services aux patients (<https://mon.aphp.fr>) proposant divers services allant de la préinscription administrative à la consultation des dossiers patients, des comptes rendus et des dernières ordonnances. Depuis un mois, ce portail permet de consulter les images radiologiques. Il rassemble 3 millions d'utilisateurs depuis l'ouverture du portail et 300 000 inscrits réguliers. Sur la période 2015-2017, deux salles informatiques de haute résilience mutualisées ont été mises en place. Ces salles sont logées dans des *data centers* professionnels. Le déploiement de nouveaux moyens bureautiques s'est aussi poursuivi permettant de passer de 48 000 ordinateurs personnels (PC, *personal computers*) en 2015-2016 à 65 000 PC. Le parc informatique compte à date près de 70 000 ordinateurs. Par ailleurs, la DSI s'est profondément réorganisée mettant en place des fonctions unifiées et resserrant les échanges avec les GHU.

L'ambition du nouveau schéma directeur est de renforcer et d'étendre le nouveau SI de l'AP-HP. Pour cela, cinq engagements de service ont été pris ainsi que cinq principes directeurs et cinq axes stratégiques. Ces cinq engagements sont les suivants : 1. des postes de travail et un réseau performants, ce qui correspond à une forte demande des utilisateurs, 2. une offre adaptée de formations initiales et continue, 3. un support réactif et efficace, 4. l'enrichissement des services aux patients, agents et partenaires, 5. l'implication des métiers en maîtrise d'ouvrage, mais aussi avec les collégiales. Pour chacun de ces points, des indicateurs sont mis en place permettant de s'assurer du respect de l'engagement de service.

Les cinq principes directeurs sont les suivants :

- L'unicité des constituants du socle SI de l'AP-HP pour éviter une dispersion des SI pour une même fonction et réduire leur nombre ;
- L'interopérabilité des choix applicatifs ;
- La souveraineté numérique (c'est-à-dire des systèmes non sensibles à des législations extra européennes) et la cyber-sécurité *in design* (c'est-à-dire intégrée dès la conception pour qu'elle soit imposée à l'éditeur) ;
- Le passage au *cloud* conditionnel et maîtrisé, qui passe par une externalisation d'une partie de l'informatique de l'AP-HP pour améliorer l'agilité et pouvoir aller plus vite sur des projets, ce qui permet d'éviter aussi des investissements lourds en optant pour la location ;
- La gestion des cycles de vie, du renouvellement à la mise hors service qui sera débattu au sein de la commission numérique de la CME. En effet, plusieurs applications doivent être arrêtées avec *Orbis* mais l'archivage des historiques doit être maîtrisé.

Les cinq axes stratégiques sont en ligne avec le projet d'établissement et se déclinent ainsi : le SI au service des parcours de prise en charge des patients, de l'organisation et des services supports ; la donnée pour accompagner la recherche et l'innovation, le soutien au pilotage et aux projets stratégiques (immobilier, ouverture sur le territoire, etc.), la performance du SI, l'organisation de la DSI.

Le portefeuille de projets de la DSI continue de s'étoffer et passe de 206 à 366 projets sur cinq ans qui reposent sur la capacité de développement de la DSI. Ces projets sont regroupés en programmes, objectifs opérationnels et axes stratégiques. Par exemple, sur l'axe 1 relatif aux projets territoriaux et aux e-parcours, les demandes portent essentiellement sur le développement d'outils de partage entre professionnels, à l'échelon territorial, vers les autres établissements, vers la médecine de ville, etc. mais également à l'échelon régional et national. Des projets sont liés à la pathologie numérique, discipline dont la transformation doit être accompagnée. D'autres se focalisent sur les données comme l'investissement dans l'EDS pour un coût global de 6 M€ par an et qui mobilise une centaine de personnes. Sur ce point, l'EDS permet déjà de collecter des recettes estimées dans les projets de recherche. Le projet de migration de SAP vers SAP Hana sera sans doute un projet coûteux. SAP, éditeur du logiciel de comptabilité, a pris la décision de proposer une nouvelle version de son progiciel qui est une version transformante semblable à un nouveau déploiement. Cette montée de version devra être préparée pendant les trois années à venir avant de se déployer en 2025-2026. D'autres projets encore concernent la cyber-sécurité, la fibre optique noire, c'est-à-dire la maîtrise du réseau, et le *cloud*.

Le budget d'investissement de l'AP-HP est de 73 M€ pour un plan global de financement pluriannuel (PGFP) de 63 M€, c'est-à-dire qu'environ 10 M€ sont obtenus en subventions chaque année. L'axe 1 relatif aux parcours représente 43 % des dépenses, 4 % pour l'axe 2, 6 % pour l'axe 3, 45 % pour l'axe 4 et 3 % pour l'axe 5. Les dépenses de fonctionnement concernent essentiellement la maintenance et augmentent naturellement entre 1,5 et 2 % par an. La masse salariale s'élève à 60 M€ avec une part de 54 % au niveau central (481 équivalents temps plein, ÉTP) et de 46 % dans les GHU (417 ÉTP). L'AP-HP fait actuellement face à de grandes difficultés de recrutement alors que le besoin de compétences de très haut niveau est important pour gérer des systèmes d'information complexes.

La gouvernance s'organise autour de comités de pilotage et de comités de suivi. Des revues mensuelles de projets sont nouvellement organisées avec la relation clients. Des comités stratégiques et les conférences budgétaires cadrent l'ensemble. À chaque niveau, la sous-commission *Numérique* de la CME, pilotée par le P^r Hubert DUCOU LE POINTE, apporte son appui.

Enfin, il est proposé enfin de renommer la DSI en direction des services numériques (DSN) pour insister sur la nouvelle notion de services.

Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE remercie l'ensemble de la DSI pour le travail effectué car il n'est pas toujours visible. Le schéma directeur a été établi de manière participative en associant tous les acteurs de l'AP-HP. La commission numérique veille à remonter les demandes du terrain, qui peuvent apparaître souvent comme des insatisfactions. Cependant, les équipes doivent avoir conscience que tous les problèmes ne peuvent être résolus instantanément car les changements de logiciels prennent du temps. Enfin, il espère que le budget accordé à la DSI sera suffisant pour répondre aux attentes.

Le D^r Cyril CHARRON salue la transformation effectuée au cours des dernières années par la DSI, et notamment le travail mené par l'équipe relation clients qui permet de structurer les demandes sur la base d'études de faisabilité, d'études d'impact et d'études d'intérêt. Un comité a pour mission de prioriser les projets sollicités par les groupes hospitaliers après avoir centralisé les demandes, ce qui permet de porter un regard plus large et d'étendre le périmètre de certains projets à d'autres disciplines. Certes, ce travail prend du temps mais il permet de donner de la cohérence. Il permet aussi d'identifier des systèmes artisanaux, créés avec talent, mais qui ne peuvent pas toujours être maintenus après le départ de leur commanditaire. C'est le cas par exemple de la solution mise en place pour la nutrition à l'hôpital Necker. La DSI tente de s'emparer de ces différents sujets mais la tâche est ardue d'autant plus que l'équipe n'est pas si nombreuse pour embrasser l'ensemble de ces projets. Pour cette raison, il remercie également tous les médecins qui participent aux comités afin d'alimenter les projets et les faire grandir.

Le président ajoute qu'une informatique robuste représente un investissement important sur le plan financier, comme sur le plan humain, puisque les ressources aux compétences pointues recherchées sont convoitées sur le marché de l'emploi. La DSI est certes en appui des services pour résoudre les difficultés et il est vrai que des efforts ont été fournis pour comprendre les dysfonctionnements et les traiter mais certaines personnes trouvent encore que le quotidien est compliqué par les *bugs*. Par ailleurs, il rappelle que le budget de l'informatique à l'AP-HP s'élève à environ 2,5 % de son budget total contre 5 % en Amérique du nord ou dans certains pays d'Europe du nord.

La CME approuve à l'unanimité le schéma directeur des systèmes d'information.

5. Avis sur les propositions du groupe de travail sur la mise en œuvre de la réforme du statut des personnels médicaux contractuels (P^r Jean-Damien RICARD, M. Olivier TRÉTON)

M. Olivier TRÉTON rappelle qu'un point d'étape avait été présenté lors d'une précédente réunion de la CME mais ce sont aujourd'hui les conclusions du groupe de travail sur la mise en œuvre de la réforme du statut des personnels médicaux contractuels qui vont être exposées.

Pour rappel, la réforme laisse la liberté aux établissements de déterminer leur politique de rémunération des personnels contractuels en fixant uniquement un plancher et un plafond. Cette réforme du statut des personnels médicaux contractuels fait partie d'une réforme plus importante qui rénove quasiment tous les statuts des médecins hospitaliers, notamment en distinguant les temps cliniques et non cliniques, en définissant des parcours de titularisation plus rapides et en insistant sur les possibilités d'exercice partagés au sein d'un territoire. Ces évolutions conduisent les équipes de ressources humaines à mener une réflexion sur le dimensionnement des équipes pour définir un équilibre entre titulaires et contractuels, jeunes praticiens et praticiens plus expérimentés, temps pleins et temps partiels, mais aussi sur le volume global d'emploi compte tenu des contraintes de budget. Même si l'AP-HP a obtenu l'assurance d'un financement dédié pour la mise en place de cette réforme, il convient de noter que ce financement ne permettra pas de couvrir l'ensemble des dépenses attendues pour les prochains mois et années.

Le décret du 5 février 2022 fixe désormais quatre motifs de recours aux contractuels :

- Motif 1 : remplacement et accroissement temporaire d'activité qui donne lieu à des contrats de six mois renouvelables dans la limite de deux ans ;
- Motif 2 : recours exceptionnel (sur le motif de l'ancien statut de praticien clinicien) dans la limite d'un contingent de contrats inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et sur la base d'une rémunération dérogatoire assortie d'une part variable sur objectifs ;
- Motif 3 : poste d'attente en attendant la titularisation en tant que praticien hospitalier (PH) pouvant aller jusqu'à 3 ans ;
- Motif 4 : facilitation des liens avec la ville pour des contrats à faible quotité de temps de travail (une à quatre demi-journées) qui peuvent être prolongé jusqu'à l'obtention d'un contrat à durée indéterminée (CDI).

Le P^r Jean-Damien RICARD rappelle, en complément des éléments présentés lors de la CME de février 2022, que deux groupes se sont penchés sur cette réforme : un comité de pilotage et un groupe de travail qui s'est réuni deux à trois fois par mois depuis novembre 2021. L'objectif était de s'approprier les enjeux de la réforme et d'identifier les disciplines ou secteurs impactés par celle-ci afin de soumettre des propositions de solutions partagées avec l'ensemble des professionnels. Il remercie toutes les personnes qui ont contribué à ces travaux et qui ont fait montre d'assiduité pour participer aux réunions. Ces contributions ont notamment permis d'identifier des situations qui n'avaient pas été relevées et ainsi permettre d'apporter des solutions.

Concernant le motif 2 qui remplace le statut de praticien clinicien, actuellement, 11 contrats de ce type sont en cours à l'AP-HP. Cela permet de recruter dans des disciplines ou territoires en tension. Le nombre de contrats de ce type devra être inscrit au CPOM, puis validé par l'ARS. Le groupe de travail propose d'inscrire 20 postes au CPOM : 3 par GHU et 2 en central qui pourront être mobilisés en cas de besoins supplémentaires. L'objectif est de suivre ces contrats et d'en augmenter le nombre si le besoin est avéré face à des difficultés de recrutement ou des tensions sur des disciplines ou spécialités.

De nouvelles grilles et barèmes de recrutement sont proposés. Ces grilles évoluent en fonction de l'ancienneté et proposent des primes pour certains secteurs d'activité ou surspécialisation. L'AP-HP est à date le seul établissement à avoir effectué ce travail en France. Ces propositions

doivent permettre de fixer des règles communes valables sur tout le périmètre de l'AP-HP tout en tirant profit de la flexibilité qu'offre la réforme pour que certains sites ou GHU puissent s'adapter aux contraintes territoriales.

Un comité de suivi sera mis en place pour s'assurer de la bonne mise en œuvre de ces propositions dans les différents GHU, pour répondre aux questions mais aussi pour amender ou ajuster ces propositions face à des situations particulières ou non anticipées. Il est proposé que ce comité de suivi soit issu du groupe de travail. Il se réunirait à un rythme semestriel et rendrait compte de ses travaux au président de la CME et à la CME.

Le président insiste sur l'importance du comité de suivi pour s'assurer de la fiabilité des perspectives et garder la possibilité d'adapter le dispositif. Il remarque que le budget étant contraint, la revalorisation des rémunérations pourra aussi avoir un effet sur le volume d'emplois. À certains endroits, la réforme pourrait donc soulever des questions d'organisation des équipes et imposer de redéfinir les missions de chacun. Quant au nombre de contrats de motif 2, il relève que la proposition s'appuie sur un nombre limité à ce jour, mais que ce nombre pourrait s'accroître en fonction des difficultés de recrutement, des besoins de la population mais aussi peut-être de la concurrence. Ce seront aussi des évolutions à anticiper pour éviter l'effet *mercato* entre les établissements qu'il conviendrait de réguler.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande à quelle date cette réforme sera mise en place. Dans son établissement, des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) non encore reconnus à l'Ordre des médecins sont demandeurs de ce nouveau statut, qui est financièrement plus intéressant.

M. Olivier TRÉTON explique que les PADHUE entrent dans le cadre d'une autre réforme. Le nouveau statut des personnels médicaux contractuels, quant à lui, est entré en vigueur le 7 février 2022. Toutefois, avant d'éditer de nouveaux contrats qui seront conformes à ces règles, sans doute pas avant mai, l'AP-HP doit encore adapter son système de gestion de la paie. En attendant, certains contrats seront renouvelés sur l'ancienne base mais en veillant à ce que la rémunération soit la plus proche possible de la rémunération qui sera perçue avec le nouveau contrat. Un système d'abrogation et de reprise rétroactive des contrats sera mis en place lorsque le système de paie proposera des trames de contrats actualisées.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande confirmation que les contrats actuels pourront être renouvelés sur la base du nouveau salaire induit par la réforme.

M. Olivier TRÉTON le confirme.

Le D^r Éric LE BIHAN souligne que la réforme des praticiens hospitaliers devait permettre de concourir au concours de PH en tant que docteur junior. Il souhaite donc qu'une réflexion soit menée pour accélérer ce processus car des praticiens sont aujourd'hui découragés par l'attente pendant deux ou trois ans avant d'accéder au poste de PH et sont alors plus enclins à entendre les « sirènes » du privé. Il estime que le dogme de la commission des effectifs mériterait d'être revu.

Le P^r Jean-Damien RICARD avait l'espoir que la réforme permette des recrutements au fil de l'eau, mais cette proposition n'a pas été retenue et les nominations de PH auront toujours lieu deux fois par an. Par ailleurs, il est aussi de la responsabilité des chefs de service de réfléchir à leurs

priorités de recrutement car l'institution n'est pas la seule à devoir prendre des décisions en la matière. Enfin, il rappelle que la réforme a bien pour objet de raccourcir le temps entre la fin de l'internat et la titularisation. Cependant, les contraintes budgétaires restent à prendre en compte.

Le P^r Yann PARC se réjouit que l'on puisse recruter plus vite mais il demande toutefois que cette accélération ne conduise pas à rogner sur la qualité des profils recrutés. En effet, les PH sont nommés à vie et il ne faudra pas baisser le niveau d'exigence. Or ce mouvement commence à se profiler et certains services peuvent ainsi être « sabordés » par un recrutement non qualitatif et effectué à la va-vite. Un petit délai peut s'avérer utile et productif.

Le président demande si cette remarque est une réaction à la proposition précédente consistant à recruter des docteurs juniors plus rapidement.

Le P^r Yann PARC n'évoque pas que ces situations puisque les docteurs juniors ont une formation européenne. Or, l'AP-HP a pu aussi recruter des praticiens à diplôme non européen et le regretter.

Le D^r Éric LE BIHAN explique que son propos précédent ne ciblait pas ces profils mais les personnes disposant d'un diplôme d'études spécialisées (DES) qui ont effectué un post-internat mais qui doivent attendre un ou deux ans avant d'obtenir un poste PH. Ce délai étant long, ils peuvent parfois préférer se faire embaucher dans le privé.

Le P^r Yann PARC reconnaît que ces situations sont problématiques. De plus, si ces personnes rejoignent le secteur privé, c'est qu'elles ont été identifiées comme des éléments de valeur.

Le D^r Éric LE BIHAN précise que ce sont cependant des médecins qui auraient souhaité rester à l'hôpital public.

Le P^r Jean-Damien RICARD précise qu'il est possible de cumuler les motifs de recours pour évaluer le profil sur un, deux ou trois ans et s'assurer de l'adéquation entre le candidat et le service recruteur. Le groupe de travail a veillé à ne pas introduire une distorsion de la rémunération en fonction des motifs de recours.

Le D^r Diane BOUVRY constate que c'est la première fois qu'un motif s'appuie sur le défaut d'attractivité de certains territoires et que le dispositif permet de flécher des rémunérations plus attractives vers ces territoires en difficulté. Elle souhaite cependant savoir si une partie de la masse salariale sera reprise en central pour être redistribuée vers les territoires les plus en difficulté en passant par le comité de suivi.

Le P^r Jean-Damien RICARD indique que cette question s'adresse à la direction. Le comité de pilotage et le groupe de travail n'ont fait que donner les moyens pour que les sites et les GHU puissent utiliser cette flexibilité en matière de recrutement. Pour sa part, il n'exprime aucune opposition de principe au fait que la rémunération puisse être différenciée en fonction des secteurs, en particulier en raison de difficultés de recrutement des territoires. Cependant, il ne peut pas aller plus-avant dans sa réponse car la distribution de la masse salariale relève de la communauté médicale au sens large et surtout de la direction.

Le président ajoute que ces questions sont à relier à ses commentaires précédents lorsqu'il évoquait le « *mercato* » et la régulation nécessaire à mettre en place pour répartir les moyens et accentuer l'effort dans les endroits où les difficultés sont les plus aiguës.

Le P^r Jean-Damien RICARD souligne que, à titre personnel, il ne s'oppose pas à une ponction pour permettre d'offrir des rémunérations plus élevées dans certains groupes jhospitaliers.

Le D^r Christophe TRIVALLE précise que la nomination des PH ne dépend pas que des chefs de service et des politiques de service. La décision revient aussi aux GHU. Par ailleurs, le nombre de postes étant limité, les GHU peuvent être amenés à proposer des priorisations qui ne correspondent pas aux besoins des services. Cette situation est particulièrement vraie en gériatrie où, pendant des années, il a été très ardu de nommer des PH. À l'inverse, à l'hôpital Henri-Mondor, plusieurs PH ont été nommés en gériatrie. Cette politique de GHU conduit certains profils à quitter l'AP-HP car le temps d'attente est trop long. À l'inverse, d'autres praticiens finalement nommés partent en province, pour diverses raisons. Cette situation conduit à recenser de nombreux postes vacants alors qu'il aurait été préférable de nommer plus de PH pour s'appuyer sur une situation plus stable.

Le D^r Nathalie RICHOME souhaite en tant que participante du groupe de travail, revenir sur quelques points saillants. Tout d'abord, elle rappelle que le « Ségur de la santé » doit produire en théorie des effets positifs. Par ailleurs, cette réforme a initialement été rejetée par l'ensemble des représentants professionnels qui n'ont pas été entendus. La réforme pourra être bénéfique pour les praticiens qui pourront accéder à un poste PH mais tous ne le pourront pas et les autres devront alors rejoindre le secteur privé. Une attention devra donc être portée sur la répartition des postes de PH selon que les contractuels étaient déjà en poste depuis longtemps ou qu'ils sont plus récents dans leur statut. Elle appelle également à rester attentifs au risque de diminution du nombre de postes de contractuels du fait de la réforme avec ses conséquences possibles sur l'organisation des services. Enfin, l'objectif du « Ségur de la santé » était bien d'augmenter le nombre de titulaires, objectif qui ne doit pas être oublié.

Le président compte sur les membres du groupe de suivi pour informer la CME de la mise en œuvre de la réforme.

La CME approuve à l'unanimité les propositions du groupe de travail sur la mise en œuvre de la réforme du statut des personnels médicaux contractuels.

6. Point sur les réformes du financement des urgences, de la psychiatrie, des soins de suite et de réadaptation (SSR) (M^{me} Stéphanie DECOOPMAN et M. Michaël COHEN)

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN explique que ces réformes mettent en place de nouvelles bases de financement communes avec une dotation populationnelle, c'est-à-dire un financement territorialisé nécessitant un dialogue entre les acteurs sur un modèle de prise en charge au sein d'une région, avec des indicateurs qualité et avec des parts d'activité. Ces réformes nécessitent une adaptation sur le plan du codage, de l'organisation et parfois des travaux avec l'ARS pour défendre la spécificité de la prise en charge, du territoire ou des patients.

M^{me} Audrey GARCIA-VIANA commence par quelques rappels de contexte. Les réformes du financement ont été initiées par le rapport ministériel de M. Jean-Marc AUBERT intitulé « Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné ». Ces propositions visaient à corriger les principaux défauts de la tarification à l'activité (T2A), à savoir, d'une part, la prise en compte insuffisante de la qualité des résultats des soins et de la satisfaction des patients, et d'autre part, son caractère peu incitatif à la coordination entre les acteurs du

parcours de soins sur les territoires. Ce rapport a donné naissance à la feuille de route « Ma santé 2022 » qui intègre plusieurs évolutions. Elle pose tout d'abord le principe d'un paiement à la qualité et à la pertinence des soins pour que la qualité devienne un compartiment de financement à part entière. Elle introduit également un paiement incitatif à la coordination des acteurs – dénommé dotation populationnelle car évaluée sur la base d'indicateurs populationnels, tout en laissant une place à l'activité pour ne pas perdre la logique de la dynamique d'activité et des files actives.

Enfin, les dotations populationnelles, calculées par le ministère sur la base d'indicateurs statistiques, doivent refléter le taux de recours et de consommation de soins des territoires sur chacune des spécialités. L'engagement du ministère est que ces dotations populationnelles déléguées aux régions ne soient jamais inférieures aux financements historiques, voire en augmentation par rapport à ces bases. Par exemple, pour la région Île-de-France, sur le secteur des urgences et des structures mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR), l'enveloppe serait en croissance de 1 % par an. Pour la psychiatrie, la région Île-de-France serait en situation de rattrapage avec des augmentations plus importantes des financements.

Ces principes se traduisent en compartiments pour chacune des réformes : avec des financements à la qualité et des financements à l'activité, des compartiments spécifiques prenant en compte les transformations de l'offre dans une approche territoriale, un compartiment prenant en compte les activités d'expertise et de recours et des dotations calibrées sur des critères populationnels lesquels font encore l'objet de discussions quant à leur délégitation au niveau des établissements de santé.

Sur le secteur urgences-SMUR, la réforme est pleinement opérationnelle depuis le 1^{er} janvier 2022, depuis la mise en place des nouveaux forfaits à l'activité. Pour la psychiatrie, elle est initiée dès 2022. Pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), la mise en place programmée en 2022 est reportée à 2023.

Ces réformes s'appliquent sur un périmètre qui pèse pour environ 810 M€ à l'échelle de l'AP-HP, dont plus de la moitié pour les SSR (450 M€). L'impact estimé des réformes sur l'institution est compris entre – 15 M€ et – 20 M€ à horizon 2025, cette fourchette étant à date exploratoire. Sur le secteur urgences-SMUR, l'impact pourrait être neutre ou positif, tout comme pour la psychiatrie. En revanche, sur le secteur des SSR, la première simulation table sur une baisse de – 25 M€ à – 30 M€. Concernant les urgences, la réforme du financement conduirait à mettre en place trois compartiments avec des dotations populationnelles visant à mieux articuler les urgences et les soins programmés de ville sans déséquilibrer pour autant les structures hospitalières (58 % des structures de recettes), un compartiment à l'activité (pour 40 %) et des dotations qualité (pour 2 %).

M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN souligne que les enjeux de la réforme du financement des urgences-SMUR portent également sur des aspects organisationnels et de codage. En effet, les forfaits à l'activité vont davantage prendre en compte l'intensité de la prise en charge, c'est-à-dire que les consultations simples (patients tri 5) seront moins valorisées dans le nouveau modèle. Toutes les stratégies déjà mises en place de réorientation des patients et de partenariats avec la ville doivent donc être accélérées pour entrer dans le modèle incitatif proposé. Ceci s'articulera donc avec la réforme du service d'accès aux soins pour favoriser une régulation en amont.

La réforme invite aussi à porter une grande attention au codage car l'exhaustivité du remplissage du diagnostic principal dans les résumés de passage aux urgences (RPU) est un élément central de la rémunération et permettra de fonder des indicateurs qualité. Des développements informatiques ont permis que le remplissage du diagnostic principal soit un champ obligatoire dans les logiciels *Urqual* et *Orbis*. Ce développement informatique et la mobilisation des personnels ont déjà permis d'améliorer l'exhaustivité du remplissage des RPU passant ainsi de 77 % à 84 % mais l'objectif est d'atteindre maintenant un taux de 95 %. Cependant, des disparités existent, notamment entre sites adultes et pédiatriques. Le codage des avis spécialisés en psychiatrie au SAU sera également déterminant pour alimenter les plaidoyers vis-à-vis de l'ARS et du ministère concernant la non-valorisation actuelle de cette activité. Ce codage optimisé permettra donc de mieux valoriser ce que fait déjà l'AP-HP.

En outre, la réforme aboutira à un reste à charge simplifié, ce qui représente une opportunité pour revoir les circuits de facturation dans les SAU. Un point d'attention concerne également les recettes des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) mono-résumé d'unité médicale (RUM) qui ne donnaient pas suite à une hospitalisation dans les services. Actuellement, ces éléments sont tarifés en T2A mais seront demain intégrés dans la dotation populationnelle, ce qui va figer les financements de ces activités.

M^{me} Audrey GARCIA-VIANA signale que des discussions régionales ont été lancées sur la dotation populationnelle en lien avec la commission d'activité ressource des urgences (CARU) d'Île-de-France. La croissance de l'enveloppe régionale serait de + 1 %, soit + 4 M€ pour la région. La CARU a décidé de geler 10 % de ces crédits pour avoir la possibilité de les redistribuer. Le mode d'allocation privilégié par le ministère reposerait sur un référentiel de moyens. Ainsi, en fonction de l'activité ou de la structure des urgences, des ressources seraient calibrées en face de charges associées. Ce modèle a pour avantage de dé-corréler les ressources de l'activité pour garantir aux urgences un niveau de ressources minimal et stable. L'AP-HP regarde ce modèle avec intérêt mais plaide aussi, avec la Fédération hospitalière de France (FHF), pour que des indicateurs populationnels puissent être mis en avant pour refléter au mieux la file active de patients reçus au niveau des urgences. Pour ce faire, l'AP-HP a listé plusieurs indicateurs jugés intéressants comme la précarité, la pédiatrie, le taux de non-résidents, la valorisation de la nuit ou de la nuit profonde et les taux d'hospitalisation après passage aux urgences. Le secteur privé privilégie davantage, quant à lui, des indicateurs à la performance (du type délai d'attente). La qualité et l'exhaustivité du codage des RPU sont depuis 2021 un indicateur d'allocation des ressources. Il a été exécuté à un peu moins de 50 % l'an passé. Cet indicateur sera maintenu en 2022 mais les autres indicateurs qualité ne sont pas encore connus.

M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN expose ensuite les grandes lignes de la réforme touchant à la psychiatrie. Ce modèle s'inscrit dans le même modèle que celui des SSR avec une dualité des modes de financement entre le secteur public et le secteur ex-objectif quantifié national (OQN), c'est-à-dire le privé et les établissements de santé privé d'intérêt collectif (ÉSPIC), conduisant de fait à des distorsions d'évolution des ressources. Pour la psychiatrie, la dotation annuelle de financement (DAF) était un modèle figé offrant peu de progression, alors que le prix de journée finançant les établissements privés et les ÉSPIC avait connu un fort dynamisme, ayant conduit à des distorsions y compris sur les modes de prise en charge et les durées des hospitalisations. En mettant en place un mode de financement commun au public et au privé, la réforme doit permettre de redonner du dynamisme à la psychiatrie publique. Toutefois, la dotation populationnelle, si elle est très bien adaptée au secteur qui repose sur un territoire et une

population donnée, est beaucoup moins adaptée à la psychiatrie hospitalo-universitaire, qui représente une large part de l'offre du secteur public. Elle exige de faire reconnaître des activités spécifiques d'offre de recours, de centres de recours, d'équipes mobiles, de pratiques innovantes. Des incertitudes perdurent encore sur le périmètre pris en charge et appellent la poursuite des discussions avec l'ARS et la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Les questions auxquelles il faut encore répondre portent sur le périmètre du financement, sur le niveau de couverture, sur l'évolutivité des montants et sur la capacité à intégrer de nouvelles activités.

La distorsion public/privé tient aussi à la moindre capacité du secteur public à répondre à des appels à projets privant ainsi de capacités de financement additionnelles. La réforme pourrait permettre de retrouver ce dynamisme. La réforme est par ailleurs l'occasion de faire reconnaître l'activité de liaison et le rôle de la psychiatrie aux urgences, qui est aujourd'hui incluse dans la DAF mais non financée spécifiquement.

La priorité de 2022 sera l'information et le codage. Le ministère a mis en place un système de garantie de financement pour la période 2022-2025 qui se fondera sur les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de 2022. Autrement dit, ce qui sera codé en 2022 aura des répercussions sur l'ensemble de la période 2022-2025. Dans le nouveau modèle, les indicateurs de qualité seront aussi fondés sur ce codage. Plusieurs actions ont donc commencé à être menées comme la mise à jour des structures, l'accélération du déploiement d'*Orbis* PMSI-Psy et la mise en place du programme de mesure de la qualité des données.

Enfin, les indicateurs qualité, discutés avec le ministère, sont actuellement des données issues des dossiers patients, comme par exemple : la qualité de la lettre de liaison à la sortie de l'hôpital, l'évaluation de la douleur somatique, l'évaluation cardiovasculaire et métabolique chez les patients adultes, l'évaluation et la prise en charge des addictions des patients adultes. Sur ces indicateurs, l'AP-HP se doit de répondre présente. La réforme invite également à rendre plus dynamique la réponse aux appels à projets innovants.

M^{me} Audrey GARCIA-VIANA explique que le nouveau modèle de financement de la psychiatrie conduirait à une dotation populationnelle représentant 78 % des recettes historiques. À date, aucune précision n'est donnée sur les critères régionaux qui seront utilisés. De plus, les travaux n'ont pas encore démarré pour la région Île-de-France. Pour la dotation file active, l'enjeu du codage est majeur. D'après de premières simulations de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la dotation file active serait défavorable à l'AP-HP (environ - 2 %) mais cette donnée reste encore à expertiser et à contrôler sur la base du codage. Pour les activités spécifiques, il a été demandé la pérennisation des financements fléchés qui représentent 10 % de la DAF dans la dotation populationnelle.

M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN poursuit avec la réforme du SSR. Celle-ci pourrait avoir un impact financier inquiétant en termes de perspectives pour l'AP-HP. Elle soulève donc des enjeux forts de transformation de l'offre de soins. Cette réforme est couplée à une réforme des autorisations. Les SSR deviendraient des soins médicaux et de rééducation (SMR), c'est-à-dire des soins médicaux de réadaptation, conduisant à se centrer sur des activités à forte technicité et à forte spécialisation et à poser les bases d'une organisation par filières (polyvalent, pédiatrie, cancérologie).

L'activité de l'AP-HP doit être clarifiée en termes de filières de soins, avec les projets médicaux associés, les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) associées et les profils patients

accueillis aujourd'hui sur les sites de l'AP-HP. C'est un sujet que le département de l'information médicale (DIM) est en train de conduire en lien avec les GHU pour comprendre la structuration des filières et travailler sur les futurs SSR à forte technicité et à forte valeur ajoutée dont plusieurs filières (dont la cardiologie et la neurologie) ont besoin. Les SSR doivent aussi être plus polyvalents, ce qui oblige à se poser des questions sur la place de l'AP-HP dans une offre territoriale. L'enjeu de recueil d'activité sera aussi fort puisque plus de 50 % des recettes en dépendront. La formation de codeurs est en cours mais elle devra s'intensifier. Une attention devra être portée sur la densité de rééducation, c'est-à-dire sur les séquences de traitement à valoriser dans le nouveau cadre. L'enjeu sera aussi de se doter d'outils de contrôle et de traçabilité pour améliorer le suivi de l'information, par exemple pour l'utilisation des molécules onéreuses.

M^{me} Audrey GARCIA-VIANA précise que, dans le nouveau modèle de financement, 50 % des recettes seront à l'activité, ce qui représente un changement majeur pour les SSR puisqu'aujourd'hui elles ne représentent que 10 % de la dotation. La dotation populationnelle serait de 40 %. Cependant, comme pour la psychiatrie, aucun élément n'est communiqué sur les indicateurs populationnels retenus. Des compartiments mission d'intérêt général (MIG), plateaux techniques, dotation pédiatrie interviendront en complément ainsi que l'équivalent de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

Un travail de simulation interne a été initié mais l'AP-HP reste en attente des simulations de l'ARS. De premières simulations ont été conduites au niveau ministériel mais celles-ci sont encore soumises au contrôle de cohérence des données. La simulation de l'AP-HP se base sur le capacitaire actuel avec 632 lits fermés (16 % du capacitaire) et aboutit à un impact de - 31 M€ qui a vocation à être lissé sur plusieurs années. Ces 31 M€ correspondent à 6 % de la dotation des SSR actuelle. Ce point continue de faire l'objet de discussions.

M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN souligne que ces réformes sont multi-facettes puisqu'elles soulèvent des enjeux organisationnels, de transformation de l'offre de soins parfois couplés aux réformes des autorisations et des enjeux de codage. Pour suivre ces réformes, il est proposé de mettre en place groupes de travail spécifiques (SSR, psychiatrie, urgences) ayant aussi vocation à alimenter les travaux des CARU. Le comité régional d'allocation des ressources des urgences est déjà en place mais ceux de la psychiatrie et du SSR sont à venir et mobiliseront aussi les collégiales. Ces groupes de travail devront être représentatifs des directions et des personnels soignants. Un comité de suivi se mettra également en place, avec la représentation de la CME, afin de donner une vision globale et rendre compte des avancées.

Le président partage la remarque selon laquelle l'offre de SSR spécialisés n'est pas suffisamment connue, de sorte que les patients ayant besoin d'être adressés en SSR spécialisés ne sont pas toujours bien orientés. La réforme pourrait donc être l'occasion aussi de réfléchir aux moyens de recréer du lien, mieux que le logiciel *Trajectoire* ne peut le faire.

M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN reconnaît qu'il s'agit d'un enjeu très important d'autant que les filières sont très dispersées. La structuration des filières doit permettre de les rendre lisibles pour que l'adressage soit pertinent et pour développer des offres là où existent des besoins.

Le président confirme la nécessité de créer un lien puisque *Trajectoire* n'est pas le meilleur outil pour y parvenir.

M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN souligne que les contacts directs et la connaissance mutuelle sont souvent plus efficaces qu'un simple outil.

Le D^r Christophe TRIVALLE comprend que la philosophie des trois réformes est identique mais il constate que ce sont aussi trois « usines à gaz » assez différentes puisque les urgences ne sont pas la psychiatrie qui n'est pas non plus les SSR. Aussi, il aurait préféré que trois présentations distinctes soient commentées car chaque réforme a besoin d'être discutée indépendamment. Chaque réforme de la tarification aboutit en fait à un déficit, ce qu'il regrette, car une réforme devrait permettre de générer un gain par rapport à l'activité prise en charge. Il regrette par exemple, pour la réforme des SSR, que le mot « gériatrie » n'ait pas été prononcé alors que le codage est mené en gériatrie depuis des années et il peine à entendre que le codage sera à améliorer sauf à perdre en financement. Or l'activité ne doit pas être adaptée à la réforme mais l'activité doit correspondre aux besoins. De plus, la réforme ne semble pas du tout adaptée aux SSR gériatriques. Dans son secteur, il manque de nombreux rééducateurs gériatriques. Or, sans ces ressources, il n'est pas possible de mener une activité de rééducation. Enfin, dans sa spécialité, la maladie d'Alzheimer, ce qui rapporte le plus dans la nouvelle classification, ce sont les enfants Alzheimer, – ce qui n'existe pas ! –, ce qui montre à quel point cette nomenclature est inadaptée puisque ses services n'accueilleront de fait jamais d'enfants ayant cette pathologie. Il est pessimiste quant aux résultats de cette réforme.

M^{me} Audrey GARCIA-VIANA confirme que cette réforme a été plusieurs fois reportée et c'est aussi pour cela que l'on ne dispose pas d'informations plus précises sur les contours des changements. Devant la CME de ce jour, elle a simplement souhaité tirer un premier signal d'alarme sur ses possibles conséquences financières. Cependant, des éléments plus concrets sur les éléments de codage et de tarif pourront être discutés en interne. Le SSR gériatrique représente près de 60 % de l'offre de soins de l'AP-HP. C'est donc un sujet fondamental. Le codage de la dépendance est également un sujet à part entière.

Le directeur général ajoute que les MCO demandent davantage de SSR spécialisés, mouvement qui n'est pas forcément poussé par la réforme. En interne comme vis-à-vis des acteurs externes, l'objectif est pourtant d'aider la MCO et d'améliorer le parcours du patient avec des SSR spécialisés afin de répondre aux besoins.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc constate à regret que l'activité médicale tend à se plier à la réforme proposée et à s'adapter au nouveau mode de financement alors que le projet médical devrait primer. Cette réforme conduira de nouveau à ce que des SSR s'adaptent à ces contraintes nouvelles. Des SSR pourraient se transformer en MCO. Par ailleurs, concernant les urgences, il relève que l'objectif de la réforme sera de réorienter les consultations simples vers la ville mais cette solution ne sera pas viable partout, notamment dans les déserts médicaux, même en Île-de-France.

Le président confirme que les zones mal desservies pourront poser difficulté malgré le service d'accès aux soins (SAS).

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN explique toutefois que ces éléments devraient être pris en compte dans les indicateurs de modulation. C'est tout l'objectif des discussions qui ont lieu pour faire en sorte que le modèle ne soit pas uniforme sur tout le territoire français. Par ailleurs, pour répondre à la remarque précédente du D^r Emmanuel Bui Quoc, l'évolution voulue par les urgentistes d'une

meilleure coordination entre la ville et l'hôpital avec des SAU centrés sur l'urgence vitale trouve sa concrétisation dans le modèle de soins. Pour ce qui concerne les SSR, il convient de lire cette réforme du financement avec celle des autorisations, ce qui entraîne une réforme du projet médical des SSR avec une évolution vers la spécialisation. Ces projets portent donc une vision médicale qu'il ne faut pas dévoyer.

Le président souligne qu'il faudra s'assurer que ce modèle réponde bien aux besoins médicaux de la population, qui doivent rester notre guide en matière de stratégie.

Le D^r Brigitte SOUDRIE pense que cette réforme donnera de la visibilité à l'offre de soins de l'hôpital marin d'Hendaye dans le cadre du SSR spécialisé neurologique et respiratoire, cette activité était « tarifée » comme des SSR polyvalent et pourra ainsi être valorisée. Elle entend que cette réforme puisse inquiéter mais elle estime qu'elle sera bénéfique pour les unités qui accueillent des malades lourds et complexes (SRPR) et qu'elle sera de nature à permettre à l'hôpital marin d'obtenir un financement pour la rénovation de son plateau technique.

Le P^r Yann PARC doute que le codage puisse être une réponse car il peut aussi induire des effets pervers. En effet, il existe un risque que le système s'adapte de sorte à ne pas dépasser l'enveloppe fixée par la Sécurité sociale car 20 % des codages changent chaque année. Il est donc difficile de baser un plan de financement sur les codages. De plus, un code qui ne devrait être utilisé que pour une activité très spécifique est souvent dévoyé pour être utilisé ailleurs, ce qui est décevant.

Le D^r Cyril CHARRON est inquiet des propos tenus sur le développement des SSR spécialisés et hyperspécialisés, car beaucoup de malades sont en fait polypathologiques et difficiles à orienter vers des SSR spécialisés. Il ne souhaite pas que cette nouvelle organisation soit un prétexte pour refuser certains patients. Même si l'AP-HP représente l'hôpital d'excellence et de recours, l'hyperspécialisation présente aussi ses limites.

Le président retient de ce propos qu'il ne faut pas négliger les SSR polyvalent à côté des SSR spécialisés.

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN précise que cette première présentation de la réforme du financement des SSR donne à voir les évolutions futures mais ce sera un dossier sur lequel il faudra retravailler plus en détail, filière par filière.

Le président le comprend mais insiste sur le fait qu'il existe aussi un besoin de SSR polyvalents pour de nombreux patients.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que cette réforme est issue du « rapport Aubert ». Sur le fond, il constate que l'objectif est de défendre les intérêts de l'institution en faisant reconnaître ses spécificités, ce qui sera difficile dans le nouveau modèle puisque les deux tiers de l'activité ne sont pas sectorisés. Par ailleurs, les indicateurs qualité sont tous sauf psychiatriques. Ils sont somatiques car plus faciles à mesurer. La tarification complexe aura inévitablement des effets pervers. Enfin, concernant le codage, il souhaite savoir si de nombreux progrès restent encore à faire ou si l'AP-HP est déjà proche de l'exhaustivité du codage. Dans son service, il confirme que toute l'activité est codée depuis septembre 2021.

M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN ne dispose pas des chiffres sur l'exhaustivité du codage en psychiatrie, ceux-ci seront communiqués rapidement en lien avec la collègiale de psychiatrie pour objectiver la situation mais elle confirme que les acteurs se sont investis.

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN répond à M. Guy BENOÎT qui s'étonne dans le *tchat* que l'impact annoncé de la réforme soit de 31 M€ alors que les diapositives font apparaître des montants qui, cumulés, s'élèvent de 62,3 M€. Or, ce tableau illustre l'évolutivité de l'impact sur trois ans. Il ne faut donc pas additionner les colonnes. L'effet de 30 M€ annuels sera pleinement obtenu au bout de 3 ans.

7. Avis sur le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre le GHU Paris Saclay et la Fondation des étudiants de France (M. Thibault ROBERT)

M. Thibault ROBERT indique que la convention d'association entre le GHU Paris Saclay et la Fondation santé des étudiants de France poursuit plusieurs objectifs. En premier lieu, développer les liens entre les deux partenaires pour optimiser le parcours de soins et la prise en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes en améliorant l'accès à des lits d'aval hors MCO pour les adolescents avec maladie chronique ; structurer une filière de soins médico-chirurgicale pour les obésités morbides initialement adressées à la Fondation des étudiants de France ; structurer les filières médicales de soins pour les adolescents et jeunes adultes évalués dans les services de médecine de l'adolescent des hôpitaux Amboise Paré et de Bicêtre et d'améliorer l'accès à une scolarité adaptée pour les patients dont la pathologie nécessite une hospitalisation au long cours. Cette convention va également permettre l'affectation de personnels hospitalo-universitaires, titulaires ou contractuels à la Fondation des étudiants de France, et notamment le D^r Chantal STHENEUR, pédiatre.

Côté AP-HP, sont concernés par cette convention plusieurs services et sites du GHU Paris-Saclay : le service de médecine des adolescents et le service d'endocrinologie du diabète de l'enfant de l'hôpital Bicêtre, le service de pédiatrie de l'hôpital Antoine-Béclère, le service de pédiatrie de l'hôpital Ambroise-Paré et le service de nutrition clinique de l'hôpital Paul-Brousse. Côté Fondation santé des étudiants de France, sont concernés la clinique Édouard Rist, la clinique de Neufmoutiers-en-Brie et la clinique de Varennes-Jarcy.

La convention permettra que le GHU Paris-Saclay propose une prise en charge de la phase aiguë des obésités sévères non suivies de l'enfant, de la dénutrition sévère, des troubles des comportements alimentaires et des décompensations aiguës des patients en dehors des filières déjà établies. La Fondation santé des étudiants de France facilitera la prise en charge des enfants et adolescents en SSR et offrira une offre d'éducation thérapeutique et de les accompagner sur le plan éducatif grâce à une scolarité adaptée.

Le P^r Bahram BODAGHI rapporte l'avis du P^r Loïc DE PONTUAL qui indique être favorable à la convention à la condition que le P^r Chantal STHENEUR se rapproche véritablement du GHU Paris Saclay.

La CME approuve à l'unanimité le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre le GHU Paris Saclay et la Fondation de santé des étudiants de France.

8. Questions diverses

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que la « loi Rist » a introduit de nouvelles dispositions concernant la nomination des chefs de service et prévoit que les chefs de service et les responsables de structures internes, d'unités fonctionnelles ou de pôles d'activité clinique ou médicotechnique sont nommés après avis du chef de pôle, par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Précédemment, seul le directeur prenait la décision de nomination. De longue date, il a plaidé pour que le président de la CME garde un rôle d'arbitrage et ne délègue pas aux groupes hospitaliers ce rôle dans le processus de nomination des responsables de structures. À ce jour, cette compétence n'a pas été déléguée et le rôle de nomination revient donc au président de la CME centrale conjointement avec le directeur. Le règlement intérieur doit être adapté aux nouvelles dispositions législatives. Il signale qu'actuellement une nomination pose problème et il regrette que le président de la CME ne soit pas en position d'arbitrer cette difficulté sur laquelle il a été alerté. En effet, le président d'une CME locale a écrit que la gouvernance hospitalo-universitaire du GH avait décidé de procéder à une nomination. Or, en l'état, cette décision est hors la loi et a suscité la réaction de la quasi-totalité des chefs de service de l'hôpital concerné. Ces derniers ont même écrit pour faire part de leur désaccord, notamment car la candidate retenue par le président de la CME locale a fait preuve de failles par le passé dans la manière de se comporter avec d'autres médecins. Il semblerait en outre que le doyen n'était pas d'accord avec sa nomination. En l'absence de consensus, le P^r Bernard GRANGER souhaiterait que le président de la CME centrale s'implique davantage, voire se fasse aider de membres de la CME centrale pour arbitrer ces situations.

Le président confirme que c'est bien le président de la CME de l'AP-HP qui signe pour l'heure les nominations des chefs de service, sans délégation. Si un président de CME locale a écrit des propos contraires, il s'agit d'un simple abus de langage. La signature revient bien au président de CME. Sur ce cas particulier, un examen approfondi est en cours.

Le P^r Jean-Claude CAREL confirme que la gouvernance locale du groupe hospitalier s'est exprimée sur son souhait de recrutement. Il reconnaît qu'un abus de langage a pu avoir lieu mais cette nomination est un souhait clairement exprimé et assumé. Cela étant, toutes les nominations comme tous les renouvellements, suivent une procédure conforme à la loi et passent bien systématiquement par le président de la CME.

Le directeur général précise que le cas auquel il est fait allusion concerne la néphrologie de l'hôpital Saint-Louis. Un courrier a certes été envoyé par des chefs de service, comme signalé par le P^r Bernard GRANGER, mais un autre courrier a été reçu de la part des 11 praticiens du service concerné demandant la nomination de la personne visée. Les travaux menés sur la possibilité de délégation, et nécessitant de rédiger un texte complémentaire au règlement intérieur, ont toujours prévu la possibilité d'évocation en central en l'absence de consensus entre le directeur du DMU, le doyen, le président de la CME locale et le directeur du GHU. Aussi, même en cas de délégation, ce type de situation aurait relevé d'une évocation auprès du président de la CME centrale.

Le président précise toutefois que le cas présent fait l'objet d'un consensus de la gouvernance locale. Il ajoute qu'il est à l'écoute des remarques sur cette situation et qu'il prendra une décision après avoir étudié l'ensemble de ces éléments.

La séance plénière est levée à 19 heures 30.