

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 6 JUIN 2023**

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 11 JUILLET 2023

Sommaire

1.	Informations du président	6
2.	Approbation du compte rendu de la CME du 9 mai 2023	7
3.	Avis sur le protocole de coopération « ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier en lieu et place du médecin »	7
4.	Avis sur l'organisation interne de l'AP-HP en départements médico-universitaires (DMU)	9
5.	Cadrage de la révision 2024 des effectifs de praticiens hospitaliers	17
6.	Bilan 2021 de l'activité libérale	19
7.	Avis sur le compte clos et l'affectation des résultats 2022 et sur la décision modificative de clôture 2022	23
8.	Suivi des « 30 leviers pour agir ensemble » :	24
9.	Financement des centres de référence des maladies rares	27
10.	Questions diverses	27

CME du mardi 6 juin 2023

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 9 mai 2023
3. Avis sur le protocole de coopération « ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier en lieu et place du médecin » (rapport du D^r Christian GUY-COICHARD)
4. Avis sur l'organisation interne de l'AP-HP en départements médico-universitaires (DMU) (P^r Catherine PAUGAM)
5. Cadrage de la révision 2024 des effectifs de praticiens hospitaliers (M. Kevin MARCOMBE)
6. Bilan 2021 de l'activité libérale (D^r Jean-Luc THOMAS)
7. Avis sur le compte clos et l'affectation des résultats 2022 et sur la décision modificative de clôture 2022 (M. Camille DUMAS)
8. Financement des centres de référence des maladies rares (P^{rs} Frédéric BATTEUX, M. Camille DUMAS)
9. Suivi des « 30 leviers pour agir ensemble » :
 - Levier 29 : améliorer la qualité du codage (MM. Namik TARIGHT et Ayden TAJAHMADY)
 - Levier 28 : « leviers de performance » : la juste prescription (P^r Catherine PAUGAM)
10. Questions diverses

Assistent à la séance

- Avec voix délibérative

D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Bernard	GRANGER
P ^r	Thomas	APARICIO	D ^r	Christian	GUY-COICHARD
P ^r	Jean-Yves	ARTIGOU	P ^r	Agnès	HARTEMANN
M	Guy	BENOÎT	D ^r	Jean-François	HERMIEU
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
M ^{me}	Valérie	BLANCHET	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Michel	LEJOYEUX
D ^r	Diane	BOUVRY	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	P ^r	Laurent	MANDELBROT
M.	Cédric	CARDOSO	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Jean-Claude	CAREL	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
P ^r	Alain	CARRIOU	D ^r	Rafik	MASMOUDI
D ^r	Cyril	CHARRON	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Julie	CHOPART	M	Jean-Paul	PATY
P ^r	Olivier	CLÉMENT	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Yves	COHEN	D ^r	Antoine	PELHUCHE
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Antoine	PÉLISSOLO
D ^r	Tristan	CUDENNEC	P ^r	Marie-Noëlle	PÉRALDI
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Louis	PUYBASSET
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Vianney	DESCROIX	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Georges	ESTÉPHAN	D ^r	Samir	TINE
D ^r	Thierry	FAILLOT	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bertrand	GODEAU	Dr	Valéry	TROSINI-DÉSERT

- **Avec voix consultative :**
 - M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
 - P^r Bruno RIOU, président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France, vice-président doyen du directoire de l'AP-HP
 - P^r Jean-Louis BEAUDEUX, UFR de pharmacie, Université de Paris
 - D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
 - D^r Namik TARIGHT, responsable du département d'information médicale (DIM) de l'AP-HP
- **En qualité d'invités permanents :**
 - P^r Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
 - D^r David OSMAN, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) de l'AP-HP
 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
 - M^{me} Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), Paris Sorbonne
 - M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME
- **Les représentants de l'Administration :**
 - P^r Catherine PAUGAM, directrice générale adjointe
 - M. Kévin MARCOMBE, directeur adjoint des affaires médicales (DAM)
 - M. Camille DUMAS, directeur de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
 - P^r Frédéric BATTEUX et M. Ayden TAJAHMADY, directeurs de la stratégie de transformation (DST)
- **Invité :**
 - D^r Jean-Luc THOMAS, président de la commission centrale de l'activité libérale (CCAL)
- **Secrétariat de la CME :**
 - M^{mes} Clémence NOURRY et Nathalie DEMEREAU (DAM)
- **Les membres excusés :**

M^{mes} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, René ADAM, Octave AKAMATSU, Philippe ANRACT, Elie AZOULAY, Fadi BDEOUI, Sadek BELOUCIF, Sophie BRANCHEREAU, Jacques BODDAERT, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Léonard CORTI, Jean-Philippe DAVID, Édouard DEVAUD, Olivier DRUNAT, Jacques DURANTEAU, Jean-Eudes FONTAN, Vincent FROCHOT, Bruno GREFF, Ariane GUDIN, Yann GUITTIER, Émelyne HAMELIN-CANNY, Marc HUMBERT, Nabil JANAHA, Jean-Louis LAPLANCHE, Loïc MORVAN, Vianney MOURMAN, Patrick PELLOUX, Nathalie PONS KERJEAN, Claire POYART, Jean-Damien RICARD, Nathalie RICOME, Philippe RUSZNIEWSKI, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Yasmine SMAIL, Michel VAUBOURDOLLE, Noël ZAHR.

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

1. Informations du président

La CME a rendu hommage au D^r Laurent CAPELLE, neuro-chirurgien à la Pitié-Salpêtrière, décédé le 4 juin à l'âge de 65 ans.

Le D^r Thierry FAILLOT, qui a partagé dix ans d'exercice avec le D^r Laurent CAPELLE, retrace sa carrière. Le D^r Laurent CAPELLE avait été nommé praticien hospitalier en 1992 dans le service de neurochirurgie de la Pitié-Salpêtrière. Comme tant d'autres de sa génération, il n'était pas hyperspécialisé mais avait néanmoins consacré la majeure partie de son activité à la neuro-oncologie, en particulier à la chirurgie éveillée des gliomes dans les zones fonctionnelles. Après le départ du P^r Hugues DUFFAU de la Pitié-Salpêtrière, il était resté discret tout en formant des neurochirurgiens, dont certains sont devenus universitaires. Le D^r Laurent CAPELLE était un professionnel qui dispensait son enseignement avec bonne humeur et bienveillance. Il avait également mené des travaux de recherche, essentiellement en neuro-oncologie. Il avait donc une activité clinique soutenue ainsi qu'une activité de recherche et d'enseignement. Sa disparition est une perte immense après celles du D^r Stéphane CLÉMENCEAU et du P^r Michel ZERAH l'année passée. Les membres de la communauté de la Pitié-Salpêtrière s'associent à l'hommage qui lui est rendu. Le D^r Thierry FAILLOT signale également le décès du D^r Dominique VANCAUWENBERGHE, anesthésiste, qui a été un pilier de l'hôpital Beaujon pendant des années.

La CME observe une minute de silence.

Conférence des présidents de CME de CHU

Le président informe que la conférence des présidents de CME de CHU a mis en place un groupe « cancer » pour envisager le déploiement d'un réseau des CHU en oncologie. Comme le fait *Unicancer*, qui constitue le réseau de centres de lutte contre le cancer (CLCC), il s'agit de constituer un réseau cancérologie des CHU. pour mettre en valeur l'importance et la qualité de leur activité de cancérologie et développer la recherche clinique. Le P^r Pierre MICHEL, président de la CME du CHU de Rouen, pilote ce groupe de travail. Un questionnaire a été envoyé aux CHU, sur la base duquel des axes de travail seront définis. Un point d'avancement de ces travaux devrait pouvoir être présenté à la CME à l'automne.

Recherche

Le président indique que la réunion du directoire du 7 juin 2023 prendra connaissance du plan d'actions visant à simplifier et accélérer la réalisation des projets de recherche préparé par M. Milan Lazarevic, directeur de la recherche et de l'innovation (DRCI), après une large consultation des acteurs de la recherche à l'AP-HP (unités de recherche clinique [URC], investigateurs et cliniciens). Ce projet sera également présenté et discuté au bureau de la CME du 6 juin et à la séance plénière de la CME du 11 juillet.

Informations du directeur général

- **Le directeur général** indique que la liste des instituts hospitalo-universitaires (IHU) labélisés a été publiée le 16 mai 2023, avant la CME de juin. 12 IHU ont été retenus dont deux – Nancy et Toulouse – s'inscrivent plus dans une logique de préfiguration. L'AP-HP est fondateur de 4 des IHU labélisés : l'IHU *re-Connect* sur l'audition, l'IHU *Prometheus* sur la prise en charge du sepsis, l'IHU *Thema* sur l'hématologie et l'IHU *InovAND* sur le cerveau de l'enfant. Les montants attribués sont de 40 M€ pour les deux premiers, et de 30 M€ et 20 M€ pour les deux autres,

portant les crédits de financement à un total de 130 M€. Il a également été annoncé le financement de trois *bioclusters* dont le projet *Brain & Mind*, pour un montant encore inconnu.

- L'AP-HP a écrit aux 185 professionnels qui avaient été suspendus pour avoir refusé la vaccination contre la COVID-19. À ce jour, 73 ont été réintégrés. Les échanges se poursuivent avec les autres, certains d'entre eux ayant indiqué qu'ils souhaitaient reprendre leur activité de manière différée.

L'obligation du port du masque a été allégée dans les hôpitaux de l'AP-HP en posant une doctrine générale qui invite les services à adapter la règle en fonction de la vulnérabilité des patients accueillis.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 9 mai 2023

La CME approuve le compte rendu de la CME du 9 mai 2023 à l'unanimité.

3. Avis sur le protocole de coopération « ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier en lieu et place du médecin » (D^r Christian GUY-COICHARD)

Le président informe la CME que le D^r Christian GUY-COICHARD, rapporteur du dossier, partira bientôt à la retraite et qu'il s'agit donc de sa dernière CME. Au nom de la CME, il le pour son engagement dans la vie des instances centrales et locales de l'AP-HP. Le D^r Christian GUY-COICHARD, qui siège à la CME depuis septembre 2014 et s'est tout particulièrement investi dans le développement durable et la sous-commission *Vie hospitalière*. Il devrait être remplacé par le D^r Emmanuel RAFFOUX, chef du service d'hématologie adulte à l'hôpital Saint-Louis.

Le D^r Christian GUY-COICHARD indique que le protocole « ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier référent douleur en lieu et place du médecin » a une longue histoire débutée il y a sept ans. Un temps long de maturation a été nécessaire pour qu'il aboutisse car il présente un certain nombre de difficultés. Ces difficultés sont principalement de deux ordres : d'une part, les habitudes des services demandeurs sont très variées autant sur le plan du fonctionnement que sur le plan des prescriptions ; d'autre part, l'infirmier pourra être amené à manipuler, prescrire ou initier des traitements antalgiques, en particulier des traitements opioïdes de niveau 3, ce qui nécessite des précautions, y compris sur le plan juridique.

Concernant le contexte, les centres d'évaluation et de traitement de la douleur sont confrontés à des difficultés de recrutement, principalement de médecins spécialisés. Ce sont des centres de deuxième recours qui font face à une demande extrêmement importante de prise en charge autant externe de la part des médecins de ville qu'interne de la part des équipes hospitalières. Or la précocité de la prise en charge, quelle que soit la cause de la douleur, est un facteur majeur de prévention de la chronicisation de la douleur.

Le protocole qui est soumis à l'avis de la CME a pour objectif principal de déléguer plusieurs tâches à l'infirmier référent douleur. La prise en charge des douleurs chroniques, hors soins palliatifs, ne fait pas partie des missions dévolues aux infirmiers de pratique avancée (IPA). Les consultations et centres de traitement de la douleur n'ont donc pas d'IPA mais des infirmiers diplômés d'État (IDE) spécialisés dans le traitement de la douleur mais qui n'accèdent pas au titre d'IPA. La délégation envisagée permettra de dégager du temps médical et de valoriser le métier d'infirmier référent douleur par le développement de nouvelles compétences. Ces tâches concernent essentiellement les patients hospitalisés pour lesquels il est demandé un avis sur la prise en charge et le traitement antalgique de douleurs aiguës ou chroniques. Il s'agit donc d'évaluation, d'initiation de certains

traitements, d'adaptation d'autres traitements et éventuellement du suivi du patient. La prise en charge des douleurs chroniques n'est pas l'objectif principal d'un traitement immédiat mais plutôt une stratégie complexe de long terme. Le rôle spécifique de l'infirmier référent douleur dans cette situation est maintenant précisé dans le protocole qui préconise l'inclusion rapide dans un circuit de prise en charge spécialisée.

Le protocole propose quatre situations de dérogation : l'évaluation clinique et paraclinique du patient, la prescription et l'interprétation de certains examens biologiques utiles au suivi ou à l'adaptation du traitement, l'adaptation et le renouvellement de certains traitements antalgiques (médicamenteux ou non sur la base d'une liste exhaustive), la prescription de traitements symptomatiques en cas d'effets indésirables des antalgiques et en particulier des opioïdes.

Le protocole a été examiné par le comité de pilotage qui l'a validé avec certaines modifications.

La formation des infirmiers ressources douleur est bien décrite dans le protocole qui s'adresse à des IDE déjà spécialisés dans la douleur. Une maquette de formation et d'évaluation a été élaborée. Les critères et procédures d'inclusion des patients sont bien décrits ainsi que les critères de consentement. La sécurité du patient est assurée par la description de toutes les situations d'appel au délégant. Un point d'échange quotidien est prévu. Le dossier médical est partagé et un compte rendu de consultation est systématiquement rédigé et transmis au médecin responsable de la salle où le patient est hospitalisé. Le protocole définit également très précisément la supervision, la validation et les critères d'alerte. Un algorithme cohérent des situations d'intervention du délégant est fourni. Tous les risques liés à la mise en place sont bien décrits ainsi que la procédure de suivi des événements indésirables.

Le sujet le plus discuté a été la question de la prescription d'antalgiques, d'autant que les usages varient suivant les équipes locales. Certaines équipes mobiles douleur se contentent de donner des avis au médecin responsable de salle sans prescrire ; d'autres prescrivent. Malgré de nombreux débats, la possibilité de délégation de l'initiation ou de la prescription d'un traitement antalgique dans le cadre du protocole a été validée. De nombreuses remarques ont également porté sur les traitements médicamenteux qui peuvent être manipulés par les infirmiers référents douleur avec des craintes, formulées légitimement, sur la manipulation des opioïdes de palier 3. La direction juridique de l'AP-HP a été saisie également sur la possibilité d'initier ou de prescrire des médicaments hors autorisation de mise sur le marché (AMM) et sur l'administration par des voies inhabituelles.

Le protocole a fait l'objet de très nombreuses réécritures et de nombreux échanges. **Le D^r Christian GUY-COICHARD** a émis de nombreuses remarques qui ont été intégrées dans le protocole. Il appelle aujourd'hui la CME à rendre un avis favorable.

Le D^r François SALACHAS souhaite savoir qui a été à l'initiative de ce protocole.

Le D^r Christian GUY-COICHARD répond que c'est le centre de traitement de la douleur du groupe hospitalier Paris-Sud, site Bicêtre, qui en est à l'initiative dont le D^r Isabelle NÈGRE, présidente du comité de lutte contre la douleur (CLUD) au niveau central.

Le D^r Georges ESTÉPHAN estime que les primo-prescriptions et primo-évaluations devraient rester dans les mains d'un médecin.

Le D^r Christian GUY-COICHARD précise que cette dernière remarque a fait l'objet de très nombreuses interrogations tout au long du parcours du protocole. La douleur est une spécialité qui n'est pas totalement partagée et, dans un grand nombre de situations, les médecins de salle sont désarmés

face à des douleurs difficiles à prendre en charge. Ils ont donc besoin d'un avis extérieur, y compris pour l'initiation d'un traitement. Cependant, les équipes douleur ne sont pas constituées d'une équipe importante de médecins qu'il est possible de solliciter à tout moment. Les médecins des équipes douleur sont souvent occupés à des tâches de consultation compte tenu de l'importance de la file active de patients. C'est pour cela que le protocole propose d'aller plus loin que les pratiques habituelles pour que l'initiation de certains traitements, sous contrôle du délégant, soit confiée à des infirmiers, en outre déjà très spécialisés.

Le D^r Georges ESTÉPHAN préconise plutôt de sensibiliser le médecin qui suit le patient pour qu'il prenne en charge le traitement de la douleur car c'est bien au médecin de l'évaluer et de la traiter.

Le P^r Yann PARC estime nécessaire qu'une équipe spécialisée puisse venir assister les praticiens qui ne savent pas comment alléger la douleur de patients dans une situation complexe. Cette équipe peut alors évaluer la situation sur la base d'un protocole précis pour que la prise en charge soit adaptée. Les infirmiers référents douleur ont une connaissance très pointue que les praticiens, mêmes les anesthésistes, ne détiennent pas. La délégation soulage donc les professionnels et permet une prise en charge du patient beaucoup plus rapide.

Le D^r Guy BENOÎT rappelle que les pharmaciens sont de plus en plus impliqués sur les sujets portant sur le circuit du médecin, la conciliation, l'évaluation des pratiques, etc. Par conséquent, il souhaiterait savoir si ces derniers ont été sollicités pour participer à la démarche. Il estime dommage que les pharmaciens, qui connaissent les médicaments, aient été exclus de la réflexion.

Le D^r Christian GUY-COICHARD ne pense pas qu'il était question d'exclure les pharmaciens du circuit. Toutes les situations sont balisées dans le protocole qui propose des algorithmes pour l'évaluation, l'initiation des médicaments, l'adaptation éventuelles des doses, etc. Ces algorithmes largement discutés ne laissent aucune place à un risque particulier.

Le D^r Brigitte SOUDRIE remercie l'équipe qui a œuvré à l'élaboration du protocole. Pour avoir accueilli dans son service un infirmier référent douleur, elle a pu constater sa plus-value, notamment auprès des patients neurologiques ayant des difficultés à s'exprimer et auprès desquels l'interrogatoire peut être très long et compliqué à mener. L'infirmier référent douleur peut développer des techniques, comme l'hypnose. Il peut aussi échanger avec le pharmacien qui pourra proposer de l'aromathérapie. Malheureusement, l'infirmier référent douleur a quitté l'hôpital d'Hendaye. Son départ constitue une réelle perte. Ce profil d'infirmier ressource douleur apporte un plus dans les équipes de par sa compétence, sa motivation à aider les malades et les médecins qui manquent de temps.

Le président remarque que le temps de maturation de ce protocole démontre bien qu'il a été largement discuté et débattu. Le protocole est très cadré et vise à prendre en charge la douleur tout en valorisant l'exercice des infirmiers référents douleur.

La CME approuve le protocole à l'unanimité des voix exprimées et 6 abstentions.

4. Avis sur l'organisation interne de l'AP-HP en départements médico-universitaires (DMU) (P^r Catherine PAUGAM)

Le P^r Catherine PAUGAM rappelle qu'une enquête a été menée auprès des exécutifs de DMU, des chefs de service et des cadres des services pour qu'ils donnent leur avis sur le périmètre des DMU. Les questions posées dans ce cadre étaient les suivantes : « Êtes-vous satisfaits du périmètre de votre DMU ? », « Souhaiteriez-vous le changer ? » et « Si vous souhaitez le modifier, que proposeriez-vous ? ».

Les résultats du questionnaire ont été présentés à la CME en février 2023, puis déclinés à la maille de chaque groupe hospitalo-universitaire (GHU) et mis à la disposition des gouvernances médicales et administratives. Une réflexion a été menée entre février et avril 2023 en intra-DMU et entre la gouvernance et les DMU, selon différents formats (parfois entre la gouvernance et l'exécutif et parfois entre la gouvernance et les chefs de service et cadres). Dans le document remis aux membres de la CME, figure en annexe un document précisant les méthodes de consultation mises en place pour s'assurer d'une libre expression sur le sujet, aucune consigne n'ayant été donnée sur le nombre de DMU sur lequel atterrir. Les résultats de cette réflexion ont ensuite été validés au niveau des GHU avec une présentation des travaux en comité exécutif (COMEX), CME locale et comité social d'établissement (CSE) avant le lancement des appels à candidatures. Les décisions finales qui cadreront les périmètres des DMU seront cosignées par le président de la CME et le directeur général de l'AP-HP comme l'exige la « loi RIST ».

À l'issue de cette révision des périmètres des DMU, il restera 80 DMU sur la période 2023-2027 comme aujourd'hui, mais avec les modifications suivantes :

- 53 DMU sont sans modification de périmètre mais peuvent être concernés par des modifications dans leur fonctionnement interne, notamment dans l'articulation lorsqu'un DMU regroupe deux spécialités ;
- 23 DMU sont maintenus avec des modifications de périmètre : 8 ont intégré des services, 8 ont perdu des services et 7 ont à la fois perdu et gagné des services ;
- 2 DMU sont créés (avec la division du DMU d'endocrinologie, ophtalmologie, médecine infectieuse, médecine interne & immunologie, médecine sociale [ENDROMED] pour le GHU AP-HP-Centre et la création d'un DMU spécifique « pharmacie à usage intérieur » [PUI] pour le GHU Paris-Saclay) ;
- 2 DMU sont supprimés (avec la fusion de 2 DMU à San Salvador et la suppression du DMU « pharmacie hospitalière des hôpitaux de Paris » [PH-HP] à l'Agence générale des équipements et produits de santé [AGEPS]).

Au total, 34 % des DMU actuels ont été modifiés.

Pour le GHU Paris-Centre, la commission des structures de la CMEL a été mandatée par la gouvernance pour formuler des propositions. Le travail a été conduit sur la base des remontées des questionnaires et sur les *verbatim*. De nombreuses itérations ont été effectuées avec les DMU et les chefs de service. Les propositions de nouveaux périmètres ont été présentées en COMEX le 30 mars 2023. Parfois, plusieurs passages en COMEX ou en CMEL ont été nécessaires. L'avis formel de la CMEL du GHU Paris-Centre a été demandé le 20 avril. Le CSE local a été convoqué une première fois le 21 avril, puis le 27 avril faute de *quorum*, désormais l'avis est réputé rendu. Les modifications apportées ont été relativement limitées et sont apparues comme consensuelles. Le GHU Paris-Centre a évoqué « un point d'équilibre recherché entre le besoin de stabiliser le cadre organisationnel et la rectification d'erreurs manifestes d'appréciation ». Le DMU ENDROMED a été scindé pour constituer le DMU « Endro/Remède » et le DMU « Méd ».

Pour le GHU Henri-Mondor, de nombreuses rencontres ont été organisées. La réflexion a abouti à sortir le service de médecine bucco-dentaire du périmètre d'un DMU pour le rattacher à la gouvernance.

Pour le GHU Nord, après de nombreux échanges, 6 changements de services ont été proposés sur 8 DMU. Le DMU « Image et fonction » a changé d'appellation pour adopter l'appellation « diagnostic, radiologie, explorations fonctionnelles, anatomo-pathologie, médecine nucléaire » (DREAM). Au sein du GHU Nord, 8 DMU n'ont pas été concernés par des modifications.

Pour le GHU Paris-Saclay, une quinzaine de réunions ont porté sur les évolutions de périmètre associant toutes les parties prenantes. La réflexion a conduit à proposer des changements de services dans 9 DMU tandis que 6 autres DMU sont sans modification. Sur ce périmètre, un nouveau DMU a été créé compte tenu du souhait consensuel des PUI d'aller vers un DMU pharmaceutique.

Pour le GHU Paris-Seine-Saint-Denis, les discussions ont conduit à valider le maintien du périmètre actuel y compris pour les 3 DMU inter-GHU (DMU de gynécologie-périnatalité, DMU « hématologie et immunologie [DHI] et DMU « pédiatrie » [DM'UP]).

Pour le GHU Paris-Sorbonne, à l'issue des discussions, aucune modification de périmètre n'a été proposée.

À noter que 9 DMU sur 13 jugeaient le périmètre de leur DMU adapté et souhaitaient le conserver, quatre jugeaient ce périmètre inadapté et souhaitaient le voir évoluer, la plupart exprimaient un souhait de renforcer la communication et de donner davantage de visibilité aux différentes spécialités médicales et envisageaient de s'organiser en piliers, chacun représentatif d'une spécialité. C'est le choix qui a été fait par le GHU Paris-Sorbonne.

Pour San-Salvador, la discussion a conduit à proposer la fusion de deux DMU. À Paul-Doumer, aucune modification n'a été proposée ainsi qu'à Hendaye et pour l'hospitalisation à domicile (HAD).

À l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), c'est le comité consultatif médical (CCM) qui a été à l'initiative de la réflexion et qui a proposé de transformer un DMU en deux services. Cette proposition était déjà en germe avant le lancement du questionnaire puisque proposé en CCM en novembre 2022, puis en comité technique. Cette décision a été prise car les activités regroupées dans le pôle étaient distinctes sans possibilité de dégager des synergies.

Le D^r Valéry TROSINI se dit très surpris et même extrêmement perplexe face à ces résultats alors que les retours de l'enquête sur les DMU avaient donné à voir une insatisfaction assez large des répondants.

Le P^r Bahram BODAGHI se dit également surpris par cette discordance. Il attend donc des explications sur cette apparente dichotomie entre les résultats de l'enquête et le résultat final.

Le P^r Xavier MARIETTE s'étonne que les DMU restent relativement stables dans leur périmètre alors que les résultats du questionnaire avaient montré que 12 % seulement des médecins étaient satisfaits des DMU. Si les structures précédentes perdurent, c'est sans doute le signe d'une résilience car beaucoup de chefs de service, médecins et cadres observent que la permanence est recommandée et mise en avant par les directions. Alors que tous les acteurs vantent les atouts d'un recentrage autour du service, avec des prises de position en ce sens allant du Président de la République, au directeur général de l'AP-HP en passant par le président de la CME, le Pr Mariette alerte sur le fait que la permanence des DMU, qui sont des structures lourdes et sclérosantes, pourrait ne pas faciliter ce retour en force des services. Le maintien des DMU dans leurs pourtours actuels est sans doute aussi le signe d'un faible enthousiasme pour la question. Il faudra donc prendre garde à ce que l'organisation en place soit moins pesante qu'auparavant et laisse la plus grande autonomie possible au service.

Le P^r Bernard GRANGER considère que la démarche a été un « coup d'épée dans l'eau » et qu'il existe une discordance entre les retours de terrain et la volonté des « apparatchiks ». Force est de reconnaître que le sujet ne passionne pas : ce qui intéresse les équipes, ce sont les marges de manœuvre et l'autonomie qui seront offertes aux services. Il note également un évitement dans la démarche puisque le questionnaire n'a pas conduit à poser la question simple suivante : êtes-vous

pour la disparition des DMU ? Si cette question avait été posée, pourtant, de vrais changements auraient pu voir le jour. En fait, c'est un système très mauvais qui ne veut pas être réformé par petites touches et qui ne peut être réformé que par de grands bouleversements.

Le P^r Agnès HARTEMANN souligne que, sur son périmètre, l'apport du DMU n'est pas visible car le département ne fait qu'ajouter des couches supplémentaires dans le processus de décision. La vraie question est de savoir quels pouvoirs pourront être donnés aux services. Ceci explique qu'à la question portant sur la révision du périmètre des DMU, les personnes sollicitées aient répondu par la négative. Beaucoup de réunions ont été organisées autour de cette question mais c'est un sujet qui n'a pas intéressé la communauté, ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas une volonté de changement. Ce qui prédomine est un sentiment de résignation, et surtout d'indifférence.

Le P^r Laurent MANDELBROT partage le point de vue du P^r Agnès HARTEMANN. Il faut maintenant entendre la voix qui s'est exprimée avant de se résigner et faire en sorte que la nouvelle mandature permette aux services de s'exprimer réellement et que de vrais binômes se mettent en place.

Le D^r Guy BENOÎT rappelle que M^{me} Chantal DE SINGLY, lorsqu'elle était directrice de l'hôpital Trousseau, avait expliqué que le silence gardé par certaines personnes n'était pas un bon signe. Il espère, dans le cas d'espèce, que le désenchantement qui apparaît n'est pas le même que celui qui s'exprime vis-à-vis du corps politique.

Le P^r Emmanuel MARTINOD souligne que le DMU est finalement un pôle plus large encore et qu'il n'a pas apporté fondamentalement de changement par rapport à la situation antérieure. Le projet de mise en place des DMU était donc biaisé dès le départ. Lors de la consultation, les DMU sont certes apparus au centre des revendications, mais ils étaient davantage un symbole. Les communautés attendaient des réformes, dont certaines sont en train d'être menées. Ces réformes doivent permettre aux services de revenir progressivement au centre de la vie hospitalière. Dans le GHU Paris-Seine-Saint-Denis, la lettre de mécontentement avait été signée à plus de 90 % par la communauté médicale, mais la communauté souhaite avant tout que les problèmes concrets soient résolus. Ainsi, la majorité très large n'a pas souhaité de changement du périmètre des DMU. Les CHU de province ne passent sans doute pas leurs journées à discuter des pôles, comme l'a fait l'AP-HP ces dernières années, mais ces CHU essaient de régler les problèmes. Pour lui, l'absence de souhait de changement de périmètre des DMU n'est pas le signe d'un immobilisme ou d'une résignation, mais les équipes sont focalisées sur des problèmes bien plus importants.

Le P^r Sandrine Houzé ne pense pas que les équipes soient résignées. Cependant, dans certains DMU, il est expliqué qu'il n'y a pas d'autres choix ni d'autres possibilités d'arrangement et qu'il faut faire avec.

Le P^r Anne COUVELARD s'enquiert du nombre de directeurs de DMU reconduits dans leurs fonctions.

Le président indique que cette information sera donnée lors de la prochaine CME puisque les décisions ne sont pas encore prises.

Le P^r Antoine PÉLISSOLO souhaite témoigner de la lourdeur des processus en évoquant un cas concret. Ce matin, il a signé un accord pour le temps de formation, d'information et de recherche (FIR) des psychologues en tant que chef de service, mais le formulaire précise qu'il faut aussi obtenir la signature du directeur du DMU. C'est un point sur lequel il faut progresser.

Le D^r François SALACHAS rappelle que les DMU n'ont pas vocation à faire de la gouvernance médicale ou de la recherche, mais ce sont principalement des outils de gestion dans un processus allant du haut vers le bas. Il est difficile de trouver des volontaires pour prendre la tête de ces départements.

De plus, lorsqu'un candidat est trouvé dans un DMU, un droit de veto s'exprime de la part de la direction administrative qui lui interdit de déposer son dossier. Face à ce constat, il n'utilisera pas pour sa part le terme de « résilience » mais celui de « résignation » ou de « désintérêt ». Au-delà des questions de périmètre, ce qui intéresse avant tout les équipes sont les questions de fonctionnement et les moyens d'alléger la lourdeur qui provient des DMU qui sont des structures qui avancent principalement des refus. C'est d'ailleurs aussi pour cela que les DMU souffrent d'un déficit d'attractivité.

Le président partage la perplexité de ceux qui constatent que le périmètre des DMU ne sera modifié qu'à la marge. Cependant, l'insatisfaction exprimée en 2022 sur les DMU dépassait largement la question du périmètre. Il rejoint le P^F Laurent MANDELBROT pour reconnaître que la communauté médicale exprime une relative indifférence vis-à-vis des DMU. En effet, celui-ci a peu d'impact sur le fonctionnement au quotidien. En revanche, c'est une organisation qui pèse sur l'encadrement de proximité. Aussi, le problème se situe surtout dans la place donnée au service et dans la capacité du binôme à jouir d'une plus grande autonomie dans la prise de décisions. Le président rappelle que ces évolutions sont très attendues. Et précise que le directeur général a entendu cette attente avec les réponses apportées dans le cadre du « levier 17 » du plan d'action.

Le D^r Marie ANTIGNAC estime dommage d'avoir dissocié le périmètre de la gouvernance car, si le périmètre est le même que précédemment, il sera difficile de proposer un renouvellement. Elle indique avoir passé d'innombrables appels à des collègues pour les inviter à se manifester pour prendre les postes de directrices de DMU mais aucune ne l'a souhaité, certaines craignant que l'on voie dans leur décision un défaut de loyauté.

Le directeur général rappelle qu'il a toujours été constant dans son appréciation des DMU et qu'il a toujours dit que le DMU n'était ni le problème n° 1 de l'AP-HP ni la solution principale pour résoudre nos difficultés. Les DMU doivent apporter une valeur ajoutée : il n'est pas certain que tous les DMU y soient parvenus au cours de leur premier mandat. Pour autant, le travail collectif mené par la CME et qui avait été présenté le 5 juillet 2022 n'aboutissait pas à la conclusion qu'il fallait supprimer les DMU, mais invitait à poser de nouvelles conditions pour mieux faire fonctionner les DMU en pointant notamment le périmètre, les conditions de désignation des directeurs de DMU et le fonctionnement. Tout l'enjeu est donc de créer un nouveau cadre de fonctionnement et d'organisation de la décision qui soit plus efficace pour les prochaines années

Concernant les périmètres, un questionnaire a été adressé en janvier dernier pour permettre aux chefs de service et aux cadres de se prononcer sur leur maintien ou leur adaptation. 40 % des chefs de service y ont répondu. La majorité des répondants disent qu'ils sont globalement satisfaits des périmètres des DMU tout en indiquant qu'ils voudraient procéder à des ajustements, ce qui n'est pas forcément contradictoire. Il a été souhaité que chaque GHU consacre un temps pour approfondir le diagnostic à l'échelle de chaque GHU et que toutes les parties puissent s'exprimer. Il lui semble que ce débat a pu avoir lieu dans tous les GHU et que le dialogue a été réel. Il y a eu parfois des hésitations et de vrais débats internes. Dans certains DMU, il y a même eu un vote, étendu au-delà des chefs de service pour englober tous les praticiens hospitaliers. Le résultat s'est joué à quelques voix, à l'exemple du DMU « médecine intensive, urgences, gériatrie » (DEMIURGE) à Paris-Sorbonne qui réunit la gériatrie et les urgences dans un même DMU.

La prochaine étape concernera la nomination des directeurs de DMU. Le renouvellement ne sera forcément aussi important qu'il l'aurait attendu, ce qu'il regrette. Le fait que les candidats aient été peu nombreux ne doit pas être lu uniquement comme un rejet du DMU ou comme une indifférence, mais peut être aussi comme une crainte de se positionner face à un directeur installé.

Pour englober les remarques formulées plus haut, le directeur général propose de commenter les travaux conduits autour du « levier 17 » du plan d'action « 30 leviers pour agir ensemble », dossier qui n'est pas inscrit formellement à l'ordre du jour de la CME car non finalisé. La séance du directoire du 7 juin portera sur le sujet, mais après en avoir échangé avec le président de la CME, le directeur général a estimé de bonne méthode de présenter sans attendre l'état des travaux. Ceci explique qu'aucun document sur le « levier 17 » n'ait été versé dans les documents de séance puisque la copie n'est pas encore totalement stabilisée.

Le « levier 17 » vise à améliorer la vie au quotidien dans les équipes et à rechercher la simplicité. Pour cela, il faut identifier les processus sur lesquels il existe un sentiment de complexité, raison pour laquelle un autre questionnaire a été adressé début janvier pour nous aider à les identifier. Puis, il faut réfléchir aux moyens de porter des améliorations en jouant, en fonction des sujets, sur plusieurs leviers d'action possibles : clarifier la règle, identifier un responsable ou un interlocuteur, apporter une solution numérique, raccourcir le processus de validation, déléguer la décision, etc.

Dans le questionnaire, 15 processus étaient pré-identifiés. Les résultats de cette enquête ont été travaillés au niveau des GHU et du siège. Sur cette matière, un document-cadre AP-HP sera publié mi-juin pour fixer un cadre commun sur les 15 processus listés. Chaque GHU proposera ensuite dans le courant de l'été une déclinaison plus fine et opérationnelle de ces processus mais toujours dans le respect des lignes posées au niveau de l'Institution. Par ailleurs, dans les chartes qui seront élaborées à l'automne entre les DMU et les services, des règles seront posées sur la répartition des compétences, le fonctionnement collectif et la répartition des enveloppes déléguées. Pour garantir la bonne mise en œuvre de ce nouveau cadre posé au titre du levier 17, nous devons nous inscrire dans la durée pour veiller que certaines pratiques ou habitudes antérieures ne reviennent pas. À cette fin, un comité de suivi sera mis en place et une consultation de la communauté sera organisée, dans le courant du premier semestre 2024, dans un format qu'il reste à préciser, afin de sonder tous les professionnels sur leur perception des améliorations apportées.

Le « levier 17 » n'aborde pas la question de la recherche car cette thématique a été isolée. La démarche proposée sur la recherche est formalisée dans un document *ad hoc* qui sera également présenté lors du directoire du 7 juin. Ce document d'une quarantaine de pages présente un état des lieux, pointe des dysfonctionnements et suggère des améliorations : il sera soumis à la concertation. La communauté disposera d'un mois pour apporter ses commentaires pour que la copie puisse être validée dans le courant de l'été.

Le document-cadre relevant du « levier 17 » rappellera les trois grands objectifs poursuivis : clarifier, simplifier et rapprocher.

Le premier principe est d'accroître la transparence. Cette transparence portera tout d'abord sur les effectifs : il sera ainsi défini une maquette et un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) médical et non médical dans chaque service. C'est un prérequis nécessaire pour donner des marges de manœuvre aux services, à partir de début 2024, car tous les GHU n'ont pas encore aujourd'hui un TPER par service. La transparence devra porter aussi sur le remplacement des absences de longue durée, sur le renouvellement des contrats à durée déterminée (CDD) et sur les règles de la mobilité interne. La gestion des processus de ressources humaines complexes devra également être clarifiée, notamment concernant les agents en situation de restriction et les situations individuelles complexes qui peuvent renvoyer à des problématiques disciplinaires. La transparence sera demandée également sur l'allocation et la consommation des crédits d'équipements de travaux courants. Les enveloppes seront toujours réparties à l'échelle des DMU, ce qui permettra une programmation sur plusieurs années et le lancement d'opérations plus structurantes. Cependant,

l'organisation collégiale de cette programmation sera à préciser dans la charte de fonctionnement. Il sera également demandé une visibilité sur le suivi des opérations programmées. La clarification passera aussi par des organigrammes permettant d'identifier les interlocuteurs.

Le deuxième principe est d'accroître la fluidité et la simplicité. Cette fluidité et cette simplicité sont recherchées dans trois domaines :

- le processus de recrutement avec le déploiement d'un outil qui facilitera le processus de la publication de la fiche de poste jusqu'à son aboutissement en passant par son suivi, avec la réduction du nombre d'entretiens pour tendre vers un seul entretien pour le personnel non médical (PNM) et avec une meilleure programmation des recrutements du personnel médical (PM) ;
- les achats courants des services avec la mise en place de postes de logisticien, la mise en place d'un outil facilitant la commande en ligne de tout ce qui est référencé dans un marché, la mise en œuvre d'un circuit dédié et d'un délai maximal pour les achats urgents ;
- la résolution des problèmes du quotidien avec la mise en place d'un numéro unique pour le support informatique, le renforcement des équipes, l'affichage des délais de résolution des problèmes informatiques et enfin la facilitation pour le déclenchement et le suivi d'une demande d'intervention au titre de la maintenance (extension dans un délai de 18 mois de l'outil *Saphir* expérimenté à Saint-Antoine).

Le troisième principe consiste à confier plus de responsabilités aux services. Cet élargissement des responsabilités portera sur les recrutements dès lors que le TPER restera constant. Le DMU restera informé du recrutement pour vérifier que le TPER est bien respecté mais sans validation en opportunité. Il sera également possible aux responsables de service de transformer, sous certaines conditions, des emplois PNM à TPER constant. Ainsi, sur un emploi vacant sur lequel aucun crédit d'intérim n'aura été mobilisé, il sera possible de recruter sur un autre poste soignant à la condition que ce poste soit proposé en CDD afin que le poste qui était originellement vacant puisse être pourvu à terme. Cependant, s'il s'avère que l'organisation mise en place est concluante et que le service veut renoncer à la catégorie de professionnel sur lequel le recrutement était gagé, alors il sera possible de changer de maquette et la décision remontera alors vers le DMU.

Il sera par ailleurs possible de procéder à des achats simples hors marché, notamment pour tous les biens utiles à la vie du service et à sa cohésion et ouvert la possibilité d'utiliser une carte achats permettant de réaliser des achats en ligne.

Il sera également demandé d'associer le service aux procédures et temps de gestion qui les concernent (par exemple pour la révision des maquettes organisationnelles et des schémas d'encadrement, pour les conférences stratégiques du DMU ou pour l'élaboration et le suivi des plans d'équipements et travaux).

Le document fixera des repères clairs mais les chefs de service devront aussi s'impliquer dans le fonctionnement du collectif au sein des DMU. Une fois qu'il sera finalisé, le document sera présenté en détail à la communauté AP-HP.

Le président souligne que ce travail était très attendu. Il estime qu'il laisse entrevoir de vrais changements.

Le P^r Bahram BODAGHI souligne que cette proposition peut apparaître révolutionnaire par rapport à l'existant mais c'est une proposition qui tend à faire confiance aux chefs de service et à cesser de les infantiliser. Toutefois, il conviendra de border ce nouveau fonctionnement et la charte sera très

utile à cette fin. Cette proposition est un pas en avant très significatif. Il fait confiance à la direction pour que les nouvelles règles soient respectées sur le terrain.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que la simplification du processus d'achat des petits matériels doit pouvoir être mise en œuvre très rapidement. Concernant le personnel, des questions restent en revanche posées. Par exemple, dans son établissement, l'unité cognitivo-comportementale (UCC) dispose d'un budget de fonctionnement de 200 k€ dont personne ne peut lui dire comment il est réparti. En l'occurrence, il souhaiterait recruter un rééducateur sur ce budget, mais cette décision doit être prise par le cadre de rééducation. Par ailleurs, il a été proposé que les infirmiers en restriction puissent jouer le rôle des préparateurs de pharmacie, qui sont en situation de pénurie, mais cette possibilité est bloquée par les cadres supérieurs de DMU. Enfin, une autre aberration peut être citée avec un infirmier bénéficiant d'un contrat d'allocation d'études (CAE) qui a quitté rapidement le service car son contrat n'avait pas été signé et qu'il n'avait pas été payé. Ces trois situations sont des exemples des blocages qui peuvent être constatés au quotidien.

Le P^r Xavier MARIETTE estime que ces propositions vont dans le bon sens. Si ces nouvelles orientations sont suivies d'effets, les DMU ne serviront plus à rien. Ils seront donc conservés pour ajouter une couche administrative qui paralysera ou freinera les initiatives ou parce que les directeurs de GHU et de sites veulent avoir une douzaine d'interlocuteurs face à eux et non des centaines de services. Cette explication peut s'entendre mais il faut que les directeurs de GHU et de sites acceptent cette délégation qui va dans le bon sens.

Le D^r Marie ANTIGNAC estime également que les propositions vont dans le bon sens, mais elle souhaite attirer l'attention sur le fait que déléguer au chef de service n'est pas lui déléguer des tâches administratives. Or c'est ce qu'il se passe avec le logiciel *Chronos* qui oblige le chef de service à valider toutes les opérations.

Le P^r Catherine PAUGAM souligne sur ce point précis qu'il est possible de désigner une secrétaire pour effectuer ces tâches.

Le D^r Marie ANTIGNAC indique que cette possibilité lui a été refusée.

Le P^r Catherine PAUGAM confirme néanmoins que ce n'est pas au chef de service de gérer l'ensemble de ces opérations. Par ailleurs, la montée de version de l'outil est en cours.

Le D^r Guy BENOÎT est favorable aux propositions qui viennent d'être présentées par le directeur général, mais il alerte sur le fait que ces nouvelles règles devront s'ancrer dans le quotidien. Il existera des réticences ou des blocages qu'il faudra lever pour que le nouveau système soit opérant. Sinon le risque d'échec et de déception sera grand.

Le directeur général sait qu'il existe des pesanteurs dans les grandes organisations où s'installent des habitudes. Il ne mésestime donc pas le travail au long cours de vérification de l'application des nouvelles règles.

Le D^r François SALACHAS indique qu'il faudra être vigilant sur l'application de ces règles sur le terrain. Il existera évidemment plus que des réticences car c'est un changement de culture qui est proposé. La question est donc de savoir s'il est possible de réformer un système avec les personnes qui ont largement contribué à le mettre en place. À titre personnel, il ne le pense pas. Pour autant, il est impératif que ce nouveau système soit mis en place car c'est aussi l'attractivité médicale et paramédicale qui en dépend mais aussi la crédibilité du directeur général.

Le D^r Diane BOUVRY estime que les propositions vont dans le bon sens. Elle ajoute que l'enjeu sera aussi de faire confiance et de ne pas infantiliser les cadres de proximité. Même s'il est écrit qu'il ne sera plus nécessaire de demander l'avis du cadre supérieur et du cadre de DMU, les habitudes seront difficiles à réformer.

Le président souligne que c'est, en effet, au niveau des cadres que les changements seront les plus visibles et qu'il est difficile de se défaire d'habitudes ancrées.

Le directeur général ajoute qu'il faudra aussi réfléchir à la manière de mieux faire vivre l'esprit d'équipe et le collectif dans les services. Dans certains services, ce collectif est vivant et dans d'autres beaucoup moins. La situation est ainsi très hétérogène et cela a un impact sur la fidélisation des personnels. C'est donc un chantier dont il faut se saisir impérativement.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité des voix exprimées et 12 abstentions sur les nouveaux périmètres de DMU.

5. Cadrage de la révision 2024 des effectifs de praticiens hospitaliers (M. Kevin MARCOMBE)

M. Kevin MARCOMBE présente les grandes lignes de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour 2024. Comme chaque année, cette révision s'inscrit dans les orientations stratégiques du projet médical. L'objectif reste de poursuivre la consolidation des disciplines en tension. Le périmètre de ces disciplines en tension est variable dans le temps. Pour 2024, l'arrêté fixant les disciplines éligibles à la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) nationale sont l'anesthésie-réanimation et la radiologie. Les huit disciplines à tension identifiées par l'agence régionale de santé (ARS) sont l'anesthésie-réanimation, la médecine intensive et réanimation, la gynécologie médicale et obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie, la médecine générale et la médecine d'urgence. Cette liste régionale n'est pas officielle et publiée mais utilisée par l'ARS pour ouvrir des épreuves de vérification des connaissances (ÉVC) et pour l'affectation des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Enfin, au niveau de l'AP-HP, les disciplines remontées par les GHU pour l'attribution des primes d'engagement collectif régionales sont l'anesthésie-réanimation, la radiologie, la gériatrie, la psychiatrie et pédopsychiatrie, l'anatomopathologie, la médecine d'urgence et la pharmacie.

De manière accentuée pour 2024, l'objectif est de favoriser l'accès au poste de praticien hospitalier (PH) comme mesure d'attractivité des carrières, compte tenu des réformes visant les contractuels avec des effets de pyramidage qui doivent être anticipés. Un point d'attention portera sur l'utilisation du motif 3, c'est-à-dire le recours aux contractuels dans l'attente de la nomination d'un PH.

L'exercice a été mené cette année dans une logique prospective pour identifier les besoins probables pour 2025 et 2026. Pour projeter ces scénarios, une étude a été menée sur la base du nombre de contrats nouveau praticien contractuel (NPC) de motif 1 signés en 2022. Les contrats de motif 1 sont conclus pour une durée de six mois et renouvelable sur une durée maximale de deux ans. Cet état des lieux montre que 919 contrats ont été signés pour ce motif et se termineront en 2024 pour 753 équivalents temps plein (ÉTP). Ces professionnels devront ensuite être positionnés sur un autre motif contractuel, être titularisés ou trouver une solution alternative en dehors de l'AP-HP ou conclure des contrats de coopération territoriale.

En 2022, 334 praticiens sont entrés dans le grade de PH dont 345 nominations sur le grade au titre de la révision des effectifs de 2022. Les flux sortants se sont élevés à 295 dont 120 détachements et disponibilités. Le nombre d'entrées dépasse les sorties et cette tendance positive est constatée

également les années antérieures. Le nombre de PH a augmenté de 6 % sur la période 2018-2022. Le nombre de détachements et disponibilités a été particulièrement élevé en 2022 puisque ce flux se situait antérieurement plutôt entre 95 et 115. Par ailleurs, parmi les 295 sorties de PH, tous ne quittent pas l'AP-HP puisque certaines de ces sorties correspondent à des changements de grade.

Le nombre de demandes de postes de PH est en augmentation dans tous les GHU sur la période 2018-2023 à l'exception du GHU Mondor. Les demandes de titularisation portaient fortement sur les disciplines en tension en 2022 comme en 2023.

À 66 %, les candidats présentés à la révision des effectifs sont des femmes. L'âge moyen des candidats est de 42 ans (âge qui peut sembler élevé par rapport à l'âge moyen 2022) pour un âge médian de 35 ans. L'exercice à temps plein est majoritaire au sein des praticiens hospitaliers mais il est constaté une hausse des demandes de nomination à temps partiel pour la révision 2023 avec des demandes de temps partiel qui représentent 19,1 % des demandes contre 12 % en 2022.

Pour ce qui concerne la structuration des emplois médicaux par GHU, il est observé une répartition relativement homogène avec néanmoins une part plus importante des médecins associés à Mondor, situation qui devra être corrigée dans les années à venir en augmentant la part des PH ou contractuels.

Le président note que cette évolution intervient dans un contexte particulier compte tenu de la réforme récente du statut des contractuels qui risque de provoquer des changements qui sont à suivre de près.

Le D^r Sonia CERCEAU souhaite savoir quelles sont les disciplines majoritaires dans les sorties. Elle constate à la lecture du document qu'il est enregistré des entrées d'anesthésistes-réanimateurs mais elle a le sentiment que le nombre de sorties concernant cette discipline est également important, raison pour laquelle un bilan plus fin serait utile.

M. Kevin MARCOMBE répond qu'une analyse plus fine par spécialité en sortie est possible d'autant qu'il existe sans doute des comportements très différents par spécialité. Cependant, pour ce qui concerne les anesthésistes-réanimateurs, un effet volume joue également.

Le D^r Guy BENOÎT demande pourquoi les sorties en détachement et disponibilité sont de 120 tandis que les retours de disponibilité et détachement sont au nombre de 9 en 2022.

M. Kevin MARCOMBE indique les motifs départ en disponibilité et de retour de disponibilité restent à approfondir.

Le directeur général note toutefois que le solde entrées/sorties, pris globalement et non uniquement sous le prisme des détachements/disponibilités, est positif. En revanche, les chiffres semblent indiquer que les professionnels qui partent en disponibilité ou en détachement reviennent peu. Il sera donc utile d'approfondir l'analyse afin de disposer de données sur les retours de disponibilité et sur le nombre et l'évolution des détachements et disponibilités par spécialité.

Le D^r Guy BENOÎT ajoute que, sur la base des données du bilan social, il est noté une augmentation du nombre de jeunes PH qui arrivent dans la carrière, une diminution régulière du nombre de PH en milieu de carrière (40-50 ans) et une augmentation du nombre de PH en fin de carrière (au-delà de 50 ans).

Le directeur général précise que 134 départs sont enregistrés sur un motif autre que le départ en retraite sur un total de 3 200 PH, soit un taux de départ de 4 % de l'effectif chaque année, ce que l'on ne peut caractériser comme une hémorragie.

6. Bilan 2021 de l'activité libérale (D^r Jean-Luc THOMAS)

Le président présente le D^r Jean-Luc Thomas, qui représente l'Ordre des médecins à la commission centrale d'activité libérale (CCAL), qui l'a élu président de cette commission en juin 2021.

Le D^r Jean-Luc THOMAS précise en introduction qu'il est médecin généraliste dans le XII^e arrondissement de Paris, vice-président du Conseil de l'Ordre des médecins et président de la CCAL. Pour rappel, la CCAL est composée de huit membres : un représentant de l'Administration, M. MARCOMBE), un représentant de la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM), M. LE MAY, trois praticiens, dont un n'exerçant pas d'activité libérale (D^r Éric LE BIHAN) et deux en exerçant une (P^{rs} Philippe ANRACT et Yves-Hervé CASTIER), un membre du conseil de surveillance, M^{me} Sandra DI BONA, et une représentante des usagers, M^{me} Dominique MATINTIKA. La commission centrale reçoit des informations des six commissions locales d'activité libérale (CLAL) qui reprennent un fonctionnement normal après la crise COVID. Le président de la commission locale du GHU Paris-Saclay reste à élire.

Le bilan 2021 qu'il va présenter conduira à comparer les résultats 2021 à ceux de 2019 afin de s'appuyer sur un fonctionnement nominal hors crise COVID. En 2021, 350 contrats actifs sont dénombrés sur le périmètre de l'AP-HP. C'est un chiffre en légère diminution, la part de médecins exerçant une activité libérale à l'AP-HP passe de 6,20% en 2020 à 5,87 % en 2021. Cette baisse représente un recul de 8 contrats par rapport à 2020. Il est noté une stabilité des répartitions par GHU avec une sur-représentation des GHU *intra-muros*. Il est relevé par ailleurs une augmentation de la part des disciplines chirurgicales.

Les honoraires reçus au titre de l'activité libérale s'établissent à 46,1 M€ en 2021, soit une progression de 5 % par rapport à 2019. Les GHU Henri-Mondor et Paris-Nord sont ceux pour lesquels la dynamique des honoraires est la plus forte avec des augmentations respectives de 13 % et 11 %. Le montant de la redevance perçue par le siège s'est élevé à 12,9 M€ en 2021, soit une redevance en augmentation de 7 % par rapport à 2019. La redevance avait été collectée à 98,75 % à la date de l'établissement du rapport. Les situations de non-paiement sont exceptionnelles. En cas de difficultés, il peut être proposé un échelonnement de la dette.

Dans le classement des disciplines ayant le plus recours à l'activité libérale, on trouve en tête la cardiologie et les maladies vasculaires, la chirurgie orthopédique et traumatologique et la gynécologie-obstétrique et médicale. La composition du « palmarès » des dix premières disciplines est sans changement par rapport à la situation antérieure. 78 % du total des honoraires sont représentés par ces dix disciplines contre 66 % en 2019. Les honoraires du top 10 des disciplines ont progressé de 20 % entre 2019 et 2021 contre 5 % toutes disciplines confondues.

La médiane des honoraires perçus par les praticiens exerçant une activité libérale progresse : cette augmentation est de 14 % par rapport à 2019, pour atteindre 95 48 €. Dans le même temps, il est enregistré une augmentation de 20 praticiens percevant moins de 100 k€ qui passent de 51 à 53 % des 350 contrats actifs. La moyenne des honoraires perçus est en augmentation de 7 % par rapport à 2019, avec un montant moyen de 131 685 €.

Le nombre de consultations libérales a augmenté de 5,6 % entre 2019 et 2021 tandis que le volume des consultations publiques a reculé de 5 % sur la même période. Le nombre d'actes réalisés en libéral a augmenté de 21,6 % sur la période tandis que le volume d'actes publics a reculé de 0,27 %. La part des actes et consultations en libéral dans l'activité totale des praticiens augmente dans tous les GHU, sauf pour le GHU Paris-Sorbonne qui enregistre une baisse de 6 %. Les autres GHU progressent de 5 %, et les GHU Henri-Mondor et Paris-Seine-Saint-Denis de 9 %.

La CCAL vérifie que la part de l'activité libérale ne dépasse pas 20 % de la quotité de temps et 50 % des actes pour un temps complet. Sur les 350 contrats actifs, 67 praticiens ressortent en anomalie, soit 19 % du total des praticiens. Pour 35 praticiens, il a été enregistré un dépassement du ratio, mais ces situations restent en cours d'analyse sachant que certains remboursements par la Sécurité sociale peuvent être différés. Pour 32 praticiens, il est fait face à une problématique de contrôle de l'activité publique avec 25 praticiens déclarant des actes libéraux pour lesquels il n'y a aucune remontée ou une remontée partielle dont 11 pour lesquels les consultations publiques ne sont pas retrouvées. Pour 7 praticiens déclarant uniquement des consultations libérales, il n'y a aucune remontée des consultations publiques. Il est à noter que certaines cotations se font au niveau d'une consultation sans distribution par praticien. Par ailleurs, 14 praticiens bien qu'autorisés n'ont réalisé aucune activité libérale en 2021.

La CCAL a procédé à un examen complémentaire systématique pour les praticiens percevant plus de 300 k€ d'honoraires. Ces situations concernent 32 praticiens. Une analyse a également été menée auprès des praticiens percevant entre 200 et 300 k€ d'honoraires et n'apparaissant pas en anomalie, soit 10 praticiens. À date, seul le GHU Paris-Centre a renvoyé des informations et il est enregistré de grandes difficultés à remonter l'information sur l'activité publique.

Une étude complémentaire a été menée par la CPAM pour comparer la fréquence et le montant moyen des dépassements d'honoraires avec le palmarès des libéraux de ville. Cette étude montre, en ramenant l'activité libérale de ville à une quotité de 20 % pour la comparer à celle faite à l'hôpital, que le montant des honoraires des praticiens à plus de 300 k€ dépasse celui de la moyenne du top des praticiens de ville à l'exception de la médecine nucléaire, de la radiothérapie et de la neurochirurgie. Il a été identifié également quelques praticiens se situant au-delà des 300 % du tarif conventionnel, ce qui peut poser des problèmes déontologiques.

Sur la base de ces observations, la CCAL souhaite mettre en place un plan d'action. Le premier objectif de ce plan d'action est de fiabiliser le contrôle de l'activité publique car les informations disponibles actuellement ne permettent pas de qualifier l'activité. Des réunions ont été organisées avec la direction des systèmes d'information (DSI) de l'AP-HP pour étudier la possibilité de mettre en place des remontées automatiques. Des problématiques spécifiques concernent également la radiothérapie avec une cotation différente en ville et à l'hôpital : ce travail sera à mener avec des représentants de la CPAM. L'objectif sera également de systématiser le rappel formel à la règle en cas d'écart constaté.

Un renforcement de l'information apparaît aussi nécessaire. Ce renforcement pourra passer par la mise à jour du guide sur l'activité libérale rappelant les règles à respecter, les dispositifs de la Sécurité sociale concernant la maîtrise des honoraires, l'importance d'afficher les honoraires, etc. En la matière, la pratique n'est pas homogène alors que les honoraires doivent être affichés dans la salle d'attente mais aussi sur Internet. La charte d'activité libérale intra-hospitalière devra être mise à jour ainsi que les contrats puisque, pour certains praticiens, le jour d'activité libérale n'est plus le même que celui mentionné sur le contrat. Le travail engagé devra aussi conduire à adopter des modalités de contrôle plus « inter-opérantes » entre la commission locale et la commission centrale, mais aussi à articuler mieux les contrôles avec la commission régionale en cas de demande de suspension ou retrait de l'activité libérale. La commission régionale de l'activité libérale (CRAL) est actuellement la seule à pouvoir statuer sur les demandes de suspension ou retrait d'autorisation, mais une meilleure articulation est à trouver entre les différents niveaux. La proposition est que le médecin pour lequel une anomalie est notée puisse être reçu par la CLAL avant

de transmettre le dossier à la CCAL en cas de difficulté. Un avis pourra ensuite être transmis à la direction générale de l'AP-HP, puis le directeur de l'ARS pourra saisir la CRAL.

Le D^r Emmanuel Bui-Quoc précise que les médecins à temps partiel ne peuvent pas exercer une activité libérale à l'hôpital.

Le D^r Jean-Luc THOMAS le confirme.

Le D^r Christophe TRIVALLE remercie pour ces informations utiles. Le bilan de la commission de l'activité libérale était autrefois présenté différemment, souvent par l'intermédiaire d'un médecin de l'AP-HP. Le bilan qui a été présenté ce jour est plus détaillé. Sur le fond, il souhaite savoir si des dossiers sont identifiés comme véritablement problématiques.

Le D^r Jean-Luc THOMAS répond que la CRAL a été saisie sur deux dossiers.

Le D^r Cyril CHARRON est très surpris par certains chiffres, notamment sur le montant des honoraires qui peuvent être obtenus sur une quotité de temps de 20 %. Ces chiffres peuvent laisser planer un doute sur la quotité de temps réellement consacrée à l'activité libérale. De même, alors que l'année 2021 a été chahutée par l'épidémie de COVID qui a perturbé l'activité, notamment celle des chirurgiens, il ne comprend pas l'augmentation de l'activité libérale par rapport à 2019. Il faut absolument que les praticiens en anomalie soient sanctionnés car il pense que l'activité privée est un grand facteur de désorganisation de l'hôpital public.

Le D^r Christian GUY-COICHARD remercie le D^r Jean-Luc THOMAS pour ce rapport qui est beaucoup plus riche que ceux communiqués les années précédentes. Concernant l'absence d'informations sur l'affichage des honoraires, en revanche, il souligne qu'il suffit de solliciter les accueils des consultations pour vérifier si l'affichage est fait ou non. Après avoir procédé à quelques vérifications, il peut confirmer que l'information n'est pas toujours présente. Il s'agit pourtant d'une information à donner aux patients. D'ailleurs, certains interrogent les équipes car très surpris des sommes qu'on leur réclame. Il s'étonne par ailleurs que l'activité libérale soit en augmentation alors que 16 % des lits étaient fermés. Enfin, il souhaiterait avoir l'assurance que l'activité libérale, qui rapporte 13 M€ à l'AP-HP par an, bénéficie bien à l'Institution sachant que l'activité libérale utilise les infrastructures voire les personnels de l'AP-HP. Une étude serait nécessaire pour évaluer le réel gain apporté par l'activité libérale à l'hôpital public.

Le D^r Sonia CERCEAU remercie le D^r Jean-Luc THOMAS pour cette présentation très détaillée et explicite sur un sujet assez tabou. Elle s'étonne qu'il faille deux ans pour dresser un bilan puisque le document présenté porte sur l'exercice 2021 et non 2022. Comme son confrère, elle s'étonne aussi que l'activité libérale progresse en 2021 alors que l'activité était ralentie par la crise sanitaire. Les équipes sont demandeuses de contrôle afin que les choses soient claires et transparentes pour les patients et les autres médecins travaillant avec les praticiens pratiquant cette activité libérale.

Le D^r Valéry TROSINI-DÉSERT demande si le médecin et le chirurgien codent de la même manière en privé et en public, par exemple en utilisant un seul acte de cotation en privé mais plusieurs actes en public, ce qui conduirait à ce que l'activité publique soit plus importante que l'activité libérale.

Le P^r Yann PARC indique qu'un contrôle est nécessaire car une minorité ne respecte pas les règles. En réaction à la remarque précédente, il souligne qu'il est interdit de coder plus de trois actes, sauf à l'AP-HP qui code davantage tant en public qu'en privé. Cependant, l'activité se mesure, non pas en nombre d'actes, mais en nombre de patients. La limite de 20 % est donc calculée sur le nombre de patients. D'ailleurs, il est assez difficile d'aller au-delà de 20 % d'activité libérale, raison pour laquelle un contrôle renforcé semble nécessaire pour les praticiens dégageant des honoraires très

importants. Il est par ailleurs surpris que certains ne puissent pas déclarer leur activité publique puisque toutes les consultations sont sur *Orbis*. Par ailleurs, pour un patient opéré en privé à l'hôpital, l'AP-HP touchera la même somme, c'est-à-dire que la formule bénéficie à l'AP-HP, alors que le groupe homogène de séjour (GHS) est moindre dans les cliniques.

Le D^r Marie ANTIGNAC demande si des données sur la répartition hommes/femmes sont disponibles.

Le D^r Jean-Luc THOMAS répond que cet indicateur n'est pas suivi.

Le D^r Éric LE BIHAN indique que les journées et demi-journées d'activité libérale ne sont pas systématiquement identifiées dans les tableaux de service. Il souhaiterait donc que les travaux engagés permettent de clarifier la situation. Au vu du bilan qui vient d'être présenté, il constate qu'il est possible de gagner 300 k€ à l'année en travaillant un jour par semaine en libéral, ce qui ne peut qu'interpeller.

Le D^r Jean-Luc THOMAS confirme que l'affichage des honoraires est très disparate, raison pour laquelle le plan d'action vise à améliorer ce point. Normalement le représentant des usagers doit le vérifier mais cette tâche est aussi chronophage. L'affichage systématique sur *internet* devrait être facile à réaliser, notamment sur le site de la société *Doctolib*, mais cet affichage doit aussi être apposé dans les salles d'attente. L'objectif est d'émettre des recommandations à fournir aux CLAL qui devront confirmer ou non que les recommandations sont respectées. Le guide rappellera également que l'affichage est une obligation fixée par l'Ordre.

Concernant le respect de la quotité de 20 %, il rejoint ceux qui affirment qu'il doit être possible d'automatiser la remontée d'informations. Cette informatisation évitera de perdre du temps et de commettre des erreurs. Un travail est engagé avec la DSI à cette fin.

Tous les membres de la CCAL sont impliqués et les contrôles effectués, notamment par l'assurance maladie, permettent de mieux analyser les activités. Les praticiens ayant des honoraires supérieurs à 300 k€ sont peu nombreux et il est donc plus facile d'effectuer des vérifications. Le D^r Éric LE BIHAN a proposé de suivre l'exemple d'un GH où les créneaux d'activité libérale sont affichés sur *internet*. Après étude, il est possible que la commission centrale suive cette recommandation.

Le D^r Jean-Luc THOMAS reconnaît qu'un certain retard a été pris dans la présentation du bilan de l'activité libérale. Ce délai tient au retard pris dans la constitution des commissions locales. Il espère pouvoir présenter des chiffres plus tôt l'année prochaine.

Le P^r Bahram BODAGHI souligne que les fourchettes des tarifs sont disponibles sur le site internet *Ameli* de l'Assurance maladie.

Le D^r Jean-Luc THOMAS estime qu'il serait aussi utile d'afficher les honoraires sur le site internet *Doctolib* ou d'autres plates-formes.

Le D^r Christophe TRIVALLE ajoute qu'il peut exister un biais car un patient qui demande une consultation peut se voir proposer un rendez-vous en secteur libéral pour obtenir un rendez-vous plus rapidement.

Le P^r Bahram BODAGHI indique que c'est l'inverse car il est plus difficile d'obtenir un rendez-vous en privé qu'en public.

Le P^r Yann PARC ajoute, concernant l'affichage des honoraires, que l'absence d'affichage est non seulement un risque ordinal mais aussi légal puisque des contrôles sont effectués par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF).

Le directeur général remercie le D^r Jean-Luc THOMAS pour la qualité du rapport et pour la proposition de plan d'action. La direction générale sera en appui sur la mise en œuvre de ce plan, notamment concernant la fiabilisation du contrôle. Il assumera une politique de contrôle strict et n'hésitera pas à donner suite à toute pratique non conforme. S'agissant des évolutions générales observées en 2021, il partage les observations de beaucoup sur la difficulté à pouvoir justifier que l'activité libérale ait augmenté fortement au même moment où l'activité publique se réduisait.

Le président remercie le D^r Jean-Luc THOMAS et les membres de la CCAL pour ce travail. Ce rapport annuel a pour but de s'assurer que les règles sont respectées, que l'accès aux soins est équitable et que l'activité publique n'est pas perturbée par l'activité libérale.

7. Avis sur le compte clos et l'affectation des résultats 2022 et sur la décision modificative de clôture 2022 (M. Camille DUMAS)

M. Camille DUMAS indique que le déficit du compte de résultat principal s'élève à – 303 M€ contre – 282 M€ en 2021. Ce résultat, bien qu'en dégradation par rapport à 2021, est en amélioration par rapport au résultat estimé avant la clôture de l'exercice (- 391 M€). La moitié de l'amélioration par rapport à la prévision s'explique par les crédits de fin de campagne délégués par l'État au titre de la restitution de la sous-exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM). Ces crédits ont permis de couvrir les charges exceptionnelles supportées par l'AP-HP (notamment des surcoûts COVID). Il a été par ailleurs constaté une amélioration des recettes de titre 2 (ticket modérateur). Le différentiel entre le réalisé et la prévision tient aussi à une estimation trop prudente sur la provision du compte épargne temps (CET) et des heures supplémentaires dont les montants sont finalement inférieurs à la prévision d'atterrissage.

Le déficit du compte de résultat consolidé (tous budgets confondus) s'élève à 285 M€ contre 230 M€ en 2021. Les résultats des activités annexes montrent une dotation non affectée en excédent de 20 M€ contre 60 M€ en 2021, en raison d'un moindre volume de cessions. Le résultat des unités de soins de longue durée (USLD) reste déficitaire, même si ce déficit a été réduit. Les USLD bénéficient notamment d'un soutien important de l'ARS *via* la dotation soins. Les comptes annexes relatifs aux budgets médicosociaux et aux instituts de formation affichent en 2022 un léger excédent, qui est également ponctuel. La capacité d'autofinancement (CAF) s'établit à 257 M€ en amélioration (195 M€ en 2021). Elle est positive après remboursement du capital des emprunts. L'investissement a atteint 513 M€ en 2022.

L'année 2022 se traduit donc par une stabilisation de la situation économique et financière qui reste déficitaire. Cette situation a été rendue possible par le haut niveau de soutien de l'État avec une compensation des charges exceptionnelles (garantie de financement, compensation des surcoûts COVID, compensation de l'inflation, compensation du « plan BRAUN », compensation du dégel du point d'indice). Les plans d'action ont également produit des effets sur la facturation. L'activité s'est par ailleurs stabilisée en 2022 malgré des effectifs soignants contraints, avec une transformation importante des prises en charge qui se traduit par un développement très important de l'ambulatoire.

La dette de l'AP-HP s'établit à 3,4 Md€, soit un taux d'endettement de 37,9 % en 2022 contre 35,7 % en 2021, en ligne avec l'autorisation accordée par l'ARS.

M. Camille DUMAS rappelle que les comptes de l'AP-HP sont soumis à certification. Les commissaires aux comptes présenteront leurs conclusions définitives lors du comité d'audit du 9 juin. En 2021, l'AP-HP avait connu pour la première fois une certification sans réserve avec la levée des dernières

réserves résiduelles sur les recettes et les immobilisations. L'objectif est d'obtenir une nouvelle fois une certification sans réserve en 2022.

Conformément aux textes en vigueur, les résultats déficitaires doivent être affectés en report à nouveau déficitaire pour se cumuler avec les déficits des années antérieures. Les résultats excédentaires doivent d'abord être utilisés pour réduire les déficits antérieurs : c'est le cas pour le « budget C relatif aux écoles et centres de formation. Pour le produit des cessions, l'affectation est proposée en investissement.

Le D^r Guy BENOÎT constate que le soutien de l'État a été important en 2022. Il estime toutefois qu'il aurait pu se montrer encore plus généreux car il n'est pas certain que toutes les mesures du Ségur de la santé aient été financées. Par ailleurs, il rappelle que l'activité 2022 a été équivalente à celle de 2021 mais avec environ 1 000 personnels non médicaux en moins. Cette situation peut interroger car une activité aussi forte avec moins de personnel pourrait venir endommager l'attractivité de l'institution.

Le D^r Emmanuel Bui-Quoc souligne que la garantie de financement ne sera plus proposée en 2023, ce qui constitue un point d'inquiétude. Il entend qu'un financement de 750 M€ sera mis en place sur cinq ans, avec une première tranche de 250 M€ pour 2023 qui sera régressive ensuite. Parallèlement, le poids de la dette augmente alors qu'un plafond a été fixé il y a quelques années à 45 %. La baisse des financements conjuguée à l'augmentation de la dette suscite l'inquiétude.

Le directeur général explique que la garantie de financement est prolongée en 2023, mais selon de nouvelles modalités. Cette garantie sera moins protectrice. Si l'activité de l'AP-HP est en ligne avec les projections, les 250 M€ représenteront un soutien de l'État supérieur à ce que serait l'impact de cette nouvelle garantie de financement prolongée cette année. Ce constat sera encore plus vrai dans les années suivantes avec une extinction progressive de la garantie de financement. Cela renforce l'importance du soutien de l'État négocié dans le cadre du plan global de financement pluriannuel (PGFP). Ce soutien permettra de financer les mesures d'attractivité et de préserver le niveau d'investissement sans augmentation excessive de notre taux d'endettement. Il ajoute que la prévision de déficit pour 2023 reste de - 400 M€ car une partie des éléments d'amélioration intervenus sur 2022 ne sont pas reconductibles (délégation de fin d'exercice) et que nous subissons un fort impact de l'inflation. Cela signifie que toutes les actions prévues en termes de performance (codage, facturation, juste prescription) doivent donc être absolument réalisées afin de tenir la trajectoire fixée.

Le D^r François SALACHAS s'enquiert de la capacité d'autofinancement nette.

M. Camille DUMAS répond qu'elle est de 90 M€.

La CME rend un avis favorable unanime.

8. Suivi des « 30 leviers pour agir ensemble » :

• Levier 29 : améliorer la qualité du codage (D^{rs} Namik TARIGHT et Ayden TAJAHMADY)

Le D^r Ayden TAJAHMADY rappelle que le « levier 29 » vise à mieux rendre compte de l'activité réelle et de récupérer les financements correspondant en codant de manière plus exhaustive et qualitative. Le codage est à relier à la qualité de l'information médicale transmise et doit accompagner les disciplines faisant l'objet d'une réforme du financement (urgences, soins de suite et rééducation [SSR], psychiatrie, etc.). À la faveur de ces réformes, la tendance est de fournir des informations médicales plus importantes et diversifiées : l'AP-HP doit se mettre en ordre de marche

par rapport à ces enjeux. Le plan d'action relatif au codage porte des actions à mener sur l'ensemble de la chaîne de production de l'information médicale en partant du recueil et du primo-codage (désignation d'un référent, rythme de formation des codeurs, etc.) jusqu'aux actions de contrôle en passant par les actions de correction, de suppléance et de suivi de l'exhaustivité.

Le D^r Namik TARIGHT indique que la première action concerne le codage initial et implique les acteurs, notamment les cliniciens à travers leurs comptes rendus médicaux. L'objectif est d'améliorer l'exhaustivité et la qualité du codage en impliquant la CME, la direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM) et la direction des services numériques (DSN). L'objectif sera aussi d'enrichir les outils de codage et d'impliquer l'ensemble des soignants dans le recueil de l'information médicale. Les départements d'information médicale (DIM) ont d'ores et déjà commencé à enrichir le codage au travers des informations transmises par les équipes transversales, les soignants, les rééducateurs et les assistants sociaux.

Des outils numériques doivent permettre de simplifier le codage. Un chantier a été initié avec les chirurgiens sur les outils de codage des actes de chirurgie. Un test sera réalisé au dernier trimestre 2023 sur un outil d'intelligence artificielle d'abord à l'hôpital Bicêtre avant d'en envisager son éventuelle extension. Cet outil pourrait alléger la charge liée au codage et s'appuyer sur tous les documents existants. La feuille de route englobe aussi le déploiement des nouveaux outils *Dédalus*.

La priorité est aussi de structurer les équipes. Pour ce faire, il convient tout d'abord de repenser la politique du codage au sein de l'AP-HP. Le codage peut être fait par les équipes cliniques ou par des techniciens d'information médicale. Plusieurs expérimentations sont lancées sur les deux options avec le codage confié à des équipes spécialisées dans les GHU de Paris Saclay et Mondor et un codage confié aux cliniciens pour le GHU Paris-Sorbonne-Université. Ces expérimentations permettront de comparer les approches. L'effort doit également porter sur la structuration des DIM puisque dans les GHU où elles sont organisées (Paris-Sorbonne université, Paris-Saclay, Henri-Mondor) le codage est de meilleure qualité. Des chantiers sont aussi à conduire pour renforcer l'attractivité du métier qui connaît quelques difficultés de recrutement compte tenu de la faiblesse des effectifs formés en santé publique. Le métier de technicien d'information médicale doit aussi être valorisé.

Les contrôles devront se poursuivre aidés par des outils de *reporting* qui seront à améliorer dans le cadre de pilotes. En outre, l'amélioration du codage ne concernera pas uniquement l'activité médecine chirurgie obstétrique (MCO) mais également l'activité externe. Un travail portera notamment sur l'évolution des outils et l'optimisation du codage des actes bucco-dentaires.

Plusieurs actions portent sur les disciplines concernées par une réforme du financement. Plusieurs ont démarré mais ce travail devra se poursuivre en 2023. Le plan codage fait l'objet d'un suivi régulier. La CME n'est pas dans la boucle de ce *reporting* mais un point pourra être présenté en séance à la demande de la CME.

Le D^r Guy BENOÎT estime que ce point est symptomatique des dossiers qui ne font jamais l'objet d'un suivi et d'un bilan en séance. En effet, le 15 mai 2012, un point en CME s'intitulait : codage des séjours, bilan et avenir. En novembre 2013, le plan stratégique portait également sur la diminution du temps dévolu à la saisie pour aller vers le codage automatisé. En juin 2016, dans le schéma directeur, les mêmes propos étaient tenus. Le 11 septembre 2018, dans le cadre de la démarche dite « *Oikeiosis* », il était annoncé une « quasi-automatisation du codage du programme de médicalisation du système d'information [PMSI], au moins pour les séjours simples ». Des annonces de septembre 2019 disaient également ceci : « L'AP-HP a engagé une forme spécifique de marché

public, le partenariat d'innovation, pour avancer vers l'automatisation ». Le D^r Guy BENOÎT souhaite donc savoir ce qu'est devenu ce marché, quel a été son coût et quels ont été les gains obtenus. En janvier 2022, le directeur général, devant une commission du Sénat, auditionné pour se prononcer sur les dépenses en cabinet de conseil évoquait une mission en vue du codage des actes hospitaliers. Là encore, il souhaiterait savoir quel a été le coût de cette prestation de conseil et quels ont été les gains obtenus à la suite de cette mission. Enfin, le règlement intérieur de l'AP-HP, depuis 2018, dit que « le chef de pôle s'assure de la qualité et de l'exhaustivité du codage PMSI, de la saisie des actes externes dont les actes hors nomenclature ». Cette phrase a été reprise pour les DMU.

Le P^r Yann PARC indique que le codage est essentiel puisqu'il conditionne les financements mais il est aussi extrêmement complexe. Cette complexité existe pour les actes mais est encore plus importante pour les diagnostics. Par exemple, le diagnostic « grêle court » n'existe pas. Le codage est également obscur car inscrire, par exemple « occlusion sur maladie de Crohn » rapportera davantage que mettre en premier « maladie de Crohn ». En outre, 20 % du codage change chaque année, ce qui fait que les équipes ne peuvent jamais parfaitement le maîtriser. Ce constat appelle à professionnaliser le codage, ce qui permettra aussi d'assurer son exhaustivité. Par exemple, les équipes ne codent pas de petits actes, comme la pose d'une sonde urinaire.

Le D^r Namik TARIGHT confirme que dès 2013 il avait été porté le message que le codage devait être professionnalisé. Pour sa part, il estime que le codage est un métier en soi et qu'il est plus facile de former 200 codeurs que tout le personnel de l'AP-HP. À l'époque, cette demande n'avait pas été entendue et les CHU n'étaient pas encore convaincus qu'il s'agissait de la solution à promouvoir. Aujourd'hui, la situation est différente et l'AP-HP est sans doute parmi les derniers CHU à ne pas avoir professionnalisé ses équipes. Par ailleurs, le partenariat d'innovation de 2019 qui a été cité par le D^r Guy BENOÎT n'est pas allé au bout de la démarche, en raison du déclenchement de la crise sanitaire. Enfin, un bilan des prestataires de codage a été présenté en comité exécutif : ce bilan était largement positif avec une dépense autour de 2 M€ pour un apport de plus de 30 M€.

Le directeur général estime que la professionnalisation et la meilleure structuration de la fonction DIM à l'échelle des GHU sont indispensables pour progresser mais sans oublier que pour pouvoir coder il faut des compte rendu exhaustifs et bien renseignés. C'est donc un sujet qui doit embarquer toute la communauté médicale.

Le D^r Diane BOUVRY ajoute que les actes chirurgicaux manquants représentent environ 30 % des actes non codés après deux mois.

Le P^r Laurent MANDELBROT indique que la question du positionnement doit aussi être réglée.

Le D^r Sonia CERCEAU rappelle que les codages d'anesthésie ne peuvent être faits qu'après les codages de chirurgie et demande si le plan d'action envisage de modifier ce point.

Le D^r François SALACHAS constate que, malgré les modifications, les consultations complexes demeurent largement sous-évaluées. Le codage en vigueur ne rend pas justice à la complexité de l'activité. Il alerte également sur la difficulté à rédiger un compte rendu d'hospitalisation qui comprendrait les éléments nécessaires au codage, alors même que le système évolue chaque année.

Le président souligne que beaucoup de comptes rendus d'hospitalisation sont peu qualitatifs et comportent parfois des documents trop longs qui intègrent des copies d'écran illisibles. Il faut donc améliorer le format du compte rendu tout en essayant de répondre à l'enjeu du codage.

• **Levier 28 : « leviers de performance » : la juste prescription**

L'examen du point est reporté.

9. Financement des centres de référence des maladies rares (P^r Frédéric BATTEUX, M. Camille DUMAS)

Le président indique que, compte tenu de l'heure tardive, le dossier ne sera pas présenté par le P^r Frédéric BATTEUX et M. Camille DUMAS mais par le directeur général qui en fera une synthèse.

Le directeur général indique que la campagne de labélisation 2023 aboutit à 6 centres coordinateurs et 16 centres constitutifs supplémentaires. À l'inverse, 5 centres ont été dé-labélisés et 4 ont été rétrogradés. La dotation de l'AP-HP sera augmentée globalement de plus de 6 M€. Un travail a été mené pour clarifier les règles du jeu en termes de financement des centres. Après plusieurs mois de réflexion au sein d'un groupe de travail, il a été proposé de ne plus financer les centres dé-labélisés avec une mise en extinction des financements échelonnée sur deux années. Il a été proposé également de ne pas financer les centres de compétences dans la mesure où nous ne recevons aucun crédit pour ces derniers. Pour ce qui concerne les recrutements, la prudence impose de recruter à durée déterminée mais les centres arrivant à leur deuxième labélisation seront autorisés à recruter sur un poste pérenne. Un organigramme clair devra être proposé sur les postes financés au titre de ces financements. Enfin, 100 % du financement sera délégué aux GHU. Des frais de gestion de 18 % seront appliqués lors de la redescende vers les centres. Ce taux de 18 % correspond à la recommandation de la direction générale de l'offre des soins (DGOS). Aucun autre prélèvement ne sera opéré au-delà. Le montant des crédits réellement disponibles pour les centres va donc augmenter. Par ailleurs, la part des dépenses hors masse salariale passera de 2,5 % à 5 % pour les centres constitutifs et de 5 % à 10 % pour les centres coordonnateurs. Ce complément de financement qui ne figure pas au PGFP s'étalera sur deux ans (exercices 2024 et 2025).

10. Questions diverses

Il n'y a pas de questions diverses.

La séance plénière est levée à 20 heures 05.