

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 24 FÉVRIER 2026

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 21 AVRIL 2026

CME du mardi 24 février 2026

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 27 janvier 2026
3. Avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2026-2030 (M. Camille DUMAS)
4. Intéressement recherche (M. Milan LAZAREVIC)
5. Bilan des nominations et de la procédure de nomination des chefs de service en 2025 (M. Emmanuel RAISON)
6. Avis sur le schéma directeur numérique (M. Raphaël BEAUFRET, D^r Cyril CHARRON)
7. Point sur le choix des stages des internes (P^r Vincent GAJDOS, M. Emmanuel RAISON)
8. Questions diverses

- Assistent à la séance :

- **Avec voix délibérative :**

P = présent, V = en visio-conférence, A = absent

| | | | P | V | A | | | | P | V | A |
|-----------------|---------------|-------------------|---|---|---|-----------------|--------------|-------------------|---|---|---|
| M. | Marwan | AMMAR | | | X | P ^r | Nicolas | JAVAUD | | X | |
| P ^r | Philippe | ANRACT | | | X | P ^r | Jean-Marie | JOUANNIC | | X | |
| P ^r | Béatrix | BARRY | X | | | D ^r | Juliette | KAVAFIAN-LASSERRE | | | X |
| P ^r | Anne-Sophie | BATS | X | | | P ^r | Hawa | KEITA-MEYER | X | | |
| D ^r | Fadi | BDEOUI | X | | | P ^r | Nathalie | KUBIS | X | | |
| P ^r | Alexandra | BENACHI | | X | | P ^r | Karine | LACOMBE | | | X |
| D ^r | Amélie | BENBARA | | X | | D ^r | Éric | LE BIHAN | X | | |
| P ^r | Thomas | BLANC | | | X | P ^r | Éric | LE GUERN | | X | |
| P ^r | Bahram | BODAGHI | | X | | D ^r | Patrick | LÉGLISE | | | X |
| D ^r | Diane | BOUVRY | | X | | P ^r | Rachel | LÉVY | | | X |
| P ^r | Sophie | BRANCHEREAU | | | X | M ^{me} | Louise | LIMES | X | | |
| P ^r | Pierre-Yves | BRILLET | | | X | M ^{me} | Marine | LOTY | | | X |
| D ^r | Emmanuel | BUI QUOC | X | | | M | Nicolas-Marc | MALAUSSÉ | | | X |
| P ^r | Yves-Hervé | CASTIER | | | X | M. | Edan | MALLET | | | X |
| D ^r | Marina | CHARBIT | | | X | P ^r | Xavier | MARIETTE | | | X |
| D ^r | Cyril | CHARRON | | X | | D ^r | Fabienne | MARTEAU | X | | |
| D ^r | Sylvain | CHOQUET | | | X | P ^r | Emmanuel | MARTINOD | | | X |
| D ^r | Virginie | COINTAT | X | | | D ^r | Eve | MAUBEC | X | | |
| D ^r | Caroline | COLAS | | | X | D ^r | Olivier | MILLERON | X | | |
| P ^r | Anne | COUVELARD | X | | | D ^r | Vianney | MOURMAN | X | | |
| D ^r | Tristan | CUDENNEC | | X | | M. | Cédric | MWAMBA | | | X |
| M. | Arthur | DE BASTARD | | | X | D ^r | Nicolas | OBTEL | X | | |
| P ^r | Loïc | DE PONTUAL | | | X | D ^r | David | OSMAN | X | | |
| P ^r | Nicolas | DE ROUX | | X | | P ^r | Yann | PARC | | | X |
| P ^r | Sonia | DELAPORTE-CERCEAU | X | | | M. | Amaury | PARING | X | | |
| P ^r | Marie-Hélène | DELFAU-LARUE | | X | | D ^r | Juliette | PAVIE | | | X |
| M ^{me} | Agathe | DELORME | | | X | P ^r | Antoine | PÉLISSOLO | X | | |
| D ^r | Georges | ESTÉPHAN | X | | | D ^r | Patrick | PELLOUX | X | | |
| D ^r | Thierry | FAILLOT | X | | | P ^r | Philippe | PIRNAY | | | X |
| D ^r | Julien | FONSART | X | | | P ^r | Claire | POYART | | | X |
| D ^r | Vincent | FROCHOT | | | X | P ^r | Jean-Damien | RICARD | X | | |
| P ^r | Vincent | GAJDOS | X | | | D ^r | Nathalie | RICOME | | | X |
| P ^r | Estelle | GANDJBAKHCH | | | X | D ^r | François | SALACHAS | X | | |
| P ^r | Sophie | GEORGIN-LAVIALLE | | X | | P ^r | Rémi | SALOMON | X | | |
| P ^r | Bertrand | GODEAU | | X | | P ^r | Marc | SAMAMA | X | | |
| D ^r | Jean-Marc | GORNET | | | X | P ^r | Nathalie | SIAUVE | X | | |
| P ^r | Agnès | HARTEMANN | | | X | P ^r | Virginie | SIGURET-DEPASSE | | | X |
| D ^r | Sylvie | HAULON | X | | | D ^r | Jennifer | SOBOTKA | | | X |
| D ^r | Jean-François | HERMIEU | | X | | P ^r | Dominique | THABUT | | | X |
| P ^r | Patrick | HINDLET | | | X | D ^r | Briac | THIERRY | | | X |
| P ^r | Sandrine | HOUZÉ | | | X | P ^r | Jean-Marc | TRÉLUYER | X | | |
| M ^{me} | Fabienne | HUARD | X | | | D ^r | Valérie | TROSINI-DESERT | | | X |
| D ^r | Anne | JACOLOT | X | | | P ^r | Marianne | ZIOL | X | | |

- ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- M. Yann GUITTIER, représentant du comité social d'établissement (CSE)

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

- P^r Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Baptiste BOISSINOT, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

- ***Les représentants de l'Administration :***

- M^{me} Laetitia BUFFET et P^r Étienne GAYAT, directeurs généraux adjoints
- M. Emmanuel RAISON, directeur des affaires médicales (DAM)

Secrétariat de la CME :

- M^{mes} Sylvie LE GUILLOU et Prisca RAKOTONIAINA (DAM)

- ***Invités :***

- M. Camille DUMAS, directeur économique, des finances, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Milan LAZAREVIC, directeur de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI)

La séance s'ouvre à 15 heures sous la présidence du P^r Rémi SALOMON.

1. Informations du président

Statuts des hospitalo-universitaires

Le président ouvre la séance en évoquant les assises hospitalo-universitaires des 27 et 28 novembre 2025. Des groupes de travail ont été mis en place autour de deux dossiers, en lien avec les représentants du ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace. Le premier dossier concerne le temps de travail du personnel hospitalo-universitaire (HU), qui comporte trois évolutions : l'alignement des obligations de service des HU sur celles des praticiens hospitaliers (PH), soit 10 demi-journées hebdomadaires, les modalités d'organisation de continuité de service le samedi matin, le renforcement de la préservation du temps universitaire, notamment pour la recherche. Le second dossier porte sur le statut des jeunes praticiens hospitalo-universitaires en voie de titularisation, accompagné de deux mesures : une proposition de revalorisation de leur rémunération en cas de prolongation de leur clinicat au-delà des deux premières années d'exercice et un renforcement des garanties relatives au temps de recherche. **Le président** rappelle que ces sujets s'inscrivent dans la continuité des travaux du « Ségur de la santé » sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires et l'organisation générale du temps de travail en faveur des équipes hospitalières.

Projet médical

Le président indique que le projet médical de l'AP-HP sera d'abord présenté au bureau de la commission médicale d'établissement (CME) le 10 mars, puis soumis pour avis à la CME le 24 mars, sous réserve de l'état d'avancement de sa rédaction, en lien avec le P^r Antoine VIEILLARD-BARON, co-directeur de la stratégie et de la transformation (DST).

Médicaments de thérapie innovante (MTI)

Le président évoque le lancement officiel de la stratégie sur les médicaments de thérapie innovante de l'AP-HP le 16 février. Ce sujet, présenté lors de la CME du 10 juin 2025 par M^{me} Laure BOQUET, porte sur l'accélération du développement et de la production de ces nouveaux MTI, face au désengagement de l'industrie pharmaceutique pour des raisons de rentabilité. Les enjeux sont majeurs pour améliorer l'accès à ces MTI et assurer la soutenabilité financière qu'ils représentent pour le système de santé, dans un contexte d'augmentation continue du coût des MTI. Il met en avant le rôle renforcé de l'AP-HP dans le domaine de la recherche et de la production, grâce aux deux centres de production de thérapies géniques : le centre Méary à l'hôpital Saint-Louis et celui de l'hôpital Necker, auxquels viennent s'ajouter douze pharmacies à usage intérieur (PUI) habilitées à reconstituer des MTI, et un établissement pharmaceutique dédié à leur production. Un fonds d'amorçage de 50 M€ sera mis en place dans le courant de l'année 2026 pour soutenir cette stratégie. En outre, dans le cadre de la journée internationale des maladies rares, un séminaire sur ce thème sera organisé au siège de l'AP-HP le 27 février.

Recherche

Conjointe avec le directeur général et le vice-président de la recherche du directoire, **le président** a nommé le P^r Muriel FARTOUKH (service de médecine-intensive de réanimation, Teno) à la présidence de la commission d'évaluation scientifique (CES) de l'AP-HP. **Le président** rappelle que la mission du CES est de sélectionner les projets de recherche soumis en réponse à des appels à

candidatures internes à l'AP-HP. Par voie de convention, l'AP-HP collabore également avec le groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) d'Île-de-France pour la gestion des appels à candidatures, émanant d'autres centres hospitaliers et des réseaux de soins de médecine de ville. **Le président** indique que la mission du P^r Muriel FARTOUKH portera sur l'actualisation du règlement intérieur de cette commission, notamment en y intégrant une charte de gestion des liens d'intérêts, en lien avec l'office d'intégrité scientifique (OIS), en charge de ce sujet. Il précise également que le renouvellement des 90 membres de cette commission interviendra à fin juin. Le bilan annuel de la CES sera présenté en CME.

Le président alerte les membres de la CME de l'existence de faux sites internet de journaux scientifiques.

Le P^r Marc SAMAMA illustre ce risque de fraude en citant le cas récent d'un chercheur de l'hôpital Bichat, qui a soumis un article et payé des frais de publication sur un site internet frauduleux correspondant parfaitement à celui de la revue *BMC Surgery*. Face à cette menace, il relaie, via une communication institutionnelle dans « 7 jours à l'AP-HP », plusieurs préconisations, dont : ignorer les sollicitations spontanées, vérifier que la revue figure sur la liste des 3 500 titres référencés par la conférence nationale des doyens et le conseil national des universités (CNU) santé. Il recommande aussi de recueillir un avis argumenté de pairs médicaux senior de l'AP-HP quant aux revues souhaitées. Enfin, il insiste sur la nécessité d'accéder aux revues uniquement via des sources d'éditeurs fiables comme la première page de *PubMed* ou utiliser le catalogue officiel de la revue *National Library of Medicine*, et de contrôler la légitimité du site internet, notamment à travers l'intelligence artificielle ou d'articles publiés récemment sur *PubMed*. Malgré ces recommandations, il exprime cependant des doutes quant à la possibilité de maîtriser pleinement ce risque de fraude.

Financement des hôpitaux

En introduction à la présentation du plan global de financement pluriannuel (PGFP), **le président** évoque la publication de deux rapports nationaux réalisés par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) sur la situation financière des hôpitaux. Le premier est intitulé « La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements de santé (2020-2024) », et le second « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics : renforcer l'efficacité par une intégration territoriale ». Le premier rapport de l'IGAS met en évidence le sous-financement significatif des mesures salariales nationales dans les hôpitaux publics sur la période 2020-2024. Ce sous-financement a été estimé à près de 1,7 Md€ cumulé sur la période 2020-2024. Ce montant se décompose comme suit :

- 1,1 Md€ lié à la sous-estimation du glissement vieillesse technicité (GVT) correspondant à l'augmentation des charges salariales liées à l'avancement en âge des personnels non médicaux ;
- 457 M€ de sous-évaluation des mesures salariales nationales décidées dans le cadre du « Ségur de la santé » et le soutien au pouvoir d'achat des fonctionnaires, soit 4,5 % des 10,2 Md€ d'augmentation constante de charges pour les effectifs hospitaliers, hors revalorisation de l'évolution des effectifs et de la revalorisation salariale.

Le président ajoute que 137 à 152 M€ correspondent à une non-revalorisation du forfait de remboursement de la rémunération des internes et docteurs juniors. À titre indicatif, la fédération hospitalière de France (FHF) avait estimé le besoin de compensation de l'inflation des dépenses hospitalières à 1,3 Md€ pour les hôpitaux publics mais le rapport ne précise pas l'impact de l'inflation de ces dépenses hospitalières, faute de données exhaustives.

Le second rapport, réalisé conjointement par l'IGAS et l'IGF met en avant les éléments suivants :

- recommandation d'un plan d'efficience jusqu'à 1Md€ par an et réexamen des projets d'investissement issus du « Ségur de la santé » ;
- accélération du virage ambulatoire et du développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- restructurations territoriales de l'offre de soins ;
- tendance d'une baisse de productivité au sein de l'hôpital public notamment en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Le président nuance ce dernier point et rappelle que le différentiel de reprise d'activité, notamment dans l'activité de soins ambulatoires, entre le secteur public et le privé s'explique par le rôle central des établissements publics durant la crise COVID. L'activité du secteur public n'a retrouvé son niveau de 2019 qu'en 2023, alors que le secteur privé y est parvenu dès 2021-2022.

Le président s'interroge sur la prise en compte des éléments de ces deux rapports pour la mise en place des négociations budgétaires à l'AP-HP.

Informations du directeur général

Le directeur général indique que ces deux rapports attendus vont permettre d'objectiver le débat dans la perspective des futurs projets loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Leur lecture est en effet très éclairante, en commençant par l'évaluation de la sous-compensation des évolutions salariales des établissements, estimée à 1,7 Md€, liée au GVT et aux effets différés du « Ségur de la santé », avec de fortes disparités entre catégories d'établissements et entre établissements au sein de la catégorie publique. Les évaluations faites par l'AP-HP sont en effet que notre CHU a subi un impact plus fort en proportion que la plupart des autres CHU et CH.

Concernant le rapport IGAS-IGF, **le directeur général** en recommande la lecture car son contenu est très riche et ses recommandations intéressantes et équilibrées. Il fait ainsi apparaître un sous-financement structurel de l'ordre de 2 Md€ des établissements publics, avec un risque avéré pour la capacité d'autofinancement des hôpitaux les empêchant de porter l'ensemble de leurs projets d'investissements. Il indique que les constats de ce rapport rejoignent l'analyse portée par l'AP-HP depuis deux ans. Ce rapport contient une série de constats sur la faiblesse des taux d'occupation dans certains établissements conduisant à reposer la question d'une plus forte gradation des soins et d'une plus forte intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Le directeur général fait un point sur l'évolution de la situation des ressources humaines sur le début de l'année 2026. L'évolution des effectifs infirmiers s'est dégradée en janvier avec un solde négatif de 45 postes, lié à une hausse des départs par rapport à janvier de l'année précédente. Pour les autres catégories d'effectifs comme les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) et infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), les soldes d'effectifs de janvier demeurent légèrement négatifs. Il souligne toutefois les perspectives rassurantes concernant les recrutements infirmiers avec l'atteinte de déjà 82 % de notre objectif annuel en matière de signature des contrats d'allocation d'études (CAE). Par ailleurs, la capacité en lits a atteint un point haut historique pour ce mois de janvier 2026 (10 731lits), ramenant le taux de fermeture de lits à 9 % avec un taux d'occupation stable de lits à 92 %. Pour les SMR, le taux de fermeture de lits s'élève à 12 % avec un taux d'occupation de 93 %. L'activité de janvier 2026 est en hausse : + 2 % en hospitalisation complète et + 3 % en hospitalisation partielle, mais reste cependant inférieure aux objectifs cibles fixés.

Le directeur général note également une forte augmentation de l'activité médicale de l'HAD, notamment pour le secteur adultes (+ 8 %) entre janvier 2025-2026 grâce à l'engagement des services dans l'optimisation de l'organisation interne notamment dans la répartition des malades entre les unités de soins ou la programmation du transfert des patients du MCO vers l'HAD.

Concernant le plafonnement des rémunérations de l'intérim médical, les autorités de tutelle ont adressé à l'AP-HP une lettre modificative qui lève toute limite de durée à l'application d'un tarif spécifique pour les missions concernant des infirmiers de bloc opératoire (IBO) non diplômés d'État, dans l'attente d'une réforme de l'arrêté de septembre 2025.

Le directeur général indique que le baromètre social institutionnel s'est achevé il y a une semaine avec un niveau de participation de 41 %, identique à celui de 2025. Les résultats du questionnaire seront disponibles à la fin du mois de mars.

Le directeur général conclut son intervention en évoquant la journée dédiée aux médicaments de thérapie innovante (MTI) du 27 février, qui a mobilisé pour sa préparation plus de 70 professionnels de l'AP-HP issus de différentes disciplines médicales. Il rappelle l'enjeu stratégique majeur que représente ce domaine de recherche et la nécessité pour la France de rattraper son retard pour ce progrès thérapeutique comparativement à d'autres pays européens, comme l'Espagne ou l'Allemagne, dotés de ces thérapies innovantes. Le constat de ce retard a également été souligné lors d'une conférence du Pr Michel SADELAIN, qui exerce dans un laboratoire à Columbia (États-Unis), à l'origine du premier développement des cellules CAR-T (*chimeric antigenic receptor-T cells*). **Le directeur général** conclut en confirmant la mise en place d'un fonds d'amorçage de 5 M€ pour financer des projets de recherche autour des MTI.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 27 janvier 2026

Le compte rendu de la CME du 27 janvier est approuvé à l'unanimité.

3. Avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2026-2030 (M. Camille DUMAS)

Le directeur général expose quelques éléments avant la présentation du PGFP 2026-2030 par M. Camille DUMAS, directeur économique, financier, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP). Il rappelle que l'AP-HP ne disposait pas de PGFP depuis un an, alors que ce document constitue à la fois une obligation légale et un outil indispensable permettant de s'assurer que les objectifs institutionnels s'inscrivent dans une faisabilité économique indispensable pour porter dans la durée une stratégie de développement des soins, de poursuite des investissements et de rétablissement des équilibres financiers.

Le contexte de ce nouveau PGFP 2026-2030 est différent de celui dans lequel avait été établi le précédent PGFP 2023-2027 qui avait bénéficié d'un soutien financier important de l'État à hauteur de 750 M€ sur cinq ans. Malgré un contexte financier devenu plus contraint, le PGFP qui est soumis à la CME vise à préserver trois objectifs majeurs : le premier est la poursuite du développement de l'offre de soins, notamment par la réouverture de lits d'hospitalisation complète en 2026-2027 et le financement de mesures nouvelles en hospitalisation complète et en hôpital de jour, ce qui implique une augmentation des effectifs de l'AP-HP ; le deuxième objectif porte sur le maintien de la trajectoire d'investissement, sans sacrifier aucune opération majeure ni le niveau des investissements dits courants ; le troisième objectif consiste à revenir à un équilibre financier à l'issue de la période quinquennale.

La réussite de ce PGFP repose sur l'atteinte de nos objectifs de développement de l'activité mais aussi sur le respect des cibles d'effectifs qui si elles continueront d'augmenter chaque année doivent rester dans les rythmes fixés. Le retour à l'équilibre supposera également la poursuite des efforts engagés depuis 2023 en matière de performance interne, en s'appuyant sur des leviers divers dont aucun n'a vocation à porter atteinte aux conditions de travail.

Le directeur général précise que le taux d'endettement atteindra son pic de 47 % en 2032, avant une baisse de ce taux d'endettement en raison de la réduction du volume des investissements. De plus, il évoque des cessions immobilières sur des sites importants, comme les hôpitaux Beaujon, Bichat et l'hôpital Raymond-Poincaré à Garches qui seront valorisés, une fois les opérations de reconstruction achevées. **Le directeur général** conclut en affirmant que ce PGFP permet à l'institution de poursuivre sa stratégie médicale, sociale et financière engagée depuis 2022.

M. Camille DUMAS confirme qu'il s'agit d'un PGFP qui promeut l'offre de soins et de l'augmentation de l'activité médicale. Il détaille ensuite la trajectoire d'activité inscrite dans le PGFP, articulée autour de deux axes. Le premier porte sur la finalisation de la reconstitution de l'offre de soins dont les dernières étapes de réouverture de lits en médecine, chirurgie obstétrique (MCO) sont prévues pour fin 2026-2027, afin d'atteindre 10 764 lits en 2028. La réouverture d'environ 350 lits permettra d'atteindre les objectifs arrêtés avec les groupes hospitalo-universitaires (GHU). Le second axe consiste à poursuivre le développement de la capacité en lits au-delà de la simple restauration de son niveau historique.

M. Camille DUMAS précise que l'effort de réouverture de lits portera également sur les lits d'aval, avec une vigilance particulière pour ne pas prolonger les durées de séjour. La trajectoire en lits pour les soins médicaux et de réadaptation (SMR) prévoit la réouverture de 175 lits par an afin d'atteindre la cible d'environ 4 000 lits destinés à toutes les filières médicales spécialisées. Pour les soins de longue durée (SLD), plus de 300 lits doivent être réouverts, suite aux travaux d'humanisation réalisés grâce aux subventions financières de l'agence régionale de santé (ARS) et à la livraison des opérations majeures de l'AP-HP en gériatrie. Le PGFP prévoit également des enveloppes financières pour développer des activités complémentaires, notamment en ambulatoire, et permet aux GHU de financer de nouveaux projets, soumis ensuite à validation lors des conférences budgétaires. La hausse de l'activité se traduira par une augmentation des effectifs du personnel non médical (PNM) avec une prévision de plus de 1 000 équivalents temps plein (ÉTP) par an en 2026-2027, puis environ 540 ÉTP au-delà de cette période. Pour le personnel médical, il est projeté une augmentation moyenne de 100 postes par an qui relèvent de la procédure annuelle de validation des mesures nouvelles dans le cadre des conférences budgétaires. Cette trajectoire permettra aussi de reconstituer l'effectif soignant et de renforcer les équipes médicales pour réduire le recours à l'intérim paramédical dans les secteurs en tension et à limiter l'utilisation du temps de travail additionnel (TTA) dans les disciplines requérantes.

Le directeur général précise qu'à l'occasion des discussions avec les autorités de tutelle, aucune objection n'a été formulée quant à la stratégie proposée dans le sens d'un développement de l'offre de soins avec les créations d'emplois afférentes.

M. Camille DUMAS évoque ensuite les dotations allouées pour les projets de mesures nouvelles ou des transformations d'activité médicale, désignées comme retours sur investissement (ROI). Ces projets portés par les services et contractualisés annuellement dans le cadre des conférences budgétaires avec les groupes hospitaliers, participent à la reconstitution de l'autofinancement de l'AP-HP, notamment les opérations structurantes lancées en 2022 et les projets d'opérations

individualisées (OI) contractualisés lors des conférences budgétaires consacrées aux investissements.

Sur la poursuite de la performance hospitalière, **M. Camille DUMAS** précise que sur la période 2023-2025, une efficience budgétaire de 472 M€ a été réalisée. Le PGFP 2026-2030 projette une efficience de 484 M€, à réaliser sur 5 ans, selon une trajectoire dégressive avec des gains attendus importants en 2026 et 2027 suivie d'une diminution progressive de cette dotation. Si certains leviers, tel que le codage et la facturation, atteignent leurs limites, d'autres restent pleinement mobilisables tels que l'optimisation des parcours de soins, la juste prescription et la réduction du recours à l'intérim. De nouveaux leviers seront également identifiés, notamment dans les fonctions médico-techniques et logistiques.

Le directeur général intervient sur le sujet des crèches pour indiquer que l'ouverture des places de crèches de l'AP-HP au public extérieur correspond à une obligation que nous fixe la Caisse d'allocations familiales (CAF) en contrepartie de ses financements mais serait également de nature à augmenter nos taux d'occupation. Notre politique ne vise pas à fermer des crèches ou de réduire le nombre de berceaux.

M. Camille DUMAS présente ensuite la trajectoire budgétaire d'exploitation. L'objectif fixé est d'atteindre un quasi-équilibre financier à l'horizon 2030 pour l'ensemble des budgets, et en 2031 pour le budget principal hospitalier. Cette trajectoire intègre la nouvelle aide pluriannuelle de l'État de 30 M€ par an en complément de l'aide dégressive de l'ancien PGFP 2023-2027. Bien qu'inférieure à l'aide précédente de 64 M€ issue des crédits en extinction des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », elle constitue néanmoins un soutien pluriannuel sécurisé pour la trajectoire du nouveau PGFP de l'AP-HP. L'objectif financier principal est la reconstitution de la capacité d'autofinancement (CAF), condition indispensable pour assurer la soutenabilité des investissements courants de l'AP-HP. L'AP-HP doit donc disposer d'une CAF annuelle de 500 M€, permettant à la fois d'assurer le remboursement annuel de la dette (200 M€) et de financer les investissements courants (300 M€). La trajectoire définie dans le PGFP vise à atteindre progressivement ce niveau de CAF cible.

M. Camille DUMAS détaille la trajectoire d'investissement. Le PGFP prévoit 4 Md€ d'investissements sur cinq ans, soit une progression significative par rapport aux 2,7 Md€ engagés au cours des cinq années précédentes. Sur une projection à dix ans, le besoin total s'élève à 6,7 Md€. Cette hausse est principalement liée aux opérations majeures, qui représentent 2 Md€ sur les cinq prochaines années, contre 730 M€ sur les 5 années précédentes. Sur ces 4 Md€ d'investissements projetés sur cinq ans, la moitié est consacrée aux opérations majeures. Celles-ci se répartissent en 1,6 Md€ pour une dizaine de très grands projets et 400 M€ pour une dizaine d'autres opérations dites « structurantes », engagées à partir de 2022 dont 160 M€ sont cofinancés.

M. Camille DUMAS apporte des précisions sur le plan pluriannuel de financement et d'investissement, dont l'opération principale est le futur hôpital universitaire Grand-Paris-Nord (HUGPN) et son site complémentaire, appelé à se déployer sur les cinq prochaines années. Il dresse ensuite la listes des autres projets majeurs dont le calendrier a été ajusté et fiabilisé : le nouveau Garches à l'hôpital Ambroise-Paré, le nouvel Hôtel-Dieu, le pôle « femmes-enfants » d'Avicenne, le nouvel hôpital Jean-Verdier, le nouvel hôpital Paul-Brousse, le nouveau campus chirurgical dont la première pierre a été posée, et enfin le nouveau Lariboisière, dont la première phase sera livrée courant de l'année 2026 tandis que la deuxième phase se poursuivra sur les cinq prochaines années.

Le plan pluriannuel de financement et d'investissement (PPI) prévoit également une provision de 200 M€ sur dix ans destinée à lancer de nouvelles opérations majeures à partir de 2028. La priorisation de ces futures opérations se fera en concertation avec les groupes hospitalo-universitaires (GHU), en ciblant en particulier ceux qui n'ont pas pu bénéficier d'une opération majeure ces dernières années. Concernant les investissements courants, qui s'élèvent à 300 M€ par an, 210 M€ sont alloués au plan déconcentré des GHU pour les travaux, les équipements et les opérations de sécurité.

M. Camille DUMAS précise que les crédits des départements médico-universitaires (DMU), d'un montant de 13 M€ par an, sont désormais autofinancés par l'AP-HP après avoir été financés par les subventions du « Ségur de la santé ». Près de 100 M€ sont consacrés à la modernisation du parc informatique et au développement des systèmes d'information clinique et de recherche. L'enveloppe dédiée aux « opérations identifiées » (OI), fixée à 58 M€ par an, est maintenue, bien que les crédits de paiement pour les trois prochaines années soient saturés du fait de l'encours des projets déjà validés. Une ligne budgétaire spécifique est également dédiée au développement de l'offre de logement pour les soignants, financée par un soutien de 100 M€ de l'État, 32 M€ de l'ARS et par des cessions de patrimoine ciblées et affectées de l'AP-HP.

Le financement du plan repose d'abord sur la reconstitution progressive de la capacité d'autofinancement (CAF), avec un objectif de 500 M€ d'ici 2030. L'endettement constitue un autre levier mobilisé, même s'il demeure un sujet de vigilance. Le taux d'endettement dépassera le plafond de 45 % pour atteindre 46 % en 2030, avec un pic à 47 % en 2031-2032, avant de redescendre sous les 45 % en 2035. Cette trajectoire implique le recours à l'emprunt de l'ordre de 400 M€ par an, portant la dette de 4,2 à 5,2 Md€ d'euros en cinq ans. Le plan intègre également des subventions du conseil national des investissements en santé (CNIS) et de l'ARS, des financements issus du mécénat, des produits de cessions d'actifs du patrimoine privé ainsi que des loyers capitalisés sur les baux à construction signés pour l'Hôtel-Dieu et l'ancien siège de l'avenue Victoria

En résumé, l'équilibre du plan repose sur un soutien pluriannuel de 30 M€ par an dès 2026, d'un effort de performance de 484 M€ sur cinq ans, permettant l'atteinte d'une CAF de 500 M€ et un quasi-retour à l'équilibre en 2030, et un taux d'endettement porté transitoirement à 47% en 2031 et 2032.

Le président remarque la cohérence de ce plan global de financement pluriannuel (PGFP) avec les trajectoires présentées à la commission médicale d'établissement depuis 2022. Malgré un contexte national fortement dégradé pour l'hôpital public, il note que les perspectives de l'AP-HP permettent la poursuite du développement de l'offre de soins dans de bonnes conditions. Le plan actuel maintient l'objectif d'accroître le nombre de lits et l'offre de soins, grâce à un développement soutenu de l'ambulatoire à hauteur de 4 % par an, soit une progression de 20 % intégrée dans le PGFP.

Le D^r Olivier MILLERON s'interroge sur la possibilité d'établir des plans pluriannuels alors que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier est voté chaque année au Parlement, sans aucune visibilité sur l'évolution des tarifs hospitaliers.

Le directeur général explique que le plan repose sur une hypothèse de progression tarifaire de + 0,5 % par an. Il précise qu'une absence d'évolution des tarifs hospitaliers représenterait un écart de 20 M€. Cependant, il lui semble peu probable que des tarifs hospitaliers ne progressent pas du

tout au cours des cinq prochaines années, sauf à renoncer à toute possibilité de réduire le déficit des hôpitaux publics. L'hypothèse de progression de 0,5 % semble donc raisonnable et réaliste.

Le D^r Olivier MILLERON pose une seconde question concernant l'hôpital Nord. Il avait été indiqué que le bâtiment principal, à lui seul, ne suffirait pas et risquerait d'être rapidement saturé dès son ouverture sans la construction d'un bâtiment complémentaire. Or, le plan prévoit de commencer les travaux de ce bâtiment complémentaire seulement qu'après l'achèvement du bâtiment principal.

Le directeur général confirme le décalage d'environ trois ans entre la livraison du bâtiment principal et celle du site complémentaire. Il reconnaît toutefois que l'augmentation de capacité de 125 lits en soins médicaux et de réadaptation (SMR) est nécessaire. Un schéma directeur sera présenté en CME en mars 2026 afin de montrer comment les locaux libérés sur le site de Claude-Bernard permettront d'installer ces 125 lits supplémentaires dès l'ouverture du bâtiment principal, garantissant ainsi une augmentation de la capacité sans attendre la livraison du site complémentaire.

La P^{re} Anne COUVELARD précise que ce plan a été présenté au comité exécutif du GHU AP-HP. Nord-Université-Paris-Cité et que les détails seront exposés lors de la prochaine commission médicale d'établissement locale (CMEL).

Le D^r François SALACHAS s'interroge sur l'impact du plan sur les crèches. Il demande s'il faut s'attendre à une modification de l'offre de places ou de leur tarif pour les personnels, rappelant qu'un précédent accord avec la mairie de Paris s'était traduit par une augmentation importante des coûts.

Le directeur général explique que l'objectif de gain de 10 M€ prévu sur les crèches repose sur la possibilité de recruter du personnel complémentaire, ce qui permettra d'ouvrir des berceaux actuellement fermés. L'objectif est donc d'augmenter la capacité d'accueil des crèches. Il précise également qu'il n'y a pas de prévision d'augmentation du prix des places de crèche.

Le D^r François SALACHAS évoque un second point sur l'augmentation prévue des effectifs, estimée à 1 000 ÉTP par an sur les deux prochaines années puis de 540 ÉTP. Il demande si cette augmentation d'effectif concerne majoritairement des postes d'infirmières et si l'objectif consiste à retrouver l'effectif cible d'environ 17 000 infirmières, niveau atteint avant la période de crise sanitaire et donc de permettre la réouverture des lits.

Le directeur général confirme qu'une augmentation du nombre de postes d'infirmier est prévue. Il précise qu'en décembre 2025, le nombre de postes d'infirmier était inférieur (100 postes) à celui enregistré en décembre 2019. Sur les 1 000 recrutements prévus en 2026, environ 500 à 600 seront ciblés sur des postes paramédicaux. Ces recrutements permettront à la fois la réouverture des lits en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en soins médicaux et de réadaptation (SMR), et de favoriser le développement de nouvelles offres de soins, en hospitalisation complète et en hôpital de jour. Au-delà de la simple reconstitution des effectifs, l'ambition institutionnelle consiste à poursuivre le soutien de nouveaux projets.

Le D^r François SALACHAS estime que l'AP-HP devrait se montrer ambitieuse concernant la future loi sur les ratios soignants-soignés en cours d'élaboration, car il entrevoit une opportunité d'innovation sociale.

Le directeur général indique qu'il convient d'attendre les directives de la Haute Autorité de santé (HAS) et du ministère de la santé. L'AP-HP s'inscrira dans le cadre législatif qui sera fixé pour ce dispositif.

Le président souligne une contradiction du rapport de l'IGAS-IGF qui fait état d'une dégradation de la productivité médicale, mais pas de celle du personnel non médical ou paramédical. Or, il rappelle, que plusieurs discussions à l'AP-HP ont porté sur la nécessité de renforcer les équipes médicales après la crise COVID. Au niveau de la fédération hospitalière de France (FHF), la suggestion portait sur l'amélioration des ratios du nombre de patients par infirmière après la période de crise sanitaire COVID. Considérant qu'une telle amélioration devrait se traduire par une moindre dégradation de la productivité médicale, il s'interroge sur l'existence de données à ce sujet.

Le directeur général précise ne pas être en mesure d'apporter d'éléments sur les ratios d'effectifs d'infirmiers tout en estimant que des ajustements de ratios ont vraisemblablement eu lieu dans de nombreux services entre l'avant et l'après-crise.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc reconnaît la nécessité d'un PGFP pour maintenir la confiance des tutelles et des prêteurs. Il juge le plan présenté sincère mais inquiétant. Il rappelle que le dernier quart de siècle, marqué par la tarification à l'activité (T2A) et la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST), a été associé à une survenue des déficits. Dès 2010-2011, l'AP-HP a commencé par un déficit de plus de 100 M€ qui a continué de progresser. À cette période, malgré l'existence des plans de performance incluant des suppressions de postes, et des projets pour l'ambulatoire, il observe que l'objectif d'un retour à l'équilibre en cinq ans est constant mais se réalise difficilement. Il souligne que la réalisation d'emprunts génère des montants d'intérêts importants sur le long terme. Le nouvel emprunt de l'AP-HP d'un montant de 400 M€ par an, augmentera la dette d'1 Md€ sur une période de cinq ans. Par conséquent, il s'inquiète de la charge que ces nouveaux emprunts feront peser sur l'institution dans 15 ou 20 ans. Le problème fondamental reste l'inadéquation entre des dépenses et des recettes non maîtrisées. Pour conclure, il exprime un optimisme mesuré quant à une amélioration de la situation budgétaire et indique qu'il s'abstiendra lors du vote de ce PGFP.

Le directeur général reconnaît que le plan implique une augmentation de la dette d'environ 1 Md€, mais il s'agit d'un choix politique nécessaire pour éviter un ralentissement massif des investissements. Il avance trois arguments pour justifier cette orientation. Premièrement, la surface économique et les recettes de l'AP-HP vont également croître. Deuxièmement, concernant la réduction du déficit, il rappelle que l'AP-HP a atteint ses objectifs de performance au cours des trois dernières années et entrevoit la prévision d'un retour à l'équilibre. Il cite l'exemple d'autres grands CHU comme Lyon ou Nantes, aujourd'hui proches de l'équilibre, qui prouve que cet objectif est atteignable. Enfin, il évoque les perspectives réelles du désendettement après le pic de 47 %, grâce à l'amélioration de la capacité d'autofinancement. L'aboutissement des investissements majeurs à hauteur d'1 Md€ ainsi que les futures cessions permettra d'infléchir la courbe du désendettement.

Le P^r Antoine PELISSOLO pose une première question sur les moyens de financement des recettes de l'AP-HP au regard de la tarification à l'activité (T2A) variable d'une année sur l'autre. Sa deuxième question porte sur les ressources humaines, notamment sur les niveaux de rémunération. Il juge la politique de recrutement de certaines catégories de métiers trop contrainte financièrement, notamment pour les psychologues. Il déplore le recours systématique à des contrats à durée déterminée (CDD) prolongés et à des rémunérations statutaires au plus bas échelon, ce qui conduit des professionnels médicaux hautement qualifiés à quitter l'institution. Il s'interroge sur la

possibilité de mettre en place une politique de recrutement moins contraignante pour améliorer l'attractivité hospitalière.

Le directeur général demande à M. Camille DUMAS de préciser le montant des recettes issues de la T2A.

M. Camille DUMAS précise que sur un total de 10 Md€ de recettes, 3 Md€ proviennent de la T2A.

Pour répondre à la question sur les ressources humaines, **le directeur général** reconnaît l'existence de métiers en tension. Il confirme que le recrutement des contractuels sous contrat à durée déterminée (CDD) est une pratique institutionnelle habituelle. Il précise que la politique ne vise pas à prolonger ces contrats jusqu'à la limite légale, mais à favoriser leur transformation en contrat à durée indéterminée (CDI). Concernant les psychologues, il ne constate pas de difficulté particulière pour leur recrutement à l'AP-HP. Il précise d'ailleurs qu'un concours organisé par l'AP-HP a permis la titularisation d'une centaine d'entre eux. Face à ces problématiques de recrutement, il propose d'engager une réflexion globale sur les salaires d'entrée et les moyens de fidélisation du personnel.

Le D^r Patrick PELLOUX exprime le sentiment d'être désavantagé au sein d'un système dont les règles du jeu ne s'appliquent pas uniformément pour tous les acteurs. Il constate par ailleurs le développement des établissements privés, tels que la clinique Ambroise-Paré, qui semblent disposer en permanence de places pour accueillir des patients issus des services d'urgences publics. Selon lui, l'AP-HP, premier centre hospitalier universitaire d'Europe, prend en charge une grande partie des populations en situation de grande précarité, sans bénéficier d'un niveau de compensation à la hauteur de cette mission. Il formule ensuite deux interrogations. La première porte sur l'identité des prêteurs de l'AP-HP estimant que le déficit de l'institution doit nécessairement profiter à certains acteurs financiers. Le second point concerne la pertinence du projet de nouveau campus de chirurgie, alors même qu'il observe une migration croissante de l'activité chirurgicale vers le secteur privé lucratif. Il regrette, à cet égard, un manque d'ambition en matière d'objectifs de santé publique, notamment dans le domaine de la santé mentale. Enfin, il réitère sa demande d'un bilan détaillé des ventes d'hôpitaux parisiens réalisées au cours des vingt dernières années, ainsi que de l'affectation des produits issus de ces cessions.

Le directeur général ne considère pas que l'activité chirurgicale soit en déclin à l'AP-HP ; au contraire, elle a progressé en 2025. Il nuance également la représentation d'un secteur privé uniformément prospère. Il précise que les produits issus des cessions immobilières passées ont été intégrés au budget global de l'AP-HP afin de financer les dépenses de fonctionnement comme des investissements. Il indique par ailleurs que les prêteurs de l'AP-HP sont des acteurs financiers (marchés, établissements bancaires et investisseurs institutionnels), et souligne que le coût de l'emprunt impose une vigilance particulière quant au niveau d'endettement. Il réaffirme que la tarification à l'activité (T2A) ne constitue qu'une part minoritaire des recettes de l'AP-HP et indique qu'aucune réforme majeure n'est actuellement envisagée. Il reconnaît que la patientèle de l'AP-HP présente un profil socialement plus précaire que la moyenne, un facteur encore insuffisamment pris en compte dans les mécanismes de financement. Il mentionne les efforts engagés pour intégrer ce critère de précarité dans le financement des urgences et des soins de réadaptation, tout en décrivant un processus long et complexe, mené de manière continue, au sein des groupes de travail nationaux et régionaux.

M^{me} Laëtitia BUFFET présente des éléments pour illustrer le faible niveau des financements consacrés à la précarité. Elle indique que l'AP-HP reçoit deux enveloppes financières principales via le fonds d'intervention régional (FIR). La première, d'environ 15 M€, destinée aux permanences

d'accès aux soins de santé (PASS) ne couvre qu'une fraction limitée de leur coût de fonctionnement. La seconde, désignée comme FIR « précarité », ne représente qu'environ 20 M€ pour l'ensemble de l'AP-HP, et est censée compenser le surcoût lié au profil des patients. Elle conclut que ces montants ne couvrent qu'une partie des coûts réels et que le maintien des financements par l'agence régionale de santé (ARS), reste un enjeu majeur.

Le P^r Nicolas JAVAUD s'interroge sur l'impact potentiel du récent rapport de l'IGAS sur le PGFP. Il note que les préconisations du rapport, notamment en matière de productivité médicale et de fermeture de lits, sont diamétralement opposées face aux orientations du PGFP, qui prévoit au contraire une perspective de réouverture de lits.

Le directeur général indique que la question d'une réduction capacitaire ne s'est pas posée pour l'AP-HP lors des échanges avec les tutelles. Contrairement à de nombreux hôpitaux confrontés à des taux d'occupation faibles, ceux de l'AP-HP demeurent très élevés (92 % en MCO et 93 % en SMR). Il souligne également que l'institution se situe dans un bassin démographique en croissance, marqué par une augmentation continue des besoins de soins. Dans ce contexte, la recommandation de l'IGAS relative à la gradation des soins ne concernerait donc pas l'AP-HP. Par ailleurs, il reconnaît que le sujet des effectifs médicaux est un point de vigilance, ce qui a conduit l'institution à mieux maîtriser le rythme de progression. Il justifie les ratios d'effectifs médicaux de l'AP-HP par le haut niveau de spécialisation de son offre de soins. Un travail de comparaison avec d'autres CHU est d'ailleurs engagé afin d'objectiver la situation. Il conclut que la productivité médicale constitue un enjeu sur le long terme, pleinement intégrée dans la trajectoire du PGFP.

Le P^r Marc SAMAMA revient sur l'iniquité des « règles du jeu » en ajoutant le critère de la sévérité pathologique des patients à celui de la précarité socio-économique. Il cite des chiffres montrant un profil de patients avec un taux de sévérité pathologique de 13,8 % à l'AP-HP en 2024, contre moins de 2 % dans le secteur privé, ce qui confirme que l'hôpital public prend en charge des patients présentant des pathologies beaucoup plus sévères.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU mentionne que l'AP-HP a un potentiel de performance et qu'il serait vraiment intéressant d'améliorer les possibilités de comparaison entre différents services similaires ou d'autres CHU sur certains points de réussite et de performance. Actuellement il n'existe pas assez de partage de ces bonnes pratiques. En chirurgie, par exemple, des comparaisons plus approfondies permettraient d'identifier et de partager ces modèles de réussite.

Le D^r Olivier MILLERON exprime un point de vigilance qu'il qualifie de « punitions collectives », comme le gel de mesures nouvelles pour l'ensemble d'un GHU en raison d'une trajectoire financière défavorable. Il préconise, à l'inverse, la mise en place de diagnostics ciblés. Il réaffirme que le déficit de l'hôpital public constitue avant tout le symptôme d'un sous-financement structurel, un constat mis en évidence par le rapport de l'IGAS. Enfin, il se demande si la CME pourrait adopter une motion visant à faire reconnaître officiellement ce sous-financement et à obtenir des données précises sur le niveau de sous-compensation financière affectant l'AP-HP.

Le directeur général est en accord avec la nécessité de partager les bonnes pratiques pour améliorer la performance, tout en reconnaissant la difficulté d'identifier la bonne méthode pour y parvenir efficacement. S'agissant du sous-financement, il rappelle que le rapport de l'IGAS estime à 1,7 Md€ le montant des charges supportées par les hôpitaux publics et non financées depuis 2020. Il ajoute que, si l'inflation avait été intégralement compensée, le déficit de l'AP-HP serait réduit à hauteur de 150 à 160 M€ de moins que son niveau actuel.

Le directeur général indique en dernier lieu que dans le cadre des conférences stratégiques portant sur les nouvelles opérations d'investissements 2026, il a mis en réserve 30 % de l'enveloppe d'investissement destinée à deux GHU. Il justifie cette décision par la divergence de leur trajectoire d'exploitation et par des retards importants constatés dans leurs opérations d'investissement antérieures entre 2022 et 2025, qui ont eu des reports massifs des crédits de paiement. Il précise qu'il s'agit d'un gel temporaire et non d'une suppression de crédits, et a justifié cette décision aux comités exécutif de l'AP-HP concernés.

Le président conclut le débat en partageant l'avis sur l'importance de développer des comparaisons internes et externes pour identifier les meilleures pratiques, tout en tenant compte des spécificités propres à l'AP-HP, notamment sur les écarts du taux d'accueil des patients en situation de précarité entre les hôpitaux. Il fait part d'une inquiétude quant aux facteurs externes qui pèsent sur le PGFP, comme l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). Il souligne également des enjeux importants non traités dans le PGFP, tels que la prise en charge des maladies chroniques et la répartition de l'offre de soins entre les secteurs hospitaliers, public et privé. Il exprime enfin une crainte quant à la capacité de l'hôpital public à attirer et fidéliser les nouvelles générations de médecins de certaines disciplines telles que la psychiatrie ou la chirurgie, en particulier face aux contraintes de la permanence des soins. Pour conclure, il propose de se prononcer sur le PGFP lui-même, en tenant compte de tous les éléments discutés en séance et d'autres éléments également évoqués lors des précédentes CME.

La CME approuve à l'unanimité des voix exprimées et deux abstentions le PGFP 2026-2030.

4. Intéressement recherche (M. Milan LAZAREVIC)

M. Milan LAZAREVIC présente un point de situation sur l'intéressement recherche pour 2025 ainsi que son développement envisagé pour la période 2026-2028. Il rappelle que le montant de l'intéressement a été multiplié par près de quatre sur une période de quatre ans, passant de 10 M€ en 2022 à plus de 36 M€ notifiés en 2025. Il précise que le dispositif est réparti autour de trois enveloppes financières destinées au CHU, aux groupes hospitalo-universitaires (GHU) et aux départements médico-universitaires (DMU).

L'enveloppe CHU, de 10 M€ a été entièrement consommée en 2025. Elle finance des actions transversales comme le dispositif « PH recherche » au sein des GHU, le soutien aux 26 fédérations hospitalo-universitaires (FHU) labellisées, et le dispositif « postes d'accueil » qui permet à des cliniciens de l'AP-HP de travailler dans des laboratoires partenaires.

Les enveloppes GHU et DMU sont prioritairement orientées vers le soutien à l'investigation (recrutement de techniciens d'études cliniques, d'infirmiers de recherche, etc.) et à l'animation scientifique. L'enveloppe GHU (9,8 M€ notifiés) a été consommée à 83 %, principalement pour des dépenses de personnel (93 %). Le nombre d'équivalents temps plein (ÉTP) financés par cette enveloppe est passé de 40 en 2022 à 168 en 2025. L'enveloppe DMU, la plus importante avec un montant notifié de plus de 17 M€, a été utilisée à 75 %. Son usage est plus diversifié : 56 % pour le personnel, 29 % pour les achats et 15 % pour l'investissement. Les effectifs financés par cette enveloppe ont également quadruplé, passant de 35 ÉTP en 2022 à plus de 150 en 2025.

Au total, sur les 36 millions d'euros notifiés en 2025, près de 31 M€ ont été consommés ce qui correspond à un taux d'utilisation de 84 %. Le dispositif d'intéressement a permis de financer plus de 320 ÉTP en 2025, contre 75 en 2022, avec une forte accélération des recrutements en 2024 et

2025. Environ 40 % de ces postes sont des techniciens d'études cliniques, ce qui confirme que l'objectif de soutien à l'inclusion dans les services est atteint.

M. Milan LAZAREVIC présente ensuite un focus sur l'évolution des effectifs de techniciens d'études cliniques (TEC) à l'AP-HP, passés de 365 en 2022 à 533 en 2025. 72 % de cette progression s'explique par l'effet de l'intéressement recherche, qui a joué un rôle de catalyseur majeur dans les recrutements.

M. Milan LAZAREVIC détaille ensuite l'intéressement recherche 2026. Pour l'année 2026, il rappelle que le mécanisme de notification prévoit que 50 % de la hausse de la dotation socle des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) de 2025 abondera l'intéressement recherche 2026. Concernant les indicateurs d'activité, les publications issues de l'outil du système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) de l'AP-HP diminuent progressivement, une évolution liée en partie à la fin des modalités de calcul dérogatoires qui étaient spécifiques aux Assistances Publiques entre 2015 et 2019. En revanche, à travers l'outil du système d'information et de gestion de la recherche clinique (SIGREC), la performance de l'AP-HP progresse nettement en nombre d'inclusions de patients et d'études interventionnelles. La création en 2025 de deux nouveaux compartiments de valorisation, un score « excellence » correspondant aux publications avec l'impact scientifique le plus élevé et un score « complexité » correspondant à des protocoles lourds et plus exigeants, confirme cette tendance à la hausse. L'AP-HP y obtient des parts de 31 % et 19 % respectivement, ce qui démontre son positionnement sur des recherches plus complexes, telles que les phases précoces et les thérapies cellulaires. Ces performances ont mené à une augmentation de plus de 7 M€ de la dotation socle en 2025.

En 2026, la moitié de cette hausse abondera le dispositif d'intéressement recherche avec une répartition de cette hausse à 25 % pour l'enveloppe CHU, 25 % pour l'enveloppe GHU et 50 % pour l'enveloppe DMU. En tenant compte des reports non consommés, l'intéressement recherche notifié en 2026 pourrait dépasser 40 M€. Il est proposé d'élargir le périmètre des actions finançables en intégrant le financement de la constitution et du fonctionnement des entrepôts de données de recherche (EDR) issus des cohortes et registres qui ne disposent actuellement d'aucun financement dédié.

M. Milan LAZAREVIC anticipe, à partir de 2026, une diminution des nouveaux financements nationaux, la mesure 16 du « Ségur de la santé » passant de 50 à 35 M€ en 2026 et qui pourrait disparaître en 2027 et 2028. Afin d'éviter une baisse de l'intéressement recherche en 2028, il est proposé de lisser les financements sur trois ans afin de stabiliser l'enveloppe entre 40 et 42 M€ pour les années 2026, 2027 et 2028, tout en garantissant l'utilisation intégrale des reports.

M. Milan LAZAREVIC, conclut en indiquant qu'en 2026 la proposition inclut une augmentation de l'intéressement recherche à plus de 41 M€ notifiés. L'intéressement recherche sera élargi au financement des entrepôts de données de recherche (EDR). À cet effet, il sera également demandé aux DMU de détailler l'utilisation des fonds alloués. Enfin, une évaluation de l'impact du dispositif sera conduite, orientée sur les ressources humaines, la performance scientifique et clinique, ainsi que sur la satisfaction des investigateurs.

Le président souligne que le dispositif, qui se poursuit pour la quatrième année en 2026, demeure relativement récent, ce qui rend le moment propice à son évaluation. À cet effet, Il invite les directeurs de DMU présents en CME à partager leurs avis sur les points soulevés.

Le D^r Olivier MILLERON juge la présentation rassurante. Il interroge la possibilité d'inclure la base de données de l'imagerie dans le financement, en soulignant que son intégration dans l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP s'avère complexe. Il s'interroge également sur la gestion de l'aide à la publication et à la traduction, souhaitant savoir si ce soutien est centralisée ou assuré au niveau de chaque DMU.

M. Milan LAZAREVIC précise que l'aide à la publication est mobilisée au niveau des DMU, et, dans certains cas, au niveau des GHU. Il rappelle que, depuis début 2024, la prise en charge des frais de publication est conditionnée à la parution dans une revue recommandée par la conférence des doyens. Concernant l'imagerie, il indique que le besoin est identifié, mais qu'aucune des huit solutions actuellement en cours de certification avec le responsable de la sécurité des systèmes d'information ne permet pour l'instant de répondre à cette problématique. Bien que le sujet ait été discuté, il s'agit d'un objectif à moyen terme sans solution immédiate.

Le D^r François SALACHAS aborde la question de la satisfaction des utilisateurs et des obstacles rencontrés dans l'utilisation des crédits, qu'ils proviennent de l'intéressement recherche ou des centres maladies rares, notamment pour le financement de recrutements ponctuels d'un à deux ans. Il observe que des blocages apparaissent au niveau des GHU, liés à la volonté de maîtriser la masse salariale, parfois en contradiction avec les orientations définies au niveau central. Il souligne que cette situation est préjudiciable, la capacité d'inclusion dans les essais thérapeutiques ne reposant pas uniquement sur les techniciens de recherche mais également sur les équipes médicales spécialisées. Il met en garde contre une application trop stricte des mesures de contrôle budgétaire qui pourrait entraîner des conséquences directes et négatives sur les taux d'inclusion des patients dans les essais.

Le D^r Cyril CHARRON juge rassurant, au regard de la perspective de financement pluriannuel la capacité à maintenir le recrutement des techniciens d'études cliniques (TEC) et attachés de recherche clinique (ARC). En tant que membre de la sous-commission *Numérique* de la CME, il interroge sur la faisabilité d'affectation d'une partie de l'enveloppe globale de l'intéressement à des projets numériques structurants portés par la direction des services numériques (DSN). Il cite notamment le déploiement du catalogue *Isidore* dans *Orbis*, indispensable à la conformité légale, ainsi que les besoins en imagerie évoqués par le D^r Olivier MILLERON, qui souffrent parfois d'un manque de financement.

Le directeur général émet des réserves quant à cette proposition d'utilisation partielle de l'enveloppe globale liée à l'intéressement. Il explique que la part de l'enveloppe gérée par la DRCI reste limitée, notamment en raison du financement du fonds d'amorçage des médicaments de thérapie innovantes (MTI). Les fonds d'intéressement « recherche » ne doivent pas devenir une source de financement systématique pour tous les projets numériques. Il n'exclut pas la possibilité de dérogations pour des projets urgents et structurants, mais estime qu'une telle orientation ne serait pas totalement équitable.

Le D^r Julien FONSAERT suggère de développer une interface dédiée pour aider les investigateurs à récupérer les documents nécessaires aux inclusions, comme les valeurs de référence des examens de biologie médicale, spécifiques à chaque laboratoire.

Le D^r David OSMAN illustre la méthode de répartition de l'intéressement mise en place au sein de son DMU, afin de répondre aux préoccupations exprimées concernant un éventuel manque de transparence. Il explique que la répartition est présentée en bureau de DMU sur la base du prorata des points SIGAPS fourni par la DRCI. Collectivement, une partie de l'enveloppe est mutualisée afin

de soutenir les services ayant peu publié. Le reste de l'enveloppe est ensuite distribué en toute transparence aux autres services, au prorata de leurs publications. Il estime que ce système permet d'allier un geste collectif à la préservation de l'incitation individuelle. À titre personnel, il précise que son service consacre près de la moitié de sa dotation à l'emploi d'un technicien de recherche.

Le directeur général confirme la volonté d'obtenir, après trois années, une vision claire des pratiques de répartition au sein des DMU. Il rappelle que l'institution n'a pas souhaité imposer de cadre strict, laissant aux DMU la liberté d'organiser la distribution et l'utilisation de leur enveloppe financière. Cette volonté de clarification a été motivée par les résultats du questionnaire adressé en septembre dans le cadre du « levier 17 » dont il est ressorti que 30 % des chefs de service n'avaient pas une compréhension claire de l'utilisation de l'intéressement recherche. Une « photographie » des pratiques sera donc réalisée d'ici la fin de l'année.

Le Pr Hawa KEITA-MEYER s'interroge sur l'évolution du dispositif « PH recherche » à mi-temps en particulier sur la part budgétaire qui lui est consacrée, prévoyant une hausse du nombre de candidats à mesure que le programme gagne en visibilité et notoriété.

Le directeur général répond qu'il est prévu de maintenir le format actuel du dispositif, soit 30 ÉTP par an, ce qui permet d'accompagner un nombre plus important de praticiens hospitaliers sur l'ensemble de la durée du programme. Il précise que les moyens disponibles ne permettent pas encore d'augmenter ce volume. Le ratio d'environ deux candidats pour un poste lui semble correct et stable, mais il sollicite des précisions complémentaires afin de confirmer cette tendance.

M. Milan LAZAREVIC précise que le ratio est plus élevé au sein du GHU Sorbonne Université, où il devrait atteindre un lauréat pour quatre candidats, mais que la moyenne pour l'ensemble de l'AP-HP reste d'un pour deux.

Le directeur général précise que ce ratio d'effectifs n'est pas uniforme sur l'ensemble des sites.

Le Pr Nathalie SIAUVE soulève la problématique de fidélisation du personnel recruté sur des contrats courts. Elle rappelle qu'une mesure avait été mise en place pour favoriser cette fidélisation et demande s'il existe des données sur le nombre de personnes ayant obtenu un emploi pérenne à l'issue de leur contrat.

M. Milan LAZAREVIC apporte plusieurs éléments de réponse. Il indique que pour les personnels techniques, le taux de rotation a été divisé par deux, passant de près de 40 % en 2022 à moins de 19 % en 2025. Concernant la conclusion de contrats de recrutement en CDI, il précise que tous les GHU progressent vers l'objectif institutionnel de 60 % de contractuels en CDI. Il souligne que la stabilisation pluriannuelle de l'intéressement, combinée à la politique institutionnelle de fidélisation des postes, contribue à ce résultat positif. Sans disposer du chiffre exact pour 2025, il indique qu'environ 50 % du personnel de recherche est en CDI, contre 35 à 40 % deux ans auparavant.

Le Pr Jean-Damien RICARD suggère, pour clarifier la gestion de l'enveloppe, que les règles d'attribution soient formellement inscrites dans la charte du DMU.

Le Dr Anne JACLOT indique que dans le GHU Paris-Seine-Saint-Denis, le DMU « BIOPHARES » demande à l'ensemble des chefs de service de présenter l'utilisation de ces fonds qui leur sont attribués, ce qui garantit un niveau de transparence. Elle s'interroge ensuite sur les modalités de contractualisation à durée indéterminée des postes, qu'elle juge difficiles à obtenir en pratique, et sollicite un accompagnement sur ce sujet.

M. Milan LAZAREVIC reconnaît l'hétérogénéité des pratiques entre les GHU et confirme que l'objectif institutionnel consiste à les harmoniser. Le taux de mise en CDI est suivi mensuellement et des progrès significatifs sont observés, comme au GHU Centre, dont le personnel en CDI est passé de 25 % à plus de 40 %. Il précise que l'institution veille à ce qu'aucune règle locale restrictive ne soit ajoutée aux orientations nationales et se tient à disposition pour accompagner le traitement des difficultés spécifiques rencontrées sur certains sites.

5. Bilan des nominations et de la procédure de nomination des chefs de service en 2025 (M. Emmanuel RAISON)

Le président rappelle que le bilan annuel des nominations des chefs de service est prévu par le règlement intérieur de l'AP-HP et par sa décision de délégation de ses compétences aux présidents de CME locale.

M. Emmanuel RAISON présente le bilan 2025 des nominations de chefs de service et de responsables d'unités fonctionnelles de DMU. Il rappelle que le règlement intérieur, entré en vigueur en mars 2025, a introduit de nouvelles modalités de nomination : la publication des mandats arrivant à échéance, la diffusion d'appels à candidature et la tenue de commissions de nomination dans certains cas. Il souligne que l'année 2025 a constitué une année de transition, ce qui explique que l'application de ces nouvelles règles n'ait pas été encore systématique sur l'ensemble des sites.

Sur les 337 mandats arrivant à échéance, 90 appels à candidatures ont été publiés, soit 72 % des postes pour lesquels la procédure n'avait pas encore été commencée. Au total, 330 nominations ont été effectuées en 2025, dont 39 à titre provisoire. L'analyse se focalise sur les 291 nominations correspondant à des mandats de quatre ans. Aucune situation de candidature multiple n'a été remontée et une commission de nomination a été organisée dans un peu plus de la moitié des cas. Les nominations se répartissent entre 76 % de renouvellement et 24 % de primo-nominations (70 mandats). Pour le renouvellement des postes de chefferies de service, si la majorité des postes correspond à un deuxième ou un troisième mandat, quelques situations de sixième ou septième mandat sont à noter.

Le profil des personnes nommées montre une majorité de PU-PH (69 %) et de PH (26 %). Pour les primo-nominations, la part des MCU-PH est plus importante (12 %). La répartition hommes/femmes révèle un déséquilibre, avec 60 % d'hommes et 40 % de femmes, un ratio encore plus marqué pour les primo-nominations (63 % d'hommes). L'âge moyen des personnes nommées s'établit à 56 ans tandis qu'il est de 49 ans pour les primo-nominations.

M. Emmanuel RAISON conclut sur les conséquences de la loi sur les nominations équilibrées. Il indique que l'objectif de 50 % de femmes parmi les primo-nominations n'est pas atteint (37 %), ce qui expose l'AP-HP, si cette tendance se prolonge en 2026, à une pénalité financière. De même, l'objectif d'au moins 40 % de femmes parmi l'ensemble des responsables médicaux n'est pas tout à fait atteint (37 %).

Le Dr Emmanuel Bui Quoc s'interroge sur le fait que le nombre de nominations soit supérieur au nombre de mandats à pourvoir dans certains cas.

M. Emmanuel RAISON explique cet écart par le fait que des procédures engagées en 2024 n'ont abouti qu'en 2025, l'état des lieux ayant été réalisé sur l'ensemble de l'année civile.

Le Pr Marc SAMAMA juge anormal que certains chefs de service en soient à leur cinquième mandat ou davantage, ce qui représente près de vingt ans de service. Il plaide pour une limitation plus stricte

du nombre de mandats qui ne devrait pas dépasser un troisième mandat, et souhaite que la notion de « dérogation » soit inscrite dans le règlement intérieur de l'AP-HP. Selon lui, libérer des postes de chefferie de service occupés par des hommes constitue une condition nécessaire pour atteindre les objectifs de parité.

Le D^r Olivier MILLERON déplore le manque de communication entourant les renouvellements de postes de chef de service. Il estime que l'information devrait être diffusée plus largement, au-delà du service concerné, afin que les communautés médicales spécialisées, comme celle des cardiologues pour la chirurgie cardiaque, puissent être informées.

Le D^r Thierry FAILLOT demande qui assumerait la responsabilité de cette pénalité financière en cas de non-respect des objectifs de parité, et les destinataires du versement de cette pénalité.

Le directeur général précise que la publication des postes s'effectue en ligne sur les sites intranet des GHU, mais que chaque GHU est libre de communiquer davantage.

M. Emmanuel RAISON confirme que la liste des chefferies à pourvoir pour 2026 est accessible sur l'intranet et sur internet, via une simple recherche. Il reconnaît que la publication des appels à candidatures n'a pas été exhaustive en 2025 en raison de l'entrée en vigueur tardive du règlement intérieur, mais assure que les directions des affaires médicales sont sollicitées pour une publication systématique en 2026.

Le directeur général suggère que la gestion de la pénalité financière puisse être gérée au niveau de l'AP-HP.

Le P^r Béatrix BARR, estime que la situation concernant les objectifs de parité pourrait s'inverser dans dix ans avec un risque cette fois de manquer d'hommes pour occuper les postes de chefs de service.

Le D^r François SALACHAS rappelle l'existence d'un accompagnement managérial pour les nouveaux chefs de service, qu'il juge très pertinent. Il note que les représentants médicaux du site sont invités aux commissions de nomination et doivent s'assurer des capacités managériales des candidats. Il s'interroge sur la manière d'évaluer et de faire remonter les situations où un chef de service ne remplit pas ces conditions, notamment en matière de gestion des ressources humaines, et déplore le manque de recours et de soutien de l'administration sur ces sujets.

Le président estime que cette évolution de procédure est importante et qu'il faudra du temps pour que les équipes se l'approprient pleinement. Au-delà de la publication des postes, il souligne la nécessité pour les équipes médicales d'anticiper les fins de mandat pour se poser une réflexion sur leur succession, ce qui n'est pas encore un réflexe dans de nombreux services. Il note que malgré les discussions sur l'équilibre entre femmes et hommes, le chiffre de 37 % de femmes pour les primo-nominations montre que la situation a peu évolué.

Le P^r Nathalie SIAUVE demande quel est le nombre de postes qui ont été pourvus par des candidats extérieurs sur les 90 candidatures de chef de service publiées.

M. Emmanuel RAISON indique qu'une seule nomination provenait de l'extérieur de l'AP-HP et ne correspondait pas à un poste publié.

Le D^r Vianney MOURMAN indique que la sous-commission *Carrières, attractivité et formation* a lancé une réflexion sur l'après-chefferie de service, en vue de définir un dispositif de sortie pour les chefs de service permettant d'éviter le maintien excessif dans leurs fonctions.

Le président juge cette réflexion très importante, rappelant que les chefs de service ne restent pas nécessairement en fonction jusqu'à leur départ à la retraite. Cette situation pose alors la question du maintien en fonction dans le service, en définissant leur rôle et leur fonction.

Le D^r Patrick PELLOUX salue cette réflexion et suggère de moderniser également l'accompagnement des praticiens à la retraite. Il félicite l'AP-HP pour sa volonté de modernisation, qu'il juge nécessaire pour rompre avec les anciennes pratiques opaques de nomination et pour impliquer un plus grand nombre de professionnels dans les responsabilités médicales, à l'image de ce qui se pratique dans certaines institutions privées.

Le D^r Vianney MOURMAN souligne que, compte tenu de l'âge moyen de nomination, limiter les mandats à huit ou douze ans conduira certains praticiens à se retrouver sans chefferie à 61 ou 62 ans, alors qu'ils exerceront encore pendant plusieurs années, ce qui renforce l'idée d'une réflexion sur le sens donné à leur travail.

Le P^r Jean-Damien RICARD précise que, dans le GHU Nord, les candidats sollicitant un renouvellement de mandat doivent présenter un plan de continuité de chefferie de service, discuté en conseil de service, qui explicite la stratégie de succession envisagée.

Le président rappelle que le nouveau règlement intérieur de l'AP-HP prévoit que la liste des mandats des chefs de service arrivant à échéance soit présentée annuellement en CME et en CMEL pour garantir une meilleure transparence d'information sur les candidats.

6. Avis sur le schéma directeur numérique (M. Raphaël BEAUFRET, D^r Cyril CHARRON)

Le point est reporté à une prochaine séance de la CME.

7. Point sur le choix des stages des internes (P^r Vincent GAJDOS, M. Emmanuel RAISON)

Le P^r Vincent GAJDOS souligne l'importance du choix du stage des internes dans le contexte de la réforme du 3^e cycle et des problématiques territoriales. Il salue le travail précis de la direction des affaires médicales.

M. Emmanuel RAISON présente le bilan des choix de stage de novembre 2025. Il rappelle le nouveau cadre territorial fixé par l'agence régionale de santé (ARS), qui vise à orienter davantage d'internes vers la grande couronne et la Seine-Saint-Denis, tout en respectant un taux d'inadéquation de 7 %. Il indique que la prime d'attractivité territoriale a été supprimée faute d'efficacité avérée. En novembre 2025, le nombre total de postes pourvus en Île-de-France a légèrement augmenté (+ 2 %), avec une progression de deux points en grande couronne et une baisse à Paris.

À l'AP-HP, le nombre de postes d'internes pourvus a progressé de 39 postes, avec une hausse notable à Henri-Mondor et Paris Seine-Saint-Denis, bien que ce dernier GHU reste en deçà de la moyenne de l'AP-HP en pourcentage de postes pourvus (77 % contre 88 %). Entre 2019 et 2025, le nombre de postes ouverts pour les nouveaux-internes a augmenté de 8 %, une hausse portée à 60 % par la médecine générale, suivie de la psychiatrie et de la pédiatrie. Cette tendance se retrouve dans les postes pourvus.

En élargissant le périmètre aux internes, les docteurs juniors, les faisant fonction d'internes (FFI) et les « inter-CHU », les effectifs de juniors à l'AP-HP ont fortement augmenté entre 2019 et 2025, passant de 3 927 à 4 974 équivalents temps plein (ÉTP), soit + 1 047 ÉTP. Cette hausse est due à l'augmentation du nombre d'internes et de docteurs juniors (+ 600 ÉTP), d'inter-CHU (+ 90 ÉTP) et de FFI (+ 359 ÉTP).

Le P^r Vincent GAJDOS observe que la hausse apparente du nombre d'internes résulte essentiellement de l'augmentation du nombre de docteurs juniors, le volume des autres d'internes hors docteurs juniors restant stable. Il souligne que si la capacité de formation de l'AP-HP justifie en partie cette concentration, une réflexion doit être menée sur l'organisation de stages articulée avec les structures territoriales, à l'instar des postes d'assistants partagés.

M. Amaury PARING, représentant des internes en odontologie, regrette que l'analyse ne porte que sur les internes en médecine sans prendre en compte les autres filières comme la sienne, l'odontologie, mais également la pharmacie. Il précise qu'il y a une trentaine de postes ouverts chaque année, 27 précisément en odontologie en 2025-2026, et que la filière pharmacie compte 53 internes en biologie médicale, contre 18 pour la filière en médecine. Même si ces effectifs restent modestes, il aurait été pertinent de les intégrer à la présentation. Il ajoute que sa filière est également concernée par les inter-CHU et par la réforme du 3^e cycle, laquelle pourrait conduire à une augmentation du nombre d'internes à l'AP-HP.

Le P^r Vincent GAJDOS reconnaît cet oubli et s'engage à ce que la direction des affaires médicales produise un tableau complémentaire, expliquant que le focus avait été orienté vers la médecine en raison de variations et de questionnements jugés importants.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc s'interroge sur deux points. Tout d'abord, il souhaite connaître le taux d'inadéquation par département et non par GHU. Il ne comprend pas non plus pourquoi les tableaux des postes ouverts et pourvus affichent des totaux très proches, alors qu'un taux d'inadéquation de 7 % devrait exister.

Le P^r Vincent GAJDOS explique que le taux d'inadéquation de 7 % constitue un minimum réglementaire, mais qu'il varie fortement selon les spécialités. Certaines peinent à l'appliquer en raison d'une demande très supérieure à leurs effectifs, ce qui les conduit à recruter des FFI pour couvrir les besoins.

Le président estime qu'il serait intéressant d'analyser le devenir des internes et docteurs juniors formés à l'AP-HP, notamment dans les spécialités en tension comme la gériatrie et la psychiatrie. Il note que, pour la gériatrie, tous les postes d'internes sont pourvus, ce qui pourrait justifier une augmentation de leur effectif. Il indique, pour la psychiatrie, que la progression des effectifs est forte et les postes sont presque tous pourvus, ce qui montre l'attractivité de la discipline. Il s'interroge enfin sur le niveau des effectifs dans le domaine de la pédopsychiatrie et sur le devenir de ces futurs spécialistes.

Le président exprime son inquiétude quant à l'avenir des internes à l'AP-HP, estimant que la grande majorité d'entre eux n'exerceront pas dans l'institution. Il s'interroge ensuite sur la forte augmentation du nombre de FFI, qui est passé de 619 à 978 ÉTP. Enfin, il aborde le sujet de la répartition des internes entre Paris *intra-muros*, la petite et la grande couronnes. Il rappelle l'importance qu'il accorde à ce sujet, tout comme l'ARS qui demande de privilégier le renforcement des effectifs en grande couronne. L'augmentation prévue du nombre d'internes doit inciter à réfléchir aux modalités futures de cette répartition des effectifs.

Le P^r Vincent GAJDOS répond en premier lieu sur la répartition territoriale des effectifs d'internes, confirmant le choix des internes pour des lieux d'affectation proches de Paris *intra-muros*, accessibles en transports en commun. Concernant l'augmentation du nombre de FFI, il ne dispose pas de réponse complète mais suggère que cette hausse, variable selon les spécialités, traduit l'insuffisance des effectifs actuels pour répondre aux besoins dans un contexte de diminution de la force de travail individuelle. Enfin, il approuve l'analyse sur le devenir des internes et précise que le

statut de docteur junior, après validation de leur première année de post-internat, complique désormais le recrutement des chefs de clinique et des assistants pour des engagements supérieurs à un an, alors que ces postes étaient auparavant occupés pour deux ans.

Le président juge très instructif l'atlas de la démographie médicale publié par le conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), qui analyse le parcours des jeunes diplômés cinq ans après l'obtention de leur diplôme. Il estime que ce document apporte des éléments clés sur les projections de carrière des jeunes médecins porteurs d'impulsion de l'activité médicale au sein de l'hôpital, et est de nature à enrichir la réflexion sur les « leviers » d'attractivité permettant de les garder dans le service public hospitalier.

Le D^r François SALACHAS souligne la nécessité de consulter les internes sur leur souhait de formation.

M^{me} Louise LIMES souhaite nuancer les propos précédents en affirmant que les internes sont disposés à se déplacer en Île-de-France, y compris en périphérie parisienne pour rejoindre leur poste. Elle cite l'exemple de la spécialité de médecine générale, dans laquelle la répartition des effectifs est relativement homogène, pour illustrer que la mobilité des internes dépend avant tout de la qualité des stages. Elle rappelle que des stages encadrés par de réels formateurs et d'un accueil bienveillant constituent des facteurs déterminants. Elle insiste sur le fait que les internes sont des étudiants en formation qui recherchent un apprentissage de qualité et un environnement de travail respectueux, ce qui n'est pas toujours le cas. Elle ajoute que la question des transports en commun constitue également un enjeu majeur. L'accessibilité des hôpitaux périphériques, que ce soit par les transports en commun ou par des solutions de covoiturage, est une condition nécessaire pour que les internes soient motivés pour s'y rendre. Elle conclut que la motivation des internes ne se limite pas à l'exercice de leur fonction au centre de Paris mais sont disposés à se déplacer dans des lieux plus éloignés dès lors qu'ils bénéficient d'une formation de qualité.

Le P^r Vincent GAJDOS confirme l'importance de bien accompagner les internes afin de favoriser leur engagement hospitalier. Il maintient cependant l'existence d'un effet centripète évident vers Paris, citant l'exemple d'un interne ayant choisi un service uniquement pour sa localisation parisienne. Il évoque également le point soulevé sur les difficultés pratiques des moyens de déplacement, soulignant que le coût et la complexité des moyens de transports entre différentes banlieues, ainsi que les modalités d'hébergement, constituent des problématiques majeures. Il considère que les territoires doivent s'engager dans la résolution de ces problématiques pour attirer les internes.

Le D^r Anne JACLOT souligne la difficulté à recruter des stagiaires associés pour pourvoir les postes vacants, en raison d'une lourdeur administrative excessive. Elle témoigne, pour son DMU « BIOPHARES », n'avoir jamais réussi à finaliser un recrutement pour cette catégorie de poste.

Le D^r François SALACHAS insiste sur le rôle essentiel des internes, qui assurent en pratique le fonctionnement des services. Il alerte sur le fait que les ratios de lits par interne ne sont plus adaptés à la complexité croissante des profils des patients, ce qui crée un risque de dysfonctionnement du système hospitalier. Il considère que l'institution doit s'adapter rapidement à cette nouvelle réalité, y compris dans la perspective d'une augmentation du nombre de lits. Il ajoute que le financement des FFI pourrait également devenir problématique.

Le P^r Antoine PELUSSOLO précise que l'augmentation du nombre d'internes en psychiatrie est légitime, car elle vise à combler un retard important face aux postes vacants consacrés à ce secteur médical. Il note que si les postes d'internes à l'AP-HP restent attractifs et sont tous pourvus, plusieurs centaines de postes de praticiens seniors demeurent vacants. Ce manque d'attractivité se

concentre sur les fonctions médicales les plus exigeantes, comme les urgences psychiatriques ou les services fermés.

Le président abonde dans ce sens, liant ce constat à la difficulté de trouver des lits d'aval pour le secteur des urgences psychiatriques. Cette situation découle, selon lui, du manque d'attrait des internes pour les postes avec une intense activité médicale, ce qui entraîne une pénurie de médecins pour assurer une présence médicale continue, indispensable à la prise en charge de patients présentant des pathologies sévères.

Le P^r Jean-Marc TRÉLUYER demande si des données sont disponibles pour suivre l'évolution du nombre d'internes ayant recours au droit au remords, y compris dans sa version élargie.

Le P^r Vincent GAJDOS explique que le droit au remords élargi n'est pas appliqué en Île-de-France, les doyens considérant qu'il constitue un contournement du classement et est contraire à l'équité entre les internes. Il relève en revanche un indicateur préoccupant : plus de 10 % des étudiants en médecine interrompent leur cursus en cours de formation.

Le D^r Virginie COINTAT s'interroge sur le nombre d'internes de l'AP-HP qui effectuent des stages inter-CHU, car ces départs entraînent des vacances de poste. Elle partage ensuite une spécificité de l'hôpital San-Salvador, établissement de l'AP-HP, qui dispose d'agrément pour des internes en pédiatrie et pour des docteurs juniors, en médecine physique et de réadaptation (MPR). Elle précise que l'hôpital accueillera prochainement une interne en MPR en inter-CHU, qui correspond à une logique d'affectation hospitalière au niveau territorial.

Le P^r Vincent GAJDOS indique que le solde des échanges inter-CHU est largement positif pour l'AP-HP, qui reçoit beaucoup plus d'internes qu'elle n'en envoie dans les autres CHU. Les départs sont généralement acceptés, à deux exceptions près. La première concerne les départs dans les outre-mer, qui sont limités à 60 par an en raison de leur coût élevé pour l'institution. La seconde exception concerne les départs des docteurs juniors, qui ne sont pas prévus par les textes réglementaires et sont parfois perçus comme une tentative de contourner un appariement jugé défavorable.

8. Questions diverses

Le D^r Éric LE BIHAN soulève plusieurs questions sur la formation continue. Il s'étonne en premier lieu du faible nombre de formations diplômantes financées (environ 100 sur 900 demandes) dans le cadre du nouveau dispositif de formation. Il rapporte que de nombreux praticiens, ayant procédé à leur inscription et avancé des frais d'inscription importants avant la décision de financement institutionnel, ont reçu une réponse négative pour la prise en charge financière malgré un avis favorable de leur chef de service. Par conséquent, il s'interroge sur les critères de sélection pour bénéficier de la prise en charge d'une formation et les solutions envisagées pour ces médecins qui ont engagé des frais. Enfin, il rappelle l'obligation de certification périodique depuis janvier 2023 pour les praticiens, qui nécessitera un financement des formations par l'AP-HP dans des proportions importantes.

M. Emmanuel RAISON détaille le nouveau dispositif de prise en charge des formations pour le personnel médical. Il précise que le processus n'a pas changé pour les congrès et formations non diplômantes, mais qu'il a évolué pour les formations diplômantes (diplômes universitaires [DU] et diplômes inter-universitaires [DIU]) afin d'apporter plus de transparence à travers un appel à candidatures. Il reconnaît que la mise en place de deux commissions de sélection en 2025 a été mal comprise par certains praticiens, qui ont déposé leur dossier hors délai. De plus, une communication

accrue a entraîné une forte augmentation du nombre de demandes de formations. Il rectifie les chiffres : sur 450 dossiers recevables, la moitié a été financée pour les DU, à hauteur de 1 200 € par praticien. Pour 2026, le dispositif sera amélioré : une seule campagne de formation sera ouverte courant mars pour toute la période de l'année universitaire suivante. Une réflexion est également en cours pour ajuster l'enveloppe budgétaire allouée pour les formations. S'agissant de la certification périodique, il indique qu'en l'absence de texte réglementaire, les modalités précises ne peuvent pas encore être définies.

Le D^r Vianney MOURMAN apporte des précisions sur le budget de la formation médicale, qui s'élève à 2 M€. Dans ce montant alloué, 1,5 M€ sont dédiés aux publications périodiques, laissant 500 000 € pour les congrès et seulement 100 000 € pour les DU, complétés cette année par une rallonge de 150 000 €. Il souligne que ce budget est insuffisant et illustre le problème en estimant qu'il permettrait de financer un DU par médecin tous les 80 ans. Il défend le nouveau système de dépôt *a priori* comme étant plus équitable, mais reconnaît un défaut de communication : la validation locale par le chef de service a été perçue à tort comme un accord de financement. Face à cet enjeu, plusieurs pistes sont explorées : faire prioriser les formations par les collégiales, exclure les DU axés vers une activité privée lucrative, ou encore instaurer des quotas. Il insiste sur la nécessité que les modalités de priorisation soient décidées et votées collectivement en CME pour garantir leur légitimité. En parallèle, le développement de formations internes est en cours pour offrir des alternatives. Il conclut qu'une solution équitable doit être trouvée collectivement.

Le directeur général précise que le nombre de demandes de formations réellement éligibles était plus proche de 450 que de 850. Il soutient la nécessité d'une priorisation de ces formations, car l'institution n'a pas vocation à financer des formations sans intérêt institutionnel. Il confirme que deux allocations financières budgétaires supplémentaires ont été accordées en cours d'année et qu'une réflexion est en cours pour ajuster l'enveloppe globale. L'objectif est d'accompagner les besoins de demande de formation qualifiante tout en maintenant un processus de sélection.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU signale un problème avec le nouveau logiciel de téléconsultation « ORTIF 2 ». Elle explique que pour réaliser une connexion, la validation par courriel pose actuellement souci et qu'il a été demandé aux praticiens de son service de donner leur numéro de téléphone personnel pour recevoir les codes de confirmation de connexion. Cependant, l'utilisation d'un téléphone personnel pour accéder à un outil institutionnel pose souci pour certains praticiens qui ne souhaitent pas l'utiliser à des fins professionnelles. En attendant de la résolution de ce problème, les téléconsultations ont été suspendues ce qui pose souci aux patients éloignés de l'hôpital. Elle demande si des mesures correctives sont prévues.

Le directeur général explique qu'« ORTIF » est un produit développé par le service numérique de santé (SESAN), organisme régional d'appui au développement de l'e-santé qui déploie des outils numériques en santé. Il confirme que la fonctionnalité d'authentification par courriel a mal fonctionné dès le déploiement et que des travaux sont en cours pour réactiver sa fonctionnalité. Il précise que l'authentification par un service de messagerie court (short message service, SMS) reste possible et que le numéro de téléphone portable utilisé à cette fin n'est pas communiqué à des tiers.

Le P^r Antoine PELISSOLO indique que les courriels de confirmation ont pu être reçus automatiquement dans les dossiers de courrier indésirable (*spams*).

Le directeur général confirme que les courriels arrivent parfois dans les *spams* ou avec plusieurs heures de retard, ce qui rend le système inopérant. Il confirme que ce problème technique est actuellement en phase de résolution.

La séance est levée à 18 heures 46.