COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 3 DÉCEMBRE 2024

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 11 FÉVRIER 2025

C1 - Interne

Sommaire

I. Séance plénière 6

1. Informations du président 6
2. Approbation des comptes rendus de la CME des 8 octobre et 5 novembre 2024 7
3. Avis sur le protocole de coopération « consultation de santé sexuelle par l'infirmière en centre de santé sexuelle, centre de contraception et d'IVG en lieu et place du médecin ou de la sage-femme » 8
4. Avis sur l'universitarisation des deux écoles de sages-femmes de l'AP-HP (Mme Vannessa FAGE-MOREEL) 8
5. Avis sur le rattachement de l'hôpital Paul-Doumer au GHU Paris-Nord (M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, Pr Anne COUVELARD, Dr Joël SCHLATTER) 9
6. Avis sur le projet de règlement intérieur de l'AP-HP 11
7. Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2025 11
8. Avis sur la révision des effectifs 2025 de praticiens hospitaliers (M. Emmanuel RAISON) 24
9. Avis sur le rapport social unique 2024 26
10. Questions diverses 26

C1 - Interne

CME du mardi 3 décembre 2024

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation des comptes rendus des CME des 8 octobre et 5 novembre 2024
3. Avis sur le projet de protocole de coopération « Consultation de santé sexuelle par l'infirmière en centre de santé sexuelle, centre de contraception et d'IVG en lieu et place du médecin ou de la sage-femme » (sous réserve)
4. Avis sur l'universitarisation des deux écoles de sages-femmes de l'AP-HP (Mme Vannessa FAGE-MOREEL)
5. Avis sur le rattachement de l'hôpital Paul-Doumer au GHU Paris-Nord (M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, Pr Anne COUVELARD, Dr Joël SCHLATTER)
6. Avis sur le projet de règlement intérieur de l'AP-HP (sans présentation)
7. Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2025
8. Avis sur la révision des effectifs 2025 de praticiens hospitaliers (M. Emmanuel RAISON)
9. Avis sur le rapport social unique 2024 (sans présentation)
10. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A (HU titulaires)

- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires

- Assistent à la séance :

- ***Avec voix délibérative :***

Pr	Béatrix	BARRY	Dr	Juliette	KAVAFIAN-LASSERRE
Pr	Anne-Sophie	BATS	Pr	Hawa	KEITA-MEYER
Dr	Fadi	BDÉOUI	Dr	Éric	LE BIHAN
Pr	Bahram	BODAGHI	Pr	Éric	LE GUERN
Mme	Maïssa	BOUKERROU	M.	Patrick	LÉGLISE
Dr	Diane	BOUVRY	Pr	Rachel	LEVY
Dr	Emmanuel	BUI QUOC	Mme	Marine	LOTY
Dr	Cyril	CHARRON	Mme	Fabienne	MARTEAU
Pr	Anne	COUVELARD	Pr	Emmanuel	MARTINOD
Dr	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	Pr	Nicolas	OBTEL
Mme	Agathe	DELORME	Dr	David	OSMAN
Pr	Loïc	DE PONTUAL	Dr	Juliette	PAVIE
Dr	Thierry	FAILLOT	Pr	Claire	POYART
Dr	Julien	FONSART	Pr	Jean-Damien	RICARD
Pr	Vincent	GAJDOS	Dr	François	SALACHAS
Pr	Estelle	GANDJBAKHCH	Pr	Rémi	SALOMON
Pr	Sophie	GEORGIN-LAVIALLE	Pr	Marc	SAMAMA
Pr	Bertrand	GODEAU	Pr	Nathalie	SIAUVE
Pr	Bernard	GRANGER	Dr	Farid	SLIMANI
Mme	Ariane	GUDIN DE VALLERIN	Dr	Jennifer	SOBOTKA
Pr	Agnès	HARTEMANN	Pr	Laurent	TEILLET
Pr	Sylvie	HAULON	Dr	Briac	THIERRY
Mme	Fabienne	HUARD	Pr	Jean-Marc	TRÉLUYER
Dr	Anne	JACOLOT	Dr	Christophe	TRIVALLE
Pr	Nicolas	JAVAUD	Pr	Marianne	ZIOL
Pr	Jean-Marie	JOUANNIC			

- ***Avec voix consultative :***

– M. REVEL Nicolas, directeur général de l'AP-HP
– Pr BEAUDEUX Jean-Louis, directeur d'UFR de pharmacie, Université de Paris-Cité
– M. GUITTIER Yann, représentant du comité social d'établissement (CSE)
– Dr FOURNIER Sandra, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)

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

- Pr ANKRI Joël, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- Mme RAVIER Catherine, directrice de cabinet du président de la CME
- M. TANGUY-LATUILIÈRE Glenn, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

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

– Pr GAYAT Ètienne et MME BUFFET Laetitia, directeurs généraux adjoints
– MM. RAISON Emmanuel et MARCOMBE Kévin, directeur et adjoint au directeur des affaires

médicales (DAM)

- ***Secrétariat de la CME :***

– Mme LE GUILLOU Sylvie (DAM)

- ***Membres excusés :***

– P^{rs}, D^{rs}, Mmes et MM. AMMAR Mawan, ANRACT Philippe, BENACHI Alexandra, BENSEFA-COLAS Lynda, BLANC Thomas, BRANCHEREAU Sophie, BREGEON Aurore, BRILLET Pierre-Yves, CASTIER Yves-Hervé, CHARBIT Marina, CHARNAUX Nathalie, COLAS Caroline, CUDENNEC Tristan, DE BASTARD Arthur, DE ROUX Nicolas, DELFAU-LARUE Marie-Hélène, DESCROIX Vianney, DEVAUD Édouard, ESTEPHAN Georges, FROCHOT Vincent, GORNET Jean-Marc, HERMIEU Jean-François, HINDLET Patrick, HOUZÉ Sandrine, KUBIS Nathalie, LACOMBE Karine, MAATOUG Redwan, MALAUSSE Nicolas-Marc, MALLET Édan, MARIETTE Xavier, MILLERON Olivier, MONTMEAT Déborah, MORVAN Loïc, MOURMAN Vianney, PARC Yann, PÉLISSOLO Antoine, PELLOUX Patrick, PIRNAY Philippe, RICOME Nathalie, RIOU Bruno, ROTENBERG Cécile, ROUPRET-SERZEC Julie, SARNACKI Sabine, SIGURET-DEPASSE Virginie, TARIGHT Namik, THABUT Dominique, TROSINI-DESERT Valéry, ZAHR Noël

La séance s'ouvre à 15 heures sous la présidence du Pr Rémi SALOMON.

I. Séance plénière

1. Informations du président

Directoire

Le président informe les membres de la CME que, sur proposition conjointe du président de la CME et du vice-président doyen, le directeur général a nommé le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU pour siéger au directoire en remplacement du Pr Sandrine HOUZÉ.

École de psychomotricité de Sorbonne-Université

Le président explique que le Pr Nathalie DRACH-TEMAM, présidente de Sorbonne-Université, et le Pr Bruno RIOU, doyen de la faculté de santé, ont fait savoir dans un communiqué de presse daté du 29 novembre qu'ils étaient contraints de fermer progressivement l'école de psychomotricité de Sorbonne-Université en l'absence prolongée de financement de l'État, malgré des relances successives. Le président précise que cet établissement accueillait jusqu'à présent 150 étudiants chaque année pour une formation de trois ans Cette fermeture contrainte illustre les effets d'un appauvrissement de l'Université, et plus généralement, des services publics.

Urgences

Le président informe la CME que la Cour des comptes a publié un rapport sur les le 19 novembre. Il dresse un état des lieux du fonctionnement des structures des urgences, à l'exception des spécialités psychiatrique, obstétrique et pédiatrique, après les divers plans d'action lancés ces dernières années (« pacte de refondation des urgences » de 2019, mesures de 2022 issues de la « mission flash » du Pr François BRAUN…). La Cour des comptes constate le peu d'effets de ces plans sur l'amélioration de l'accès aux soins. Toutefois, peu de propositions structurantes émergent de ce rapport. Par exemple, il n'aborde pas la question, pourtant actuelle, de la structuration régionale de la permanence des soins.

Situation politique nationale

Le président fait état du dépôt de deux motions de censure déposées à la suite du déclenchement de l'article 49.3 de la Constitution par le Premier Ministre pour faire adopter sans vote le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Le vote, qui aura lieu demain et dont l'issue est prévisible, va nous plonger dans un état d'incertitude.

Fermeture du compte de l'AP-HP sur le réseau « social » X

Le président indique que l'AP-HP quitte le réseau social X (*ex-Twitter*) pour rejoindre le réseau *Bluesky*.

Informations du directeur général

Le directeur général indique ne pas être en mesure de partager les chiffres sur l'évolution des effectifs en novembre, ces derniers nécessitant une semaine de traitement pour être disponibles. Il revient cependant sur une demande de la CME concernant la catégorie professionnelle des techniciens de laboratoires : leur nombre qui s'élevait à 2 861 en 2020, est descendu en 2023 jusqu'à 2 817 mais est remonté à 2 847 à fin octobre 2024. Ainsi, on se rapproche de la situation connue en 2020, même si cette dernière n'est pas encore entièrement atteinte. Cette tendance favorable devrait toutefois se prolonger à l'avenir.

Un dispositif de suivi des tensions hivernales a été mis en place dans les services d'urgence. Les services pédiatriques sont encadrés par le plan « Épidémies hivernales » (ÉPIVER) se déployant habituellement tous les ans. L'évolution de ces tensions est suivie avec attention. Concernant les tensions inhérentes aux services d'adultes, le plan « Tensions hivernales – Organisation de la réponse » (THOR) a été mis en place cette année. L'objectif est de pouvoir suivre précisément, sur la base de moyens lissés sur une semaine, cinq indicateurs clés et de déclencher deux niveaux de mobilisation en fonction du degré de tension. Il est demandé aux groupes hospitalo-universitaires (GHU) de définir à l'avance, en fonction des deux niveaux définis, les conditions d'une mobilisation capacitaire supplémentaire afin de permettre l'hospitalisation en aval d'un plus grand nombre de patients issus des urgences. Désormais, cette procédure est formalisée à l'échelle de chaque GHU et de chaque site. Depuis jeudi dernier, le seuil de premier niveau (« Tension avérée ») a été atteint.

Le directeur général explique que, chaque année, les comptes de l'AP-HP sont certifiés par des commissaires aux comptes. Ainsi, des échanges ont lieu régulièrement avec ces derniers, portant sur un certain nombre de points de fragilité. Un point de vigilance est à porter sur le sujet de la validation du temps de travail des médecins via l'outil *Chronos*. Les commissaires considèrent effectivement que les données intégrées via *Chronos* doivent donner lieu à une validation par le chef de service. Dans ce cadre, la cible d'exécution fixée s'élève à 95 %. Il leur sera indiqué que cette cible, au regard du contexte, s'avère ambitieuse. Pour autant, il sera indispensable que ce taux soit proche de 100 % dans les services présentant d'importants éléments variables de paie – temps de travail additionnel (TTA), gardes et astreintes.

Enfin, il confirme la décision prise que les comptes institutionnels, celui de l'AP-HP, des GHU, des sites ou des services, se retirent du réseau X (*ex-Twitter*). Il est recommandé de basculer ces activités numériques vers *Bluesky*. Ce changement ne concerne pas les professionnels de l'AP-HP qui ont un compte personnel sur X.

Mme Fabienne MARTEAU demande si une veille sur le réseau X sera toujours effective. Elle permettrait notamment de démentir certaines informations relayées à travers X via les nouveaux comptes sur *Bluesky*.

Le directeur général confirme l'importance de maintenir une veille sur X, même si ce dernier ne sera plus l'instrument de la communication institutionnelle de l'AP-HP.

En outre, l'instabilité politique actuelle, qui n'a pas vocation, *a priori*, à se résorber prochainement, constitue un réel sujet. Effectivement, l'AP-HP compte des échéances importantes dans le cadre du dialogue budgétaire avec l'État. L'AP-HP, l'ensemble des hôpitaux et des CHU, attendent lors des premiers mois de 2025 d'obtenir un recalage budgétaire absolument nécessaire afin de pouvoir poursuivre leur trajectoire de redressement.

Le Dr Olivier MILLERON demande quel serait l'impact, pour l'institution, si le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) n'était pas voté.

Le directeur général considère que la continuité du système d'assurance maladie sera assurée malgré l'absence de PLFSS, mais sur la base des tarifs 2024. En l'état de la construction du PLFSS 2025, il n'était pas prévu d'augmentation tarifaire pour les établissements de santé. L'effet serait donc *a priori* neutre. Concernant les autorisations d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité centrale (ACOSS), l'intervention d'une décision législative serait nécessaire.

2. Approbation des comptes rendus de la CME des 8 octobre et 5 novembre 2024

En l'absence de remarque, le compte rendu de la CME du 8 octobre 2024 est approuvé à l'unanimité.

L'approbation du compte rendu de la CME du 5 novembre est reportée.

3. Avis sur le protocole de coopération « Consultation de santé sexuelle par l'infirmière en centre de santé sexuelle, centre de contraception et d'IVG en lieu et place du médecin ou de la sage-femme »

Le président explique que le protocole de coopération a été approuvé par la collégiale des sages-femmes et les équipes de gynécologie-obstétrique, mais qu'il a suscité quelques réticences dans la mesure où ce il permet de confier à des infirmières des missions actuellement assurées par les sages-femmes, qui craignent de ne plus pouvoir prendre part à ces missions. Le sujet fait donc encore débat, même si, sur le fond, ce protocole ne présente pas difficulté majeure. Le sujet fait donc encore débat, même si, sur le fond, ce protocole ne présente pas difficulté majeure. Toutefois, au regard des réticences exprimées par les représentantes des sages-femmes à la CME, **le président** estime qu'il est préférable de reporter cet avis au mois de janvier car cela permettra de clarifier ce point et de lever les inquiétudes.

Le Pr Jean-Marie JOUANNIC souligne que l'ensemble des dispositifs permettant d'augmenter et de faciliter l'accès des femmes à une information sur la contraception et à la régulation des naissances sont les bienvenus. Les personnels sont déjà sur-sollicités et l'offre de soins doit être la plus large possible.

Le président est conscient de ce besoin. Il estime qu'il est indispensable de disposer de plus de personnels dans les centres de régulation et dans les centres de santé sexuelle. En l'occurrence, ce protocole de coopération va dans ce sens. Ainsi, il ne doute pas que les inquiétudes exprimées seront rapidement dissipées. En l'état, il existe effectivement une difficulté à maintenir les sages-femmes dans les salles de naissance.

Le Pr Agnès HARTEMANN confirme qu'il convient avant tout d'apaiser le débat avant de soumettre cet avis de nouveau en CME.

Mme Fabienne HUARD signale que la présence des sages-femmes au sein des centres de santé sexuelle est essentielle. Ces postes doivent être attractifs pour les sages-femmes, notamment afin de les fidéliser à l'AP-HP. Ce sont des postes sur lesquels les sages-femmes se forment considérablement. Leur présence au sein de ces centres apparaît nécessaire, ce qui n'a pas toujours été le cas à l'AP-HP. Il existe également une différence entre réaliser l'acte et disposer des compétences effectives pour le réaliser. Il est, en effet, essentiel d'avoir des connaissances médicales, notamment en pathologie, afin d'assurer correctement ces actes.

4. Avis sur l'universitarisation des deux écoles de sages-femmes de l'AP-HP (Mme Vannessa FAGE-MOREEL)

Mme Fabienne HUARD souligne que l'universitarisation constitue aujourd'hui une chance pour les étudiants entamant, cette année, des études de maïeutique et plus généralement pour la profession. En effet, les équipes des écoles et des universités se sont considérablement mobilisées afin que cette intégration se passe au mieux. Elle considère que cela représente, finalement, un alignement sur les autres composantes médicales et constitue la possibilité d'une interdisciplinarité et d'une recherche en maïeutique approfondie. Selon elle, les sujets de bi-appartenance des sages-femmes restent à discuter.

Mme Vannessa FAGE-MOREEL indique que la loi du 25 janvier 2023 a réformé les études de maïeutique avec un passage de 5 à 6 ans. L'intégration universitaire des écoles de maïeutique doit intervenir au 1er septembre 2027. Ce dispositif a nécessité près de deux ans de travail et a suscité de nombreux débats.

Dans la mesure où il existe deux écoles, avec deux universités d'appartenance présentant des fonctionnements différents, deux accords-cadres ont été rédigés. Ils fixent notamment les modalités de transfert des écoles de maïeutique au sein des universités. Pour chacune des deux écoles de sages-femmes, un dossier d'agrément a été déposé début juillet par les deux universités. En outre, un contrat d'objectifs et de moyens doit être conclu entre les universités et la Région.

L'école de sages-femmes de Saint-Antoine intégrera, en janvier 2025, les locaux universitaires de la Pitié-Salpêtrière tandis que l'école de sages-femmes de Baudelocque restera dans les locaux du bâtiment Tarnier dans l'attente de sa relocalisation, différée à l'été prochain.

Mme Vannessa FAGE-MOREEL précise que le transfert des personnels enseignants mis à disposition par l'AP-HP auprès des deux universités a suscité de nombreux échanges. Effectivement, en l'état, les universités ne disposent pas de statuts autorisant le recrutement des enseignants sages-femmes. C'est pourquoi l'AP-HP restera l'employeur de ces enseignants. Dans ce cadre, il s'agit de prendre en compte les difficultés du régime indemnitaire hospitalier conservé à l'occasion du transfert dans les universités, notamment la « prime Ségur », selon des modalités définies concernant le temps de mise à disposition ou une quotité à assurer à l'AP-HP.

Concernant les personnels administratifs, la mise en œuvre s'avère nettement plus simple car les statuts existent à l'échelle des universités. En ce qui concerne l'école de sages-femmes de Baudelocque, les personnels administratifs ont été transférés à l'université. En revanche, s'agissant de l'école de sages-femmes de Saint-Antoine, les personnels administratifs ont préféré muter avant le transfert. Ainsi, des recrutements de contrats à durée déterminée (CDD) par l'université sont à l'œuvre.

La rémunération des étudiants hospitaliers interviendra par le biais de l'AP-HP.

Le Dr Nicolas OBTEL observe que certains étudiants issus des passerelles, et admis en maïeutique, ont connu des difficultés s'agissant du financement de leurs études. Une part est due à l'AP-HP jusqu'en décembre, et une autre est due à l'université à compter du 1er janvier 2025.

Mme Vannessa FAGE-MOREEL confirme qu'il s'agit de la procédure convenue pour la formation continue. Des systèmes de reversement sont intervenus concernant la formation initiale. Or, les étudiants issus des passerelles sont en formation initiale et ne sont donc pas concernés par le dispositif.

La CME approuve à l'unanimité l'universitarisation des deux écoles de sages-femmes de l'AP-HP.

5. Avis sur le rattachement de l'hôpital Paul-Doumer au GHU Paris-Nord (M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, Pr Anne COUVELARD, Dr Joël SCHLATTER)

Le directeur général précise que l'objectif de ce rattachement est de venir en soutien d'un établissement qui, n'étant rattaché à aucun groupe hospitalo-universitaire (GHU), manque sans doute d'une forme de soutien médical et d'un appui pouvant l'aider dans la conduite d'un certain nombre de projets, notamment immobiliers, logistiques, administratifs. En l'état, l'établissement ne rencontre pas de difficultés préoccupantes mais pâtit d'une forme d'isolement qui bride son potentiel et lui est préjudiciable au regard des besoins exprimés y compris par l'équipe de direction

et par la communauté médicale. Dans ce cadre, le rattachement au GHU Paris-Nord semble logique compte tenu de la proximité naturelle que peut entretenir l'hôpital Paul-Doumer avec ce dernier. Un travail en avance de phase a d'ores et déjà été réalisé, même si le rattachement sera effectif au 1er janvier. Des échanges se sont déjà noués entre les deux structures.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER rappelle qu'un arrêté du directeur général, dont la dernière version date de 2019, régit l'organisation interne de l'AP-HP. Il était contemporain de la création des six groupes hospitalo-universitaires, listait la composition des six groupes et ajoutait une liste de quatre hôpitaux ne figurant pas dans ces groupes, à savoir les hôpitaux de Hendaye, San-Salvadour, Paul-Doumer et l'hospitalisation à domicile (HAD). La modification dont il est aujourd'hui question consiste à modifier la ligne correspondant à Paul-Doumer en déplaçant cet hôpital vers le groupe hospitalier Nord - Université Paris-Cité dont il deviendra le 8e site.

Après les rencontres sur place, cette présentation du rattachement s'est traduite par un courrier du directeur général diffusé le 29 mai 2024 à l'ensemble des personnels du site Paul-Doumer. Il précisait notamment les objectifs de ce projet qui vise à conforter ce site en lui apportant un soutien plus appuyé, via le GHU Nord - Université Paris-Cité.

Cette modification de l'organisation interne nécessite l'avis de la CME. Il est à noter que le projet a déjà été présenté, pour information, à la CME du groupe hospitalier et au comité consultatif médical (CCM) du site.

Concernant le comité social d'établissement (CSE) central, un avis sera requis le 10 décembre. Les comités sociaux d'établissement locaux (CSEL) qui ont eu à s'exprimer également sur ce sujet : le 22 octobre pour le CSEL du GHU et le 31 octobre pour le CSEL de Paul-Doumer qui se sont abstenus ou n'ont pas pris part au vote.

En matière d'organisation, il est prévu de maintenir les instances actuelles jusqu'à la fin de leur mandat, afin d'éviter de réitérer des élections complètes à l'échelle de l'ensemble du GHU Nord Université Paris-Cité.

Depuis l'été, toutes les directions du GHU Nord – Université Paris-Cité se sont rendues sur place et le travail a d'ores et déjà débuté avec les équipes locales. La mise en œuvre concrète à compter du 1er janvier 2025 est ainsi bien orientée.

Le Pr Anne COUVELARD signale que ce projet de rattachement a fait l'objet de nombreux échanges entre les acteurs concernés. Les bâtiments constituent l'un des points forts de Paul-Doumer. Il est question de soutenir, à leurs côtés, des axes prioritaires qui sont encore en cours de discussion. L'accès à des avis spécialisés en télémédecine est, à titre d'exemple, l'un des sujets évoqués. Des médecins contacts ont été identifiés dans le GHU afin de réfléchir à ces pistes de développement.

Le Dr Joël SCHLATTER, président du CCM de Paul-Doumer, confirme que les deux structures ont d'ores et déjà entamé leur collaboration, même si la date officielle de rattachement est le 1er janvier. La communauté médicale est pleinement partie prenante de ce rattachement et les échanges menés avec le groupe hospitalier s'avèrent tout à fait positifs. En l'état, il estime qu'il n'existe pas de point négatif à proprement parler dans le cadre de ce projet. Il souligne que des craintes persistent mais que celles-ci devraient vraisemblablement s'éloigner à mesure de l'avancée des projets médicaux à venir. La progression est notable, à la fois rapide et efficace, notamment concernant les gériatres.

Le Dr Nadia LADJOUZI indique le personnel médical apprécie ce rattachement. En effet, elle estime qu'avec ce projet, les problématiques aujourd'hui rencontrées devraient se dissiper grâce à des liens plus évidents et des contacts mieux identifiés. Elle indique que les syndicats ont tendance à

porter une vision négative du projet. Toutefois, selon elle, ce rattachement permettra de mener à bien un travail de qualité. Les réunions qui ont été organisées ont permis de confirmer le projet médical mis en place jusqu'en 2027. Les soutiens des Drs Olivier DRUNAT et Virginie FOSSEY-DIAZ ont été précieux. En outre, le Dr Philippe CHARRU entame sa collaboration avec les équipes, ce qui est fortement appréciable. À son sens, ce rattachement représente la reconnaissance du travail qui a été mené jusqu'à présent.

Le Pr Bernard GRANGER considère qu'il existe des similitudes entre l'organisation de cet établissement et celle d'un département médico-universitaire (DMU) et demande si cette configuration sera maintenue en l'état.

Le directeur général précise qu'il ne s'agit pas de modifier les structures jusqu'au terme des mandats actuels.

Le Dr Julien FONSART s'enquiert de l'état du secteur de la biologie à Paul-Doumer. En effet, le rapprochement médico-technique peut s'avérer ambitieux au regard de la distance entre les sites du GHU Nord et de Paul-Doumer.

Le Dr Joël SCHLATTER relève qu'il sera nécessaire, en tout état de cause, de trouver un équilibre entre Paris et l'Oise car l'agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France attend également de Paul-Doumer une certaine contribution au territoire.

Le président estime que la patientèle ne devrait pas fondamentalement évoluer et restera essentiellement issue de ce territoire. En effet, selon lui, des patients pourraient être adressés par des hôpitaux parisiens, mais en faible nombre compte tenu de l'éloignement géographique des structures. En revanche, il précise que l'AP-HP s'inscrira pleinement dans ses prérogatives en ce qui concerne l'expertise médicotechnique.

Le Dr Olivier MILLERON s'interroge sur la situation financière de l'hôpital Paul-Doumer.

Le directeur général répond que celle-ci est équilibrée.

La CME approuve à l'unanimité le rattachement de l'hôpital Paul-Doumer au GHU Paris-Nord.

6. Avis sur le projet de règlement intérieur de l'AP-HP

Le président indique qu'un accord sur le règlement intérieur a été trouvé à la suite de différents échanges mise à part celle du Dr Olivier MILLERON qui a émis le souhait de procéder à une modification concernant l'admission des mineurs, ce qui a été fait en accord avec la direction des affaires juridiques.

Le Dr Olivier MILLERON explique que l'hôpital Bichat comporte un centre de référence pour les maladies rares. En l'espèce, les enfants sont reçus dans un hôpital qui ne comprend pas de pédiatrie. En l'état, le directeur d'hôpital signe pour chaque enfant une autorisation. Dans ce cadre, il a été proposé qu'il soit possible plus généralement, sur accord du directeur de l'hôpital, d'accepter des enfants dans des salles adultes.

Le président ajoute que le Pr Marc SAMAMA a souhaité revenir sur la question de la limitation du nombre de mandats de chef de service.

Le Pr Marc SAMAMA estime en effet dommage de ne pas inscrire le caractère dérogatoire du troisième mandat.

Le président considère ce règlement intérieur comme une étape importante de la modernisation de la procédure de nomination et de renouvellement des chefferies de service. Il estime que cette actualisation comprend, en particulier, davantage de transparence et d'attention portées à la qualité du management. Il souligne qu'il comporte notamment une obligation de promotion des femmes dans les postes à responsabilité.

Il précise que, en 2025, 200 renouvellements de chef de service interviendront et qu'il sera donc possible de réaliser une nouvelle évaluation de ce dispositif. Un bilan sera dressé en CME.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité des voix exprimées avec 5 abstentions.

7. Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2025 (MM. Nicolas REVEL et Camille DUMAS)

Le directeur général rappelle que la trajectoire 2024 a permis, en grande partie, d'atteindre les objectifs visés en termes de rebond en ressources humaines, de rebond capacitaire et de niveau d'activité. Il est toutefois à noter une augmentation de la masse salariale, légèrement supérieure à ce qui a été prévu sans être couvert pour autant par des recettes correspondantes. Le fait majeur porte cependant sur plusieurs facteurs exogènes, notamment la couverture de l'inflation, la compensation des mesures salariales nouvelles ayant eu un effet en 2024 ainsi que le non-versement de crédit, en fin de gestion, relevant du coefficient prudentiel. Ces éléments impactent la trajectoire à hauteur de 120 à 125 M€. Ainsi, le déficit ne se réduira pas au montant attendu. Au contraire, celui-ci devrait manifestement s'aggraver, passant à 460 M€. Pour autant, cette dégradation n'est pas propre à l'AP-HP. En effet, la situation est massive et touche l'ensemble du secteur des hôpitaux publics. Elle l'est d'ailleurs tout particulièrement en ce qui concerne les centres hospitaliers universitaires (CHU), notamment car les CHU ont davantage subi le phénomène de sous-compensation des mesures salariales nationales que les autres centres hospitaliers publics.

Ainsi la situation de 2024 apparaît-elle comme préoccupante en termes de niveau de déficit. Effectivement, avec 460 M€ de déficit, la capacité d'autofinancement devient négative. Il est à noter que les CHU, hors AP-HP, subissent également une dégradation notable de leur situation.

Dans ce contexte, des éléments de perspective ont été arrêtés.

Tout d'abord, il apparaît essentiel de parvenir en 2025 à réduire le niveau de déficit que connaît actuellement l'AP-HP. Il sera ainsi proposé un ÉPRD 2025 visant un objectif de réduction de déficit à hauteur de près de 100 M€.

Par ailleurs, cette action sera entreprise sur la base d'un ÉPRD qui restera fondamentalement cohérent avec la stratégie mise en place depuis deux ans dans le cadre des « 30 leviers ». Il s'agira ainsi de demeurer dans une logique de recrutement, de réouverture capacitaire et d'efforts de performance qui porteront sur des leviers déjà mobilisés avec succès tels que le codage, la facturation, les livrets de séjour, ou encore la sobriété énergétique. Un haut niveau d'investissement sera maintenu, à hauteur de 650 M€, ce qui permettra de mettre en œuvre les actions prévues en 2025 sans report.

Cette dégradation observée en 2024 pose cependant une vraie question de soutenabilité au-delà de 2025. Si aucune mesure de redressement de la situation financière de l'AP-HP comme des autres CHU n'était prise, d'importantes opérations seraient menacées.

Parmi tous les facteurs exogènes ayant pesé sur la structure, il apparaît que les CHU doivent, ensemble, concentrer leur argumentaire sur le sujet salarial. L'État s'était clairement engagé à ce

que les mesures salariales soient compensées intégralement. Ce sujet est porté depuis maintenant un an auprès du ministère. En cumul, environ 130 M€ de charges salariales ont été comptabilisées comme non compensées et pèsent ainsi nécessairement – sans financement correspondant – dans la structure. Un élément positif tient à ce que le Gouvernement a accepté de saisir l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) d'une mission à ce sujet, précisément pour objectiver le décalage. Ainsi, une décision interviendra sur la base des conclusions des inspections, d'ici l'été prochain. En conséquence, il a été convenu avec l'État le fait que le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2025-2029 soit présenté d'ici l'été prochain afin d'opérer cet ajustement indispensable.

M. Yann GUITTIER considère qu'il faudrait parler de cotisations sociales plutôt que de charge salariale.

M. Camille DUMAS revient sur l'atterrissage estimé en 2024. Il souligne qu'il existe un paradoxe pour cette année. Effectivement, malgré une activité plus dynamique que prévu, une dégradation du solde définitif est enregistrée, avec 460 M€ de déficit anticipé en 2024, en raison des facteurs exogènes évoqués.

L'ÉPRD prévoyait une amélioration de 103 M€ du résultat par rapport à l'atterrissage 2024. La cible de déficit est de 295 M€, parmi lesquels une diminution de l'aide contractuelle pluriannuelle dégressive allouée dans le cadre du PGFP, passant de 250 en 2023 à 200 M€ en 2024 qui est à prendre en compte.

Il rappelle que cette amélioration reposait sur plusieurs hypothèses : une hypothèse d'amélioration de la performance interne tirée d'une part du rebond capacitaire et, d'autre part, d'une amélioration des agrégats, des leviers de performance, notamment concernant sur plan du codage, de la facturation et de la sobriété.

Par ailleurs, des hypothèses de construction ont été élaborées et ont fait l'objet d'une validation collective. Il s'agit notamment du maintien du taux de couverture à 50 % de l'inflation, d'un financement à 100 % des mesures salariales nationales ou encore d'un dégel intégral du coefficient prudentiel en 2024.

Pour autant, le rebond constaté a été plus dynamique que prévu car la trajectoire de reconstitution des effectifs soignants, et en particulier des effectifs infirmiers, est plus favorable que ce qui était attendu. Il indique que l'année 2024 se traduira par la reconstitution de près de la moitié des effectifs perdus au moment du point le plus bas de l'évolution des effectifs soignants. Ce point est la résultante d'une très bonne année de recrutement avec 12 % d'entrées supplémentaires, mais également d'une baisse des sorties encore plus importantes que celles prévues. La fidélisation des soignants a donc été améliorée. En l'occurrence, le solde sera nettement plus positif cette année que l'année dernière, pour la deuxième année consécutive, entre les entrées et les sorties. L'AP-HP est sortie du phénomène de destruction des emplois qu'elle avait connu les années précédentes.

En équivalent temps plein (ÉTP) rémunérés moyens, la prévision d'atterrissage s'établit à + 700 infirmiers en soins généraux entre décembre 2023 et décembre 2024, ce qui traduit concrètement la reconstitution de la force de travail soignante. Ces 133 ÉTP supplémentaires, non compris initialement dans les cibles de l'ÉPRD, ont permis d'ouvrir davantage de lits que ce qui était prévu. Ainsi la trajectoire d'activité est-elle plus ambitieuse et dynamique.

Dans ce cadre, il est à noter que la reconstitution des effectifs d'infirmiers diplômés d'État (IDE) a permis l'ouverture de 375 lits en moyenne annuelle en 2024 – dont 325 en médecine, chirurgie,

obstétrique (MCO) – ce qui correspond à 125 lits supplémentaires au regard de la prévision initiale. Au global, plus de 600 lits ont réouvert en deux ans depuis la mise en œuvre des « 30 leviers ».

La performance interne s'est révélée conforme à ce qui était prévu. Elle enregistre même un résultat meilleur avec un dépassement de gains estimés à 20 M€.

Au global, les charges et les recettes ont connu une meilleure progression que ce qui était prévu. Toutefois, une légère dégradation à hauteur de 20 M€ est à noter, notamment concernant la masse salariale. Effectivement, trois agrégats ont connu une performance positive qui n'a toutefois pas été couverte par des recettes. Il s'agit, en l'occurrence, de l'intérim non médical, des heures supplémentaires et de l'emploi hors tension. Pour ces secteurs, les agrégats budgétaires prévisionnels ont été dépassés sans pour autant être couverts par des recettes supplémentaires.

Par ailleurs, la prévision sur les amortissements a été dépassée. En effet, davantage d'équipements ont été achetés au regard des travaux réalisés. Ce point dégradera le déficit, mais n'impactera pas la capacité d'autofinancement (CAF).

Il est à noter que la prévision d'atterrissage se dégrade essentiellement sous l'effet de facteurs exogènes en lien avec les modalités de financement nationales. Cet écart se traduit par un alourdissement des charges à hauteur de 121 M€ en 2024.

Concernant l'inflation, un écart de financement de 35 M€ est à noter au regard du taux de couverture prévu dans le cadre de la construction avec l'État lors de l'approbation de l'ÉPRD 2024.

S'agissant des mesures salariales (essentiellement des mesures de 2023 en effet année pleine 2024), le reste à charge s'élève à 52 M€, ce qui porte le montant total de sous-compensation subi par l'AP-HP depuis le « Ségur » à 133 M€.

En outre, les réserves prudentielles ne seront probablement pas dégelées d'ici la fin de l'année, ce qui devrait entraîner une baisse de 0,7 % des tarifs. Cette perspective pèserait pour 22 M€ à l'AP-HP.

Il souligne qu'un certain nombre de pertes ont également été constatées concernant les dotations. Dans ce cadre, des impacts négatifs ont notamment affecté la dotation pour les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). Des reprises de crédits touchent également l'AP-HP concernant un certain nombre de lignes, en particulier les accompagnements aux investissements historiques.

M. Camille DUMAS indique qu'un risque complémentaire est à prendre en compte en ce qui concerne les conditions de financement des soins médicaux et de réadaptation (SMR) en lien avec la valorisation des séjours longs. En l'occurrence, ce point technique fait actuellement l'objet d'une expertise par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Une marge d'incertitude reste manifeste sur les crédits de fin de campagne 2024 dans la mesure où les arbitrages nationaux ne sont pas arrêtés en l'état des échanges menés dans le cadre du PLFSS.

En anticipant l'ensemble de ces éléments, un résultat à hauteur de 460 M€ de déficit est effectivement projeté. Cela représente 62 M€ de dégradation au regard du compte financier 2023, et 165 M€ d'écart de la cible initiale de l'ÉPRD dont 121 M€ de facteurs exogènes. Dans le cadre de ce déficit, une aide de l'État, à hauteur de 200 M€ reste toutefois prégnante.

Au regard de l'ensemble des paramètres évoqués, une décision modificative de l'ÉPRD apparaît nécessaire afin d'acter les évolutions des charges et des produits associés à cette prévision.

Le présent résultat signifie que l'AP-HP bascule en situation d'insuffisance d'autofinancement brute, à savoir en capacité d'autofinancement (CAF) brute négative à hauteur de – 44 M€, en CAF nette négative à hauteur de – 220 M€.

Malgré ce point, l'investissement reste tout de même élevé avec un montant de 588 M€. Cela représente 17 % supplémentaires en comparaison à 2023. L'endettement, quant à lui, s'élèvera à 3,9 M€, soit 40,3 % des produits, conformément à l'autorisation d'emprunt accordée pour 2024.

ÉPRD 2025

En ce qui concerne l'ÉPRD 2025, l'objectif est de maintenir la reconstitution de l'emploi soignant afin de poursuivre le rebond d'activité et d'acter un renforcement de l'effort de performance interne dans le but de réduire le déficit de 103 M€ entre 2024 et 2025.

Dans ce cadre, la trajectoire d'embauche est programmée à hauteur de 1 040 ÉTP liés aux emplois non médicaux. À ce titre, il est prévu une hausse de 815ÉTP s'agissant des métiers soignants. Deux tiers permettront de poursuivre et d'accentuer le rebond capacitaire, et un tiers vise à soutenir les équipes, en particulier à réduire le recours à l'intérim, aux heures supplémentaires, et à renforcer les équipes de suppléance.

En outre, 170 ÉTP seront recrutés afin de soutenir la recherche et poursuivre le développement du « levier 25 » et le travail touchant au guide relatif à la mise en œuvre des centres de maladies rares. Enfin, 55 ÉTP permettront de soutenir les fonctions administratives, techniques, logistiques et numériques dans le cadre des « 30 leviers » et du plan « Patients ». Il rappelle que 105 ÉTP médicaux seniors sont programmés cette année, de même que 530 ÉTP médicaux juniors, comprenant internes et étudiants.

Grâce à la reconstitution de la force soignante, il est prévu de poursuivre et d'accentuer le rebond capacitaire. Ainsi, 500 nouveaux lits pourraient rouvrir en 2025 sur la base de l'évolution de l'emploi, dont 330 en MCO. Il est à noter, dans ce contexte, que certains GHU, dont les groupes hospitalo-universitaires Henri-Mondor et Hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis (HUPSSD), atteignent leur capacitaire nominal en MCO à la fin de l'année 2024. La dynamique de séjour sera ainsi tout à fait conséquente. Il est effectivement programmé une évolution positive de 4,4 % en hospitalisation complète en 2025 par rapport à 2024. L'hospitalisation partielle prévoit, elle aussi, une augmentation importante de 4,1 %. Ces évolutions devraient se traduire, nécessairement, par une amélioration des recettes. La contribution nette du rebond capacitaire est projetée, dans ce cadre, à hauteur de 61 M€.

Concernant la recherche, en lien avec le « levier 25 », l'ÉPRD 2025 maintient une dynamique de retour économique aux équipes et de soutien à la recherche en tenant compte des effets de report et en proposant une nouvelle trajectoire, dynamique, lissée sur trois ans.

Le directeur général précise qu'il s'agit de maintenir l'intéressement recherche, à la fois dans son concept et sa dynamique. L'objectif ici visé revient à modifier une règle prévoyant que les crédits soient consommés sur deux ans. Cette règle risque effectivement de générer des difficultés. Il est donc proposé de se donner davantage de temps, et ainsi lisser sur plus d'années les crédits reportés – 2025, 2026 et 2027. En outre, il est proposé d'octroyer au report 2025 une année supplémentaire, à savoir 2026 et également 2027. L'assouplissement de ces règles permet de dessiner une trajectoire sécurisant une progression de l'intéressement recherche. La progression sera pour autant minimale, car à compter de 2026, la dotation socle n'évolue pas. En effet, elle n'augmentera pas à travers un effet budgétaire national dans la mesure où l'État a décidé d'arrêter la dotation

MERRI plus tôt que ce que prévoyait le « Ségur ». Il était effectivement anticipé 5 années de progression à hauteur de 50 M€ à l'échelle nationale. Pour autant, l'action portée en faveur des inclusions pourrait augurer d'un meilleur résultat en 2026 et 2027.

M. Camille DUMAS considère que les conditions de financement se durciront, voire s'aggraveront en 2025. En effet, la hausse des cotisations de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales (CNRACL), de 3 points par an, est à prendre en compte, lissée sur 4 ans. Ce point a, bien entendu, des impacts sur la masse salariale des établissements puisqu'il s'agit de cotisations supplémentaires, et sur les conditions de financement. Celles-ci n'auront pas d'impact si elles sont couvertes à 100 %, mais si la compensation de la hausse des cotisations à la CNRACL devait être financée via les tarifs et autres dotations, l'AP-HP pourrait perdre 12 M€ liés à la sous-compensation.

Néanmoins, au regard de cette mesure, et de la prévision du volume d'augmentation de l'activité pour l'ensemble des hôpitaux prévue en 2025, les tarifs 2025 ne devraient pas connaître de progression alors que le plan global de financement pluriannuel (PGFP) anticipait, comme les années précédentes, une progression minimum de 0,7 % par an, ce qui génère un écart de 20 M€ d'impact des conditions de financement de l'AP-HP en 2025. En outre, l'inflation, même si elle diminue, demeure plus élevée que la prévision qui avait été inscrite dans le PGFP pour 2025, ce qui génère une dégradation de la trajectoire à hauteur de 10,7 M€.

Concernant les dotations, des reprises complémentaires de crédit seront effectives sur les autorisations contractualisées investissement ainsi que sur les dotations régionales, notamment l'investissement du fond d'intervention régional (FIR). Cela représente, au total, 7,5 M€ de reprise de crédits.

L'impact du financement des réformes présente des effets lissés sur plusieurs années. La perte estimée à 7 M€ en lien avec la réforme relative aux soins médicaux et de réadaptation (SMR), la réforme des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) s'avèrent conformes aux projections intégrées dans le PGFP initial.

Par ailleurs, l'hypothèse du dégel du coefficient prudentiel 2025 est intégrée à la construction budgétaire 2025.

Au global, la dégradation des coefficients exogènes de financement nécessite de renforcer les efforts réalisés. Il s'agit d'y parvenir à travers la densification du plan de performance sur la base des justes leviers de performances contractualisés avec les GHU et les retours sur investissement. Il convient aussi de revenir à un rationnel plus sobre concernant la maîtrise des dépenses d'intérim et des heures supplémentaires. L'objectif est de retrouver le budget de fonctionnement initial et ainsi corriger le dépassement constaté en 2024 sur 2025.

Cette équation doit permettre de projeter un déficit d'exploitation à hauteur de 357 M€ en 2025. L'AP-HP tiendrait ainsi son engagement d'une réduction du déficit entre 2024 et 2025 à hauteur de 103 M€. Ce résultat comprend une aide exceptionnelle, passant de 200 M€ en 2024 à 150 M€ en 2025. Cela permettra de retrouver une capacité d'autofinancement brute positive avec + 94 M€, même si la CAF nette restera négative.

Le programme d'investissements 2025 s'élève à 650 M€, tiré par le glissement calendaire des opérations majeures. Ce programme d'investissement est fondé notamment sur le maintien des niveaux des investissements courants. Ainsi l'ensemble des enveloppes a été sécurisée et sanctuarisée en 2025. Le programme permet également de préserver l'enveloppe annuelle des

opérations identifiées. Il s'agit des enveloppes servant dans les conférences budgétaires en investissements prévus en janvier et en février pour de nouveaux projets pilotés par les GHU.

M. Camille Dumas indique que les investissements courants représentent 344 M€, les opérations majeures, 218 M€, et les opérations identifiées, 58 M€. Au regard de cet engagement en investissement et de la capacité d'autofinancement de l'AP-HP, il sera nécessaire d'emprunter 503 M€ en 2025, soit 54 M€ de plus que ce qui était initialement prévu dans le PGFP. Ainsi, la dette de l'AP-HP augmentera légèrement plus en montant mais le taux d'endettement se maintiendra à 42,11 %, ce qui reste en deçà du plafond d'endettement contractualisé avec l'État, à hauteur de 45 %.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de composer un nouveau plan global de financement pluriannuel (PGFP) pour 2025-2029 en fonction de la mission IGAS-IGF.

Le Dr Emmanuel Bui Quoc se réjouit de l'optimisme de la présentation réalisée et du dynamisme de l'activité. Il rappelle que, l'an dernier, la CME avait voté pour la première fois depuis plusieurs années en faveur de l'ÉPRD et du plan global de financement pluriannuel (PGFP). De fait, l'activité demandée a été collectivement réalisée. Or, pour autant, l'explosion du déficit n'est pas comblée et l'impact des facteurs exogènes n'est pas résorbé.

Au regard de la capacité d'autofinancement (CAF), il s'agira sans doute d'emprunter davantage dans la mesure où les investissements sont maintenus. Ces emprunts sont devenus plus difficiles. Il apparaît ainsi ardu de trouver des financeurs. Cette dette est prévue au PGFP 2024-2028 en augmentation de 900 M€. Si l'investissement est maintenu, la dette augmentera nécessairement. D'après les explications présentées, l'AP-HP reste en dessous des 45 % du plafond autorisé. La question de la possible augmentation constitue un réel sujet.

Concernant l'ÉPRD 2025, il s'agit de conserver l'optimisme, bien qu'une certaine inquiétude soit de mise au regard du contexte. Il apparaît essentiel d'être solidaire, même si la situation financière demeure complexe.

Le Dr Christophe Trivalle signale que l'aide de l'État varie nécessairement en fonction du Gouvernement en responsabilité. Selon lui, sans les 150 M€ accordés, cela signifie que le déficit serait porté à 507 M€. Il rappelle que les difficultés de recrutement persistent pour le secteur de la gériatrie au moment où il est prévu l'ouverture de 500 lits en 2025, dont 330 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Cela signifie que 170 lits seront concentrés en gériatrie. Toutefois, aucun recrutement n'intervient dans le secteur de la gériatrie. Dans cette perspective, il semble difficile d'ouvrir de nouveaux lits.

Le Pr Estelle Gandjbakhch souhaiterait savoir si la projection incluait les défauts de compensation du « Ségur ». Ces défauts touchent essentiellement la masse salariale. Ainsi, poursuivre les embauches engendrerait nécessairement une aggravation de la situation dans les années à venir. Elle s'enquiert également de la nature des compensations Ségur et souhaiterait savoir s'il s'agit exclusivement des tarifs, de la tarification à l'activité (T2A) ou si cela concerne d'autres leviers.

En outre, elle demande ce qu'il adviendra des projets prévus en 2025, associés à une augmentation de la masse salariale. Les perspectives à venir font l'objet d'interrogations dans l'hypothèse où la projection reste à ce point difficile et elle s'inquiète, à ce titre, de l'éventualité de coupes dans les investissements ou dans la masse salariale.

Le Pr Bernard Granger s'interroge sur les raisons justifiant le non-respect de l'engagement de l'État et du sens de la validation par les tutelles. Il demande également la raison pour laquelle les

compensations concernant les mesures salariales passent par les tarifs et non par le nombre d'agents. En outre, il considère qu'il serait pertinent de communiquer le budget global de l'AP-HP pour que l'on mesure l'ampleur du déficit en pourcentage et non seulement en valeur absolue.

La différence entre les GHU a été évoquée. À ce titre, il demande des précisions sur la situation des établissements dont les taux de recrutement n'ont pas été atteints.

Lors de la CME de décembre 2023, il avait été dit que les prévisions de la direction générale paraissaient réalistes. Il s'avère qu'au regard de l'atterrissage, les prévisions se sont effectivement révélées assez justes. À cet égard, il tient à souligner les efforts consentis par l'ensemble de l'institution.

Le directeur général estime que, concernant les années 2023 et 2024, nos résultats ont été alignés avec les objectifs visés. L'année 2023 aurait même pu présenter un meilleur résultat si nous avions reçu tous les éléments de compensation attendus.

S'agissant des réouvertures capacitaires, elles vont se poursuivre en 2025 et concerner davantage l'offre en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et psychiatriques. Les GHU ont priorisé en 2024 les lits MCO, ce qui s'avère tout à fait compréhensible. Il sera possible et nécessaire d'ouvrir des lits dans des disciplines telles que la gériatrie ou encore la psychiatrie où des besoins sont manifestes. Chacun sait qu'il est aujourd'hui plus compliqué de recruter dans ces filières. En outre, le fait de moins recruter dans les services de MCO permettra sans doute d'orienter davantage de candidatures dans les services tout particulièrement demandeurs. Ce point relève d'un véritable enjeu collectif.

Concernant les non-compensations, il apparaît essentiel de distinguer l'inflation et les mesures salariales. Une hypothèse avait été posée avec les tutelles portant la couverture de l'inflation à hauteur de 50 % sans que cela ne constitue un engagement ferme de la part de l'État. Le chiffre a été retenu comme une hypothèse raisonnable. En 2023, la couverture s'est d'ailleurs approchée de 50 % à la faveur d'un abondement de 500 M€ prise en toute fin de gestion 500 M€ pour l'ensemble des hôpitaux publics et privés. L'AP-HP a obtenu de cette enveloppe 65 M€. Ce soutien sur 2023 n'a cependant pas été reconduit en base en 2024 alors même que l'inflation des charges supportées par les établissements demeurait.

Concernant le salarial, l'État a toujours indiqué que la compensation serait de 100 %. En effet, les objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ont été construits sur cette base. Pour autant, l'AP-HP fait le constat que la compensation à 100 % n'a jamais été effective : elle se situe davantage autour de 80 à 90 %. Il appartiendra aux inspections générales de documenter cet écart et ses causes. L'explication la plus probable tient au fait que les CHU n'ont que 50 % de leurs recettes liées à la T2A. Cela ne signifie pas que l'État ne compense que par la T2A mais il semble rencontrer des difficultés techniques dans la répartition des crédits entre les nombreux vecteurs de financements des CHU.

Le directeur général souligne ainsi que quand une mesure salariale entre en vigueur dans l'année, l'État ne l'ayant pas intégrée dans les tarifs fixés en début d'année, une dotation a*d hoc* est versée et il apparaît que son montant est conforme au coût à couvrir. L'année suivante, la dotation *ad hoc* n'ayant pas vocation à être pérennisée, le montant est réparti entre les différents vecteurs (tarifs T2A et autres dotations). C'est alors que l'écart apparaît et conduit à une sous-compensation, d'où l'importance de la mission IGAS-IGF qui devrait permettre d'expliquer la cause de cette difficulté.

L'ÉPRD 2025 doit permettre de conserver la dynamique prévue. Cela signifie que les réouvertures capacitaires s'accompagnent nécessairement des postes correspondants. Par ailleurs, il est essentiel que l'investissement – les 650 M€ prévus – couvre le maintien des enveloppes d'investissement courant, et les besoins en crédits de paiement liés aux opérations déjà engagées et qui génèrent ainsi des besoins de paiement en 2025 au-delà du dimensionnement des opérations. En outre, 50 M€ de programmation d'opérations nouvelles sont maintenus comme les deux années précédentes. Ce point fait l'objet d'une discussion à l'occasion des conférences de janvier.

Ainsi, le taux d'endettement n'explosera pas en 2025, il correspondra comme prévu dans notre trajectoire à 42 %. Cela s'explique malgré la dégradation observée par le fait que nous avions prévu en 2025 d'investir plus sur des opérations majeures qui ont pris du retard.

Au-delà de 2025, il ne sera pas possible de maintenir la dynamique d'investissement sans ajustement de notre situation financière. Si l'on exclut de faire monter trop haut le niveau d'endettement ni de réduire nos emplois et notre capacitaire, la seule variable portera sur les projets d'investissement. Cela constituerait un choc certain pour l'AP-HP, raison pour laquelle le directeur général ne souhaite pas s'inscrire dans cette perspective. L'agenda 2025 vise précisément à éviter cette situation en obtenant des pouvoirs publics une correction des sous compensations salariales.

Le Dr Olivier MILLERON souligne que, alors que la politique des ressources humaines connaît une amélioration et une hausse de l'activité, le déficit ne cesse d'augmenter. Il a été indiqué par le directeur général que si le PLFSS est voté, les tarifs seront en baisse. De plus, il souligne que lorsque l'activité globale augmente, la réserve prudentielle ne sera pas versée aux hôpitaux publics. Dans le cas où l'activité est insuffisante, le déficit est prégnant. Dans ce contexte, il apparaît difficile d'envisager des perspectives financières satisfaisantes. Face à ces difficultés, la masse salariale ne doit pas être un des variables d'ajustement du déficit. La loi sur les ratios doit être discutée à l'Assemblée nationale, elle devrait être votée bientôt, et nous devons défendre un financement qui sanctuarise la masse salariale qui sera nécessaire.

Dans le cadre du déficit qui s'aggrave, le **Dr Olivier MILLERON** demande si le projet de site complémentaire pour l'hôpital Nord est en péril car ce projet de site complémentaire a été reconnu comme indispensable et fondamental au cours des discussions des derniers mois sur le projet d'hôpital Nord.

Le Dr François SALACHAS indique que les recrutements ne se traduiront pas directement par une augmentation de l'activité sur le plan des séjours ou des lits ouverts, et, en tout état de cause, pas de manière homothétique. En effet, les personnels ne veulent plus travailler dans les conditions qu'ils ont connues auparavant. Aujourd'hui, le "rendement" d'un personnel hospitalier n'est plus le même. Il s'agit d'une tendance lourde et il est illusoire d'envisager un retour en arrière sur ce point. Il faut tenir compte de la qualité de vie au travail et des conditions de travail dans le dimensionnement des équipes. Le cercle vicieux de l'intérim ne peut être annihilé que par la stabilisation des équipes dans la durée. En pratique, cet effort doit notamment passer par les ratios. À ce titre, il est souhaitable que ces derniers fassent l'objet d'un vote favorable le 21 janvier prochain. En l'occurrence, il s'agirait de ratios planchers qui seront définis par les travaux des sociétés savantes.

Le président rappelle que les recrutements à venir ne sont pas uniquement consacrés aux réouvertures du capacitaire et qu'ils sont dédiés, pour un tiers d'entre eux, à la confortation des

équipes. En outre, les ratios ne sont effectivement plus les mêmes en 2024 par rapport aux années 2018 et 2019. De fait, ils sont différents et il ne s'agit effectivement pas de revenir aux ratios précédents. Il souligne la hausse des recrutements mais également une fidélisation plus prégnante. Par ailleurs, il estime essentiel de compter parmi les équipes des membres présentant une certaine ancienneté, rassurant ainsi les plus jeunes.

Le président considère que cela touche également au sujet de la formation initiale, c'est-à-dire à la capacité d'être opérationnel directement au sortir de l'école. Il faut effectivement un certain nombre de mois, voire quelques années, avant d'être pleinement à l'aise dans l'exercice de ses fonctions. Dans ce contexte, l'ouverture capacitaire, et la capacité à faire face à des patients plus lourds, tiennent significativement à l'ancienneté des équipes.

Le Dr Julien FONSART demande si, s'agissant de l'enveloppe relative aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), la décote prévue de 20 % par an jusqu'à 2030 a été prise en compte dans le cadre de l'élaboration du budget. Ce point risque effectivement d'aggraver la contre-performance.

Le Pr Bahram BODAGHI souhaite remercier l'Administration pour le maintien des axes mis en place qui constituent une véritable respiration. Il reste néanmoins inquiet : la communauté médicale a été au rendez-vous, même si certains éléments restent à corriger tels que l'intérim. Pour autant, le risque demeure. Dans le contexte politique actuel, il note qu'il est question de procéder à de nouvelles négociations, de rencontrer à nouveau les tutelles. Or, il est probable que le Gouvernement ne puisse poursuivre ses activités. Dans cette hypothèse, il s'enquiert du devenir du PLFSS 2025, notamment si ce dernier prenait la forme d'une reconduction du projet de 2024 ou si une autre option est envisagée.

Le Pr Xavier MARIETTE indique avoir été un des rares membres de la CME à s'être abstenu en décembre 2022 au sujet du PGFP 2023-2027, non pas parce qu'il n'était pas d'accord avec les « 30 leviers », mais parce que les prévisions d'augmentation d'activité jusqu'en 2027 s'avéraient trop optimistes et qu'elles ne pouvaient être tenues. En décembre 2023, il a voté en faveur de l'ÉPRD 2024 puisque, grâce à l'effort collectif, il a été possible de recruter des IDE, d'augmenter les entrées, de diminuer les sorties et ouvrir des lits. Sa décision a été similaire en 2024, et il votera l'ÉPRD en 2025 sous réserve que l'État honore ses obligations.

Il reste toutefois inquiet concernant la perspective à venir : dès lors que le niveau d'activité de 2019 aura été à nouveau atteint, l'AP-HP parviendra à une sorte d'asymptote. Ainsi, lorsque le capacitaire de 2019 sera recouvré, la poursuite de l'augmentation de l'ouverture des lits sera sans doute plus difficile, voire non souhaitable. En outre, il est à noter que les tarifs connaîtront une stagnation, voire une baisse. L'AP-HP se retrouvera vraisemblablement dans la situation des années 2010-2020 aboutissant au contexte catastrophique dans lequel les hôpitaux se trouvaient à cette période. Dans ce cadre, il est nécessaire de maintenir une certaine vigilance, et de réfléchir à ce qu'il est possible de proposer et de prévoir pour 2026 et 2027.

Le directeur général remarque que si le contexte financier est de nature à susciter une légitime inquiétude, notre projection endogène lui semble crédible, notamment en termes de dynamique d'activité. Il est persuadé que si les actions engagées sont maintenues, l'année 2025 représentera une année tout à fait satisfaisante s'agissant du recrutement. En effet, au-delà de notre bon niveau de recrutements, les départs ont également baissé. Cette donnée s'avère en réalité la plus structurante. Cette meilleure fidélisation augure d'une bonne situation pour 2025, qui ne devrait vraisemblablement pas se dégrader par rapport à 2024. Cette situation montre bien une

amélioration des conditions de travail à l'AP-HP : les ratios se sont ajustés, les départs ont baissé, le taux d'absentéisme n'a jamais été aussi bas. Les efforts entrepris permettent ainsi d'envisager l'avenir avec confiance. En 2025 et en 2026, si ces fondamentaux sont maintenus, ce cercle vertueux devrait poursuivre ses effets positifs.

Il s'agira, effectivement, de réduire l'intérim, et dans une moindre mesure, les heures supplémentaires. Toutefois, il est à noter que le niveau d'intérim restera, finalement, relativement élevé. En 2022, la dépense d'intérim s'élevait à 91 M€. Celle-ci est passée à 137 M€ en 2023. En 2024, à la faveur des recrutements, il a été envisagé de baisser cette dépense. Or celle-ci devrait manifestement atteindre 150 M€ avec quelques effets-prix, mais surtout une augmentation du volume des missions. En 2025, il est prévu de ne pas dépasser 110 M€ de dépense. Il s'agit en réalité de revenir à ce qui était prévu en 2024. Cet ajustement ne revient pas à supprimer le recours à l'intérim en général et notamment pas dans les services où il reste encore indispensable.

Les heures supplémentaires s'élevaient à 96 M en 2023. Il était prévu de comptabiliser 95 M€en 2024. Le montant réellement consacré atteindra un peu plus de 100 M€. Nous prévoyons en 2025 de rester dans cet ordre de grandeur.

S'agissant de l'avenir, notamment en lien avec PLFSS et l'environnement tarifaire, il semble compliqué, en l'état, de se prononcer. Il tend à penser que les voies de régulation de l'ONDAM ne pourront reposer dans les dix prochaines années sur les mêmes leviers que dans les années 2010-2020, c'est-à-dire en faisant peser la régulation par la baisse des prix ciblée essentiellement sur les produits de santé et les tarifs hospitaliers. Ce serait une erreur stratégique qui affaiblirait les établissements de santé au moment où notre système de santé devra être en capacité de répondre à une demande de soins qui ne cessera d'augmenter au regard du vieillissement de la population.

De même, le recours à des déremboursements sera impossible à justifier surtout s'il s'agit de le faire plusieurs années de suite. Ainsi, la seule voie sera de freiner la demande de soins par une meilleure prise en charge des patients, notamment chroniques. Notre système de santé est très performant dans la prise en charge des épisodes aigus mais reste encore très perfectible s'agissant du suivi des patients atteints de maladies chroniques. Cet enjeu d'un meilleur suivi renvoie à une organisation des acteurs qui n'existe pas réellement aujourd'hui ce d'autant que le système de financement ne le prévoit pas. Ce point semble être la priorité absolue à venir et doit conduire les établissements de santé à s'en saisir, en lien avec les professionnels de ville, y compris quand les patients ne sont plus hospitalisés. Cet enjeu de la prévention dite « tertiaire » aura vocation à se traduire par un nombre moindre d'hospitalisations, mais cette option apparaît comme la seule envisageable pour nous permettre de face au mur démographique et la tendance épidémiologique des 25 prochaines années.

Le président considère qu'une réflexion sur la répartition de l'offre de soins et des missions sur le territoire et entre les différents acteurs du soin est également nécessaire. Selon lui, plutôt que de construire un budget faisant l'objet d'une révision chaque année, une vue sur plusieurs années permettrait de disposer de plan d'investissement s'étalant sur un temps plus long.

Le Dr Juliette KAVAFYAN-LASSERRE demande si l'ensemble des recettes sont effectivement récupérées et, notamment, si la facturation fait l'objet d'un suivi régulier dans le cadre d'une volonté de réduction de dépenses et d'amélioration du codage.

Le directeur général précise qu'il ne s'agit pas de réduire les dépenses de l'AP-HP. En effet, le montant global de dépense connaîtra une augmentation en 2025. Il est question de créer 1 040 emplois de personnels non médicaux supplémentaires. L'objectif visé n'est donc pas la

réduction du niveau des ressources humaines ou financières au sens large. La dynamique poursuivie tient effectivement à accompagner davantage le soin et à améliorer les conditions de travail afin d'attirer et de fidéliser.

Le codage doit faire l'objet d'une amélioration. Des progrès restent effectivement à accomplir, notamment concernant les molécules onéreuses, les dispositifs médicaux, indépendamment du codage de l'activité de MCO.

En ce qui concerne la facturation des assurés, une politique active est menée pour améliorer le taux de facturation et de recouvrement. En réalité, l'AP-HP est prompte à relancer par courrier ou *mail* les assurés devant régler une partie des soins.

M. Camille Dumas ajoute que, s'agissant de la facturation, le taux de recouvrement s'élève à 96 %, ce qui correspond à la moyenne des CHU. L'AH-HP vise désormais les résultats des meilleurs CHU, à savoir ceux présentant un taux de recouvrement à hauteur de 98 %.

Le Pr Estelle Gandjbakhch signale que la prise en charge des maladies chroniques ne semble pas valorisée dans le cadre du *business plan*.

Le directeur général partage ce point. Ainsi, il apparaît essentiel de poser un cadre économique permettant de déployer un véritable suivi consacré. Cela permettra effectivement de modérer le recours au soin.

Le Dr Christophe Trivalle demande si la problématique des impayés conséquents en lien avec les malades étrangers a connu une issue favorable.

M. Camille Dumas souligne que le taux de recouvrement s'améliore. En outre, il est de moins en moins demandé aux patients de régler sachant que le recours à la mutuelle est croissant s'agissant de la facturation. Les difficultés de recouvrement se concentrent sur les patients les plus à risques, à savoir soit les patients précaires, soit les patients étrangers.

La CME émet à l'unanimité un avis défavorable sur la décision modificative de l'ÉPRD 2024.

Le président donne lecture de la motion proposée à la CME concernant la décision modificative de l'ÉPRD 2025 :

« *La CME se félicite de la dynamique de recrutement, de fidélisation, de réouverture des lits et de rebond de l'activité permise par la mise en œuvre des « 30 leviers pour agir ensemble ». L'AP-HP a plus que rempli ses engagements pris début 2023 dans le PGFP et contractualisés avec l'État. La CME constate que dans le même temps les pouvoirs publics n'ont pas rempli leur part du contrat en ne finançant pas les mesures salariales nationales ni l'inflation à leur coût. Malgré la réalisation d'un plan de performance au-delà de nos engagements, il en résulte que, à l'instar des autres CHU, l'AP-HP non seulement ne diminue pas son déficit, mais l'aggrave, mettant ainsi en danger sa capacité d'investissement. Le risque est très fort que ces difficultés empirent en 2025 si rien n'est changé à ce sous-financement et que s'y ajoutent d'autres incertitudes : écart croissant entre tarifs et coût des activités, financement de la hausse des cotisations retraite des agents de la fonction publique…*

Dans ces conditions, la CME soutient le choix du directeur général de poursuivre en 2025 la mise en œuvre des « 30 leviers » afin de poursuivre la réouverture de nos lits et notre rebond d'activité ainsi que de maintenir le niveau de nos investissements. C'est le seul choix possible pour répondre aux besoins encore insuffisamment couverts de la population. Toutefois, la CME ne peut approuver l'ÉPRD 2025 que sous réserve du financement par l'État de l'ensemble des charges exogènes pensant sur l'AP-HP et de la mise à niveau des tarifs en fonction des coûts réels des activités. Ces réserves ne

pourront être levées qu'au vu du PGFP 2025-2028 que la CME souhaite pouvoir examiner au plus tard au printemps 2025, à savoir avant le 21 juin 2025. »

Le Pr Bernard GRANGER relève qu'il est mentionné que l'AP-HP est allée au-delà de ses engagements. En réalité, elle a simplement tenu ses engagements. La présente motion pourrait perdre de son impact si elle contient un élément pouvant être contesté.

Le président signale que les engagements évoqués portaient, en l'occurrence, sur l'activité. Pour autant, il comprend tout à fait le sens de cette remarque et propose de corriger la phrase concernée ainsi : « *L'AP-HP a ~~plus que~~ rempli ses engagements pris début 2023 dans le PGFP et contractualisés avec l'État.* »

La CME approuve à l'unanimité la motion ainsi modifiée relative à la décision modificative à l'ÉPRD 2025.

8. Avis sur la révision des effectifs 2025 de praticiens hospitaliers (M. Emmanuel RAISON)

M. Emmanuel RAISON rappelle que la révision des effectifs s'inscrit dans le cadre de la lettre de cadrage qui a été signée au début de la campagne par le directeur général et le président de la CME. La déclinaison fixée tenait notamment à prioriser les titularisations au regard des disciplines en tension. Une autre orientation majeure visait à favoriser l'attractivité des postes de seniors à l'AP-HP et de définir une structure cible d'emploi dans les services afin d'identifier qui aurait vocation à devenir praticien hospitalier (PH). Le troisième point important touchait à la maîtrise de l'impact budgétaire lié à la révision des objectifs. En l'occurrence, la révision des effectifs de PH s'est inscrite dans le cadre des conférences stratégiques et budgétaires venant de s'achever. Ainsi la révision des effectifs de PH est-elle bien intégrée dans les prévisions budgétaires des groupes hospitaliers pour 2025.

Les effectifs de praticiens hospitaliers ont significativement progressé ces dernières années. En 2020, 3 100 équivalents temps plein (ÉTP) PH étaient comptabilisés, ils sont 3 521 ÉTP en 2024 ce chiffre allant vraisemblablement augmenter d'ici la fin de l'année. Il s'agit donc d'une progression importante des effectifs de PH entre 2018 et 2024, à savoir + 13 % alors que dans le même temps, les effectifs de seniors de l'AP-HP ont légèrement augmenté sur la période, à savoir + 2,8 % entre 2018 et 2024, passant de 7 780 ÉTP à un peu moins de 8 000 ÉTP.

Une comparaison de la dotation en effectif de PH de l'AP-HP par rapport aux autres CHU a été entreprise sur la base de deux critères de comparaison : le ratio recettes d'assurance maladie par PH et le ratio d'effectif de juniors de l'AP-HP par PH. La comparaison révèle que l'AP-HP se situe dans la moyenne des CHU, voire légèrement au-dessus.

En comparant les effectifs de PH en pourcentage par rapport aux effectifs de seniors à l'AP-HP, il s'avère que les chiffres sont légèrement inférieurs à la situation des CHU. En effet, à l'AP-HP, les PH représentent 42 % des effectifs de seniors alors qu'ils sont 53 % dans les CHU.

En regardant de plus près la somme des entrées et des sorties des PH à l'AP-HP, le chiffre s'avère tout à fait positif et contribue à l'augmentation des effectifs de praticiens hospitaliers. Concernant le sujet de l'évolution des quotités de travail, cependant, on constate qu'un certain nombre de praticiens hospitaliers demandent à réduire leur activité – cela se traduit par une baisse de 25 ÉTP en données consolidées sur l'ensemble de l'AP-HP, non compensés par des hausses de quotité de travail. Au total, 71 praticiens hospitaliers ont demandé une baisse de leur quotité de travail, quand 33 praticiens hospitaliers ont demandé que leur quotité augmente. Par ailleurs, une légère

augmentation des effectifs de praticiens hospitaliers en disponibilité est constatée ces dernières années.

Dans l'ensemble, les entrées dans le statut de praticien hospitalier PH s'avèrent cependant nettement supérieures aux sorties.

En ce qui concerne la révision des effectifs de praticiens hospitaliers en 2025, les groupes hospitaliers demandent 441 créations de postes. Cela représente une augmentation sensible de demandes au regard des années 2018, 2019 et 2020. Une légère baisse est toutefois à noter en 2025 par rapport à 2024. Dans l'ensemble, 47 % des postes figurant dans la révision des effectifs correspondent à des créations de postes de praticiens hospitaliers, généralement par transformation d'autres statuts, et en particulier de contractuels.

S'agissant des nominations effectives, une forte augmentation est constatée au regard des années 2018, 2019 et 2020 avec une hausse de l'ordre de 50 %. En 2023 et 2024, il existe par ailleurs une légère tendance à l'augmentation des nominations de praticiens hospitaliers hors révision des effectifs.

Au regard du panorama des postes demandés par les groupes hospitaliers par spécialité, les spécialités se distinguant comprennent celles en tension, à la fois au niveau régional, ou celles identifiées à l'AP-HP – notamment l'anesthésie réanimation, la médecine d'urgence, la pédiatrie, la psychiatrie.

Le profil des candidats par sexe dont la nomination est prévue dans le cadre de la révision des effectifs se compose comme suit : 60 % de femmes, 40 % d'hommes. Cette répartition représente un changement puisque l'an dernier, deux tiers de femmes contre un tiers d'hommes étaient comptabilisés. Par ailleurs, l'âge moyen augmente, de même que l'âge médian dans la révision des effectifs 2025. L'exercice à temps plein est majoritaire. Toutefois, les temps partiels progressent, atteignant 27 % en 2025 contre 19 % en 2024.

Le président explique que l'augmentation significative du nombre de praticiens hospitaliers tient notamment au moindre recours aux contractuels. En effet, les postes de contractuels sont transformés en postes de titulaires. En outre, l'AP-HP, par rapport aux autres hôpitaux, présente un pourcentage de contractuels plus élevé.

Le Pr Bernard GRANGER s'enquiert de l'état des recrutements au fil de l'eau.

M. Emmanuel RAISON indique que des recrutements au fil de l'eau sont réalisés. Il convient de justifier le recrutement en dehors de la période de recrutement des effectifs, en s'appuyant en particulier sur les tensions, et d'en informer l'Agence régionale de santé (ARS.)

Le Pr Hawa KEITA-MEYER ajoute qu'il existe effectivement, pour les spécialités en tension, des recrutements de jeunes PH qui souhaitent, dès l'entrée pour certains d'entre eux, réduire leur quotité de temps. Il faut avoir à l'esprit que les demandes de diminution de quotité de temps interviennent de plus en plus précocement, généralement au bout de 2 à 3 ans. Ce point fait partie des difficultés rencontrées. En outre, le travail fourni aujourd'hui par les soignants n'est plus le même que par le passé. À ce titre, le remplacement d'un médecin anesthésiste partant à la retraite nécessite généralement le recrutement de 2 à 3 nouveaux médecins. Ce point est tout particulièrement vrai dans le privé.

Le Pr Claire POYART signale que des auditions, dans le cadre d'une décision prise en CME et en commission des effectifs, sont réalisées s'agissant des demandes de mutation. Dans ces conditions,

il est accepté le fait de recruter des candidats avec des mises à disposition afin de disposer d'une période d'essai.

La CME approuve à l'unanimité la révision des effectifs 2025 de praticiens hospitaliers.

9. Avis sur le rapport social unique 2024

La CME approuve à l'unanimité des voix exprimées et une abstention le rapport social unique 2024.

10. Questions diverses

Le Dr Emmanuel Bui Quoc donne lecture d'une question formulée par le Dr Jean François Hermieu : « *À compter du 1er janvier 2025, les fonctionnaires titulaires et contractuels pourront bénéficier d'une mutuelle dont 50 % des cotisations seront abondées par l'État. Cette disposition s'applique-t-elle à la fonction hospitalière, et si oui, les médecins sont-ils concernés ?* »

M. Emmanuel Raison répond que, s'agissant de la fonction publique hospitalière, la mise en place de la complémentaire santé prise en charge partiellement par l'employeur est annoncée par les pouvoirs publics au 1er janvier 2026. Le périmètre doit être précisé dans un texte qui n'est pas encore paru. Ces dispositions existent déjà pour la fonction publique d'État, et la fonction publique territoriale. Le texte à venir reste à négocier avec les représentants du personnel.

Le Dr Vianney Mourman souhaite évoquer un sujet en lien avec le levier « Améliorer le soutien de parents de jeunes enfants ». À titre d'exemple, l'une de ses collèges PH est une mère isolée avec deux enfants. Son chef de service lui a indiqué que le congé pour « enfants malades » n'existe pas pour les praticiens hospitaliers. Elle a donc posé l'ensemble de ses jours de réduction du temps de travail (RTT) l'année dernière. Dans ce cadre, il serait intéressant de proposer le fait que ces congés « enfants malades » puissent être reconnus pour les PH. Effectivement, nombre de PH doivent être en difficulté à ce niveau.

M. Emmanuel Raison remarque que certaines dispositions précisent les droits à congés pour les praticiens hospitaliers, mais il n'existe pas en l'état d'autorisations spéciales d'absences pour « enfants malades ». Ce motif d'absence n'est pas intégré dans leur statut qu'il faudrait modifier pour le prévoir.

Le président estime que ce point peut en effet être considéré comme une anomalie et qu'il est nécessaire d'y travailler pour y remédier.

La séance plénière est levée à 18 heures 30.