COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 9 AVRIL 2024

APPROUVÉ PAR LA CME DU 11 JUIN 2024

Sommaire

I. Séance plénière 6

1. Informations du président 6

2. Approbation du compte rendu de la CME du 12 mars 2024 8

3. Avis sur deux protocoles de coopération (Pr Agnès HARTEMANN) : 9

a. « Traitement par photothérapie UVA/UVB effectué par l'infirmier diplômé d'État (IDE) après examen clinique dermatologique macroscopique par l'IDE en lieu et place du dermatologue » 9

b. « Réalisation d'une ponction articulaire de genou à visée diagnostique et thérapeutique par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin rhumatologue » 10

4. Feuille de route 2024 du comité des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS) de l'AP-HP (Dr David OSMAN) 11

5. Rapport 2022 de la commission centrale de l'activité libéral (CCAL) et avis sur la charte de l'activité libérale (Dr Jean-Luc THOMAS, président de la CCAL) 13

6. Suivi de la mise en œuvre des « 30 leviers pour agir ensemble » : 19

a. Baromètre social (Prs Agnès HARTEMANN et Jean-Damien RICARD et Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU) 19

b. « Retour économique vers les services » (M. Camille DUMAS) 22

7. Retour sur les conférences budgétaires des groupes hospitalo-universitaires (M. Camille DUMAS) 26

8. Questions diverses 26

CME du mardi 14 mai 2024

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 9 avril 2024
3. Avis sur des protocoles de coopération (Pr Agnès HARTEMANN) (sous réserve)
4. Point budgétaire : capacitaire, activité et recettes au 1er trimestre 2024 (MM. Nicolas REVEL et Camille DUMAS)
5. Maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRE) (Dr Sandra FOURNIER, Pr Jean-François TIMSIT)
6. L'office de l'intégrité scientifique de l'AP-HP (Pr Marc SAMAMA)
7. Bilan carbone & présentation de l'outil *Carebone* (Drs Sonia CERCEAU-DELAPORTE et Patrick LÉGLISE, Mmes Cécile KLINGUER et Inès DE MAISONCELLE)
8. Priorités de la direction des services numériques (DSN) (M. Raphaël BEAUFRET) (sous réserve)
9. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur le recrutement d'un chef de clinique des universités-assistants des hôpitaux dans les établissements liés par convention au 1er mai 2024

- Assistent à la séance :

- ***Avec voix délibérative :***

Pr	Philippe	ANRACT	Pr	Hawa	KEITA-MEYER
Pr	Béatrix	BARRY	Pr	Nathalie	KUBIS
Pr	Anne-Sophie	BATS	Pr	Karine	LACOMBE
Pr	Bahram	BODAGHI	Dr	Éric	LE BIHAN
Dr	Diane	BOUVRY	Pr	Éric	LE GUERN
Pr	Pierre-Yves	BRILLET	M.	Patrick	LÉGLISE
Dr	Emmanuel	BUI QUOC	Pr	Rachel	LEVY
Pr	Yves Hervé	CASTIER	Mme	Margot	MARTINEZ
Dr	Cyril	CHARRON	Dr	Olivier	MILLERON
Pr	Anne	COUVELARD	Mme	Déborah	MONTMÉAT
M.	Arthur	DE BASTARD	Dr	Vianney	MOURMAN
Pr	Loïc	DE PONTUAL	Dr	Nicolas	OBTEL
Pr	Nicolas	DE ROUX	Dr	David	OSMAN
Dr	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	Dr	Juliette	PAVIE
Pr	Marie-Hélène	DELFAU-LARUE			
Mme	Agathe	DELORME	Pr	Claire	POYART
Dr	Georges	ESTEPHAN	Pr	Jean-Damien	RICARD
Dr	Thierry	FAILLOT	Dr	Nathalie	RICOME
Pr	David	FUKS	Dr	Cécile	ROTENBERG
Pr	Vincent	GAJDOS	Dr	François	SALACHAS
Pr	Bertrand	GODEAU	Pr	Rémi	SALOMON
Pr	Bernard	GRANGER	Pr	Marc	SAMAMA
Pr	Agnès	HARTEMANN	Pr	Nathalie	SIAUVE
Dr	Sylvie	HAULON	Pr	Virginie	SIGURET-DEPASSE
Pr	Patrick	HINDLET	Dr	Farid	SLIMANI
Pr	Sandrine	HOUZÉ	Pr	Laurent	TEILLET
Dr	Anne	JACOLOT	Pr	Jean-Marc	TRELUYER
Pr	Nicolas	JAVAUD	Dr	Christophe	TRIVALLE
Dr	Juliette	KAVAFYAN-LASSERRE	Pr	Marianne	ZIOL

- ***Avec voix consultative :***
- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Yann GUITTIER, représentant du comité social d'établissement (CSE)
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

- ***En qualité d'invités permanents :***
- Pr Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- Mme Aurore BREGEON, représentante de la CSMIRT
- Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

- ***Les représentants de l'Administration :***
- Pr Catherine PAUGAM-BURTZ et Mme Laetitia BUFFET, directrices générales adjointes
- MM. Kevin MARCOMBE et Julien GALLAUD, direction des affaires médicales (DAM)

- **Secrétariat de la CME :**

- Mmes Émilie BAYARD et Sylvie LE GUILLOU (DAM)

- **Membres excusés :**

- Mme et MM., P^{rs} et Drs Jean-Louis BEAUDEUX, Julien FONSART, Estelle GANDJBAKHCH, Fabienne HUARD, Emmanuel MARTINOD

La séance s'ouvre à 15 heures 00 sous la présidence du Pr Rémi SALOMON.

I. Séance plénière

1. Informations du président

Le président informe les membres de la CME qu'il a désigné les Prs Beatrix BARRY et David FUKS en qualité de représentants de la CME auprès de la direction des affaires internationales (DAI). La DAI organise une rencontre jeudi 25 avril de 14 heures à 16 heures au siège de l'APHP dont le programme et les modalités d'inscription sont disponibles sur le site internet de la CME.

Le président informe ensuite que la stratégie médicale à cinq ans a fait l'objet d'une première réunion d'échanges le 26 mars, en présence du directeur général, du comité de liaison de la CME, du président et de la vice-présidente de la CME et des deux co-présidents de la sous-commission « *Territoires* », ainsi que le Pr Anne-Sophie BATS, co-présidente de la sous-commission « *Blocs opératoires* ». La CME sera tenue informée de l'avancée des travaux du comité de liaison. Les échanges avec les différentes disciplines, les collégiales et les GHU seront organisés ainsi qu'avec les présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France. L'objectif est la mise à jour du projet médical fin 2024 – début 2025.

Le président informe qu'il s'est rendu, la veille avec le directeur général à l'hôpital Paul-Brousse dans le service de soins palliatifs pour y accueillir Mme Catherine VAUTRIN, ministre des Solidarités, du Travail et de la Santé, dans un contexte de présentation du texte de loi sur la fin de vie le 10 avril 2024 au Conseil des ministres. Il précise que le processus législatif durera 18 mois environ avec un passage du texte à l'Assemblée nationale prévu le 28 mai, puis au Sénat à la fin de l'été.

Le président souligne que ce projet de loi suscite de nombreux débats depuis la convention citoyenne et qu'il soulève d'importantes questions dont devra se saisir la CME. Il précise que le préalable à la mise en place de cette loi est un plan décennal de renforcement de la filière des soins palliatifs et rappelle que, actuellement, 26 départements ne disposent d'aucune unité de soins palliatifs, qu'il faudra donc créer, tout en renforçant celles des autres départements.

Le président rappelle que le Pr Franck CHAUVIN est l'auteur d'un rapport sur « l'accompagnement de la fin de vie », notion qui a suscité un débat avec les tenants de a dénomination « soins palliatifs », certains estimant que le terme « accompagnement » manque de précision. Au niveau international, il est ainsi question de « *palliative care* ». La visite de la ministre a donné lieu à des échanges, notamment sur le renforcement de la filière, qui nécessite une dotation plus importante en moyens humains, et sur l'attractivité de la filière qui doit être renforcée. Les personnels des unités de soins palliatifs ont exprimé leurs réserves et leurs inquiétudes sur le projet de loi, alors que la filière des soins palliatifs n'est pas suffisamment développée. La question de la clause de conscience a également été abordée. Sur ce point, la ministre a expliqué que la clause de conscience serait individuelle. Il n'y aura pas de clause de conscience pour une équipe, et encore moins pour un établissement. Les soignants craignent que l'attractivité de la filière des soins palliatifs soit encore davantage fragilisée par la future loi. À l'échelle de l'AP-HP, **le président** considère qu'il serait pertinent de consacrer un temps d'échange spécifique sur ce sujet au cours d'un séminaire *ad hoc*, par exemple.

Le directeur général partage le propos selon lequel le calendrier parlementaire devrait conduire à un délai de 18 mois environ avant le vote du texte. L'APHP devra s'organiser pour assurer la mise en œuvre de cette loi. Celle-ci n'ira pas sans poser de vraies questions d'organisation, avec un accent particulier pour la filière des soins palliatifs. Il sera nécessaire d'y travailler sans tarder même

s'il lui semble préférable d'attendre un premier vote à l'Assemblée Nationale, d'ici l'été prochain, pour engager un premier travail de fond avec les parties prenantes au sein de l'AP-HP.

Concernant la situation des effectifs à l'AP-HP, le mois de mars confirme la bonne tendance du début d'année pour les infirmiers et infirmières diplômés d'État (IDE) (151 entrées et 139 départs). Le solde est donc de + 12 en mars 2024, contre – 74 l'an dernier et – 28 en 2022. Sur l'ensemble du premier trimestre 2024, 422 entrées d'IDE sont dénombrées (*versus* 401 au premier trimestre 2023) et les sorties diminuent de 24 % entre 2023 et 2024 (485 sorties en 2024 *versus* 640 en 2024). Le solde trimestriel est donc légèrement négatif en 2024, à hauteur de – 63 (*versus* – 232 en 2023 et – 284 en 2022). S'agissant des manipulateurs en radiologie, la situation n'est pas aussi bonne : 11 entrées et 33 sorties sont ainsi dénombrées. Le solde est donc négatif à hauteur de – 22. Concernant les infirmiers et infirmières de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), le nombre de départs diminue (8 en 2024 versus 14 en 2023).

Enfin, 794 contrats d'allocation d'études (CAE) ont été signés, contre 524 en mars 2023. Il est toutefois trop tôt pour affirmer que le dispositif est en croissance, car celui-ci est mieux connu et les étudiants ont donc tendance à signer plus rapidement. L'an dernier, une accélération du nombre de signatures avait été enregistrée en avril et en mai. Il sera donc possible de faire le point sur ce sujet en mai prochain.

Les chiffres de l'activité sur le premier trimestre ne sont pas encore disponibles. Le volume d'activité est plutôt en croissance par rapport à 2023 (+ 1 % en hospitalisation complète et + 2 % en hospitalisation partielle). Les recettes ne sont pas totalement au rendez-vous à date. Il sera utile d'en reparler en CME en avril prochain.

Le plan « Dix engagements pour nos patients » a été diffusé le 8 avril 2024 à l'occasion d'une communication publique volontairement prudente sur le sujet compte tenu des délais de mise en œuvre des différentes actions engagées.

Une proposition de loi sur les violences subies par les agents publics, notamment les soignants, a été votée en première lecture. Une disposition proposée par l'AP-HP y a été intégrée, donnant la possibilité aux établissements hospitaliers de déposer plainte en lieu et place des professionnels qui ne souhaiteraient pas déposer plainte en leur nom et qui se limiteraient à un témoignage sur les faits. En lien avec les procureurs de Paris et des départements de la petite couronne, l'AP-HP a d'ores et déjà la possibilité de déposer plainte aux côtés du professionnel, à condition qu'une interruption temporaire de travail (ITT) de plus de 8 jours ait été prononcée pour le professionnel ou à condition que l'établissement ait subi des dégradations matérielles.

La campagne de labellisation sur les « services apprenants » a été lancée et de nombreux services se sont déjà mobilisés pour s'inscrire dans cette démarche. Enfin, la campagne sur la prime d'engagement collectif a été relancée la semaine dernière. Chaque service peut proposer plusieurs projets (concernant des agents chaque fois différents).

Le Pr Bertrand GODEAU pose la question suivante dans le *chat* de la réunion : « *la conférence des doyens et le CNU Santé ont publié un texte expliquant pourquoi la création d'un DES de médecine palliative et d'accompagnement ne leur paraissait pas opportun* ».

Le président propose de reporter ce débat après la première lecture du texte de loi à l'Assemblée Nationale.

Le Dr Vianney MOURMAN partage l'avis du directeur général et souhaite ainsi attendre la première lecture du projet de loi sur la fin de vie. Il insiste sur le fait que les problèmes ne concernent pas que

les départements sans soins palliatifs. En effet, il rappelle que dans son hôpital, les patients n'ont pas tous accès aux soins palliatifs. Cet accès est très dépendant des médecins. Un important travail de formation reste donc à mener.

En outre, il convient de travailler sur la reconversion des médecins libéraux en deuxième partie des carrière. Les conditions d'embauche et de reconversion de ces médecins sont extrêmement défavorables à leur venue à l'hôpital dans les services de soins palliatifs de l'AP-HP. Le fait de leur proposer un contrat temporaire à 3 000 € par mois ne peut pas fonctionner.

Par ailleurs, il partage le point de vue selon lequel l'absence de diplôme d'études spécialisées (DES) n'est pas une solution. En outre, la notion d'accompagnement mérite d'être interrogée. « L'aide active à mourir » est un terme qui semble mieux présenter que « le suicide assisté » ou « l'euthanasie ». Les soins palliatifs se sont construits sur l'absence d'abandon des patients en dépit de leur demande d'aide à mourir. Ce point est fondamental. En outre, les médecins de soins palliatifs ont une compétence claire sur la demande de mort. Par ailleurs, un groupe de travail devrait être constitué au niveau de la CME, car l'aide à mourir ne sera pas l'apanage des médecins de la filière des soins palliatifs. Il faudra former et soutenir ceux qui seront impliqués dans le dispositif mais également ceux qui refusent d'y prendre part.

Le président propose de ne pas ouvrir le débat aujourd'hui sur ce sujet mais note que de nombreuses questions se posent sur l'aide active à mourir qui concerne un large périmètre de professionnels et considère qu'il sera nécessaire de leur proposer des formations sur ce sujet.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 12 mars 2024

Le compte rendu de la CME du 12 mars 2024 est approuvé à l'unanimité.

Le président invite le Dr Cyril CHARRON à présenter brièvement les travaux menés par la sous-commission « *Numérique* ».

Le **Dr Cyril CHARRON** indique que plusieurs chantiers sont ouverts. Depuis 2017, un module de réanimation est disponible avec associés à la pancarte connectée, la prescription de biologie, de médicaments et de radiologie. Depuis janvier dernier, grâce au travail des équipes de la direction des systèmes numériques, il existe une prescription de suppléance d'organe complète qui comprend tous les modes de ventilation mécanique invasive et non-invasive, un module de gestion de la trachéotomie, une prescription d'épuration extra rénale au sens large (comprenant la dialyse, l'hémofiltration et les échanges plasmatiques) et l'oxygénation par membrane extra-corporelle (*extracorporeal membrane oxygenation,* ECMO). Le module de réanimation est donc complet. C'est important car quelques services de l'AP-HP utilisent un logiciel professionnel dédié à la réanimation qui comporte tous les modules, ce qui est source de résistance au changement, et on le comprend. Les professionnels ne souhaitaient ainsi pas basculer sur *Orbis*. Le changement est désormais envisageable puisqu'il existe ce module complet de réanimation. L'hôpital Louis-Mourier en a bénéficié il y a quelques jours au sein de son service de réanimation. La satisfaction prédomine, malgré le changement majeur que constitue, pour une équipe médicale et surtout paramédicale, le passage à une pancarte de réanimation connectée. Le déploiement se poursuit dans l'ensemble des services de soins critiques au sens large (les soins intensifs et la réanimation). Il s'agit d'un important investissement de l'AP-HP, à hauteur de plusieurs millions d'euros chaque année. Ainsi, une équipe de formation se déplace pendant plusieurs semaines dans les hôpitaux pour former les personnels le jour comme la nuit à la nouvelle pratique de la pancarte connectée de réanimation. Pour rappel, un décret impose désormais aux soins critiques de disposer d'une pancarte de réanimation et de

prescription informatisée. Il est donc important pour l'AP-HP de poursuivre cette mutation via le module de réanimation d'*Orbis* pour se mettre aux normes.

Mme Catherine PAUGAM remercie les personnels qui se sont impliqués dans ce projet collaboratif, notamment les équipes de la direction des systèmes numériques (DSN) et des réanimations. Ce travail de qualité a permis de déboucher sur un outil performant, même si des optimisations continueront à y être apportées.

Le président s'associe à ces remerciements.

3. Avis sur deux protocoles de coopération (Pr Agnès HARTEMANN) :

a. « Traitement par photothérapie UVA/UVB effectué par l'infirmier diplômé d'État (IDE) après examen clinique dermatologique macroscopique par l'IDE en lieu et place du dermatologue »

Le Pr Agnès HARTEMANN précise que le premier point consiste à confier à l'IDE, en lieu et place du dermatologue, le traitement par photothérapie UVA/UVB après examen clinique dermatologique macroscopique. Ce protocole est effectué à l'hôpital Henri-Mondor à Créteil. Le dermatologue pose l'indication de la photothérapie et prescrit les séances et un(e) IDE formée les effectue. L'intérêt de ce protocole est d'augmenter la file active de patients pouvant en bénéficier, d'augmenter le nombre de séances par patient par semaine pour ainsi diminuer la durée du traitement mais aussi le recours aux traitements lourds. La mise en place du protocole repose sur les délégués (diplôme d'État d'infirmier ; attestation de formation aux gestes et soins d'urgences niveau 2 validée ; IDE de plus d'un an de diplôme et de plus de 6 mois en dermatologie) et les délégants (dermatologues identifiés dans le service).

Les actes dérogatoires portent sur :

- la réalisation de l'examen clinique dermatologique macroscopique : observation des téguments et de leur coloration (dérogation n°1) ;
- la définition de la conduite à tenir en fonction de l'examen clinique et selon un arbre décisionnel défini (dérogation n°2) : réalisation de la séance aux doses d'UV prévues dans le protocole prescrit ; adaptation des doses UV selon le protocole médical ; annulation de séance au vu de l'examen clinique et alerte médicale le cas échéant selon un arbre décisionnel défini ; programmation de la machine de photothérapie (dérogation n°3).

Une formation théorique de 4 heures en présentiel est prévue. Les compétences à acquérir portent sur la photothérapie UVA et UVB (mode d'action et protocole d'exposition ; description des phototypes ; contre-indication et effets indésirables ; connaissance des pathologies traitées (dermatite atopique, vitiligo, lymphome, etc.). S'agissant de la formation pratique, 8 heures de formation pratique avec le médecin référent en photothérapie sont prévues, soit 35 séances de photothérapie avec binôme IDE et médecin délégant.

Le rapporteur de la CME est favorable à ce protocole, tout comme le rapporteur de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSMIRT). Le comité de pilotage et la collégiale ont été consultés et sont favorables.

b. • « Réalisation d'une ponction articulaire de genou à visée diagnostique et thérapeutique par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin rhumatologue »

Le Pr Agnès HARTEMANN précise que le libellé a été heureusement modifié. Celui-ci porte désormais l'appellation de : « réalisation d'une ponction articulaire de genou à visée diagnostique et évacuatrice par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin rhumatologue ».

Ce protocole est réalisé par une équipe de l'hôpital Bichat. Les délégués sont un infirmier(e) diplômé(e) d'État avec 2 années révolues d'expérience en rhumatologie hospitalière. Les délégants sont rhumatologues. Une formation théorique de 6 heures est prévue, tout comme une formation pratique de 12 heures (10 ponctions de genou expliquées et commentées par le délégant ; 10 ponctions de genou en présence du délégant ; 10 ponctions avec le délégant à proximité).

Les actes dérogatoires sont les suivants :

- Réalisation de la ponction articulaire de genou à visée diagnostique et évacuatrice ;
- Prescription des examens du liquide synovial (bactériologiques, cyto-anatomopathologiques, systématique, protocole formalisé) ;
- Récupération et interprétation des résultats biologiques.

Le Pr Agnès HARTEMANN précise que la collégiale est favorable à ce protocole et que ce geste peut déjà être fait par des IDE entraînées à Berlin (Charité) et Leiden. Enfin, après prise en compte des modifications demandées, les avis du comité de pilotage et de la CSMIRT sont favorables.

Le Dr Patrick LÉGLISE demande si ce protocole est ouvert uniquement aux rhumatologues. Il suggère qu'il le soit également aux médecins de médecine physique et de réadaptation.

Le Pr Agnès HARTEMANN répond qu'elle n'a pas examiné les métiers du délégant. Elle rappelle qu'il est désormais très facile d'ouvrir un protocole à davantage de délégants.

Le Dr Juliette KAVAFYAN-LASSERRE estime qu'un nombre de dix ponctions n'est pas très important.

Le Pr Agnès HARTEMANN fait observer que la collégiale a accepté ce protocole. De plus, il existe une description de l'endroit où l'on ponctionne. Les rhumatologues ont exprimé un avis favorable.

Une intervenante souhaite revenir sur le premier protocole et demande si l'impact sur les matériels a été évalué et, donc, s'il sera nécessaire d'acheter des équipements supplémentaires.

Le Pr Agnès HARTEMANN souligne que ce point ne relève pas du protocole. Néanmoins, les équipes qui s'engageront dans le protocole devront se poser la question. Il est préférable d'avoir une ponction évacuatrice par une infirmière qui en a déjà pratiqué quinze plutôt que par un étudiant qui n'en a réalisé aucune.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU considère pour sa part que cet argument n'est pas recevable. En effet, il existe des apprentissages à faire. Si les gestes ne sont réalisés que par des personnes entraînées, il faut cesser d'accueillir des internes et de former des externes.

Le Pr Agnès HARTEMANN estime que le rôle d'une infirmière n'est pas de former les externes.

Le Pr Virginie SIGURET-DEPASSE signale qu'il faut savoir reconnaître, dans la liste des médicaments, un anticoagulant. Entre la pose de l'indication et la réalisation de la ponction, un anticoagulant est parfois introduit. Les infirmiers ne connaissent pas forcément très bien l'ensemble des traitements anticoagulants, surtout que ces derniers sont de plus en plus nombreux. Ce point soulève la question du moment opportun pour réaliser la ponction. Les mauvaises surprises en hémostase ne sont pas rares : il est découvert après la ponction que le malade était sous anti-coagulant.

Le président partage le point de vue selon lequel il convient de faire preuve de vigilance.

La CME émet un avis favorable unanime sur le premier protocole de coopération (traitement par photothérapie UVA/UVB effectué par l'infirmier diplômé d'État (IDE) après examen clinique dermatologique macroscopique par l'IDE en lieu et place du dermatologue).

La CME met un avis favorable (avec 1 voix contre et 9 abstentions) sur le deuxième protocole de coopération (réalisation d'une ponction articulaire de genou à visée diagnostique et évacuatrice par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin rhumatologue).

4. Feuille de route 2024 du comité des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS) de l'AP-HP (Dr David OSMAN)

Le Dr David OSMAN rappelle que le COVIRIS effectue un travail en continu à partir des alertes de vigilance, des déclarations d'événements indésirables et indésirables graves, des plaintes et des réclamations. Les travaux menés par le COVIRIS font également l'objet d'échanges réguliers avec les collégiales. Sur cette base, une feuille de route a été construite en deux volets : le premier correspond à la sécurisation dans des domaines spécifiques et priorisés (risque d'allergie aux produits de contraste [PDC] iodés, risque d'agression sexuelle en gériatrie, risque suicidaire en hospitalisation, risque d'oubli de textiles au bloc opératoire) ; le second est plus « généraliste » : il s'agit de l'amélioration de la « culture de sécurité » (engagement de la gouvernance, nouvelles pratiques soignantes, meilleure participation des patients).

La prévention du risque suicidaire en hospitalisation est évoquée dans le rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2022. La sous-déclaration est connue, même si une tentative de suicide ou un suicide en hospitalisation crée une onde de choc auprès des proches, des soignants et des autres patients. 65 % des suicides sont aboutis et 53 % des suicides interviennent par pendaison. 26 % des patients sont non psychiatriques. Les actes suicidaires relèvent à 82 % du sanitaire (psychiatrie 57 %) et à 15 % du médico-social (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [ÉHPAD] 80 %). Les analyses qui ont été réalisées à l'occasion de ces déclarations montrent un manque d'évaluation du risque, un manque de « culture psychiatrique », un manque parfois d'accès aux avis psychiatriques, une importante charge en soins et un environnement dangereux. Il convient donc de mieux sécuriser l'environnement, d'éliminer les objets potentiellement létaux et d'améliorer les inventaires. Il faut aussi mieux reconnaître les situations à risque et parfois lutter contre les attitudes négatives vis-à-vis des personnes suicidaires. Enfin, il est nécessaire d'améliorer les transmissions entre équipes et de faire mieux participer les proches à la sécurité des patients.

La prévention du risque d'oubli de textile (« textilomes ») et d'instruments est une autre priorité du COVIRIS. En 2023, seuls 38 diagnostics sont codés sur les 280 000 interventions. Seuls 8 textilomes ont été déclarés à l'agence régionale de santé (ARS) et seules 6 réclamations indemnitaires auprès de la direction des affaires juridiques sont dénombrées (dont 2 événements indésirables graves associés aux soins). Les oublis sont généralement plus fréquents en chirurgie urgente et en chirurgie longue avec changement d'équipes. Les événements surviennent aussi souvent en salle de naissance, lors de l'absence de standardisation des comptages des textiles ou en raison d'un défaut de réalisation du temps 3 de la *check list*. De plus, il convient d'évoquer la gestion des interruptions de tâche et la communication au sein de l'équipe (« Osez dire »). Ces événements sont donc rares, mais devraient être considérés comme des « *never events* » (évènements qui ne devraient jamais survenir). Ce sujet peut bénéficier d'une amélioration du travail en équipe. Un film intitulé « Textilome comment l'éviter ? » a été réalisé au niveau central sur ce sujet. Les autres pistes d'amélioration sont le partage d'une procédure AP-HP, l'amélioration de l'outil de traçabilité « *Orbis bloc »* et la promotion du signalement.

Concernant l'engagement de la gouvernance, une première charte a été proposée en 2014, intitulée « charte de non-sanction » en cas d'événement indésirable. Les déclarations d'événements indésirables graves associés aux soins ont par la suite augmenté. Il est nécessaire de continuer à

promouvoir la sécurité et d'instaurer un climat propice à cette fin. Ce sujet est aussi en lien avec la qualité de vie au travail. Le COVIRIS souhaite accompagner la « culture de la sécurité » et la diffusion d'une charte pour la culture de sécurité. Une telle charte permettrait de définir les prérogatives respectives des soignants, de l'encadrement médical et paramédical, des directions, des CME locales (CMEL) et des commissions des soins.

L'implication des coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) est insuffisamment connue. Or, ces professionnels connaissent très bien le sujet des événements indésirables graves. Les CGRAS sont en mesure d'aider les équipes et sont présents sur tous les sites. Cette activité bénéficie probablement d'un temps dédié insuffisant. De même, le soutien des CMEL est sans doute insuffisant. Les CGRAS décrivent tous un fort intérêt pour cette activité. Néanmoins, seuls 37 % sont certains de la poursuivre dans cinq ans. De plus, quatre CGRAS sur cinq s'arrêtant en 2024 n'ont pas trouvé de successeur.

L'engagement de la gouvernance consiste également à mieux accompagner les professionnels en cas d'événement indésirable. En effet, les professionnels sont parfois des « deuxièmes victimes » et peuvent connaître des symptômes graves (culpabilité, honte, ruminations, etc.) La disparition des symptômes est le plus souvent complète à un an, mais les symptômes peuvent parfois se prolonger au-delà. Une procédure AP-HP doit donc être élaborée pour traiter ce sujet et améliorer le soutien des professionnels. La sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) souhaite s'y impliquer pour les médecins. Enfin, il convient de mutualiser et de s'inspirer des outils développés dans les groupes hospitalo-universitaires (GHU) (le triptyque développé à l'hôpital Robert-Debré, l'implication de la médecine du travail, etc.)

La gouvernance s'impliquera également dans le bilan de la certification, qui interviendra bientôt. Elle s'engagera également dans le déploiement de l'outil de déclaration *Osiris 2*. Enfin, elle testera les « rencontres sécurité » de la HAS qui permettent, en une heure, d'organiser une rencontrer entre la CME, la direction et une équipe autour du sujet de la sécurité. L'objectif est d'organiser des premières rencontres de ce type dès 2024.

S'agissant des nouvelles pratiques soignantes, d'après le baromètre interne 2024 de l'AP-HP, 44 % des professionnels considèrent que les dysfonctionnements du service ne sont pas analysés et traités en équipe (en particulier 75 % des IBODE, 70 % des IADE, 60 % des MERM, 62 % des IDE). Il convient donc de favoriser les réunions de sécurité au sein des services. Ces réunions doivent avoir lieu de manière régulière et permettre une analyse en équipe des signalements *Osiris*. Elles ne remplacent pas les revues de morbi-mortalité (RMM) et les retours d'expérience (REX), qui correspondent à l'analyse profonde des événements indésirables.

Enfin, plusieurs films ont été produits récemment pour favoriser une meilleure participation des patients à leur propre sécurité. Ces films relaient des messages très simples, sont très courts, et incitent les patients à repérer et à signaler les risques d'incidents graves. Par ailleurs, il conviendra de faire participer les patients à l'action « sécurisation de la sortie » du projet patient 2024-2027. Enfin, la HAS demande que les représentants des usagers participent aux RMM. De premières expérimentations ont donc été menées sur ce point.

Le ministère a présenté sa première feuille de route nationale sur la sécurité des soins. Les actions du COVIRIS permettent de mettre en œuvre cette feuille de route.

Le président remercie le Dr David OSMAN pour la qualité de sa présentation et rappelle que ce sujet n'est pas de nature essentiellement administrative car il est étroitement associé aux soins.

Le Dr Patrick LÉGLISE partage ce point de vue mais rappelle que la démarche est d'autant plus forte que le soutien institutionnel est important. Par exemple, la direction des usagers, des risques et de la qualité (DURQ) des hôpitaux universitaires Henri-Mondor est très active. Cette direction s'appuie sur des correspondants dans tous les sites. De plus, des personnels travaillent à plein temps sur ce sujet.

Le président note que peu de collègues s'engagent dans le dispositif des CGRAS.

Le Dr David OSMAN confirme que les deux sujets sont liés. Les CGRAS connaissent bien le sujet et font le lien entre les directions qualité et les équipes. Les directions de la qualité leur apportent leur soutien. Cependant, il manque peut-être un soutien de la gouvernance médicale. Pour autant, ce point évolue : ainsi, les CGRAS sont davantage sollicités en CMEL. Leur implication dans les CMEL est très importante et elle est prévue par la réglementation.

Le Pr Bahram BODAGHI signale que dans son GHU, une intervention sur la qualité et la gestion des risques est réalisée lors de chaque CMEL.

Le Dr Christophe TRIVALLE s'interroge sur les raisons de l'inclusion dans la feuille de route du risque d'agression sexuelle en gériatrie. Par ailleurs, il signale que son hôpital fait partie de ceux qui expérimentent la participation des représentants des usagers aux RMM.

Le Dr Olivier MILLERON estime que la « culture de la sécurité » doit être promue à tous les niveaux, y compris ceux des internes et des chefs de clinique. La CMEL reste éloignée du terrain.

Le président s'interroge sur la place du sujet de la sécurité dans les enseignements de la formation initiale.

Le Dr Vincent FROCHOT répond que ce point fait partie du programme du deuxième cycle. Le sujet est de plus en plus repris dans les évaluations écrites des étudiants.

Le Dr David OSMAN explique que le sujet du risque d'agression sexuelle en gériatrie est inclus dans le plan d'action en raison de sa complexité : volets éthique, juridique mais aussi médical (repérage du risque, prévention médicamenteuse…) Par ailleurs, la sous-déclaration est une réalité, mais il est possible de s'améliorer de manière significative en la matière. Il importe de déclarer davantage d'événements indésirables pour être en mesure de mener des analyses et des plans d'actions. De même, il est important d'en parler en équipe. Ce point fait partie de la feuille de route du ministère quant à l'amélioration de la formation initiale.

5. Rapport 2022 de la commission centrale de l'activité libérale (CCAL) et avis sur la charte de l'activité libérale (Dr Jean-Luc THOMAS, président de la CCAL)

Le président rappelle que la CCAL doit être renouvelée en 2024 puisque ses membres ont été nommés par un arrêté de l'ARS du 11 mai 2021 pour une durée de trois ans. Trois membres de la CME sont nommés par arrêté du directeur général de l'ARS. Il s'agit des Prs Philippe ANRACT et Yves-Hervé CASTIER et du Dr Éric LE BIHAN, ce dernier n'exerçant pas d'activité libérale. Il est proposé à la CME de renouveler le mandat de ces trois membres de la CCAL.

La CME approuve à l'unanimité le renouvellement des mandats des Prs Philippe ANRACT et Yves-Hervé CASTIER et du Dr Éric LE BIHAN à la CCAL.

Le Dr Jean-Luc THOMAS se présente. Il est médecin généraliste et représentant du conseil de l'Ordre de la ville de Paris au sein de la CCAL. Il est président de la CCAL jusqu'au 11 mai 2024 et présente à ce titre le rapport d'activité 2022.

Il expose tout d'abord les principaux éléments quantitatifs : 17 praticiens supplémentaires sont dénombrés en 2022 par rapport à 2021, en raison d'un élargissement de la base des praticiens éligibles à l'exercice d'une activité libérale au sein de l'AP-HP. Au total, 367 praticiens de l'AP-HP ont pratiqué une activité libérale en 2022. Le GHU Centre est sur-représenté (31 % de ses praticiens détiennent une autorisation, contre 22 % en moyenne pour le reste de l'AP-HP). 57 % des praticiens exercent dans une spécialité chirurgicale, 43 % dans une discipline médicale.

Le niveau des honoraires progresse par rapport à la période qui a précédé la pandémie de COVID. Les honoraires s'établissent ainsi à 54,57 M€ en 2022. La médiane s'élève à 112 620 € en 2022, en hausse par rapport à 2019 et 2021. Le niveau des honoraires après redevance (perçue par l'AP-HP) s'établit à 39,68 M€. Le niveau des honoraires est très variable selon les spécialités, selon les GHU et au sein d'une même spécialité. La discipline médicale avec le plus haut niveau d'honoraires moyens perçus est la cancérologie-radiothérapie ; concernant les disciplines chirurgicales, la chirurgie plastique, reconstruction et brûlologie sont en tête. En 2022, la redevance s'élève à 14,9 M€. Les taux de redevance sont variables en fonction des consultations et des actes (imagerie, interventionnel, etc.) Ils sont ainsi compris entre 16 % et 60 %. À fin 2023, 97,8 % des redevances ont été recouvrées au titre de 2022.

L'activité libérale a progressé de 15 % en volume en 2022 (+ 14 % hors radiothérapie, qui est associée à de très nombreux actes). Il est toutefois difficile de comparer les actes de radiothérapie de la médecine de ville et de l'hôpital, car les codes sont très différents. Par rapport à 2021, les consultations progressent de 7 %, les actes de 21 %. L'activité libérale progresse plus fortement au sein de l'AP-HP que l'activité publique.

La CCAL a travaillé sur différentes problématiques, dont le sujet du respect des obligations réglementaires. Le ratio activité libérale sur activité totale doit être inférieur à 50 %. Actuellement, ce ratio est compris entre 32 % et 36 % pour l'AP-HP (selon la prise en compte de la radiothérapie ou non). Néanmoins, 18 % des praticiens dépassent le ratio autorisé (11 % sur ces 18 % à cause de l'absence d'exhaustivité de l'activité publique). De plus, s'agissant des obligations déclaratives, 17 % des praticiens présentent un écart supérieur à 10 % entre les actes déclarés et les actes système national inter-régimes (SNIR). 5 % des praticiens présentent un défaut de paiement de la redevance. Une mise en recouvrement est alors enclenchée via le Trésor public.

Par ailleurs, le respect de la quotité de temps n'est pas ou peu contrôlé par les commissions locales d'activité libérale (CLAL). Il existe ici un enjeu de traçabilité de l'activité libérale et de l'activité publique. De manière générale, les CLAL se réunissent seulement une fois par an. Il serait donc sans doute préférable que les CLAL se réunissent beaucoup plus fréquemment. L'une des CLAL ne s'est jamais réunie. La CCAL a rédigé des propositions sur ce sujet.

Trois axes ont été présentés en 2023 et un plan d'actions a été mis en œuvre et majoritairement réalisé :

- Améliorer l'information des praticiens :
  - Mise à jour du guide activité libérale (terminé et peut être diffusé) ;
  - Mise à jour des contrats (terminé, mis en circulations en avril) ;
  - Mise à jour des affiches (terminé) ;
  - Charte de l'activité libérale (validée par la CCAL, validée par le directoire le 26/03/2024).

- Réviser les procédures d'examen des situations litigieuses :
  - Systématiser le rappel à la règle formel en cas de manquement (partiellement mis en œuvre, rappel à réaliser auprès des CLAL) ;

- Adopter des modalités de contrôle inter-opérantes CCAL/CLAL (contrôles partenariaux / faire vivre les CLAL) ;
- Répartition des compétences CLAL /CCAL/ CRAL (terminé).

- Fiabiliser le recueil de l'activité publique :
- Explorer les possibilités de recueil centralisé de l'activité publique (réalisé, pilotes non opérants. Ce sujet est plus pertinent à traiter en GHU, avec la mise en place de circuits de codage de l'activité publique opérants pour favoriser une responsabilité partagée entre GHU et praticiens. Un appui est à prendre sur la charte.) ;
- Comprendre les difficultés de non-comparabilité de l'activité publique/privée en radiothérapie (réalisé, modalités alternatives à trouver (suivi des files actives, suivi par équivalence d'actes, etc.)

Le Dr Jean-Luc THOMAS aborde la présentation de la charte de l'activité libérale. Cette charte est un outil d'information sur les engagements et est prévue par le code de la santé publique (R.6154-3-1). Elle rappelle de façon claire les dispositions réglementaires de l'activité libérale et la façon dont l'AP-HP entend concilier activité libérale et service public hospitalier (règles d'exercice, obligation d'information et de libre-choix du patient, fixation des honoraires avec tact et mesure, délais de rendez-vous comparables entre public et privé, transparence de l'activité libérale vis-à-vis du service public hospitalier).

Il existe une problématique récurrente de l'absence d'activité publique reconstituable pour 10 à 15 % des praticiens chaque année. Pour rappel, la responsabilité est partagée entre les praticiens et la direction (obligation de moyens de l'Administration, obligation pour le praticien de se conformer à ses obligations de recueil de l'activité publique).

Le respect de la quotité de temps dédiée constitue une obligation. Le praticien doit matérialiser l'activité libérale dans les plannings. Cela doit permettre le respect de la comparabilité de la demi-journée libérale et de la demi-journée publique.

Enfin, les recueils d'avis sont en cours au niveau des différentes instances (CME, commission des usagers et conseil de surveillance).

Par ailleurs, concernant le renouvellement de la CCAL, l'échéance du mandat de la CCAL intervient le 11 mai 2024. L'échéance des mandats des CLAL est comprise entre mai et juillet 2024. Une nouvelle composition est à proposer à l'ARS pour signature de l'arrêté.

Le président rappelle que cette présentation annuelle du rapport sur l'activité libérale est une obligation réglementaire.

Le directeur général rappelle qu'il avait déjà exprimé, l'année dernière, un sentiment d'inconfort sur l'évolution très dynamique de l'activité libérale observée en 2021 alors que l'activité hospitalière avait stagné, voire diminué au cours de cette même année. Ce sentiment se vérifie cette année encore ce qui n'emporte aucun jugement de valeur sur le principe et l'existence de l'activité libérale au sein de nos hôpitaux. Celle-ci existe depuis longtemps, elle est prévue par les textes mais elle doit respecter des règles et des principes.

Il ne s'agit donc pas de la remettre en cause mais de vérifier le respect de ces règles et de ces principes. C'est sur ce point que le directeur général souhaite soulever quelques points de préoccupation. En effet, comme l'an dernier, l'activité libérale a progressé de 15 % en 2022 alors que l'activité publique de l'APHP n'a pas enregistré, loin s'en faut d'ailleurs, la même progression. L'assiette est toutefois très différente, puisque l'activité libérale concerne un très faible nombre de

praticiens. En examinant les chiffres plus en détail, s'agissant les professionnels concernés, on constate que certains professionnels enregistrent 70 % d'honoraires supplémentaires alors que l'activité publique de leur service diminue de 10 %. Certains professionnels voient même leur activité libérale progresser alors que leur propre activité publique diminue. Un tel constat est difficile à justifier dans le contexte actuel, marqué par des difficultés majeures dans l'accès aux soins. la quotité de travail autorisée pour l'activité

Au-delà des principes, il convient également de vérifier si les règles sont respectées, notamment la règle relative aux quotités de travail (ratio entre activité libérale et activité publique). La charte qui est proposée aujourd'hui à la CME pour avis vise à rappeler certains principes et repères. Tous les éléments exposés par le président de la CCAL qui visent à mieux connaître l'activité libérale sont essentiels.

Les contrôles seront en outre renforcés. En effet, les informations obtenues de l'Assurance maladie font apparaître que certains professionnels de l'AP-HP atteignent des niveaux d'honoraires privés qui les situent les 20 % des professionnels libéraux les mieux rémunérés de leur spécialité en Ile-de-France. Un tel résultat ne peut s'expliquer que de deux manières : soit un taux dépassement moyen très élevé qui s'éloignerait de la notion de « tact et mesure », soit pour ceux dont le taux de dépassement reste dans la moyenne régionale, par un contournement du respect des règles limitant libérale.

Le président précise que seuls certains professionnels sont concernés par ces dérives.

Le directeur général le confirme, même s'il n'est pas en mesure d'en préciser le nombre exact.

Le Dr Éric Le Bihan remercie le président de la CCAL pour sa présentation. Il remercie également le directeur général pour son attention portée à la question de la quotité de travail.

Le Pr Hawa Keita-Meyer confirme qu'il existe une problématique d'accès aux soins. Elle s'interroge sur le profil des 7 % de professionnels pour lesquels il est difficile d'obtenir la quotité d'activité libérale.

M. Julien Gallaud répond qu'une partie importante de ces professionnels relève des plateaux médico-techniques (radiologie, médecine nucléaire et radiothérapie) et qu'il n'existe pas de profil type.

Le Pr Hawa Keita-Meyer indique que s'agissant de l'activité libérale des chirurgiens, celle-ci pourrait, par exemple, être identifiée dans l'application *Orbis-blocs* par le sigle « PR » pour privé lors de la programmation. À l'instar de ce qui est mis en place pour les actes en ambulatoire ou apparaît le sigle « A ».

Le Dr Olivier Milleron demande quelles mesures de l'AP-HP peut mettre en place pour faire appliquer le principe du « tact et mesure » pour les honoraires. Il souhaite savoir s'il serait possible d'instaurer un ratio entre le salaire privé et le salaire hospitalier. Par ailleurs, il note que de plus en plus de médecins pratiquent une activité de secteur 1 à l'hôpital et que les patients ignorent qu'il s'agit d'une activité privée. Il souhaite savoir si cette activité relève de l'activité libérale. **Le Dr Olivier Milleron** convient du fait que la question du « tact et mesure » se pose. Certains tarifs semblent très excessifs dans l'hôpital public.

Le directeur général explique que la loi ne permet pas à l'AP-HP de fixer de plafond pour les revenus de l'activité libérale. Son objectif est de mieux faire respecter les règles existantes, par différents moyens.

Le Pr Marc SAMAMA salue le volontarisme du directeur général sur ce sujet. En sa qualité de co-président de la sous-commission *Blocs opératoires*, il explique à la CME que l'activité libérale est l'une des nombreuses causes de la désorganisation des blocs opératoires pour certains hôpitaux. Il conviendra de travailler sur ce sujet.

Le Dr Juliette KAVAFYAN-LASSERRE souhaite que la charte de l'activité libérale évoque le nécessaire respect des équipes publiques, dans la mesure où les patients sont pris en charge de la même manière. Par ailleurs, compte tenu que les opérateurs travaillent dans le public, il convient de rappeler qu'un patient à prendre en charge dans le public peut impliquer une déprogrammation d'un patient à prendre en charge dans le privé.

Le Dr Christophe TRIVALLE note que la commission n'a pas vocation à apprécier le respect du « tact et mesure ». Une analyse du « tact et mesure » pourrait toutefois être utile pour identifier d'éventuels honoraires éloignés de la moyenne. Il constate que 7 % des praticiens ont mal codé leur activité publique. L'activité libérale pourrait donc être conditionnée au fait de coder correctement l'activité publique. Enfin, il pensait que le cancer était exclu de l'activité libérale. Il s'interroge ainsi sur la radiothérapie, dont le principal objectif est de traiter le cancer. Or la radiothérapie arrive en tête des activités libérales, ce qui pose question.

Le Pr Claire POYART remercie les différents intervenants pour leurs propos. La charte a le mérite d'exister et doit être communiquée à tous les membres des CMEL. L'activité libérale doit être réalisée avec tact et mesure. Elle est régie par la loi. Même si peu de praticiens exercent une activité libérale, cette possibilité crée des disparités. En effet, certaines activités ne se prêtent pas à l'activité libérale, mais cela n'empêche pas pour autant les professionnels concernés de vivre. Même si la concurrence existe, notamment à travers les cliniques privées, il convient d'insister sur le fait que les directions des affaires médicales des différents GH enregistrent des disparités. Les CLAL pourraient identifier ces disparités. Il serait opportun de mieux faire appliquer le tact et mesure et ainsi de remédier aux dérives qui ne sauraient être justifiées par la concurrence féroce des cliniques privées.

Le Pr Jean-Marc TRÉLUYER sollicite des données sur les délais d'accès aux plateaux techniques très coûteux, notamment en radiothérapie. Il demande si ces délais diffèrent entre l'activité libérale et l'activité publique.

Le Dr Jean-Luc THOMAS indique qu'il ne dispose pas de données sur ce point. Les représentants des usagers souhaitent s'investir sur ce sujet.

Le Pr Bernard GRANGER confirme que les situations sont très disparates. Par le passé, il est déjà arrivé que la CCAL préconise des sanctions à l'encontre de certains praticiens, même si de telles situations sont peu fréquentes. En 2013, une mission a porté sur l'activité libérale. La charte de l'activité libérale a vu le jour à l'issue de ces travaux. En outre, chaque année, les commentaires sur le bilan annuel de l'activité libérale se répètent. Il estime que la stigmatisation des professionnels qui exercent une activité libérale est malheureuse car cette activité est autorisée par la loi. La grande majorité des professionnels exerçant une activité libérale respectent les règles encadrant cette activité. En 2019, dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité sur l'activité libérale à l'hôpital public, le Conseil constitutionnel a rappelé que « l'activité libérale vise à offrir, uniquement à titre accessoire, un complément de rémunération et de retraite. L'exercice de l'activité libérale permet ainsi d'améliorer l'attractivité des carrières hospitalières. »

Le Pr Bernard GRANGER ajoute que le contrôle de l'activité publique incombe à l'Administration. La question du « tact et mesure » et des honoraires est complexe ; il revient à l'Assurance-maladie et

au conseil de l'Ordre des médecins de contrôler et de sévir sur ce sujet, et non à la CCAL. La notoriété de certains praticiens est l'un des éléments pouvant parfois expliquer le niveau élevé des honoraires. Les professionnels exerçant une activité libérale demandent le respect de la loi, de toute la loi, rien que de la loi. L'activité libérale est un facteur d'attractivité. Cependant, il faut contrôler l'activité libérale autant que possible, et beaucoup plus fortement qu'actuellement. Il importe de chercher à comprendre certains écarts, parfois à une échelle individuelle. Certaines corrections sont nécessaires.

Le Pr Bahram BODAGHI partage le point de vue selon lequel l'exercice de l'activité libérale est un droit et selon lequel les règles applicables à l'activité libérale doivent être respectées. Il importe de réaliser des contrôles et de faire respecter les règles. Dans les faits, très peu de professionnels sont sanctionnés. Il faut travailler sur les différents aspects techniques de ce sujet. Il ne faut toutefois pas oublier le sujet de l'attractivité, qui est particulièrement prégnant pour des spécialités pour lesquelles la concurrence de la médecine de ville est particulièrement forte.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU rappelle que 12 000 médecins travaillent à l'AP-HP et que seuls 360 d'entre eux exercent une activité libérale. Elle souligne que le « tact et mesure » concerne l'image de l'AP-HP et de l'ensemble de ses praticiens qui exercent exclusivement une activité publique. Il est donc important que les praticiens ne pratiquant pas le « tact et mesure » puissent être contrôlés ou rappelés à l'ordre si nécessaire.

La Pr Anne COUVELARD ajoute, qu'outre la loi, l'image et la morale comptent. Des salaires annuels de 250 000 € sont particulièrement inéquitables et choquants.

Le Dr Jean-Luc THOMAS souligne que le « tact et mesure » relève d'une problématique ordinale. Une plainte peut donc être déposée auprès de l'ordre lorsque le dépassement est de 400 % ou de 500 %. La CCAL a le pouvoir de transférer des dossiers individuels problématiques à la CRAL qui est alors en mesure de prononcer des sanctions contre les professionnels. La charte de l'activité libérale précise désormais que pour chaque demande de contrat libéral, le calcul des conséquences de l'activité libérale pour le service doit être effectué, afin de s'assurer du fait que les missions de service public ne sont pas entravées. De plus, il incombe aux praticiens de s'identifier comme réalisateurs des actes. Chaque praticien souhaitant exercer une activité libérale sera informé de ses devoirs. La loi ne prévoit pas de restriction particulière au traitement des cancers par l'activité libérale. Enfin, moins de 10 % des 367 praticiens exerçant une activité libérale peuvent potentiellement poser problème. Ces problèmes, de quotité de travail notamment, sont en cours d'identification dans une enquête menée avec l'Assurance maladie. La plupart des praticiens exerçant une activité libérale respectent ainsi la loi et les règles.

Le directeur général réaffirme que son propos ne vise pas à remettre en cause le dispositif d'activité libérale. Il confirme que l'immense majorité des praticiens exerçant une activité libérale respectent la lettre et l'esprit de ce dispositif. Quelques praticiens contreviennent toutefois aux règles, d'autres à la fois à la lettre et à l'esprit de ces règles, et s'exposent à des contrôles, voire à des sanctions. L'acceptabilité du niveau de dépassement des honoraires est une question qui se pose. L'Assurance maladie a la possibilité de déclencher des contrôles et de prononcer des sanctions sur ce point. L'ordre des médecins dispose également de pouvoirs en la matière.

Le directeur général se renseignera pour savoir si l'AP-HP est également autorisée à prononcer des sanctions. En tout état de cause, la charte de l'activité libérale de l'AP-HP affirme que le « tact et mesure » doit être respecté. Enfin, et même si ce sujet ne relève pas du droit et échappe donc à toute sanction, il est nécessaire de s'expliquer avec les quelques professionnels dont l'activité

libérale progresse alors que l'activité individuelle publique ou l'activité de leur service diminue. Une telle décorrélation n'est pas acceptable.

Le président rappelle le contexte de la concurrence entre le privé et le public, avec des écarts de salaires que tout le monde connaît et qui posent problème. L'exercice de l'activité libérale s'inscrit également dans ce contexte, quel que soit l'avis que l'on porte sur celle-ci. **Le président** rappelle par ailleurs son attachement à la notion de service public, attachement partagé par l'ensemble des personnels de l'AP-HP.

Le Pr Bahram BODAGHI considère que la charte est très importante. Il fait remarquer que l'essentiel des éléments de la charte figure dans le contrat. La charte décrit en outre les contrôles.

La CME approuve la charte de l'activité libérale à l'unanimité des voix exprimées, avec une abstention.

6. Suivi de la mise en œuvre des « 30 leviers pour agir ensemble » :

a. Baromètre social (Prs Agnès HARTEMANN et Jean-Damien RICARD et Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU)

Le président rappelle que les résultats ont été présentés par la direction des ressources humaines lors de la CME du 12 février et que le diaporama figure dans le dossier électronique des membres de la CME.

Le Pr Agnès HARTEMANN demande aux membres de la CME s'ils souhaitent poser des questions sur les données de cette année.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU invite les membres de la CME à regarder les résultats du baromètre. Le taux de participation s'établit à 22 %, un chiffre qui reste faible. Plus les personnels sont situés en haut de la hiérarchie, plus ils ont tendance à répondre au questionnaire, et inversement. 64 % des cadres de santé ont ainsi répondu au baromètre social, contre seulement 11 % des aides-soignants. Très peu d'internes ont répondu au questionnaire, ce qui peut s'expliquer par le fait que ce dernier a circulé durant la période de changement de stage.

Plusieurs points positifs sont relevés. Les personnels sont relativement satisfaits de leur exercice – ce qui peut paraître étonnant, – avec un sens trouvé dans le métier par la plupart d'entre eux. Ils sont attachés à l'autonomie. Ils parviennent à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. 75 % des personnels de l'AP-HP sont satisfaits sur ce point, mais si l'on compare ce résultat, ce chiffre est de 83 % pour l'ensemble du service public.

L'esprit de collégialité et l'esprit d'équipe se retrouvent dans toutes les professions. Les professionnels ont identifié le rôle de chacun au sein des services et les informations circulent de manière fluide au sein de l'AP-HP, ce qui semble étonnant.

Néanmoins, plusieurs points d'amélioration sont notés. Les professionnels manquent souvent de temps et de moyens pour effectuer les tâches qui leur sont allouées. Moins d'un professionnel sur deux considère qu'il dispose du temps pour effectuer la tâche qui lui est allouée et seuls 50 % des professionnels considèrent qu'ils ont les moyens de la réaliser.

Moins d'un professionnel sur deux estime que les dysfonctionnements du service sont analysés. Le chiffre est encore plus faible (autour de 30 %) au sein des blocs opératoires pour les IBODE et les IADE. De manière classique, comme en France, de nombreux personnels considèrent qu'ils travaillent plus que les autres et qu'ils ne sont pas assez reconnus.

L'écoute de la hiérarchie est un autre point d'amélioration. 31 % des techniciens de laboratoire et 40 % des MERM estiment que la hiérarchie n'est pas à leur écoute. Ces professionnels sont généralement peu interrogés dans les enquêtes de l'AP-HP.

Au niveau des métiers, les items qui semblent importants sont le temps et les moyens (taux inférieurs à la moyenne pour les métiers médicaux). Pour les personnels non médicaux, notamment les sages-femmes, la même problématique est relevée. 17 % des sages-femmes seulement affirment qu'elles disposent du temps nécessaire à la réalisation de leur activité.

Le Pr Jean-Damien RICARD souligne que les résultats sont à l'image des sondages et questionnaires déjà menés sur les départements médico-universitaires (DMU), sur l'analyse des dysfonctionnements et sur la collégialité notamment. Le baromètre social a vocation à être reconduit à l'avenir, car il permet de répondre aux questions qui se posent sur le travail. Le taux de participation augmentera si les points d'amélioration relevés dans les éditions précédentes sont pris en compte.

Le Pr Virginie SIGURET-DEPASSE indique que les techniciens de laboratoire ne sont pas très bien représentés au niveau syndical. Ceux-ci sont exclus de certaines primes, ou les primes leur sont accordées avec retard. Ils ne sont pas reconnus comme un métier en tension malgré une très forte concurrence du secteur privé. Ils sont confrontés au quotidien et en permanence à des dysfonctionnements ou à des lenteurs excessives et anormales de l'informatique. De nombreux matériels sont vieillissants et des pièces défectueuses ne sont pas changées. Certains automates ne fonctionnent pas ou mal. Par conséquent, la lassitude s'installe. Parce qu'ils travaillent sur une chaîne, les techniciens de laboratoire exercent un métier difficile et déshumanisé. Il importe de revoir l'organisation pour qu'ils retrouvent davantage de sens au travail, au service des patients.

Le président note que d'autres catégories professionnelles comme les IBODE, le IADE et les MERM expriment également des difficultés.

Le Pr Bahram BODAGHI considère que les résultats de l'enquête sont globalement positifs. Les structures doivent se les approprier pour leurs effectifs, à leur échelle locale, afin d'agir sur le terrain.

M. Arthur DE BASTARD demande s'il est pertinent de ne pas inclure les étudiants hospitaliers dans le baromètre social. Seuls 147 internes y ont répondu. En effet, à chaque CME, il est question du manque d'attractivité de l'AP-HP. Il pourrait donc être intéressant de savoir pourquoi les futurs professionnels ne veulent pas venir travailler à l'AP-HP.

Le Pr Jean-Damien RICARD souligne qu'au moins 6 mois d'ancienneté dans la structure sont nécessaires pour répondre à l'enquête. Cette ancienneté permet de disposer d'un recul sur le travail et la gestion des problèmes.

M. Arthur DE BASTARD fait observer que les externes de médecine réalisent au moins deux ans de stage.

Le président souligne que la remarque est pertinente et confirme que l'attractivité est particulièrement importante pour les internes et les étudiants hospitaliers.

Le Dr Olivier MILLERON note que 25 % des personnels affirment ne pas être certains d'être toujours à l'AP-HP dans un délai de trois ou cinq ans. Il estime que ces velléités de départ ne sont pas rassurantes. Il demande si ce sujet a été analysé plus finement.

Mme Agathe DELORME indique qu'elle est sage-femme et que 17 % d'entre elles estiment qu'elles ne disposent pas du temps nécessaire pour réaliser leur travail. La frustration est importante sur le terrain. Le temps accordé au patient est un sujet de crispation, avant la question des rémunérations. Par ailleurs, il n'est pas étonnant que les infirmiers et les aides-soignants répondent peu à l'enquête, car ils sont sur le terrain et consacrent peu de temps aux outils informatiques.

Le Dr François SALACHAS s'interroge sur la satisfaction au travail. Il demande si la dynamique a été prise en compte sur une période de plusieurs années. Si les professionnels finissent par perdre espoir que les problèmes s'arrangent, ils risquent de partir.

Le Pr Bernard GRANGER estime qu'il aurait été opportun de comparer les résultats du baromètre social avec ceux obtenus il y a dix ans. Il demande si des mesures correctrices seront adoptées à la suite des résultats du baromètre. Il considère qu'il faut replacer le baromètre dans le contexte plus large des études sociologiques existantes. Aujourd'hui, les notions de temps et d'autonomie sont essentielles. Il souhaite savoir si le questionnaire sera adapté l'an prochain. En effet, il estime que les questions posées impliquent moins certaines catégories professionnelles. Enfin, il propose d'extraire un échantillon représentatif, de recueillir l'expression libre des personnels appartenant à cet échantillon et de faire analyser leurs *verbatims* par l'intelligence artificielle.

Le Dr Christophe TRIVALLE demande si un tarif dégressif a été obtenu pour le questionnaire, celui-ci étant amené à être reconduit sur plusieurs exercices.

M. Yann GUITTIER signale que certains salariés ne répondent pas au questionnaire, de peur d'être stigmatisés par la hiérarchie. Donner son avis ou relever des dysfonctionnements peut être une source durable de problèmes pour les lanceurs d'alerte.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU confirme que le questionnaire constitue une photographie des opinions, et non une dynamique. Par ailleurs, le questionnaire est anonyme et ne pose donc pas problème d'éventuelle sanction pour les personnels répondant à ce type de questionnaire.

Le directeur général souligne que le baromètre est de retour après dix ans d'absence. Cet outil est très important pour mesurer les points d'amélioration et mettre en œuvre des mesures. Le taux de participation est largement perfectible. Pour autant, l'intérêt de l'outil n'est pas invalidé. En effet, BVA indique qu'au-delà de 10 % de taux de participation, le sens des réponses ne varie plus vraiment. En outre, la participation est variable selon les catégories professionnelles avec des niveaux très satisfaisants pour certaines d'entre elles. Enfin, les écarts de participation sont pris en compte dans la présentation des résultats. Il espère que la participation s'améliorera lors des prochaines éditions de ce baromètre annuel. À cette fin, il conviendra de travailler sur la sensibilisation et de mieux porter à connaissance la diffusion du baromètre. Enfin, il est exact que ce questionnaire gagnera en intérêt et en crédibilité grâce à la mise en œuvre d'actions suite aux résultats de cette année.

Les questions portent sur le travail et sur la projection dans l'avenir. Les 36 % des professionnels de l'AP-HP qui expriment des velléités de départ ne partiront pas tous dans les trois ans, mais cet indicateur traduit un malaise qui doit être entendu. Cet indicateur est dégradé dans tous les centres hospitaliers, mais il l'est encore plus à l'AP-HP. Il est intéressant d'examiner le détail des réponses selon les hôpitaux et les métiers. Il existe une mobilisation aux différents niveaux pour examiner les situations de décrochage et ensuite engager un dialogue avec les équipes concernées pour approfondir l'analyse. Des actions émergeront naturellement de ces échanges, tant à l'échelle locale qu'à l'échelle centrale.

L'année prochaine, le questionnaire sera amélioré et pourra être corrigé. Toutefois, il convient aussi de garantir une certaine continuité, pour favoriser les comparaisons. De plus, il est nécessaire de ne pas augmenter le nombre de questions, qui est déjà élevé.

Il n'existe pas de tarif dégressif avec BVA, car le marché a été passé pour une seule année. Cependant, le prochain marché pourrait concerner plusieurs années et pourrait donc bénéficier d'un tarif adapté.

Le Pr Bahram BODAGHI demande si le tarif était plus compétitif cette année qu'en 2013.

Le directeur général cite le facteur de l'inflation.

b. « Retour économique vers les services » (M. Camille DUMAS)

Le directeur général explique que ce dispositif est le 30e des « 30 leviers ». Celui-ci a été présenté en bureau de CME il y a quinze jours. Son objectif est de redistribuer 20 % de l'amélioration de la situation économique de l'AP-HP vers les services, avec des règles qui doivent permettre de favoriser légèrement les établissements qui ont contribué à cette amélioration.

Il est important de créer un incitatif collectif autour de la réduction du déficit de l'AP-HP. Le sujet du déficit est certes lié à des facteurs exogènes nationaux, mais il concerne aussi toute la communauté professionnelle de l'AP-HP. En effet, le fait d'être en déficit n'est jamais anodin, car cela finit par pénaliser les établissements (baisse d'effectifs, plafonnement des investissements, etc.). Le déficit est un risque, tandis que l'équilibre est une promesse de pouvoir retrouver des moyens pour investir et se développer. L'idée de ce dispositif est ne pas attendre le retour à l'équilibre économique mais de mettre en place un intéressement collectif à mesure que nous progressons vers l'objectif. Cette redistribution permettra enfin de doter les services d'un budget propre. Ce mécanisme a été mis en place dès cette année avec un « mini-budget » de 2 000 € mais ce montant doit monter en puissance, au travers de ce mécanisme et au fur et à mesure du retour à l'équilibre économique.

Le directeur général sait que ce nouveau levier suscite des échanges et des interrogations. Ces dernières ont été entendues et ont déjà conduit à faire évoluer le dispositif. Une première critique porte sur le caractère juste du dispositif : celui-ci ne visera pas à distinguer les services selon qu'ils sont excédentaires ou déficitaires. Il s'agira d'examiner les variations d'une année sur l'autre. La redistribution se fera selon deux logiques : une part bénéficiera à tous les services, une autre plus importante ira à ceux des services qui auront contribué à cette amélioration, quelle que soit leur situation, et quelle que soit la nature de leur activité. Ainsi, les services qui ne sont pas producteurs de recettes directes sont également inclus dans le dispositif.

Pour favoriser l'incitation, des indicateurs qualité ont également été intégrés au dispositif. 20 % de la redistribution portera ainsi sur des indicateurs qualité. Il est nécessaire de prendre du temps pour déterminer les indicateurs qualité de l'ensemble des services. Par conséquent, ce segment qualité verra le jour en 2025 seulement.

Ce retour économique vers les services ne vise pas à rémunérer individuellement les personnels. Il s'agit d'un budget de service permettant de financer les petits équipements et la vie de service. Les recrutements ne seront pas possibles avec ce budget volatile.

Enfin, le directeur général récuse l'idée que ce retour économique vers les services (qui pourrait représenter 10 000 € ou 20 000 € par service) pourrait inciter les médecins à agir n'importe comment pour maximiser ce retour économique. Il sera mis en place en 2024, sous réserve de

l'accord de la CME. Il sera évalué dans un an. Il bénéficiera de corrections au fur et à mesure du temps.

M. Camille Dumas confirme que tous les services de soins sont concernés par le dispositif, quel que soit leur modèle de recettes. Cette caractéristique constitue le principal point de complexité du dispositif. À cette fin, les recettes sont valorisées économiquement y compris dans les services cliniques hors tarification à l'activité (T2 (services de soins médicaux de réadaptation [SMR], services de psychiatrie, etc.) À l'inverse, certaines charges induites par l'activité (les prescriptions générant des charges dans d'autres services) sont réintégrées dans les comptes du service prescripteur. Pour les services médico-techniques, qui ne bénéficient pas de recettes directes de tarification à l'activité (à l'exception de certaines consultations et actes externes), une quote-part forfaitaire intégrée dans les recettes des séjours leur sera redistribuée.

L'analyse ne porte pas sur le caractère déficitaire ou excédentaire d'un service, mais cherche à mesurer si la situation économique d'un service s'améliore ou se dégrade d'une année sur l'autre.

Concernant les modalités de redistribution de l'enveloppe, il convient de préciser que la dotation globale sera répartie en trois enveloppes :

- une enveloppe socle de 20 % de la dotation totale qui sera répartie entre tous les services quel que soit leur niveau de performance, dans la logique du « levier 17 » ;
- une enveloppe favorisant les services qui ont contribué à l'amélioration globale du solde économique de l'AP-HP. Cette enveloppe représente 60 % de la dotation totale. Cette enveloppe comportera une part fixe de 40 % et une part de 60 % corrélée au niveau de performance du service ;
- une enveloppe qualité de 20 % qui sera redistribuée sur tous les services au prorata de l'amélioration des indicateurs qualité d'une année sur l'autre. Cette troisième enveloppe ne sera toutefois mise en œuvre qu'en 2025.

L'objectif du dispositif est de récompenser la mobilisation des équipes à travers un mécanisme de retour économique collectif vers les services permettant d'accroître leurs marges de manœuvre. L'intéressement 2024 sera versé en mars ou avril 2025 et pourra être utilisé jusqu'au mois de juin 2026. Une première avance pour le budget « vie de service » de 2 M€ est prévue en 2024. Les crédits devront être utilisés dans l'année qui suit leur notification.

En complément, il convient de signaler qu'un outil de pilotage « *Pilote* » permet de retrouver de nombreuses données. Depuis le début du mois de janvier 2024, cet outil permet ainsi d'accéder aux principaux éléments de charge et de produits à l'échelle de chaque service. Ces charges et ces produits seront pris en compte pour déterminer la contribution de chaque service à l'amélioration de la situation économique de l'AP-HP.

Enfin, les membres de la CME peuvent se référer à la note qui a été rédigée sur le dispositif, car cette note est plus détaillée. La note explicite les différents mécanismes de calcul pour l'ensemble des services.

Le Dr Patrick Léglise demande si la dotation sera proportionnelle à la taille des services. Il cite l'exemple des pharmacies à usage intérieur (PUI). Certains GHU ne comportent qu'une seule PUI, qui regroupe cinq ou six anciennes PUI. Il conviendrait de ne pas pénaliser les GHU qui ont fait l'effort de mutualiser les activités. Par ailleurs, le niveau de qualité est variable selon les services. Il est à craindre que le système favorise les mauvais élèves, car les services ayant déjà un haut de niveau de qualité disposent d'une marge de progression très réduite. Enfin, il est problématique

que le budget doive être utilisé dans l'année. Le fait de pouvoir reporter le bénéfice du budget permettrait d'acheter un équipement plus onéreux l'année suivante.

Le Pr Agnès HARTEMANN s'étonne que ce dispositif soit mis en place qui laisse entendre que les personnels ne se démènent pas déjà pour prendre au mieux en charge les patients dans un contexte de manque de lits et de personnel. Les personnels sont portés par le sens qu'ils accordent au travail, comme l'a montré le baromètre social, et non par un outil de motivation extrinsèque. Ce dispositif qui prend moult précautions (et cela part d'une bonne intention) pour qu'aucun secteur ne soit laissé pour compte, risque de se révéler être une usine à gaz, dont on peut se demander combien de moyens humains elle mobilisera.

Selon le **Pr Agnès HARTEMANN**, dire que l'analyse de la progression du rapport recettes/dépenses est une nouvelle manière de faire c'est oublier que durant des années, des cibles de progression d'activité ont été fixées aux services. Compte tenu du contexte (nous sommes toujours en T2A), il n'existe que deux leviers pour améliorer la productivité : diminuer les charges de personnel pour les dépenses et augmenter le volume d'activité pour les recettes. Il faut rappeler que le budget de l'hôpital public est une enveloppe fermée et que s'il y a des bénéfices une année donnée, cette situation bénéficiaire peut être remise en question d'une année sur l'autre car l'Assurance maladie baisse ses tarifs. Cette course au bénéfice est un jeu de dupes. Enfin, nous avons le souvenir cuisant des tableaux *Excel* où chaque mois, les services en diminution d'activité pouvaient être marqués en rouge, avec la menace de retirer du personnel. Il est à craindre que les services qui ne contribuent pas suffisamment à l'amélioration de la situation économique de l'AP-HP soient stigmatisés d'une façon ou d'une autre, en particulier par les directions locales qui ont comme mission d'équilibrer les recettes/dépenses, alors que le budget global est contraint et déficitaire.

Le Pr Nicolas DE ROUX demande comment est traitée la continuité des soins, qui coûte cher mais à laquelle tous les services ne participent pas.

Le Dr Anne JACOLOT note que tous les services médico-techniques seront embarqués dans la démarche. Elle signale néanmoins ne pas avoir compris le fonctionnement du forfait intégré, qui se rapporte à ces services. En outre, l'outil « Pilote » est un outil institutionnel, mais il faut avoir conscience des limites de cet outil. Elle demande si l'innovation sera exclue du calcul des charges, car l'innovation représente souvent des coûts très élevés.

Le Pr Jean-Marc TRÉLUYER s'enquiert des modalités de traitement des petites structures. Il estime qu'un traitement particulier devrait leur être appliqué.

Le Dr Emmanuel BUI QUOC salue la qualité du travail qui a été réalisé. Il convient de la complexité du mécanisme, qui s'explique par la prise en compte de tous les paramètres caractérisant les services cliniques et les services non cliniques. Le budget total s'établit à 15 M€ par an. Chaque service bénéficiera ainsi de plusieurs milliers d'euros voire de plusieurs dizaines de milliers d'euros. Ce budget de service sera ainsi utile, même si des défauts ont été relevés. Quelques dysfonctionnements pourraient être relevés au démarrage, mais ils pourront être traités.

Le Pr Bernard GRANGER partage le point de vue selon lequel il est peu opportun de mettre en place un système aussi complexe pour redistribuer des sommes assez faibles aux services. Le dispositif manque de lisibilité et risque de décourager les personnels.

Le Pr Nathalie SIAUVE rejoint le propos de Mme Anne JACOLOT. Les examens d'imagerie réalisés en pratique sont plus nombreux que ceux prévus dans les groupes homogènes de malades (GHM). Si les recettes d'imagerie correspondent au coût de l'imagerie prévu dans le groupe homogène de

séjours (GHS), elles seront alors sous estimées. Il serait donc nécessaire d'améliorer la manière de comptabiliser les recettes d'imagerie.

Le Dr Olivier MILLERON estime que baser un système sur l'activité et le déficit risque de ne pas satisfaire tous les personnels, dans le contexte actuel. Il s'enquiert du montant maximal qu'un service pourrait obtenir.

Le directeur général indique que la taille de l'équipe est une caractéristique qui est prise en compte dans la part de l'enveloppe redistribuée à tous les services. Les services pourront consommer leurs crédits jusqu'à la fin de l'année suivant celle de la notification des crédits (année n+1).

Concernant la continuité des soins, il est exact que tous les services ne sont pas placés sur un plan d'égalité. Dans le système tel qu'il a été élaboré, ce facteur est fixe et n'est donc pas de nature à modifier la progression ou la dégradation de la situation d'un service. De même, il ne serait pas opportun de pénaliser l'innovation en intégrant les produits inscrits sur la liste en sus.

L'outil « *Pilote* » peut contribuer à l'amélioration du dispositif et de la situation économique de l'APHP. La situation de l'imagerie sera examinée en vue d'éventuelles améliorations du dispositif. De manière générale, des évolutions pourront être envisagées au fil du temps pour parfaire le dispositif.

Deux critiques fondamentales ont été exprimées au cours du débat.

Le système serait compliqué. Il est effectivement possible de faire plus simple, mais cela s'opérerait au détriment de la justice. La complexité est obligatoire pour prendre en compte toutes les spécificités, notamment celle des services qui n'ont pas de recettes directes.

Le système poserait des problèmes de principe. Il existe des marges de manœuvre à tous les niveaux dès lors que tous les leviers (fidélisation du personnel, augmentation du capacitaire, réduction de l'empreinte carbone, etc.) peuvent être plus ou moins mobilisés. Mettre en place un budget de service est important pour redonner concrètement du poids et de la place aux services dans l'organisation. La mobilisation d'un budget annuel de 15 M€ ne peut s'envisager que s'il s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la situation économique de l'AP-HP.

Le directeur général pourrait y renoncer si la CME exprimait son opposition, ce qui ne semble pas être le cas, étant entendu le dispositif, s'il est mis en place, pourra aussi faire l'objet d'améliorations au terme d'une première année de mise en œuvre.

Le Dr Christophe TRIVALLE demande confirmation qu'un budget de service d'un montant minimum de 2 000 € est garanti.

Le directeur général confirme qu'un budget minimum de 2 000 € par service est garanti. Il est toutefois possible de faire mieux que 2 000 €.

Le Pr Bernard GRANGER salue la volonté du directeur général de redonner des moyens aux services. Il note qu'en moyenne, un service disposera de 19 000 €. Un tel montant est assimilable à de l'argent de poche.

Le Pr Claire POYART considère que l'expérimentation mérite d'être menée. Elle estime que le dispositif ne constitue pas une usine à gaz. Lorsque la prime d'engagement collectif a été mise en place, tout le monde a parlé d'usine à gaz, mais au final, de plus en plus de personnels s'y engagent. Les agents sont très satisfaits lorsqu'ils peuvent bénéficier de cette prime. S'agissant du budget de service, il est important de valoriser et d'encourager les équipes qui cherchent à s'améliorer.

Le Pr Nicolas JAVAUD demande comment l'activité des services qui ne contrôlent pas leur activité sera mesurée, comme le service des urgences.

Le président souligne en conclusion que les avis des membres de la CME sont contrastés.

7. Retour sur les conférences budgétaires des groupes hospitalo-universitaires (M. Camille DUMAS)

L'examen de ce point est reporté.

8. Questions diverses

Jeux olympiques

Le Dr Olivier MILLERON signale que selon le ministre, tout est prêt pour les Jeux olympiques. Il s'étonne néanmoins que dans un même service, certains personnels non médicaux disposent d'une prime pour les Jeux olympiques (JO) ne coûtera rien à l'AP-HP. Tous les coûts, notamment ceux liés aux fonctions des systèmes d'information, seront valorisés et refacturés. Les postes de travail informatiques ne seront pas tous changés dans les cinq ans, mais un plan de résorption de l'obsolescence est en cours. Il en est de même pour un plan de remise à niveau des réseaux informatiques.

Par ailleurs, il n'existe pas de règle qui empêcherait les professionnels de prendre plus de 15 jours de congés en juillet et août, a fortiori pas au sein des structures non concernées par les jeux olympiques. Le dispositif JO a été construit en lien avec l'État et la communauté médicale des spécialités concernées. Des sites et des spécialités nécessitant un renforcement capacitaire durant les jeux olympiques par rapport à un été normal ont été déterminés. 80 services sont concernés et le nombre de lits supplémentaires représentera environ 5 % de plus du capacitaire total ouvert lors d'un été normal à l'échelle de l'AP-HP. Cela implique donc que les professionnels de ces services soient davantage présents pour couvrir ces lits supplémentaires. Une prime sera versée aux professionnels qui travailleront dans ces services durant tout ou partie des trois semaines des jeux olympiques et qui n'auront pas pu prendre trois semaines de congés consécutives en juillet et en août. Cela signifie qu'a contrario, un professionnel qui prendrait comme chaque année ses trois semaines de congés, par exemple du 1er au 22 juillet, ne bénéficiera pas de la prime, car son été n'aura pas été modifié.

De même, les personnels qui ne travaillent pas dans les 80 services concernés par les jeux olympiques prendront leurs congés estivaux comme d'habitude, et ne sont donc pas éligibles à la prime. Au final, celle-ci ne concernera qu'entre 3 % et 5 % des agents de l'AP-HP. Ce choix de ciblage s'explique par ailleurs par le fait qu'il est préférable de ne pas sur-mobiliser inutilement les services.

Le Dr Olivier MILLERON rappelle qu'en novembre dernier, il a été demandé aux agents de ne pas poser de congés durant les jeux olympiques.

Le directeur général fait observer que les règles ont été fixées très rapidement et que celles-ci n'ont pas été modifiées. Les plannings ont désormais été établis et ne doivent plus être touchés.

Mme Margot MARTINEZ constate que la prime concerne aussi les internes des 80 services mobilisés durant les jeux olympiques. Néanmoins, aucun texte réglementaire n'est paru sur le sujet. Il convient donc de préciser les modalités d'éligibilité, de calcul et de versement de la prime pour ces internes.

Le directeur général affirme que les internes bénéficieront des mêmes règles que les autres professionnels. Ils toucheront le montant « médecin », avec l'application des mêmes critères. Une lettre des ministres sera adressée à l'AP-HP pour préciser le dispositif. Les primes seront versées en octobre 2024 aux personnels concernés.

Le Pr Nathalie SIAUVE signale que les services d'imagerie n'ont pas du tout été pris en compte, alors qu'un surcroît d'activité en imagerie est inévitable si le nombre de lits augmente. Cet oubli est mal perçu par le personnel paramédical et médical.

Le Pr Catherine PAUGAM souligne que de nombreuses collégiales ont été rencontrées. L'impact de l'Euro et de la coupe du monde de rugby sur l'activité des services d'imagerie a été examiné. Outre cette base, les prévisions de l'office de tourisme de Paris ont été prises en compte. Finalement, en raison des jeux olympiques, 150 000 personnes supplémentaires se trouveront sur le territoire de l'Île-de-France. 150 urgences supplémentaires quotidiennes seront donc recensées sur le périmètre de l'Île-de-France. Les lits supplémentaires ouverts sont essentiellement des lits qui visent à éviter les brancards. Finalement, le volume d'activité supplémentaire attendu durant les jeux olympiques ne dépassera pas 3 %.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU demande si en cas de problème impliquant le retour des différents professionnels dans leurs hôpitaux respectifs, la carte e professionnel de santé (CPS) permettra de circuler librement dans Paris.

Le Pr Catherine PAUGAM répond par la négative. La CPS ne fera pas office de laissez-passer. La plateforme gouvernementale de délivrance des « QR codes » s'ouvrira dans les dix prochains jours. Par souci de simplicité, le directeur général souhaite que tous les professionnels disposent de leur « QR code », qu'ils soient en congés ou non. Elle ajoute qu'il reste à traiter plusieurs aspects du sujet, dont les intérimaires.

Le directeur général souligne en outre que des dispositifs sont prévus en cas de situation exceptionnelle (cyberattaque, attentat, etc.) Il sera notamment utile de connaître les destinations des vacances des personnels. En effet, en cas de rappel de personnels, il est préférable de savoir qui pourrait revenir dans un temps utile de 12 heures.

Le Pr Sandrine HOUZÉ signale que les laboratoires n'ont pas été inclus dans les demandes de renfort en personnel. Elle demande si des renforts sont prévus sur les trois hôpitaux référents.

Le Pr Catherine PAUGAM indique qu'il ne se passera rien sur ces trois hôpitaux référents.

Le directeur général souligne que les athlètes disposeront de leur propre centre. Certains services seront mobilisés dans ces établissements, dans le cadre du dispositif des jeux olympiques.

Le Pr Catherine PAUGAM signale que dans chaque GHU, un directeur médical et un directeur administratif « Jeux olympiques » ont été désignés. Ceux-ci sont les premiers points de contact des personnels pour toutes les questions relatives à l'organisation des services durant les jeux olympiques.

Le Pr Sandrine HOUZÉ sollicite des précisions sur la réalisation des examens qui seront prescrits et prélevés dans la polyclinique des jeux olympiques : est-ce qu'ils seront confiés à un laboratoire de ville.

Le Pr Catherine PAUGAM répond que tous les éléments de première ligne sont traités.

La séance est levée à 18 heures 50.