

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 3 MAI 2022

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 5 JUILLET 2022

Sommaire

1.	Informations du président	6
2.	Échange avec M ^{me} Amélie VERDIER, directrice générale de l'agence régionale de santé	7
3.	Approbation du compte rendu de la CME du 5 avril 2022	20
4.	Trajectoire budgétaire de l'AP-HP	20
5.	Résultats du questionnaire du groupe <i>ad hoc</i> de la CME sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU)	30
6.	Avis sur le projet de protocole de coopération « Première consultation d'évaluation et d'orientation par un(e) diététicien(ne) pour les enfants et adolescents atteints d'obésité, en lieu et place du médecin du centre spécialisé de l'obésité »	32

CME du mardi 3 mai 2022

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 5 avril 2022
3. Échange avec M^{me} Amélie VERDIER, directrice générale de l'agence régionale de santé
4. Trajectoire budgétaire de l'AP-HP (M^{me} Stéphanie DECOOPMAN)
5. Résultats du questionnaire du groupe *ad hoc* de la CME sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU) (P^r Bahram BODAGHI)
6. Avis sur le projet de protocole de coopération « Première consultation d'évaluation et d'orientation par un(e) diététicien(ne) pour les enfants et adolescents atteints d'obésité, en lieu et place du médecin du centre spécialisé de l'obésité » (P^r Agnès HARTEMANN)
7. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• **Avec voix délibérative :**

P ^r	René	ADAM	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Michel	LEJOYEUX
P ^r	Jean-Yves	ARTIGOU	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Fadi	BDEQUI	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Sadek	BELOUCIF	D ^r	Rafik	MASMOUDI
D ^r	Guy	BENOIT	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Bahram	BODAGHI	D ^r	David	OSMAN
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Diane	BOUVRY	M.	Louis-Paul	PATY
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Olivier	CLÉMENT	D ^r	Antoine	PELHUCHE
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Antoine	PELISSOLO
D ^r	Yannick	COSTA	D ^r	Patrick	PELLOUX
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	P ^r	Louis	PUYBASSET
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r	Jean-Damien	RICARD
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	D ^r	Nathalie	RICOME
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Bernard	GRANGER	P ^r	Laurent	TEILLET
Dr	Bruno	GREFF	D ^r	Samir	TINE
M ^m	Sophie	GUILLAUME	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Agnès	HARTEMANN	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
D ^r	Jean-François	HERMIEU	D ^r	Michel	VAUBOURDOLLE

• **Avec voix consultative :**

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- P^r Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, M^{mes} Stéphanie DECOOPMAN et Laetitia BUFFET, directrices générales adjointes
- M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, directeur délégué, direction générale
- M^{me} Marie-Cécile PONCET, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL, directrice des ressources humaines
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie et de la transformation (DST),
- D^r Sophie DE CHAMBINE, DST,

- M. Marc DUPONT, directeur-adjoint des affaires juridiques,
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M^{me} Gwénolette ABALAIN, direction de la communication
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

- **Invitée :**

- M^{me} Amélie VERDIER, directrice générale de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)

- **Secrétariat de la CME :**

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

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Thomas APARICIO, Elie AZOULAY, Frédéric BATTEUX, Sébastien BEAUNE, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Sophie BRANCHEREAU, Jean-Claude CAREL, Alain CARIOU, Yves-Hervé CASTIER, Cyril CHARRON, Julie CHOPART, Audrey DARNIEAUD, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALES, Vianney DESCROIX, Jacques DURANTEAU, Vincent FROCHOT, Christian GUY-COICHARD, Emelyne HAMELIN, Sandrine HOUZE, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Eric LE BIHAN, Eric LE GUERN, Laurent MANDELBROT, Emmanuel MARTINOD, Nathalie PONS-KERJEAN, Claire POYART, Clara SALINO, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Ishai-Yaacov SITBON, Karine VIRETTE et Noël ZAHR.

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

Le président accueille M^{me} Amélie VERDIER, directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France qui a pris ses fonctions en août 2021. C'est la première fois que la CME la reçoit mais certains membres de la CME la connaissent déjà puisqu'elle a exercé à l'AP-HP pendant plusieurs années comme secrétaire générale. Il se réjouit que plusieurs sujets d'importance puissent être abordés en sa présence.

1. Informations du président

Le président indique qu'une CME restreinte extraordinaire se tiendra le 11 mai 2022 à 17 heures 30 pour rendre un avis sur les candidatures de professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH) et de maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers (MCU-PH) recrutés par voie de mutation le 1^{er} septembre 2022. Une deuxième session extraordinaire de la CME en formation restreinte se tiendra dans le courant de l'été concernant les nouveaux admis aux concours. Sa date sera fixée en fonction de la publication des postes qui risque d'être retardée. Par ailleurs, les demandes de consultanat seront examinées lors d'une réunion avec les rapporteurs de la CME le 31 mai 2022.

Le président indique qu'il a cosigné avec le directeur général une note destinée aux directeurs et présidents des commissions médicales d'établissement locales des groupes hospitalo-universitaires (GHU) pour les informer de la façon dont est mise en œuvre à l'AP-HP la réforme des contractuels conformément au cadrage adopté par la CME le 5 avril dernier. Cette note peut être consultée sur le [site de la CME](#).

Une réunion a eu lieu le 2 mai avec la direction générale, les P^{fs} Bahram BODAGHI et Jean-Damien RICARD et le président de la CME sur l'attribution de la prime de chef de service à certains responsables d'unités fonctionnelles assimilables à des services. Trois critères avaient été identifiés : la taille de la structure en effectifs médicaux et soignants, la file active de patients et le projet hospitalo-universitaire. Au total, 80 demandes ont été formulées par trois GHU et par l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), dont 63 concernent des unités fonctionnelles de départements médico-universitaires (DMU) et 3 des unités fonctionnelles de service. Les autres GHU et hôpitaux hors GHU n'ont pas fait remonter de demandes hormis pour les unités de recherche clinique (Urc). Cette prime est d'un montant brut mensuel de 200 €, cumulable, dans la limite d'un plafond de 1 000 €, avec les primes de responsable de DMU et de président de CME.

Le président indique que la campagne de labélisation des centres maladies rares est en cours de préparation. Pour cette campagne 2022, une vingtaine de demandes sont remontées pour l'AP-HP. Un travail est en cours pour s'assurer de l'absence de redondances entre les demandes.

Le directeur général, souhaite également la bienvenue à la directrice générale de l'ARS Île-de-France dans cette salle des instances qu'elle connaît bien.

Le directeur général indique que les porteurs de projets d'instituts hospitalo-universitaires (IHU) sont actuellement auditionnés avec les universités et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). M^{me} Stéphanie DECOOPMAN participe à ces auditions, ce qui explique

son absence en début de réunion, mais elle rejoindra ensuite la CME pour évoquer le point 4 relatif à la trajectoire budgétaire de l'AP-HP.

Des discussions sont également en cours en vue de l'engagement de l'AP-HP dans deux bio clusters : le premier implique Gustave-Roussy et probablement l'institut Curie sur le cancer, *bio cluster* annoncé en juillet 2021 et aujourd'hui en cours de construction, tandis que le deuxième implique le Génopole d'Évry et l'Association française contre les myopathies – Téléthon (AFM Téléthon) sur les thérapies géniques.

L'AP-HP a par ailleurs été visée par deux contrôles de la chambre régionale de comptes et de la Cour des comptes. La version finale de ces rapports n'est pas encore disponible mais sera présentée en temps voulu. Le premier contrôle a concerné la filiale internationale et le second la fondation AP-HP. Ces deux rapports sont très élogieux, notamment celui relatif à la fondation AP-HP qui a beaucoup grandi depuis sa création. Les commentaires formulés sur la gestion de la fondation, sur ses placements, sur l'utilisation des fonds sont rassurants et seront utiles pour poursuivre son développement.

Le directeur général ne signale aucun élément nouveau sur le front des lits fermés et des postes vacants depuis la CME du mois d'avril avec environ 14 % de lits fermés et 1 400 postes d'infirmiers vacants. Les perspectives sont, en revanche, plus positives sur le front du recrutement grâce aux contrats d'allocation d'études (CAE) signés avec les élèves infirmiers en troisième année. Le nombre de ces contrats est à date de 600, mais l'opération n'est pas terminée puisque des élèves infirmiers commenceront leur stage en mai ou début juin. L'objectif plancher est de porter le nombre de ces contrats à 750. Le directeur général porte l'espoir que ce plancher sera atteint, voire dépassé.

L'un des sept services d'hématologie de Saint-Louis avait émis des craintes quant à sa fermeture. Sur ce dossier, il n'a jamais été projeté de fermeture. Cette crainte venait du fait que, depuis plusieurs années, l'équipe de jour souhaitait passer en 12 heures, demande qui était refusée, car l'équipe de nuit ne souhaitait pas opérer le même mouvement. Toutefois, au cours des dernières semaines, plusieurs départs naturels (départs en retraite, départs en province) ont eu lieu, ce qui a conduit l'équipe de jour à renouveler sa demande. Le passage de l'équipe de jour en 12 heures a donc été un succès alors que pour l'équipe de nuit, il a entraîné quelques départs supplémentaires. Cet exemple est illustratif des débats qui peuvent avoir lieu dans d'autres enceintes concernant la difficulté à trouver une solution qui soit acceptable par tous. Pour le cas de Saint-Louis, des recrutements sont en cours et des solutions transitoires en place pour les prochaines semaines, même si elles restent fragiles. Ce fonctionnement pourra résister, notamment grâce à la solidarité qui pourra s'instaurer entre les sept services d'hématologie de l'hôpital, sachant que la fragilité concerne deux de ces sept services.

2. Échange avec M^{me} Amélie VERDIER, directrice générale de l'agence régionale de santé

M^{me} Amélie VERDIER salue l'assemblée et avoue son plaisir à se retrouver à l'AP-HP pour évoquer la stratégie de l'agence, son actualité de court terme et ses attentes vis-à-vis du centre hospitalo-universitaire (CHU) avant de laisser la place aux échanges.

Elle relève tout d'abord que les membres de la CME, dont les mandats ont commencé en janvier 2020, ont connu deux années terriblement difficiles marquées par la crise sanitaire qui a

été d'une intensité exceptionnelle. Solennellement, elle souhaite souligner que la CME peut être fière du travail réalisé au service des franciliens. Les défis à relever début 2020 étaient évidemment lourds mais l'ont été grâce au professionnalisme des équipes de l'AP-HP, et notamment celui de ses médecins. L'engagement du service hospitalier et notamment du service hospitalo-universitaire marquera cette époque. Depuis sa nomination, elle a pu voir combien l'AP-HP – une fois de plus - était à la pointe, y compris pour caractériser le variant *Omicron*, son parcours et la notion de Covid fortuit. Depuis le début de la crise, l'AP-HP a fait preuve d'une grande réactivité et a été au rendez-vous des attentes avec plus de 52 000 patients Covid pris en charge, soit un tiers environ des patients de la région et un peu plus en soins critiques. Sans aller plus loin dans ses remerciements, elle souhaitait commencer son intervention devant la CME par ces mots solennels et sincères pour remercier et rendre hommage au travail mené dont l'AP-HP n'a nullement à rougir, loin de là. Aujourd'hui, s'ouvre une nouvelle phase de structuration de l'offre de soins territoriale pour laquelle il convient de capitaliser sur les enseignements de la crise. C'est une perspective qui est aussi au cœur du projet de l'AP-HP pour changer d'échelle en passant d'initiatives individuelles à une réalité plus large et plus concrète. Force est de reconnaître que la crise laisse l'ensemble des hôpitaux de la région dans un état difficile, leur redressement nécessitera la mobilisation de tous : le collectif de l'AP-HP, le collectif des établissements de santé, pour penser les coopérations avec les autres territoires de santé ainsi que le collectif de soins incluant les acteurs de la ville. Le premier CHU d'Europe possède de nombreuses forces puisque, au-delà de son bilan quantitatif, la crise a démontré sa capacité à se réinventer, à repenser les prises en charge et à se remettre en cause. Ceci conduit l'ARS à se montrer peut-être encore plus exigeante vis-à-vis de ce dernier.

Les raisons d'être fiers de l'AP-HP sont nombreuses, mais il ne faut pas que cette fierté fasse oublier l'exigence qui l'accompagne, notamment en matière de coopérations territoriales. Des étapes importantes ont déjà été franchies en termes de coordination. L'ARS est attachée aux principes de transparence et d'équité vis-à-vis des autres hôpitaux publics mais aussi vis-à-vis des hôpitaux privés. La crise Covid a montré la puissance des outils de coopération avec la construction de parcours parfois complexes et la mise en place de solidarités régionales. Aujourd'hui encore, des services d'accueil des urgences (SAU), notamment de petite couronne, lors de leurs opérations de délestage, peuvent s'appuyer sur la collaboration avec les services de l'AP-HP. Il est nécessaire désormais de passer à l'étape suivante. Elle souhaiterait que les innovations portées par l'AP-HP soient plus nombreuses, car l'objectif n'est pas de mettre en place un modèle uniforme. Il y a une dizaine d'années, des projets de rééquilibrage de l'offre de soins avaient été lancés avec de nombreux grands projets d'investissement hospitaliers, plutôt en grande couronne francilienne, qui constituent aujourd'hui pour l'AP-HP des relais sur lesquels s'appuyer pour répondre à une population, dont la démographie est dynamique et présente de forts besoins de santé. L'objectif est que la population francilienne puisse être soignée ailleurs qu'à Paris *intra-muros* dans une logique de parcours gradués. La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) a suivi ensuite et a permis de structurer les parcours de prise en charge à l'échelle de ces territoires et de mieux rendre visible l'offre de soins. Elle salue à ce titre le D^r Yannick COSTA, président de la conférence des présidents de CME de la région. Désormais, une troisième étape doit être franchie collectivement avec l'ARS qui aura à charge de définir ses attentes, avec les GHT pour ne plus craindre le « grand CHU », et avec l'AP-HP pour expliquer qu'il a aussi besoin des territoires et pas uniquement des infirmiers et des patients pour les inclure dans les études cliniques. Dans cet objectif, la commission réunissant les doyens, l'AP-HP et les

GHT a repris ses travaux. Cette commission a l'objectif d'être un lieu de partage des enjeux territoriaux et d'identification des expériences territoriales réussies pour les structurer.

M^{me} Amélie VERDIER ne cherche pas à imposer un seul modèle dans la région Île-de-France mais souligne l'urgence à répondre au grand défi collectif de l'attractivité de la région en matière de ressources humaines en santé. Sur cette question, l'AP-HP joue un rôle extrêmement structurant dans la formation de l'ensemble des professionnels. Elle invite aussi à entendre les interpellations comme celle relayée dans l'ouvrage récent de M. Léonard CORTI, dont les reproches visaient non seulement l'AP-HP mais aussi l'ARS. Compte tenu de la place qu'occupe l'AP-HP dans la formation des professionnels de la région, la question doit être abordée un peu différemment. Sans cela, il sera complexe d'améliorer l'attractivité collective. Sans aller jusqu'à parler d'une crise de vocations, force est de reconnaître que l'AP-HP, l'Île-de-France ou même la France ne sont pas les seuls à être confrontés à des difficultés de recrutement post-crise Covid. Cependant, pour avoir connu l'AP-HP de l'intérieur, elle pense que plusieurs initiatives peuvent être prises pour mettre en valeur l'AP-HP et donner envie de la rejoindre, même si le défi reste difficile à relever compte tenu des chiffres qui viennent d'être rappelés en début de séance. La situation de tension actuelle invite aussi à faire preuve de solidarité. Certes, des difficultés prévalaient avant la crise Covid, mais la crise pandémique a conduit à franchir un nouveau cap. Cette situation conduit à faire des points chaque fin de semaine pour s'assurer que l'ensemble régional pourra résister alors que la période devrait être propice au rattrapage.

L'ARS a pleinement conscience de la gravité de la situation actuelle et est présente pour aider à porter des solutions. L'ARS ne pense pas avoir toutes les réponses mais des initiatives seront prises dans les mois à venir, notamment pour fédérer les acteurs (financeurs, formateurs, coordonnateurs, etc.). Certaines de ces initiatives visent le court terme comme celle qui a été prise au printemps en vue du recrutement d'intérimaires. Cette initiative n'a pas porté les fruits attendus sur le plan numérique mais l'ARS a aussi vocation à essayer des solutions. Par ailleurs, sur le moyen terme, dans le cadre du « Ségur de la santé » et de la stratégie régionale d'investissement présentée fin décembre, le choix a été fait de réserver 50 M€ afin de financer des logements à destination des soignants pour qu'ils puissent se loger à Paris et en petite couronne. D'autres actions ont aussi été financées par l'ARS, comme les contrats d'allocation études dont le directeur général a parlé en introduction. Les premiers chiffres sont encourageants. Au-delà de ces exemples, d'autres initiatives sont évidemment à prendre. Les postes partagés sont de plus en plus nombreux mais restent en nombre marginal. Elle forme le vœu qu'il existe des projets de territoire structurés sur certaines filières avec des postes partagés associés car c'est sans doute ainsi également qu'il sera possible de renvoyer une image différente de l'AP-HP. En outre, la situation financière de l'AP-HP est complexe, puisqu'elle est déficitaire et en partie atypique. Le premier défi, et de très loin, est bien celui de l'attractivité des ressources humaines mais il est vertueux aussi que l'AP-HP regarde comment améliorer sa situation financière, notamment en se comparant à d'autres CHU même si comparaison n'est pas toujours raison. Ces comparaisons permettront de faire valoir des spécificités AP-HP et de faire ressortir des éléments structurels. Faire la lumière sur ces écarts est d'ailleurs une demande des tutelles pour approuver l'État des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'AP-HP.

Dans les semaines ou mois à venir, il conviendra donc de faire face à des situations qui seront très difficiles en matière de ressources humaines et qui invitent à répondre de manière plus structurante aux enjeux de santé publique. Il existe également une autre priorité, celle de la santé

mentale. Le dire ainsi ne signifie pas qu'il n'existe pas d'autres besoins dans la région. Cependant, c'est un domaine qui a sans doute souffert d'un sous-investissement par le passé et qui risque de prendre une dimension structurelle post-Covid. La crise a aussi pu conduire à retarder certains diagnostics. Il faudra donc s'assurer que la poursuite de l'activité courante ne passe pas sous silence tout ce qui doit être fait en plus.

M^{me} Amélie VERDIER mesure parfaitement l'engagement des équipes sur le terrain pour répondre à des enjeux élevés dans un contexte très difficile. Au-delà du diagnostic qui sera dressé, et sur lequel il sera sans doute aisé de s'accorder, il faudra ensuite définir les pistes de solutions à envisager. Les échanges qui vont suivre lui permettront également d'entendre les remontées des membres de la CME.

Le président dit sa préoccupation concernant le défaut d'attractivité et la difficulté à attirer les professionnels et à les fidéliser. Il souligne que ce constat ne concerne pas que l'AP-HP mais que la question se pose à l'échelle nationale, comme il le peut le constater notamment dans ses fonctions de président de la conférence des présidents de CME de CHU, voire internationale. L'inquiétude est très forte, car cette situation est sans précédent. Concernant le projet médical de l'AP-HP, il se réjouit que la directrice générale de l'ARS marque son intérêt pour son engagement dans la dimension territoriale que doit revêtir la stratégie du CHU. C'est une priorité absolue pour l'AP-HP. En tant que pédiatre, il souhaiterait aussi aborder la question de la hausse de la mortalité infantile, question qui a fait l'objet d'un article du *Monde* récemment. Cette mortalité a augmenté de manière très significative au cours des dernières années et c'est un indicateur sur lequel la France se distingue d'autres pays occidentaux. Le P^r Martin CHALUMEAU, pédiatre à l'hôpital Necker et co-auteur de l'étude dont il est question dans l'article du *Monde*, lui a indiqué qu'il n'était pas possible de mener des analyses précises sur la base des données disponibles, ce qui ne permet pas d'expliquer les raisons de cette hausse. En revanche, il est à noter que la mortalité infantile est surtout importante aux premiers jours de la vie, ce qui pourrait laisser penser que cette mortalité est à relier au suivi de la grossesse, même si ce lien est à prendre avec réserves.

Le P^r Loïc de PONTUAL estime que l'analyse de la hausse de la mortalité infantile est à relier aux propos tenus sur les territoires puisque, en Seine-Saint-Denis, il est le seul PU-PH de pédiatrie pour son université alors que le département comptabilise 2 millions d'habitants et que la Seine-Saint-Denis est le département dont les habitants sont les plus jeunes et les plus pauvres d'Île-de-France. La mortalité infantile y est 50 % supérieure à la moyenne nationale, alors même que la moyenne française est déjà très élevée comparée à celle enregistrée dans d'autres pays. Le département dans lequel il pratique compte également 30 % de postes d'infirmiers diplômés d'État (IDE) vacants en néonatalogie et en réanimation néonatale. Il n'y existe pas non plus de réanimation néonatale universitaire. De surcroît, plus de 30 % des postes de sages-femmes y sont vacants et aucun interne de gynécologie-obstétrique n'a choisi de travailler dans le département pour le semestre, malgré de très forts taux de grossesses pathologiques. Les inégalités territoriales de santé et l'équité de l'accès aux soins concernent d'autres disciplines de la petite et de la grande couronne. Beaucoup de PU-PH avec lesquels il a pu s'entretenir disent faire face à la même situation et appellent à proposer une grande réforme territoriale. Cette réforme qui est attendue doit porter prioritairement sur les moyens afin que les territoires puissent répondre aux forts besoins de la population, et non pas sur des points accessoires (comme la revalorisation des retraites ou les statuts). Il suggère également de réfléchir à d'autres modes de gouvernance entre la ville et l'hôpital, mais aussi entre le public et le privé, pour parvenir à mettre en place de vraies coordinations qui peinent à se mettre en place concrètement malgré les initiatives prises.

Le président précise que M^{me} Amélie VERDIER sera présente pendant toute la CME et pourra intervenir de nouveau sur les autres points de l'ordre du jour, notamment en ce qui concerne le budget de l'AP-HP.

Le D^r Diane BOUVRY, en sa qualité de vice-présidente de la CME mais aussi de pneumologue à l'hôpital Avicenne, situé à proximité de l'hôpital Jean-Verdier, souhaite compléter les propos tenus par le P^r Loïc de PONTUAL. Sa question porte sur la répartition territoriale du CHU sur le territoire. Le découpage récent du GHU a permis d'identifier des interlocuteurs pour développer des projets territoriaux en Île-de-France mais la répartition de l'offre de soins dans le territoire francilien reste extrêmement hétérogène, comme la crise Covid l'a démontré. Le découpage en GHU peut parfois donner l'impression que les territoires *intra-muros* sont renforcés au détriment de l'offre *extra-muros*. Elle demande si ce découpage et la plus grande autonomie souhaitée sont de nature à répondre aux besoins territoriaux ou, si au contraire, ils sont un frein à l'offre hospitalo-universitaire dans certains territoires.

M^{me} Amélie VERDIER souligne que la situation de la France est certes atypique et au sein de l'Île-de-France, tout particulièrement en Seine-Saint-Denis. L'ARS se préoccupe beaucoup de cette question qui n'est pas nouvelle puisque le projet RÉMI (« Réduire la mortalité infantile et périnatale ») a été mis en œuvre à son initiative en Seine-Saint-Denis, il y a dix ans. Ce projet a permis de lancer des projets de recherche sur les causes susceptibles d'expliquer cette situation. L'étude récemment publiée dans le *Lancet* y fait aussi écho. Les causes identifiées tenaient à des facteurs sociaux avec des difficultés de tous ordres, notamment une part importante de populations immigrées mais pas uniquement, et une prévalence de maladies chroniques (diabète, obésité). Le projet RÉMI a permis d'obtenir des résultats et une amélioration des indicateurs mais la crise Covid a pu conduire à un ralentissement des progrès, même si la crise sanitaire ne peut pas expliquer tous les reculs. Il y a 9 mois par exemple, l'alerte venait presque plus du Val-d'Oise que de la Seine-Saint-Denis où les premiers résultats des actions entreprises étaient perceptibles. Parmi les actions entreprises, on peut retenir : l'accompagnement personnalisé des trois maternités dépendant du groupement hospitalier de territoire (GHT) Grand Paris Nord Est (GPNE), le dispositif à destination des femmes en errance du centre hospitalier de Saint-Denis, les initiatives prises en faveur de l'accès au droit des femmes enceintes, notamment en partenariat avec le conseil départemental, la mise en place de réseaux, etc. Ces actions démontrent qu'un travail de fond a été lancé avec des acteurs de terrain qui ont mis en place des équipes mobiles au-delà du travail du CHU. Plus récemment, à destination des femmes sortant de maternité à la rue et malades, un dispositif spécifique d'accueil a été mis en place à Athis-Mons en Essonne. Ce dispositif prend aussi en charge des femmes de Seine-Saint-Denis. Il permet d'identifier des places d'hébergement d'urgence en accompagnement.

Les tensions sur les ressources humaines sont particulièrement fortes en Seine-Saint-Denis et particulièrement fortes dans le champ de la périnatalité. Un plan d'urgence est en construction pour l'été pour mettre en place des solutions en direction des personnes en situation de vulnérabilité et qui peinent à trouver une place en maternité, comme le dispositif « Solidarité Paris maman » (SOLIPAM). Fin avril, l'ARS a pris la décision de mettre en place une *task force* dédiée pour renforcer les ressources humaines qui accompagnent les femmes, au-delà des ressources habituelles car les sages-femmes et infirmiers du territoire ne pourront pas assurer toutes les prises en charge. L'objectif n'est évidemment pas de prendre des risques en proposant à des personnes non formées de réaliser certains actes. Cependant, des innovations ont été proposées par des acteurs de terrain et pourraient être développées comme les sorties accompagnées, les

médiations en santé, etc. conduites avec les structures d'hébergement d'urgence. Ces solutions ne seront sans doute pas suffisantes mais ce sujet est identifié et un plan est bien en cours de construction pour l'été.

Le directeur général rappelle qu'il a été envisagé de faire entrer la Seine-Saint-Denis dans le grand GHU Nord. Finalement, après des discussions poussées, le projet a été refusé, notamment par les universités. L'idée était que l'université Paris Sorbonne Seine-Saint-Denis s'allie à l'université Paris Cité pour faciliter ce rapprochement. Cela étant, quelques structures communes ont pu être mises en place. L'idée n'était nullement de créer des GHU *intra-muros* en laissant ceux qui se trouvent de l'autre côté du périphérique sur le bord du chemin. Il ajoute qu'un projet d'un montant de 100 M€ concerne le pôle mère-enfant à l'hôpital Avicenne.

M^{me} Amélie VERDIER précise qu'elle a entendu l'interpellation portant sur l'organisation mais indique que son rôle n'est pas de commenter l'organisation interne de l'AP-HP. Elle attend que la direction générale, les GHU, les hôpitaux, les services travaillent avec le territoire. Son expérience professionnelle, qui est plus large que le domaine de la santé, lui fait dire que l'organisation est certes importante mais qu'elle ne fait pas tout. Un choix a été fait : il a été soutenu, présenté aux tutelles et validé. C'est l'organisation actuelle avec laquelle il faut travailler. Elle pense que des actions peuvent être menées à l'intérieur du cadre ainsi établi mais d'autres actions pourraient aussi être menées dans d'autres cadres. Elle rappelle que des moyens très importants sont investis sur le territoire. Le taux d'aide de l'ARS et de l'État est plus élevé en Seine-Saint-Denis que dans d'autres territoires, car cet effort est légitime.

Le président indique que le président de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France, le D^r Yannick COSTA, également président de la CME de l'hôpital de l'Est francilien est présent. Ce dossier sera suivi parmi d'autres en commun avec l'ARS. Tous les membres de la CME sont interpellés par les résultats de cette étude qui nécessite d'en comprendre les causes et les déterminants pour ensuite pouvoir agir.

Le D^r Jean-François HERMIEU fait le constat que le mot « chirurgie » n'a pas été cité dans l'intervention de la directrice générale de l'ARS d'Île-de-France. Pourtant, de nombreuses difficultés concernent les blocs opératoires, essentiellement liées à une pénurie d'infirmiers. Ce constat emporte des conséquences pour les patients qui doivent subir des déprogrammations, puis des délais très longs (de plus de deux mois) avant qu'une nouvelle date leur soit proposée. Cette situation a aussi des conséquences sur la formation des internes puisque cette formation ne peut pas s'organiser de manière optimale avec 30 à 40 % de blocs fermés, et sur les recrutements. Ainsi, la semaine passée, il a été constaté qu'aucun candidat formé en France ne souhaitait postuler aux postes de PH d'orthopédie. Il interpelle donc la directrice générale de l'ARS pour connaître sa vision de la place que doit occuper la chirurgie dans les hôpitaux publics et à l'AP-HP et quels moyens pourraient être accordés pour aider à l'exercice quotidien.

Le D^r Patrick PELLOUX précise que sa question portera sur la permanence des soins, étant lui-même président de la commission de l'organisation de la permanence des soins. Ce sujet a été totalement délaissé par le « Ségur de la santé ». La traumatologie représente aujourd'hui quasiment 50 % de la fréquentation des urgences mais les patients sont dirigés presque systématiquement vers les cliniques privées, car les chirurgiens de l'AP-HP, notamment ceux de chirurgie orthopédique, n'ont pas été soutenus. Cela pose une véritable question éthique et déontologique, car l'AP-HP ne peut plus répondre aux attentes des malades qui font confiance au

service public. La permanence des soins fait actuellement face à une crise majeure, renforcée par un décret récent qui permet à des structures d'urgences, souvent situées en grande banlieue, de fermer du jour au lendemain pour une durée non déterminée. Or ces structures recommandent aux patients de se rendre au plus près, c'est-à-dire à Paris, faisant que les services d'urgences de Paris, notamment en pédiatrie, doivent prendre en charge les malades de banlieue parisienne. Il existe par ailleurs une concurrence sur la rémunération des médecins qui font des gardes de nuit. Des verrous ont sauté, même au sein de l'AP-HP. Cette situation soulève de véritables questions et entrave l'attractivité. Cette question doit être débattue en CME comme le prévoit la loi RIST qui demande la mise en œuvre d'un plan d'attractivité. Alors que 14 % des lits sont déjà fermés, il se dit inquiet pour le passage de l'été. Avec des personnels en congé, le risque est que de plus nombreux lits soient fermés, ce qui handicapera l'activité et aggravera la souffrance des personnels. Ceux-ci s'interrogent sur leur mission et leur rôle au vu de leurs conditions de travail.

Par ailleurs, il reconnaît également que la santé mentale est un vrai sujet. Beaucoup de malades ont décompensé pendant la crise Covid et sont venus aux urgences. Cependant, les équipes ne savent pas forcément comment les prendre en charge, d'autant que les psychiatres sont autorisés à ne plus réaliser de gardes aux urgences. Tous ces éléments amènent à constater une déliquescence de la permanence de soins. Il souhaite donc savoir ce que proposera le programme régional pour répondre à l'ensemble de ces enjeux.

Le P^r Antoine PEUSSOLO poursuit sur ce thème mais précise qu'il s'agit de psychiatrie, terme qu'il préfère à celui de santé mentale qui est moins approprié concernant les missions des services hospitaliers. Il confirme que l'accueil des patients présentant des problématiques psychiatriques aux urgences pose de vraies questions avec un volume de patients toujours plus important. Cette situation n'a fait que s'aggraver depuis un ou deux ans. Même si l'accueil aux urgences apparaît comme l'élément le plus visible, la difficulté réside aussi et surtout dans la difficulté à trouver des lits d'aval, pas uniquement dans les établissements de l'AP-HP mais dans toute la région, alors que les effectifs des services de psychiatrie ne sont pas suffisants. Cette situation est ancienne et n'a été qu'aggravée par la crise Covid et ne concerne pas que l'Île-de-France. Depuis plusieurs années, les tutelles invitent à travailler dans le cadre des programmes territoriaux de santé mentale (PTSM). Il s'agit d'une bonne option pour améliorer les parcours et l'offre de soins, mais les projets proposés par les PTSM manquent de perspectives et de visibilité. Dans le Val-de-Marne, par exemple, des projets ont été soumis à des appels à projets nationaux, comme le service d'accueil spécialisé en psychiatrie (SAS psy), mais sans jamais obtenir de retour. Les PTSM peuvent faciliter les coopérations mais la difficulté est qu'aucune visibilité n'est donnée et que ces projets ne sont pas dotés de moyens.

M^{me} Amélie VERDIER précise tout d'abord qu'elle n'a pas cité nommément les chirurgiens dans son intervention parce qu'ils étaient inclus dans le terme de « médecins ». Pendant toute la crise, l'ARS a veillé à l'équilibre des prises en charge des patients dans les structures (soit environ un tiers à l'AP-HP, un tiers dans les structures publiques et un tiers dans les cliniques privées), y compris pour vérifier que tous étaient soumis aux déprogrammations. De même, lorsque le plan blanc a été déclenché le 9 décembre 2021, c'était aussi dans l'objectif que les mêmes règles s'appliquent à tous. Le risque est certes que la chirurgie avance à plusieurs vitesses suivant les endroits mais les difficultés liées aux ressources humaines concernent également les cliniques privées, en particulier les personnels non médicaux. Aussi, il ne faut pas considérer que la situation est idyllique du côté du privé tandis que l'AP-HP vivrait en enfer. Sans pouvoir confirmer que le nombre de blocs fermés est de 30-40 % à l'AP-HP, un rattrapage est à opérer car les

politiques de « stop-and-go » n'ont pas aidé à reprendre une activité à un rythme normal. L'ARS est disposée à travailler sur ces questions avec la CME et la collégiale pour identifier d'éventuelles actions de court terme sans opposer aussi schématiquement public et privé.

Concernant la permanence des soins, sans évoquer l'intérim médical et son encadrement, qui est un sujet qui mérite aussi d'être traité même si l'AP-HP n'est pas la structure la plus concernée, la situation participe au risque d'un effacement par effet domino. Elle annonce qu'elle a écrit à tous les dirigeants des structures de la région pour les inviter à revenir à un niveau acceptable d'intérim le plus rapidement possible. Une généralisation du dispositif du service d'accès aux soins (SAS) est en cours après la réalisation d'une expérimentation peu ou prou réussie dans les Yvelines et un projet plus compliqué pour Paris et la petite couronne. Malgré les progrès permis par la crise Covid, salués en début de réunion, les coopérations demeurent difficiles entre la ville et l'hôpital. Des discussions sont en cours avec l'union régionale des professionnels de santé (URPS) et les acteurs libéraux afin de trouver les voies et moyens de mettre en place une participation plus active en partant de cas concrets. Certes, des services ferment, mais on ne peut pas leur reprocher de prendre ces décisions par confort. Un phénomène d'usure s'observe clairement et conduit certains personnels à penser qu'ils ne sont plus en mesure de faire face et qu'ils risquent de mettre en danger les patients. La situation est préoccupante, en particulier avec la perspective de l'été qui arrive. Il faudra donc assumer de fermer des lits, même si la décision est difficile, car il est préférable de fermer des lits pour renforcer l'accueil des premiers niveaux partout où c'est possible. Les discussions régionales à venir devront conduire à mesurer la situation et à envisager la mise en place de cellules de régulation afin d'assurer la permanence des soins comme cela peut se faire face à certaines épidémies hivernales, comme la bronchiolite. Il faut distinguer les actions de court terme et le plan global de plus long terme permettant d'assurer la régulation avant d'arriver aux urgences. Des médecins libéraux seraient disposés à tenir des consultations de télé-médecine dans une cabine avec l'aide d'un infirmier. Ce n'est pas une solution optimale et parfaite mais il n'est pas possible non plus de la rejeter d'emblée.

Enfin, pour répondre au P^r Antoine PELISSOLO, M^{me} Amélie VERDIER précise qu'elle ne confond pas santé mentale et psychiatrie qui est effectivement la discipline médicale tandis que la santé mentale est une notion plus large. La journée régionale de santé mentale qui a eu lieu il y a deux semaines avec le P^r Franck BELLIVIER a permis de clore un tour de France en vue de collecter toutes les initiatives et donner suite aux appels à projets. Les PTSM sont soutenus mais des moyens doivent être accordés pour que les projets voient le jour. Elle remercie pour l'alerte sur ce point.

Le président estime que l'hôpital ne peut plus assurer seul la permanence des soins en Île-de-France comme plus largement en France. Certes, des initiatives ont été prises pendant la crise Covid, mais il constate aussi une tentation de revenir à des schémas antérieurs depuis que la crise est moins aiguë. Face à ce constat, l'impérieuse nécessité est de mieux rémunérer la permanence des soins. Par ailleurs, au-delà des différences générationnelles, les professionnels n'acceptent plus comme avant la contrainte de travailler le week-end et la nuit. Cette affirmation vaut pour les professions de santé comme pour d'autres professions. Cependant, les patients sont toujours là et ont besoin d'être pris en charge. Aussi, pour aider à mieux accepter cette contrainte, il convient que les gardes soient mieux rémunérées. La question dépasse évidemment le cadre de l'AP-HP et de la région mais, si une telle décision n'est pas prise rapidement, alors le risque sera majeur.

Sur le sujet de la santé mentale, une attention toute particulière doit également être portée à la pédopsychiatrie. Depuis l'automne 2020, une très forte hausse des dépressions est enregistrée

chez l'enfant et l'adolescent. Des tentatives de suicide chez des enfants de moins de 10 ans, qui étaient autrefois exceptionnelles, deviennent malheureusement plus fréquentes. Ces enfants et adolescents, d'abord orientés vers les urgences, sont ensuite renvoyés vers des services de pédiatrie générale où les personnels ne sont pas formés pour les accueillir. Ces situations aggravent le mal-être des équipes qui ne se sentent pas en mesure de prendre en charge correctement ces populations.

Le directeur général propose, concernant la chirurgie, de faire un point d'étape à ce sujet lors de la prochaine CME, car un important travail a été mené sur le fonctionnement des blocs et sur le personnel de chirurgie. Il sera possible de présenter des éléments d'analyse mais aussi des pistes d'action qui pourront être discutées.

Le président rapporte ensuite la question posée dans le fil de discussion de la visioconférence par M. Jean-Eudes FONTAN qui explique que l'activité de chirurgie dépend de la capacité des unités de stérilisation à traiter de façon fluide le flux des dispositifs médicaux. La gestion de la stérilisation peut en effet gêner le fonctionnement de certains services.

Le président relaie également la question posée par le D^r Christophe TRIVALLE qui s'enquiert de la position de l'ARS sur les filières gériatriques et en particulier sur les besoins en soins de suite et réadaptation (SSR) et soins longue durée (SLD) gériatriques. Il souhaite savoir s'il existe une volonté de réduction du capacitaire.

M^{me} Amélie VERDIER indique qu'elle n'est pas en mesure de réagir en séance à la question posée sur la stérilisation. En revanche, l'ARS n'a nullement l'intention de réduire le capacitaire des SSR et SLD en gériatrie. Une filière gériatrique existe et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) savent désormais quel est leur hôpital de référence, et cela depuis la crise Covid. La gériatrie est une filière d'avenir compte tenu du vieillissement de la population. La réforme du financement des SSR devrait être mise en œuvre en janvier 2023. Les dernières simulations sont encore attendues. Par ailleurs, la direction générale de l'AP-HP a alerté sur sa situation spécifique avec des SSR plutôt sous-occupés comparés au reste de la région et des durées de séjour plus élevées. Face à ce constat, il n'est pas certain que la réforme du financement annoncée par le ministère soit à l'avantage de l'AP-HP. Dans tous les cas, la réflexion devra partir des besoins de la région étant entendu que le terme « région » n'est pas synonyme d'AP-HP. Dans tous les cas, il faudra des filières qui fonctionnent avec un aval adéquat. La crise Covid a heureusement permis de repenser les filières et les capacités à prendre en charge des malades Covid qui ne pouvaient pas être accueillis en établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). L'ARS n'a pas la volonté de réduire le capacitaire mais a l'ambition de repenser l'articulation entre les besoins de SSR polyvalents, les besoins de SSR spécialisés, et les besoins de SSR gériatriques. Il faudra donc confronter les besoins de la région aux possibilités et prendre les décisions. Pour ce qui concerne le long séjour, l'écart entre le profil des patients accueillis et la lourdeur attendue des prises en charge est évident. En bout de chaîne, les ÉHPAD présentent des taux d'occupation plus faibles que par le passé. C'est l'occasion de regarder comment répondre au mieux à l'orientation politique qui est demandée, c'est-à-dire d'accompagner le plus possible les personnes âgées à leur domicile, ce qui suppose une filière SSR-SLD, voire MCO, adaptée aux besoins. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y aura pas une réduction du capacitaire car la volonté n'est pas de réduire le capacitaire mais de structurer la filière.

Le président rappelle qu'à l'AP-HP beaucoup de lits de SLD ont été transformés en SSR. Ces lits sont donc moins médicalisés que des SSR plus spécialisés. Il remercie la directrice générale d'avoir rappelé qu'il faut partir des besoins. Cependant, les débats sur le financement de l'hôpital conduisent parfois à constater une inadéquation entre les règles de financement et les besoins à couvrir. Or, l'AP-HP accueille beaucoup de personnes âgées en SSR peu médicalisés mais qui ne peuvent pas rentrer à leur domicile, question qui rejoint celle plus globale sur le grand âge.

Le directeur général, sous l'autorité du P^r Joël ANKRI, souligne qu'un travail a été mené il y a trois ans avec l'ARS. Il a abouti à un communiqué sur les transformations gériatriques (SLD, SSR, ÉHPAD, places de jour, nouvelles formes de prise en charge). L'engagement pris a été de garder le même nombre de places. Au moment de la fermeture de l'hôpital Adélaïde-Hautval, le même nombre de lits et places a été ouvert ailleurs mais dans une configuration différente, avec des chambres à un lit plutôt qu'à quatre lits. À l'hôpital Émile-Roux, le projet prévoit une diminution de 150 places en SSR-SLD mais une augmentation de 150 places en ÉHPAD. Des sites restent cependant encore à reconfigurer et des transformations sont encore à venir. L'AP-HP présente deux spécificités : premièrement, le nombre de places non occupées en SLD est extrêmement élevé ; deuxièmement, les durées de séjour en SSR sont atypiques mais font l'objet d'un travail. Cette situation a été débattue en directoire mais ne trouve pas d'explication relative à l'âge ou à la dépendance des patients. Les patients qui arrivent ainsi en SSR sont classés dès leur arrivée comme ne relevant pas des SSR par les équipes médicales qui les prennent en charge. Enfin, lors de la dernière réunion de la CME, les modifications relatives au financement et aux autorisations ont été présentées ainsi que leurs conséquences si rien ne change.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que la CME a toujours accueilli les directeurs généraux de l'ARS et rappelle le rôle prépondérant et tout à fait particulier que joue l'AP-HP dans le paysage hospitalier francilien, rôle que chaque directeur général d'ARS a souligné. La situation de l'AP-HP s'est toutefois fortement dégradée au cours des dernières années. Il souhaite donc connaître la vision de l'ARS quant à la trajectoire budgétaire de l'AP-HP dans les années à venir.

Le président rappelle qu'un point de l'ordre du jour portera plus spécifiquement sur les données budgétaires.

M^{me} Amélie VERDIER indique qu'elle ne parlera pas pour ses prédécesseurs mais réitère ses propos quant à la fierté que nous pouvons ressentir vis-à-vis du CHU. Ce mot de fierté est tout à fait pesé et s'accompagne d'exigences fortes, qui sont le reflet des attentes des acteurs franciliens vis-à-vis de l'AP-HP. Concernant la trajectoire budgétaire de l'AP-HP dans les années à venir, il faudra tout d'abord dresser un état des lieux post-Covid. Cet exercice ne sera pas évident mais il est important de mesurer l'impact de la crise Covid sur le budget de l'institution. Certes, une couverture des surcoûts a été assurée et les spécificités de l'AP-HP ont été prises en compte, notamment au regard de la lourdeur des cas pris en charge, l'ARS Ile de France a beaucoup plaidé en ce sens. La première version du projet de couverture des surcoûts Covid tenait insuffisamment compte de ces spécificités. Des surcoûts seront encore supportés en 2022 et la direction générale de l'AP-HP doit voir comment consolider les données en cours d'année afin d'organiser un dialogue constructif avec la tutelle. Ces sujets sont complexes et il ne suffit pas de présenter une facture pour qu'elle soit acquittée. Par ailleurs, le système de garantie de financement fonctionne encore jusque fin juin 2022. L'année 2022 est à ce titre intermédiaire. Le bilan permettra donc de distinguer le structurel du conjoncturel et des écarts avec les autres CHU seront probablement observés. Pour ce qui concerne les perspectives, les recettes d'activité restent très substantielles pour l'AP-HP

mais sont loin d'être exclusives. Un équilibre doit être recherché. La coopération territoriale plaide aussi pour la mise en œuvre d'un modèle différent avec des patients qui ne seraient pas forcément orientés vers les établissements de l'AP-HP en premier recours afin de favoriser l'adéquation entre coûts et recettes d'activité. La trajectoire financière englobe aussi une ambition d'investissement que soutient l'État. De nombreux nouveaux bâtiments vont sortir de terre et ils doivent jouer dans l'amélioration de l'attractivité. Il faut aussi adopter une attitude lucide sur les motifs du déficit structurel existant. Cet état de fait ne peut satisfaire personne. La capacité d'autofinancement (CAF) de l'AP-HP doit être suffisante pour financer les investissements courants mais aussi le numérique et les projets de recherche. En d'autres termes, la réduction du déficit structurel est aussi une condition de l'indépendance du modèle. À date, le bilan n'est pas chiffré mais la visée est de tendre vers une diminution progressive du déficit. L'ambition n'est pas de se lancer dans une cure brutale d'amaigrissement mais la priorité est d'être lucide sur les causes de cette situation et d'ajuster le modèle pour mettre en place une offre de soins inscrite dans le territoire et non indépendante de ce qui existe dans la région.

Le président souligne que les membres de la CME sont conscients des enjeux soulevés par la situation budgétaire de l'AP-HP. Il faut certes des capacités à investir pour l'avenir, en particulier dans les systèmes d'information.

M^{me} Sophie GUILLAUME a entendu que la directrice générale assumerait de réduire le capacitaire pendant l'été s'il n'y avait pas d'autres solutions. Cependant, la crise démographique a concerné très tôt la périnatalité alors que les grossesses n'ont pas diminué. Malgré l'alerte faite le 17 juillet 2021 à l'ARS, aucune mesure n'a été prise. L'été 2022 sera donc encore plus difficile à passer. En 2021, le Val-d'Oise et la Seine-Saint-Denis étaient particulièrement touchés mais les difficultés concernent désormais toutes les maternités d'Île-de-France, à des degrés plus ou moins sévères, y compris à Paris *intra-muros*. Par ailleurs, les conclusions de l'étude récente sur la hausse de la mortalité infantile doivent inviter à renforcer la prise en charge de la prématurité et de la grande prématurité. Elle signale également un changement d'attitude de certains parents face au diagnostic anténatal, certains faisant le choix de soins palliatifs aux premiers jours de naissance plutôt que d'interrompre une grossesse. Plus globalement, elle souhaite savoir vers quelles structures se tournera l'ARS pour gérer les grossesses en Île-de-France pendant l'été.

M^{me} Amélie VERDIER rappelle que l'objectif est d'être lucide face à la situation qui est particulièrement délicate, notamment dans le sud de la Seine-Saint-Denis, même si les tensions concernent aussi d'autres territoires. Elle note le point de vue qui consiste à dire que rien n'a été fait depuis la réunion du 17 juillet, alors que des actions sont néanmoins en cours. Une cellule de transfert existe à l'hôpital Antoine-Béclère et ayant vocation à adapter le niveau de soins au niveau de risque obstétrical et pédiatrique. Des transferts avant-accouchement sont ainsi décidés à chaque fois que cela est nécessaire. Ce dispositif permet que toutes les femmes identifiées comme à risque d'accoucher prématurément soient dirigées vers un centre périnatal de type 3. Les actions menées doivent aussi concerner l'ensemble de la périnatalité sans se limiter au moment de l'accouchement. Elle prend par ailleurs note de la hausse du nombre de parents faisant le choix de soins palliatifs aux premiers jours de vie de leur enfant. Il est donc important que le phénomène soit caractérisé et que les soignants soient accompagnés afin de faire face à ces situations difficiles. Plus globalement, concernant les ressources disponibles pendant l'été, une *task force* se met en place pour regarder comment il est possible d'accompagner et prendre en charge ce qui peut l'être par d'autres professionnels que des sages-femmes.

M^{me} Sophie GUILLAUME ajoute que les départements de maïeutique des universités n'ont pas d'effectifs au complet, ce qui signifie que les difficultés rencontrées pendant l'été, seront encore perceptibles au-delà.

Le directeur général souligne que c'est parce que les recrutements en sorties des écoles de sages-femmes étaient limités et que l'augmentation des effectifs dans les écoles tardait à produire ses effets, que le projet social de l'AP-HP propose un système d'heures supplémentaires contractualisées. Certes, les heures supplémentaires ne peuvent pas être assumées au-delà d'un certain contingent mais cette mesure reposant sur la majoration des tarifs produit un effet certain sur les présences au lit du malade, raison pour laquelle l'AP-HP a souhaité que ce système puisse prendre immédiatement le relais des heures supplémentaires majorées qui l'ont été au titre de la crise Covid.

Le D^r François SALACHAS se demande s'il faut fonder des espoirs dans la nouvelle direction de l'ARS pour résoudre la crise des ressources humaines. Dans le propos de M^{me} Amélie VERDIER, il a entendu que l'insuffisance des ressources humaines était le problème de l'accès aux soins en Île-de-France, et particulièrement à l'AP-HP. Dans ce domaine, les professionnels se battent depuis des années pour faire évoluer les ratios de personnel au lit du malade. Ces ratios sont contrôlés dans les unités de soins continus et en réanimation mais le problème n'est pas résolu dans les autres services. Pour le moment, cette demande se heurte à une fin de non-recevoir de la part de la direction générale de l'AP-HP. Finalement, la crise de désaffection que la directrice générale veut regarder avec lucidité ne sort pas de nulle part mais existe depuis de nombreuses années. Des choix malheureux ont été faits sur l'organisation des temps de travail il y a cinq ans. L'adaptation du personnel au capacitaire a été appliquée à l'AP-HP. Cependant, pour que la masse salariale n'augmente pas, les solutions sont peu nombreuses. Il constate que les personnels ne reviendront vers l'AP-HP, comme dans les autres établissements d'Île-de-France, que s'ils peuvent avoir confiance dans les nouvelles conditions d'exercice de leur métier. Il n'est pas possible de motiver des équipes en mettant en avant de nouveaux statuts. Il observe un vrai conflit de valeurs. Dans les métiers du soin, les personnels n'exercent pas d'abord pour leurs avantages personnels et leurs statuts mais en fonction de valeurs et parce que l'équipe de soins est pérennisée au service du malade. Il voit donc mal comment il sera possible de résoudre le problème de l'attractivité sans s'atteler à ces questions. D'ailleurs, les tentatives menées pour fidéliser les intérimaires sur une période de six mois ou neuf mois n'ont abouti finalement qu'à 70 postes. En d'autres termes, le changement de paradigme passe par le retour aux conditions d'exercice du soin. Beaucoup parmi les membres de la communauté médicale estiment que l'AP-HP se détruit peu à peu sous leurs yeux sans qu'il n'y ait de gestes forts pour l'empêcher. Il souhaite donc savoir si l'ARS envisage de garantir des ratios dignes (par exemple un infirmier pour six patients), comme cette solution est mise en avant en Europe, afin de redonner envie au personnel d'exercer leur métier et de rester à l'AP-HP à l'issue de leur stage. L'AP-HP fait face à une hémorragie et un tiers des infirmiers quitte l'AP-HP après leur premier poste, c'est-à-dire après trois ans.

M^{me} Amélie VERDIER confirme que les ressources humaines en santé et que l'attractivité régionale sont la clé pour la suite. Concernant les ratios, il ressort des réunions réunissant les directeurs généraux d'ARS qu'à certains endroits, l'application d'un ratio d'un infirmier pour 6 ou 8 patients conduirait aussitôt à la fermeture d'un plus grand nombre de lits. Il est certes essentiel de donner des signes de confiance aux équipes en visant une amélioration de la qualité de vie au travail et en étant attentif au sens au travail, mais les ratios ne constituent pas la réponse absolue à ces enjeux.

Parmi les infirmiers qui sortent des écoles, un nombre très significatif exerce en dehors de l'Île-de-France et quasiment un tiers abandonne en cours d'étude. La situation appelle également à réfléchir aux compétences à mettre en place au lit du malade pour que ces compétences répondent aux besoins. Aujourd'hui, beaucoup d'infirmiers se plaignent du volant important de tâches administratives et logistiques qu'ils doivent assumer. Dans une approche pragmatique du sujet, la question est donc peut-être aussi de trouver des ressources qui permettraient d'endosser ces tâches qui reviennent aujourd'hui aux soignants. Cette solution existe d'ailleurs déjà dans certains hôpitaux de l'AP-HP et hors AP-HP. Certes, il convient d'étudier les pratiques en cours pour identifier celles qui fonctionnent et vérifier quels profils sont nécessaires. Dans certains cas, ce seront des profils soignants qui aideront à la saisie des dossiers patients ou des profils de logisticiens pour aider à l'approvisionnement des consommables. C'est ainsi que la question doit être regardée, car la réponse à apporter ne peut pas passer uniquement par un ratio. M^{me} Amélie VERDIER entend que sa réponse puisse être perçue comme une provocation alors que la question portait sur les ratios en tant que signal à donner pour redonner confiance aux personnels. Ce faisant, la masse salariale augmente tous les ans à l'AP-HP, peut-être pas suffisamment, et le Ségur de la santé a permis d'acter des revalorisations, qui là aussi sont peut-être insuffisantes puisqu'un débat monte sur la rémunération de nuit. Il est important que ces questions soient posées pour déterminer les axes prioritaires. De plus, même si des ratios spécifiques à l'AP-HP étaient mis en place, ils ne permettraient pas de répondre aux différences de charge en soins d'un service à l'autre. Il est sans doute préférable de réfléchir à de nouveaux cadres de travail qui font appel à d'autres types de compétences. Ce sont des alternatives de nature à rassurer les paramédicaux auprès desquels il n'est pas possible de tenir la promesse qu'ils seront plus nombreux compte tenu du volume des sorties d'école.

Le président se réjouit que la question des ratios soit abordée lors des réunions des directeurs généraux d'ARS, car il avait l'impression que ce terme était devenu dérangeant. Certes, la crise actuelle est majeure et multifactorielle. Cependant, depuis plusieurs années, le budget de l'hôpital est plutôt fixé en fonction de critères financiers sans partir des besoins. Certes, la réponse ne passe pas simplement par un ratio : il faut évidemment faire preuve de discernement et non pas appliquer le même ratio partout. Cependant, pendant plusieurs années, l'augmentation des effectifs n'a pas suivi l'augmentation de l'activité. Or, au fil des années, la densité du travail a augmenté jusqu'à l'épuisement. Certes, la formation des médecins et des paramédicaux doit être améliorée, notamment parce qu'un tiers des étudiants renoncent en cours de formation. Beaucoup de médecins et de cadres disent que des infirmiers sortant de l'école ne sont pas prêts. Cette situation participe aussi de la difficulté à animer une équipe. Le besoin de ressources est majeur pour endosser les tâches administratives et logistiques soulageant les soignants. Le travail des cadres doit être revalorisé. Tous ces sujets doivent évidemment être regardés mais ne doivent pas occulter la question relative aux ratios pour que les effectifs soient suffisants face à une charge de travail donnée et permettre aux équipes de prodiguer des soins de qualité et sûrs. Il s'agit d'un sujet central, trop longtemps mis de côté. Il espère que le nouveau Gouvernement qui sera nommé dans quelques jours prendra cette question à bras le corps, car elle est véritablement centrale.

Le D^r François SALACHAS peut entendre que les problèmes à traiter soient complexes mais, vu du terrain, les ratios sont cruciaux et pèsent beaucoup plus lourds que les glissements de tâches et que les irritants du quotidien. La communauté médicale affirme que les ratios sont bien une urgence et que les logisticiens ne vont pas assurer la permanence des soins. La question est aussi

de savoir comment les jeunes médecins et les jeunes infirmiers pourront être accueillis à l'hôpital public et comment mettre en place les conditions pour leur donner envie de rester. Ne pas prendre la mesure du problème, c'est se tromper sur les pistes d'amélioration. Pour terminer, contrairement à la directrice générale, il ne dirait pas que la situation est grave mais qu'elle est gravissime, car les pertes de chances à l'AP-HP et en Île-de-France sont très importantes, notamment pour les accidents vasculaires. Certes, tout est compliqué mais tout n'a pas la même valeur et les vrais problèmes ne doivent pas être occultés.

Le directeur général souhaite rebondir sur la première remarque du D^r François SALACHAS qui sous-entend que le directeur général, en considérant, par exemple, qu'il serait logique d'augmenter les rémunérations en fonction de la cherté du territoire, ne s'intéresserait qu'à l'argent touché par les professionnels, sans prendre en compte les valeurs professionnelles et la notion d'équipe.

Le D^r François SALACHAS affirme qu'il n'a pas dit cela.

Le directeur général s'en réjouit et affirme que l'AP-HP a été le premier hôpital à mettre en place des ratios par passage pour les personnels médicaux et non médicaux des urgences. Il estime également périlleux d'établir des comparaisons européennes sans regarder les durées moyennes de séjour. Établir des comparaisons sur les seuls ratios n'a pas de sens, cette comparaison doit porter à la fois sur les ratios, sur les personnels au lit du malade et sur les durées de séjour afin de dessiner des pistes. Par ailleurs, concernant la neurologie, le travail est en cours et devrait aboutir à un ratio intermédiaire entre les soins critiques et les autres activités. Ce sont néanmoins des sujets sur lesquels la réflexion se poursuivra, en particulier si ces questions permettent de renforcer l'attractivité.

3. Approbation du compte rendu de la CME du 5 avril 2022

Ce point n'a pas été traité.

4. Trajectoire budgétaire de l'AP-HP (M^{me} Stéphanie DECOOPMAN)

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN propose de présenter un point budgétaire à date, à une semaine de la clôture des comptes 2021, et de commenter le travail théorique de comparaison de l'AP-HP avec les autres CHU, mené sur la base des comptes financiers de telle sorte à identifier des écarts.

À date, le déficit budgétaire est attendu autour de – 285/290 M€ pour le compte principal et à hauteur de – 242 M€ tous comptes confondus, montant qui correspond à l'atterrissage 2020. L'AP-HP a bénéficié d'une compensation importante des surcoûts liés à la crise Covid. Cette compensation est supérieure à celle de 2020. C'était un sujet de préoccupation qui a donné lieu à une vigilance collective et à un travail important avec l'appui de l'ARS. Pour rappel, la CME avait approuvé un déficit prévisionnel pour 2021 de – 156 M€.

Les principaux écarts au budget initial portent sur l'activité et les recettes de séjour. Dans ce domaine, la garantie de financement n'a pas été dépassée. Les écarts s'expliquent aussi par des amortissements plus élevés, ce qui est logique en période d'investissement, par des provisions sur les comptes épargne temps (CET) en forte hausse et par un reste à financer sur le « Ségur de la santé » (pour 10 M€).

Le mécanisme de la garantie de financement est un outil qui permet de garantir le niveau d'activité 2019 à un hôpital qui n'atteint pas l'activité attendue. Sans cette garantie de financement, le déficit de l'AP-HP aurait été majoré de 237 M€. Les deux mécanismes de compensation – la compensation des surcoûts Covid et la garantie de financement – sont des amortisseurs mis en place par l'État qui ont aidé à la conduite budgétaire.

À fin mars 2020, si la trajectoire reste la même, la non-réalisation des recettes représentera un écart à la cible de l'ÉPRD de 145 M€ pour le premier semestre alors même que l'Assurance maladie aura octroyé une garantie de financement de 108 M€ pour la période. Le second semestre 2022 sera sans garantie de financement puisque le mécanisme prendra fin le 30 juin. L'AP-HP affiche un décalage par rapport à sa trajectoire tant sur l'activité que sur les effectifs. Le recours à l'intérim est très important, bien au-delà des prévisions. L'AP-HP est également exposée aux risques liés à la forte inflation. Certes, l'institution est protégée par la signature de marchés publics mais les entreprises demandent progressivement à renégocier les prix pour s'ajuster à la hausse des prix.

Tous ces éléments ont des répercussions sur la capacité à investir, c'est-à-dire sur la capacité d'autofinancement (CAF) qui est la capacité à financer les investissements. Plus précisément, la CAF nette doit faire l'objet d'attention, car elle représente la capacité à financer les investissements sans emprunter. Or les remboursements d'emprunt représentent pour l'AP-HP une charge de 158 M€ en 2021 contre 132 M€ en 2020. Cette charge devrait être de 167 M€ en 2022. Cette hausse est logique en période d'investissement mais, en regard d'une CAF qui reste stable, l'AP-HP pourrait être en situation de ne pas pouvoir rembourser son emprunt.

L'AP-HP a traversé la crise pandémique avec une situation antérieure compliquée. Les difficultés préexistantes sont toujours présentes mais l'accumulation des déficits pose la question de la capacité à investir.

Un travail a été mené pour comparer l'AP-HP à d'autres CHU. Cette analyse s'est fondée sur les comptes financiers des autres hôpitaux et sur la distribution de leurs recettes. Ce travail ne permet que de comparer les situations sans pointer un problème ou demander à copier un autre modèle qui serait la solution. Il s'agit simplement d'un constat factuel qui montre qu'il existe un écart, écart qui peut être normal ou sujet à interpellation. Ce travail a aussi conduit à relever des points d'évidence mais aussi des écarts non attendus. Il doit permettre ensuite de cibler les actions à mener. La situation actuelle de l'AP-HP est très atypique par rapport aux autres CHU. Pour 2021, l'AP-HP est quasiment le seul à être en situation de déficit. Le déficit est ramené au produit afin de comparer plus justement les établissements en fonction de leur échelle. Les CHU qui se trouvent dans une situation encore plus compliquée que celle de l'AP-HP sont les CHU de Pointe-à-Pitre, de Nice et de Strasbourg. Pour ce dernier, l'écart est lié à l'absorption du centre de lutte contre le cancer, et à une difficulté de consolidation des comptes. L'exercice de comparaison a consisté à projeter les données pour la même structure de charges que l'AP-HP. Le premier écart concerne les recettes d'activité : pour la même structure de charges, les recettes d'activité générées par l'AP-HP sont moindres avec un écart de presque 400 M€. Les charges de titre 3, c'est-à-dire les charges générales hôtelières, sont aussi plus élevées à l'AP-HP. Cet écart peut tenir aux choix d'internalisation ou d'externalisation, ce qui peut conduire à constater des biais dans la comparaison, mais invite à regarder plus précisément le sujet. Sur l'item de la masse salariale du personnel médical comme non médical, l'écart est de 80 M€. Il peut sembler important mais, rapporté au volume de la masse salariale de l'AP-HP, cette somme reste modérée. Par ailleurs, il

s'explique par une séniorisation plus élevée à l'AP-HP qu'ailleurs et surtout par l'intérim, qui est une spécificité de l'Île-de-France et singulièrement de l'AP-HP. L'écart n'a pas pu être chiffré sur les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux, car l'AP-HP ne comptabilise pas les stocks de la même manière que les autres CHU. Un écart est toutefois visible et il faudra vérifier s'il tient uniquement aux méthodes comptables. Sur les recettes missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC), l'AP-HP a toujours tendance à affirmer qu'elle est sous-financée tandis que les autres CHU prétendent que l'AP-HP est surfinancée mais l'analyse comparative conduit à la conclusion que l'écart est nul à même structure de charges sauf pour le projet social qui est une spécificité de l'AP-HP. Enfin, sur les recettes de facturation, l'AP-HP apparaît en meilleure position que les autres CHU sur la base du même volume de dépenses. Deux éléments peuvent expliquer cette situation. La première explication est que l'AP-HP prend en charge beaucoup de patients étrangers payants. La deuxième explication tient au ticket modérateur qui était jusqu'alors plus élevé à l'AP-HP, mais cette situation atypique va disparaître puisqu'il a été uniformisé.

Une analyse plus approfondie a été menée sur l'ensemble de ces catégories en commençant par les recettes d'activité pour lesquelles l'écart est très important. Cette analyse s'est basée sur l'évolution de l'offre de soins entre 2018 et 2021. Il en ressort que, par rapport aux autres groupes (privé non lucratif, centre hospitalier, etc.), l'AP-HP a connu une baisse d'activité plus forte que les autres acteurs. Le seul service qui a connu une baisse d'activité plus forte est le service de santé des armées. La baisse d'activité enregistrée à l'échelle de l'AP-HP est également plus forte que la baisse enregistrée à la maille de la région. La conséquence en a été que la part d'activité de l'AP-HP dans la région a baissé d'un point sur la période. Les spécialités les plus touchées par cette décline sont des spécialités cœur de CHU, comme les différents segments de la cancérologie (avec un recul de plus de 10 % et des durées moyennes de séjour qui s'allongent), mais aussi la radiothérapie, la gériatrie, l'ostéo-articulaire, etc. Entre 2018 et 2021, la recette moyenne du cas traité (RMCT) ou recette moyenne d'un séjour a reculé hors effet tarif. Cette évolution est surprenante alors que la prise en charge Covid est une prise en charge complexe. En 2021, à baisse d'activité semblable, tous les GHU n'ont pas enregistré la même baisse des recettes avec des évolutions très contrastées. Le GHU-Sorbonne, malgré une forte baisse d'activité, a connu une évolution moins défavorable de ses recettes et cet exemple a été travaillé pour comprendre les raisons de ces évolutions. En neutralisant les variables du tarif et du volume du codage, des écarts très importants perdurent entre les GHU, ce qui témoigne de pratiques très différentes dans le codage de l'activité. L'analyse théorique menée conduit à dire que, si tous les GHU avaient suivi la même tendance que le GHU-Sorbonne, le surcroît théorique de recettes pour l'AP-HP aurait été de 145 M€. Ce chiffre reste théorique mais il démontre bien qu'un sujet est à traiter au sujet du codage.

L'analyse a également porté sur les durées de séjour et l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS). Sur la période 2018-2021, l'indice de performance de l'AP-HP passe de 1,06 à 1,09, soit une évolution de presque 10 % sur les quatre années. En se calant sur la DMS nationale, l'AP-HP pourrait générer un surcroît de recettes de 235 M€ (sur une base 2019). Les écarts sont plus importants pour certaines spécialités chirurgicales (orthopédie, digestive, cardio-vasculaire et neurologique) mais aussi en médecine, hématologie, pneumologie et vasculaire. Cependant, il s'agit d'un calcul théorique et il faut rappeler que la DMS peut être impactée par plusieurs facteurs : par l'organisation de l'ensemble de la filière (fluidité de l'aval, circuits

ambulatoires, organisation des sorties, etc.) et par un effet du codage (absence de niveaux de sévérité codée, etc.)

L'analyse a également conduit à évaluer les moyens nécessaires pour réaliser les recettes attendues. En regardant l'évolution comparée des effectifs et de l'activité depuis janvier 2018, il est constaté un net décrochage de l'activité (en nombre de journées), de manière massive avec la crise Covid sans retour, à ce stade, à la situation antérieure. Cependant, les courbes des effectifs de personnel médical (PM) et personnel non médical (PNM) ne suivent pas les mêmes évolutions. La courbe des effectifs de PNM a connu, sur la période, des pics et des creux pour se situer actuellement dans une trajectoire légèrement baissière. La courbe des effectifs de PM, quant à elle, a affiché un dynamisme, notamment depuis novembre 2020. Cette analyse qui met en regard les recettes et les effectifs montre clairement un effet ciseau, qui explique l'écart budgétaire auquel est confronté l'AP-HP.

Sur l'ensemble des recettes de l'assurance-maladie (incluant les recettes de soins, de recherche, d'activités, etc.) rapportées aux effectifs PM et PNM, l'AP-HP figure en bas de classement avec un écart de près de 7 points par rapport à la moyenne nationale pour l'ensemble des effectifs CHU de France (avec un écart de 4,2 points pour le PNM et de 17 points pour le PM senior).

Il a également été vérifié s'il n'existait pas des coûts propres à l'Île-de-France. Le coût unitaire du PNM est de 6 % plus élevé à la moyenne nationale à l'AP-HP, en accord avec le coefficient géographique, ce qui peut conduire à conclure que l'AP-HP se situe dans la moyenne. Cette analyse a été menée sur la base des données 2019. La compensation massive en 2021 de la diminution des effectifs IDE par le recours aux heures supplémentaires et à l'intérim a par contre creusé une anomalie supplémentaire par rapport aux CHU.

À l'AP-HP, il n'est pas possible d'étudier les ratios en charge de travail et par spécialité mais uniquement par catégorie professionnelle ramenée à l'ensemble des effectifs. Sur ce plan, l'AP-HP se situe dans la moyenne des autres CHU pour les IDE et IDE spécialisés, au moins en 2019, car la situation est moins favorable aujourd'hui. Cependant, l'AP-HP n'est pas en situation de sureffectif. En revanche, pour la catégorie des aides-soignants, l'écart est plus important par rapport à la moyenne. Pour la catégorie des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), l'écart est moindre, car certaines tâches, notamment logistiques.

Du côté du personnel médical, la présence des attachés est plus importante, ce qui entraîne une séniorisation plus forte. De manière contre-intuitive, la part des internes apparaît comme la plus faible de France. L'AP-HP est employeur de tous les internes de la région. Il convient donc de regarder plus en détail ce ratio par faculté et par affectation. Les doyens indiquent par ailleurs, depuis plusieurs années, que les arbitrages sont défavorables à l'Île-de-France pour tendre vers un rééquilibrage national. Le croisement de ces deux éléments pourrait conduire à porter un regard plus juste sur la situation. De plus, cet état des lieux est antérieur à la réforme touchant les contractuels et aux mesures du « Ségur de la santé ».

Concernant le capacitaire, pour la période 2018-2021, le nombre de lits fermés a augmenté d'environ 10 %, ce qui entraîne un manque de recettes estimé à 232 M€, et cela même si le taux d'occupation a progressé passant de 89,5 % à 90,8 %. Cette hausse peut sembler mineure mais gagner un point de taux d'occupation représente une évolution importante à l'AP-HP compte tenu des volumes en jeu.

L'analyse a également porté sur le nombre d'IDE présents, les effectifs de remplacement, les heures supplémentaires et l'intérim. Les données de Gestime permettent également de suivre l'évolution de l'absentéisme pour le retrancher de la somme des présences. La courbe retraçant le personnel IDE présent a connu des évolutions sur la période avec un creux enregistré en janvier en 2022 correspondant à des absences Covid. Certes, pendant la période, il a été fait appel aux heures supplémentaires et surtout à l'intérim mais cette dernière solution n'est pas aussi qualitative que les effectifs permanents. Une dernière analyse permet de comparer les effectifs de 2019 pour la considérer comme une base 100 et la comparer aux effectifs de 2022 avec laquelle il est constaté un décroché de 7 points, même si cette ligne reprend une courbe légèrement haussière depuis avril au vu des derniers chiffres. La même analyse a été menée du point de vue des fermetures de lits fermés. C'est une autre manière d'illustrer la démultiplication de l'impact RH sur le fonctionnement de l'hôpital.

Des écarts sont également notés pour les activités logistiques et médico-techniques. Par exemple pour la biologie, les coûts du B ressortent à 20-22 centimes contre 18 centimes pour la moyenne nationale. Compte tenu du volume, cet écart génère un surcoût compris entre 35 et 92 M€. Le même exercice a été réalisé pour tous les services hôteliers (nettoyage, gardiennage, sécurité, déchets, etc.). Sur tous ces postes, l'AP-HP présente des écarts par rapport aux autres CHU. Cette situation appelle à mener une étude plus qualitative puisque la prestation peut être dans l'unité de soins ou confiée à une équipe centrale. Pour le poste de la blanchisserie, le coût à l'AP-HP est de 3,4 € au kilogramme de linge contre 1,33 € au niveau national. Le coût unitaire de la stérilisation est également plus élevé à l'AP-HP que dans les autres CHU. Sur les crèches, aucune comparaison ne peut être établie. Le coût de 42 M€ pour les crèches doit être vu comme un investissement de l'employeur. Il conviendra de le comparer à celui d'autres structures.

A contrario, certaines activités de l'AP-HP affichent des ratios proches de ceux des autres CHU comme l'imagerie ou encore l'anesthésie-réanimation. D'autres activités sont moins bien financées, comme la biologie hors nomenclature, les études médicales (pour lesquelles il convient de s'interroger sur le modèle qui repose à la fois sur l'activité et une dotation) ou la précarité pour laquelle une étude menée en 2017 devrait être réactualisée.

Ces éléments doivent être approfondis puisque la situation budgétaire de l'AP-HP l'expose avec la fin de la garantie de financement prévue au 30 juin 2022, une situation de la CAF nette (proche de zéro) qui ne peut pas perdurer au même rythme, et une vigilance accrue et forte des tutelles, en raison de la situation atypique de l'AP-HP par rapport aux autres CHU.

Pour l'AP-HP, les priorités sont de maintenir sa capacité à investir et de réaliser le projet social, notamment pour confirmer les recrutements prévus en juillet. Face à ce constat, il apparaît impérieux d'assurer une mobilisation collective autour de quelques points de fragilité, qui n'ont pas fait l'objet d'une attention forte au cours de la dernière période, car d'autres sujets importants étaient à traiter. Ces priorités sont le codage, la facturation, la sortie de la garantie de financement ou encore la poursuite du plan d'optimisation de la capacité de soins et la poursuite du plan de recrutement des IDE.

Ce travail fait l'objet d'une réunion de suivi hebdomadaire au niveau de l'AP-HP. Des éléments seront fournis aux GHU et les leviers d'action seront analysés, notamment sur le codage. Une rencontre est habituellement organisée avec les GHU en mai-juin. Dans le contexte de 2022, il est proposé que ces rencontres soient l'occasion de présenter et valider les grandes lignes du plan

d'action de chaque GHU autour des grands éléments qui ressortent de l'analyse. Par exemple, dans un établissement, il n'a pas été facturé à l'assurance-maladie quasiment 15 M€ sur les molécules onéreuses. De telles situations doivent être purgées. D'autres points encore peuvent être regardés selon les situations : médicaments, listes en sus, organisation des soins, enjeux d'attractivité, fiabilisation des outils, etc. Sur d'autres, des approfondissements seront nécessaires.

Le D^r Sonia CERCEAU salue le travail considérable mené et entend parfaitement que les éléments financiers soient essentiels. Cependant, les médecins ont choisi de travailler à l'hôpital public mais ils doivent gérer la pénurie au quotidien. Les médecins de l'AP-HP font partie de pôles d'excellence qui sont des centres référents pour d'autres établissements. Cependant, lorsque ces centres de référence ne fonctionnent pas, c'est tout l'écosystème qui ne peut pas travailler en sécurité. Certes, la dette de l'AP-HP est importante mais l'institution a besoin de fonds pour travailler et pour recruter. La permanence des soins doit être revalorisée. La priorité est actuellement de parvenir à boucler la liste des gardes de l'été. Or il est plus difficile aujourd'hui de convaincre des personnels d'accepter 8 gardes par mois payées 240 €. Face à cette situation, il faut privilégier le pragmatisme. Les problèmes que rencontre l'hôpital public ne seront pas résolus immédiatement, mais les sujets les plus importants sont ceux de la permanence des soins, du travail de nuit et de la stabilité des plannings des IDE. Ces éléments sont nécessaires pour améliorer l'attractivité. Aucun progrès ne sera constaté tant que ces problèmes ne seront pas résolus.

D^r Guy BENOÎT souligne en introduction que cette présentation, si elle était entendue par une personne extérieure à l'AP-HP, pourrait conduire à penser que rien ne va et qu'il faut licencier tout le monde. En effet, la présentation fait un portrait au vitriol de la situation puisque, à recettes équivalentes, le personnel médical est 17 % plus important à l'AP-HP que dans les autres CHU avec une séniorisation 13 % plus forte. D'autres activités sont aussi en situation de décroché par rapport à la médiane comme la stérilisation, la lingerie, la biologie, etc. La direction générale de l'AP-HP précise qu'il s'agit d'un état des lieux à date. Cependant, cette situation ne devrait étonner personne au vu de l'historique. En 2012-2013, le déficit de l'AP-HP s'élevait à - 50 M€ et n'a jamais cessé de s'aggraver depuis pour atteindre maintenant 290 M€. La communauté médicale n'a jamais voté le PGFP, car il était considéré comme non réaliste ni tenable. Le dernier PGFP proposait encore une augmentation de l'activité mais les commentaires de la CME visant à dire que cette trajectoire n'était pas tenable n'ont reçu qu'une volée de bois vert de la direction générale. Le déficit était de - 2,1 Mds€ en 2014 pour passer à - 3,1 Mds€ en 2021.

Le directeur général souligne qu'il ne s'agit pas du déficit mais du montant de la dette.

D^r Guy BENOÎT souhaite terminer son propos avant que la direction générale lui réponde. Par ailleurs, en matière d'investissement, la CAF nette cumulée s'est élevée à 137 M€ de 2016 à 2021 alors que le total des cessions s'est élevé à 269 M€ sur la même période, c'est-à-dire que les cessions de l'AP-HP n'ont pas intégralement servi l'investissement mais ont aussi servi à réduire le déficit. Entre 2012 et 2019, l'activité a augmenté de 12 à 15 % tandis que les effectifs PM sont restés stables. Le personnel soignant, quant à lui, a vu son effectif baisser de 2 000 emplois. Ces chiffres sont issus du bilan social. Maintenant, la direction générale avance des difficultés sur le codage. En mai 2012, cette question du codage avait pourtant déjà été posée devant la CME avec les mêmes interrogations et difficultés qu'aujourd'hui. Elle a de nouveau été débattue en mai 2018 au moment de la restructuration de l'AP-HP pour expliquer que le codage était une

priorité. Les médecins de l'AP-HP ne sont pas moins bons et moins soucieux de l'intérêt public que leurs confrères et la DMS n'est pas liée à une certaine négligence. La situation doit interpeller pour comprendre si les difficultés tiennent à un déficit de lits d'aval, à la structure du personnel, à l'intérim, à la taille du CHU. En effet, les autres CHU n'ont pas la même taille que l'AP-HP et peut-être pas non plus la même agilité. À ce sujet, un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2012 relevait qu'il existait une certaine rigidité au-delà d'une certaine taille. En d'autres termes, la création de CHU et de DMU de taille importante peut être aussi un handicap. L'analyse doit donc être menée globalement en prenant en compte tous ces éléments et ne doit pas laisser supposer que la responsabilité de la situation tient uniquement aux médecins.

Le P^r Xavier MARIETTE observe que le déficit de 249 M€ qui est relevé dans la présentation ne représente finalement que 5 % du budget global de l'AP-HP. Alors que le coût du groupe homogène de séjour (GHS) n'a fait que diminuer pendant dix ans avant d'augmenter à partir de 2019 de 0,2 %, il suffirait d'augmenter le GHS de 5 % pour que l'AP-HP soit en équilibre. Cette remarque revient à dire que la solution pourrait passer par une refonte du financement de l'hôpital puisque l'Objectif national de dépenses de l'assurance-maladie (ONDAM) n'augmente que de 2,3 % par an tandis que les charges augmentent de 4 à 4,5 % par an. Pour sa part, il ne pense pas que la solution passe par le surcodage ou par le recrutement de codeurs professionnels pour gonfler artificiellement les recettes.

Par ailleurs, l'AP-HP accueille davantage de populations précaires que d'autres CHU mais la direction générale indique qu'il n'est pas possible de le mesurer. Le directeur général a dit à juste titre que la récupération de la facturation des mutuelles emploie 1 500 personnes. Aussi, si l'assurance-maladie remboursait les frais hospitaliers à 100 %, ces 1 500 personnes pourraient être réorientées vers les soins.

La présentation montre les écarts existants sur le nombre de PM et PNM entre l'AP-HP et les autres CHU mais ce même exercice n'a pas été fait pour les personnels administratifs. Or la structure administrative de l'AP-HP est peut-être en elle-même consommatrice de ressources.

Enfin il relève également que les médecins sont 17 % plus nombreux à l'AP-HP par rapport aux recettes que dans les autres CHU. Il faut aussi prendre en compte le fait que l'AP-HP héberge des domaines d'excellence mais aussi la recherche. Or un article dans une publication de rang A représente un apport de 16 000 € par an pendant quatre ans dont 1 % uniquement revient vers les services. Sur cette base, il serait utile de comparer le coût de l'effectif PM par rapport aux revenus du Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques (SIGAPS) et de déterminer si ces recettes liées à la recherche sont suffisamment redistribuées.

Le P^r Bertrand GODEAU souligne que le budget de l'AP-HP est en déficit et qu'il est légitime que la direction générale cherche à comprendre pourquoi et cherche à identifier des solutions. En revanche, il ne comprend pas pourquoi la situation de l'AP-HP est comparée à celle des autres CHU car les CHU avec lesquels l'AP-HP se compare sont également en très grande difficulté et ne peuvent être pris pour exemple. À Rouen, par exemple, dans le service de médecine interne qui compte 30 lits, on dénombre seulement une IDE et un aide-soignant la nuit pour prendre en charge des patients drépanocytaires sous pompe de morphine et des patients pouvant souffrir de pathologies hématologiques graves. Les urgences de Bordeaux se trouvent au bord de la cessation de paiement. À Dijon, CHU qui présente une situation bénéficiaire, les personnels sont en souffrance. Le système hospitalier est au bord de la rupture. Or un déficit de 5 % semble dérisoire

pour un hôpital au bord de l'effondrement. Il reconnaît que la direction générale est dans son rôle en cherchant à comparer les situations et en voulant identifier des axes d'amélioration mais la comparaison avec les autres CHU doit être relativisée au regard de leurs situations également précaires.

Le D^r Patrick PELLOUX salue le travail de comparaison qui a été mené. Cependant, toute comparaison doit être faite avec précaution. Par exemple, le plan de retour à l'équilibre financier de l'hôpital de Strasbourg annonce de nombreuses fermetures, des activités qui seront transférées vers le privé lucratif et des licenciements. Il souhaite donc savoir si les mêmes orientations seront décidées pour l'AP-HP. Il retient également le focus fait sur le codage et l'accréditation et souhaite savoir si les montants importants dépensés génèrent de réels gains. Il souhaite également savoir si la direction générale a simulé le surcoût qui pourrait être supporté du fait de la forte inflation à venir, y compris sur le poste alimentaire.

Trois cliniques de Neuilly-sur-Seine vont se rapprocher. Cette nouvelle structure ouvrira 400 lits avec 25 salles de blocs opératoires, deux scanners et deux IRM. Alors que l'horizon de l'AP-HP semble lugubre, il s'avère qu'il est dégagé pour ces structures privées lucratives qui embauchent des codeurs professionnels.

Il rejoint enfin les propos tenus par le D^r Sonia CERCEAU sur la permanence de soins. Les urgences de Bordeaux pourraient fermer ainsi que les urgences de Versailles qui réduisent leur activité. Or personne ne se pose la question de la prise en charge des patients. Ces situations se multiplient, signe que le système public de santé est en train de s'effondrer. Il est de plus en plus difficile de boucler les listes de garde, ce qui doit conduire à revaloriser le travail de nuit. Cette décision est d'autant plus prioritaire que les structures de banlieue ferment ou réduisent leur activité, ce qui a des répercussions directes sur les établissements de Paris et sur les conditions de travail des personnels.

Le directeur général explique tout d'abord que l'analyse qui a été menée ne visait nullement à pointer des responsabilités du côté des médecins, des infirmiers ou d'autres professions. Ce travail n'avait nullement cette intention mais tendait simplement à porter un regard sur les modes de fonctionnement afin d'expliquer les écarts. Il tient également à rappeler toutes les actions qui ont été menées pour faire reconnaître auprès des tutelles que l'AP-HP a pris en charge de nombreux cas Covid et beaucoup de cas lourds pour être financé à hauteur de son engagement. La direction générale n'a jamais hésité à se battre pour faire reconnaître cet état de fait et pour obtenir les compensations nécessaires. En revanche, il est plus difficile d'argumenter qu'un mauvais codage doit conduire à recevoir 200 M€. Le directeur général sait parfaitement que la question du codage est une question sensible, notamment parce qu'il se souvient de la grève du codage. Cela étant, dans cet exercice, l'AP-HP ne s'est pas comparée à la clinique ou à l'établissement qui recrute des codeurs professionnels mais la comparaison a porté sur les six GHU en extrapolant les pratiques de l'un d'entre eux sur les cinq autres. Or ce gain est estimé à 145 M€ à mettre en face d'un déficit de 180 M€. Il faut rappeler ici que sans codage les fonds restent dans les caisses de l'assurance-maladie qui peut alors redistribuer à d'autres, dont les cliniques privées. Or il existe un intérêt bien compris que l'argent de l'AP-HP rentre dans ses caisses.

Par ailleurs, réagissant aux propos de M. Guy BENOÎT, le directeur général indique que les 2 000 emplois en moins sont des emplois non médicaux et non soignants, c'est-à-dire que ce sont des

emplois administratifs et logistiques, entre autres. Les emplois soignants n'ont diminué que lorsqu'il a été difficile de recruter.

D^r Guy BENOÎT constate que ce n'est pas ce qui est écrit dans les bilans sociaux

Le directeur général pense être fondé à affirmer que c'est bien ceci qui est écrit dans les bilans sociaux. Il pense pouvoir réaffirmer aussi que les montants cités plus haut par D^r Guy BENOÎT sur le déficit se rapportaient en fait à la dette. Mais ces points pourront être vérifiés.

La précarité ou les autres éléments spécifiques, s'ils ne sont pas notés, seront gommés et l'AP-HP n'obtiendra pas de fonds en regard. Or, pour obtenir des effectifs, il faut pouvoir démontrer qu'il y a une activité à couvrir en face ou une lourdeur dans les soins prodigués. C'est le symétrique du débat sur les ratios qui a eu lieu plus tôt.

Par ailleurs, la recherche est un élément important. Pour répondre au P^r Xavier MARIETTE qui sans doute préférerait 30 % d'intéressement aux actuels 3 % sur les SIGAPS, si le fruit des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) n'était pas utilisé pour compenser le fait qu'il y a moins de malades soignés par personnel à l'AP-HP, alors les sommes à consacrer à la recherche seraient plus importantes. C'est la réalité à laquelle il faut faire face.

S'agissant de savoir si la direction générale s'appuierait sur cette analyse pour préparer un plan de licenciements : a présentation indique à l'inverse clairement qu'il y a deux éléments auxquels la direction tient, d'une part, le projet social qui porte des créations d'emploi et les améliorations des carrières professionnelles pour que les personnels soient plus nombreux au lit du malade et pour que les carrières soient plus avantageuses ; d'autre part, l'investissement afin que les locaux soient moins vétustes et que les équipements permettent de délivrer des soins d'excellence. Le paradoxe est qu'il sera difficile de préserver ces priorités si les indicateurs de l'AP-HP (sur les recettes, le codage, etc.) sont défavorables comparés aux autres CHU. Ce point rejoint sa remarque précédente sur les durées moyennes de séjour, remarque qui n'est pas abstraite mais qui a bien à voir avec le vécu des malades. Il y a trois ans, une discussion avait eu lieu en CME sur la pose des TAVI (*transcatheter aortic valve implantation*) à l'AP-HP (11 jours) comparée à d'autres hôpitaux et cliniques (6 jours) et à la Mayo Clinic (2 jours). Les malades de l'AP-HP ne souhaitent sûrement pas rester 11 jours à l'hôpital pour l'implantation d'un TAVI. Toutefois, cette durée moyenne a bien des conséquences lourdes sur les équilibres de l'AP-HP mais aussi sur les ratios, puisqu'il faudra plus de nuitées d'infirmières par TAVI posé.

Tout le monde s'accorde à reconnaître qu'il existe une problématique à traiter sur la permanence de soins et le travail de nuit. Grace à son siège au sein des négociations du Ségur de la santé, l'AP-HP avait défendu, après débat en CME et interpellation du D^r Patrick PELLOUX, l'amélioration des gardes de la permanence des soins et le travail de nuit, mais ce n'est pas ce que les organisations professionnelles, y compris médicales, ont défendu. D'autres mesures ont été mises en avant comme l'indemnité de service exclusif public entre autres. Sur les milliards d'euros dépensés, consacrer 5 % par exemple à la permanence des soins aurait abouti à consacrer quelques centaines de millions d'euros à cette mesure. Aujourd'hui, il est difficile d'expliquer à l'État, qu'après avoir dépensé 8 Mds€, il doit encore accorder 300 M€. Par contre, des mesures pourraient peut-être être revues à la marge afin de trouver de la place pour la permanence des soins et le travail de nuit. Ce sont les thèmes sur lesquels il faut mener une discussion sans que les différents acteurs le vivent comme une mise à l'index de telle ou telle spécialité ou catégorie. Le

problème est collectif. Si les médecins pensent que les directeurs ne font que pointer du doigt les médecins et que les chiffres ne concernent que la direction mais pas la communauté de l'hôpital, aucune solution ne sera possible. Par contre, une analyse collective de ce qui peut être mieux fait ou de ce qui peut être demandé pour avoir un impact favorable sur l'attractivité de l'AP-HP pourrait être vertueuse et de nature à résoudre les difficultés.

M^{me} Amélie VERDIER explique qu'elle n'est pas présente devant la CME pour annoncer de grandes réformes et que le sujet en jeu n'est pas qu'un sujet de tarification. Sa première réaction est plutôt un étonnement. Elle étudiera ces données de manière plus approfondie afin de les comprendre mais elle se dit surprise que la communauté médicale annonce presque que la comparaison n'a pas lieu d'être. Certes, l'AP-HP ne se résume pas à la moyenne des CHU mais ces chiffres doivent sans doute permettre de tirer des enseignements. L'ampleur de l'écart, notamment sur les recettes, ne peut qu'interpeller, même s'il est possible de discuter aussi de la situation des hôpitaux de Bordeaux, de Strasbourg ou de Rouen. La tendance que montrent les graphiques est bien celle d'une dégradation des recettes d'activité mesurées par médecin à l'AP-HP. Ces informations doivent être débattues et conduire à s'interroger sur la nature de l'activité que l'AP-HP doit prendre en charge. Certes, elle doit prendre en charge une part de soins de proximité mais elle ne peut pas se résumer à cela. Il n'existe pas de recettes miracles ailleurs qu'il faudrait absolument appliquer à l'AP-HP. Il est donc très sain d'étudier la situation en profondeur. Les éléments qui viennent d'être commentés sont intéressants, ce qui ne signifie pas que d'autres éléments ne sont pas à regarder aussi. L'ARS affinera le diagnostic posé avec l'AP-HP ainsi que les facteurs d'explication. Cela étant, la tendance observée appelle une réaction qu'elle demande au directeur général de l'AP-HP.

Le président souligne que la CME a conscience que l'argent doit être bien dépensé, ce qui n'empêche pas de dire qu'il existe un manque général qui contribue à la situation actuelle. Ce manque concerne l'AP-HP mais aussi beaucoup d'autres endroits. C'est d'ailleurs ce qui l'a conduit à dire sur *France Info* que la situation était catastrophique. Cependant, dire cela n'empêche pas de faire une analyse. Pour rebondir sur les propos précédents du directeur général sur les durées moyennes de séjour pour la pose d'un TAVI, il serait intéressé de savoir pourquoi il existe de tels écarts et comment les combler. Toutefois, le message à passer ne peut pas être simplement de réduire la DMS sauf à diffuser un message qui sera très mal reçu dans les services au vu de la situation actuelle. Dans son service, la moitié des lits sont fermés et la DMS baisse. Cependant, en contrepartie, les soins ne sont pas au rendez-vous des attentes. Il demande donc que le temps nécessaire à l'analyse soit pris, même si le temps est compté, et que les missions de l'AP-HP soient mieux valorisées.

Le D^r Sonia CERCEAU ne dit pas que les directeurs sont des « méchants » et les médecins des « gentils ». Elle reconnaît qu'il est normal de comparer et d'analyser les situations. Il a été demandé aux équipes de prendre le virage ambulatoire et le virage ambulatoire a été pris. Il a été demandé des hôtels hospitaliers et cette solution a été poussée. Toutes les initiatives sont prises pour réaliser des économies. Il ne faudrait pas que la direction générale pense que la communauté médicale se moque de ces questions. Cependant, il faut aussi prendre en compte le quotidien et qui se résume à la gestion de la pénurie. Cet après-midi encore, deux transferts d'enfants de 30 semaines en provenance d'Eaubonne et de Provins n'ont pas pu être acceptés alors que ces enfants ont besoin d'être opérés et que seule l'AP-HP peut les prendre en charge. Elle comprend que le budget soit important mais les équipes passent leur temps à gérer la pénurie. Cette situation entraîne des pertes. Alors que les équipes forment les nouvelles recrues,

celles-ci partent ailleurs une fois formées en raison des horaires, de la pénibilité et de la piètre qualité de vie. En tant que pôles d'excellence pour tout le territoire, l'AP-HP a besoin de financements, même si cela coûte déjà très cher. Une analyse est certes nécessaire mais il faut absolument que ces points soient revalorisés de manière pragmatique sauf à courir le risque d'un écroulement du système hospitalier.

D^r Guy BENOÎT souligne que personne ne souhaite l'échec de l'AP-HP. Tel n'est pas le sujet. Il note simplement que le même constat a été fait sur le codage en 2012, puis en 2018 sans correction depuis, ce qui peut apparaître fort dommage. Par ailleurs, il est projeté que l'investissement soit de 550 M€ en 2022 et 2023, puis de 750 à 800 M€ les années suivantes. Il souhaite donc savoir si cet objectif est raisonnable ou tenable *a fortiori* dans un contexte d'inflation. Le dire ainsi ne revient pas à faire un reproche mais constitue plutôt une interrogation.

Le P^r Agnès HARTEMANN estime que le travail mené est un travail de qualité mais il pourra avoir un impact délétère sur le terrain. Le signal donné est celui d'une communication négative sauf à mettre en exergue le fait que l'AP-HP n'est pas certaine de la méthodologie de comparaison. Il faut rappeler ici que la vague Covid qu'a traversée l'Île-de-France en 2020 n'a pas été comparable à celle traversée par les autres CHU de France. Encore récemment, la moitié des hospitalisations de jour (HDJ) était fermée ainsi que des blocs opératoires pour récupérer du personnel. Elle n'est pas certaine que le vécu des autres CHU de région ait été le même. Sur le plan de la méthodologie, ce sont des éléments bloquants. De même, des questions sont posées sur le périmètre que recouvrent les PM, notamment pour savoir si les vacataires sont inclus dans cette catégorie. De même, les médecins dont la mission première est de prodiguer du soin ont connu des glissements de tâches très importants. Tous les médecins tapent par eux-mêmes leurs comptes rendus de consultation. Des PH rédigent aussi les comptes rendus d'HDJ et les mettent sous enveloppe. De fait, les médecins sont peut-être moins productifs à l'AP-HP puisque bien d'autres missions leur incombent. Cependant, ce n'est peut-être pas le cas dans les autres CHU avec lesquels l'AP-HP est comparée. De même, il faut rappeler que les PH ne prennent pas leurs RTT et qu'il faut les forcer à les prendre. Concernant les ratios, il est évident qu'une baisse de celui-ci a une conséquence directe sur la DMS. Par exemple, en diabétologie, les patients sont beaucoup moins vite autonomes lorsqu'un seul infirmier doit gérer 16 malades. De plus, pour protéger le personnel et éviter qu'il parte ou s'arrête, elle décide souvent de rallonger la DMS lorsqu'une seule infirmière est présente pour 16 lits le week-end. Il est en effet préférable de recruter que de faire appel à l'intérim. Le problème est que la possibilité d'intérim sera limitée même si les recrutements ne sont pas là, ce qui conduira à dégrader encore les conditions de travail. L'objectif qui consiste à raccourcir la DMS est le but depuis des années. De nombreuses initiatives ont été prises. Aussi le message consistant à dire qu'il faut de nouveau réduire la DMS sera très mal vécu par les équipes de terrain.

5. Résultats du questionnaire du groupe ad hoc de la CME sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU) (P^r Bahram BODAGHI)

Le président souligne qu'il ne sera pas possible de dérouler l'ensemble de la présentation. Il donne cependant la parole au P^r Bahram BODAGHI pour qu'il présente une rapide synthèse de l'évaluation des DMU et des conclusions provisoires, puisque le groupe *ad hoc* doit encore travailler pour répondre aux questions posées lors de la CME du 11 janvier dernier.

Le P^r Bahram BODAGHI souligne que l'enquête qui a été menée est un bel exemple d'exercice démocratique. La commission qui a été constituée pour travailler sur cette thématique a été représentative des sensibilités présentes à la CME. Des directeurs et des cadres de soins ont été associés à la démarche, notamment pour enrichir le questionnaire qui comptabilisait initialement quatre questions. Des auditions ont aussi été organisées. Le questionnaire envoyé en mars a obtenu un taux de réponse de près de 30 %. Comparé à d'autres questionnaires, ce taux de réponse est important et montre l'envie de tous de s'exprimer. Il a été noté que 40 % des répondants étaient des responsables de structures. De très rares personnes ont décliné la proposition et indiqué que le débat ne portait pas sur le DMU qui pouvait être pointé comme un bouc-émissaire. Les discussions qui ont été menées au sein de la commission se sont déroulées dans le respect mutuel. Toutes les sensibilités ont pu s'exprimer. Les résultats sont d'ores et déjà accessibles sur le site de la CME. L'enquête a aussi été menée auprès des cadres, à la demande du directeur général, et chaque GHU a lancé une évaluation. La commission émettra des recommandations au mois de juin. Après arbitrage du Président de la CME, ces recommandations seront soumises à la direction générale. Pour information, les renouvellements de DMU auront lieu en 2023 et il faut donc s'y préparer. Le P^r Bahram BODAGHI souhaite retenir, à ce stade du travail, que ce dispositif témoigne d'une envie de démocratie, de participation et d'implication. Il faudra donc veiller à ce que ces contributions soient prises en compte pour mener des actions.

Le président remercie le P^r BODAGHI pour son travail d'animation qui a été unanimement reconnu même si l'analyse n'est pas terminée.

Le P^r Bernard GRANGER estime que les réponses obtenues sont relativement claires et montrent un avis globalement négatif sur les DMU. Si on avait pu évaluer les pôles, on aurait évité de faire pire. Le taux de réponse est élevé et donne toute sa force au questionnaire. Dans le *Monde* paru le 4 mai, un article portait sur une enquête auprès de tous les avocats parisiens (au nombre de 30 000) sur les phénomènes de maltraitance et de harcèlement dans la profession et moins de 4 pour 1 000 y ont répondu. Avec un taux de réponse de 30 %, l'AP-HP se situe en bien meilleure position et ce taux démontre l'engouement qu'a suscité ce questionnaire. Il retient principalement de cette enquête l'expression d'un souhait de délégation de compétences très fort vers les services. Il retient également l'envie de créer des fédérations de services plutôt que des DMU avec une grande liberté d'adhésion autour de projets médicaux. De même, l'avis des chefs de service est plébiscité pour désigner les responsables des fédérations de services ou DMU. Il convient maintenant de tenir compte de ces résultats, ce qui permettra de répondre aux questions posées initialement par le PCME pour savoir vers quoi doivent évoluer les DMU.

Le P^r René ADAM rejoint les propos du P^r Bahram BODAGHI et remercie le groupe de travail pour son engagement ainsi que le groupe HOSPINOMICS. Évaluer est nécessaire, mais formuler des recommandations sera une tâche plus ardue. Pour sa part, il émet une réserve, car ce travail a consisté à évaluer des structures créées il y a deux ans et demi et dont le fonctionnement a été paralysé par l'épidémie de Covid. Or, il est fort difficile d'insuffler une dynamique sans avoir la possibilité de se réunir et avec des équipes prises au quotidien par la gestion de la Covid-19. Les résultats obtenus reflètent ce qu'il ressent dans son DMU, c'est-à-dire une perception peu positive. Cependant, l'exercice a consisté à évaluer des structures qui n'ont pas donné la pleine mesure de ce pour quoi elles ont été conçues. Il est donc d'accord que l'évaluation serve à améliorer mais il ne souhaite pas que l'évaluation serve à condamner. Pour sa part, il estime que cela ne doit pas être l'objectif, car il faut donner le temps au temps et donner à ces structures la possibilité de s'exprimer.

Le président entend cette réserve. Il note cependant que beaucoup de réponses évoquent la cohérence médicale et la manière dont participent les membres du DMU à la désignation du responsable. Or ces éléments n'ont pas été fortement perturbés par la crise Covid. Il existe donc des enseignements importants à tirer de l'évaluation.

D^r Guy BENOÎT constate qu'une très grande majorité de personnels pense que le DMU n'a rien apporté au service et qu'il n'améliore pas la prise en charge du patient. Ce sont des points à mettre en regard des objectifs initiaux des DMU qui étaient bien de favoriser la cohérence médicale, d'améliorer les parcours patients et éventuellement d'améliorer la recherche. Cela mérite une explication.

6. Avis sur le projet de protocole de coopération « Première consultation d'évaluation et d'orientation par un(e) diététicien(ne) pour les enfants et adolescents atteints d'obésité, en lieu et place du médecin du centre spécialisé de l'obésité » (P^r Agnès HARTEMANN)

Le P^r Agnès HARTEMANN rappelle que l'obésité de l'enfant et de l'adolescent est un problème de santé publique. Il existe quelques centres experts spécialisés sur l'obésité pédiatrique. Ces centres proposent que toutes les demandes ne soient pas systématiquement examinées par un médecin dans la mesure où un certain nombre des jeunes ne seront pas pris en charge par ledit centre expert. Pour ce faire, un protocole de coopération est proposé dans le cadre duquel un diététicien, expérimenté et formé, pourra recevoir les jeunes dans le cadre d'une consultation de trois heures. À l'issue de cette rencontre, le diététicien pourra réorienter l'enfant ou l'adolescent vers un médecin du centre expert si son obésité est sévère, vers son médecin généraliste ou un réseau d'Île-de-France si l'obésité est moins sévère. Pour les obésités simples, le diététicien fournira également à l'enfant et à ses parents des conseils diététiques et prescrira de l'activité physique. Ce dispositif garantit à l'enfant qu'il sera vu dans le centre s'il ne va pas bien. Ce protocole de coopération conduit à un élargissement des compétences des diététiciens et à une valorisation de leurs missions. Ce protocole garantit aussi la qualité et la sécurité des soins.

Le président indique que la CME doit donner un avis sur le protocole de coopération. Il retient que la proposition du rapporteur est de donner un avis favorable.

La CME approuve le protocole de coopération « Première consultation d'évaluation et d'orientation par un(e) diététicien(ne) pour les enfants et adolescents atteints d'obésité, en lieu et place du médecin du centre spécialisé de l'obésité » à l'unanimité moins une abstention.

Le président remercie la directrice générale de l'ARS Île-de-France d'avoir rendu visite à la CME.

La séance plénière est levée à 19 heures 45.