

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 6 JUILLET 2021

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE 2021

Sommaire

1. Informations du président de la CME	6
2. Avis sur la création de la fédération « SAMU-SMUR pédiatriques AP-HP - Île-de-France »	11
3. Avis sur le compte financier 2020 et l'affectation des résultats, sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2021 et sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2021-2025	294
4. Avis sur le projet d'établissement 2021-2025 de l'AP-HP	30

CME du mardi 6 juillet 2021

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME
2. Avis sur la création de la fédération « SAMU-SMUR pédiatriques AP-HP - Île-de-France » (D^r Gilles JOURDAIN)
3. Avis sur le compte financier 2020 et l'affectation des résultats, sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2021 et sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2021-2025 (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Didier FRANDJI)
4. Avis sur le projet d'établissement 2021-2025 de l'AP-HP (P^r Frédéric Batteux, M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN)
5. Approbation du compte rendu de la CME du 1^{er} juin 2021
6. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition B (PU-PH, MCU-PH)

- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines médicales nommés stagiaires au 1^{er} septembre 2020
- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines pharmaceutiques nommés stagiaires au 1^{er} septembre 2020
- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines odontologiques nommés stagiaires au 1^{er} septembre 2020

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	Véronique	ABADIE	D ^r	Christian	GUY-COICHARD
P ^r	René	ADAM	D ^r	Jean-François	HERMIEU
P ^r	Frédéric	BATTEUX	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Marc	HUMBERT
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Éric	LE GUERN
M.	Guy	BENOÎT	P ^r	Véronique	LEBLOND
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Rachel	LEVY
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Xavier	MARIETTE
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Rafik	MASMOUDI
M ^{me}	Leila	BOUZLAF	D ^r	Giovanna	MELICA
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	D ^r	Vianney	MOURMAN
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Stefan	NERAAL
P ^r	Jean-Claude	CAREL	P ^r	Yann	PARC
P ^r	Alain	CARIOU	D ^r	Juliette	PAVIE
D ^r	Cyril	CHARRON	P ^r	Antoine	PELISSOLO
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	Patrick	PELLOUX
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Jean-Damien	RICARD
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Nathalie	RICOME
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Jean-Philippe	DAVID	P ^r	Rémi	SALOMON
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSE
D ^r	Georges	ESTEPHAN	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D ^r	Thierry	FAILLOT	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
M.	Julien	FLOURIOT	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
Dr	Bruno	GREFF	M ^{me}	Karine	VIRETTE
M ^{me}	Sophie	GUILLAUME			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M^{me} Caroline SUBERIELLE, représentante de l'agence régionale de santé (ARS) d'Île de France
- M^{me} Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin responsable de la médecine du travail

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

- M. Sylvain DUCROZ, directeur des ressources humaines
- M^{me} Hélène OPPETIT, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)

- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, et M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeurs généraux adjoints ;
- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- M^{mes} Clémence MARTY-CHASTAN et Sophie BRUN, direction de la stratégie et de la transformation
- M^{me} Véronique DROUET et M. Patrick CHANSON, direction de la communication
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information
- MM. Didier FRANDJI et Hadrien SCHEIBERT, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Stéphanie DECOOPMAN, directrice de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)

- **Invités**

- P^r Benoit VIVIEN, responsable du SMUR pédiatrique de l'hôpital Necker – Enfants malades
- D^r Gilles JOURDAIN, pédiatre, hôpital Antoine Béclère
- D^r Azzeddine AYACHI, pédiatre à l'hôpital Avicenne (équipe AP-HP de santé publique)
- D^r Mehdi BEN CHOUI, épidémiologiste à l'Hôtel Dieu (équipe AP-HP de santé publique)

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)
- Mme Déborah ENTE (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Thomas APARICIO, Jean-Yves ARTIGOU, Elie AZOULAY, Sébastien BEAUNE, Jacques BODDAERT, Yves-Hervé CASTIER, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALES, Vianney DESCROIX, Hubert DUCOU LE POINTE, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Mathilde DUVAL, Bertrand GODEAU, Émelyne HAMELIN, Youcef KADRI, Jean-Louis LAPLANCHE, Éric LE BIHAN, Michel LEJOYEUX, Emmanuel MARTINOD, Salomé MASCARELL, Marie-Noëlle PERALDI, Louis PUYBASSET, Clara SALINO, Thomas SIMILOWSKI, Samir TINE, Michel VAUBOURDOLLE, et Noël ZAHR.

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

La CME a appris avec émotion le décès du P^r Axel KAHN survenu le 6 juillet 2021. Elle lui rendra un hommage lors de sa séance de rentrée le 14 septembre.

Le président indique que l'ordre du jour de la séance a été modifié pour y ajouter les avis sur la prise de participation de l'AP-HP dans la *start-up* « échopen » demandée par le directeur général, qui présentera le dossier, la création de la fédération SAMU-SMUR pédiatrique AP-HP – Île-de-France ainsi que sur le compte financier 2020 et sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2021-2025.

1. Informations du président de la CME

Crise sanitaire

Le président indique que le variant delta du coronavirus arrive plus vite que prévu, avec des scénarii de modélisation parfois inquiétants, le pire étant une possible vague d'hospitalisations avant la fin de l'été. Il est absolument essentiel d'augmenter le taux de vaccination des personnels soignants. Le temps passé par les médecins, chefs de service ou adjoints à échanger avec leur équipe est le plus efficace pour convaincre de se faire vacciner. Les uns et les autres doivent continuer à consacrer du temps à ces échanges. Certains personnels sont davantage hésitants que réfractaires et des réponses à leurs questions doivent leur être apportées.

Avis sur la prise de participation de l'AP-HP dans la société « Echopen » (MM. Martin HIRSCH et Nicolas CASTOLDI, D^r Mehdi BENCHOUFI)

Le président indique qu'il n'a eu connaissance de ce dossier que tout dernièrement, lors de sa présentation au directoire, au cours duquel il n'avait pas été précisé qu'un avis de la CME était nécessaire, ce qui explique que ce sujet ait été ajouté en dernière minute à l'ordre du jour. Cette proposition s'inscrit dans un projet plus général de pépinière de *start-up* à l'Hôtel-Dieu. Cette question mérite débat, et il regrette que la CME n'ait pas été impliquée en amont dans l'élaboration de ces projets, qui engagent pourtant la communauté médicale. Il regrette de la même façon que la CME n'ait pas eu le temps adéquate pour instruire cette question et en débattre. Ce projet représente en enjeu particulier et le directeur général va l'expliquer.

Le directeur général prie la CME d'excuser les conditions dans lesquelles ce point s'ajoute à un ordre du jour déjà chargé. Avant de s'en expliquer, il souhaite aborder deux importants points d'actualité générale.

La semaine précédente a été marquée par la clôture de l'appel à projets recherche hospitalo-universitaire (RHU) en santé qui a mobilisé de nombreuses équipes de l'AP-HP. 20 projets de RHU portés par l'AP-HP ont ainsi été déposés, ainsi que 12 dans lesquels elle constitue un important partenaire, portés par une université ou par l'Inserm. Ces 32 projets sont issus d'un processus de travail, regroupement, accompagnement et de sélection : il espère qu'une forte proportion de projets sera retenue, comme ceci a été le cas les années précédentes. Les RHU sont majeures dans le développement de la recherche.

La semaine précédente s'est également tenu le conseil stratégique des industries de santé (Csis), sous la présidence du Président de la République. Une proposition conjointe a été faite cette année, à l'initiative de l'AP-HP, en réunissant 7 autres grands CHU (Lille, Lyon, Marseille, Toulouse, Nantes, Bordeaux et Brest). L'objectif est d'unir les forces et d'améliorer le nombre actuel d'essais cliniques réalisés en France, moindre que dans d'autres pays. Cela permettra également de

prendre des engagements sur l'organisation des essais cliniques et de disposer d'une plateforme commune sur les essais de phase précoce pour lesquels la France est encore peu performante. Les engagements étatiques annoncés par le président de la République consisteraient à revoir les comités de protection des personnes et leurs compétences afin que le processus soit accéléré et simplifié. Il s'agirait également de mettre en place une filière *fast track* à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour un certain nombre d'essais, en dialogue avec *Les entreprises du médicament* (LEEM) qui prendrait un certain nombre d'engagements notamment sur leurs délais lorsque les industriels français sont des filiales de groupes étrangers. Ces éléments seront développés prochainement car ils sont essentiels pour la recherche clinique.

Le directeur général indique que le projet « *echopen* » est mené par une petite équipe de l'AP-HP, notamment un médecin de santé publique le D^r Mehdi BENCHOUFI dans l'équipe de santé publique du P^r Philippe RAVAUD. Elle s'est intéressée à la problématique suivante : comment faire en sorte que des échographes portatifs ne soient pas seulement des matériels mis au point par une entreprise américaine et facturés 5 000 à 10 000 €, mais des produits très accessibles en Europe et dans les pays à faibles revenus ? Ce projet a été développé par *open source* dans l'objectif de le mettre à disposition pour moins de 500 €. L'AP-HP a aidé cette équipe à obtenir des financements de partenariat et de mécénat, à monter un projet de l'*European institute of telesurgery* (EITS). En quelques années, cette équipe a réussi à créer un prototype fonctionnel. Entre temps, les porteurs du projet ont recherché des financements publics comme la Banque publique d'investissement (BPI) ou privés, mais les résultats ont été mitigés. L'AP-HP a demandé à l'État un engagement plus fort sur cette création d'une équipe publique hospitalière. Il y a environ un mois, un investisseur américain a proposé beaucoup d'argent à condition de prendre le contrôle de cette société. Ce n'est pas l'objectif de l'AP-HP, qui souhaite à la fois développer l'accès à ce produit, sans en faire un produit américain susceptible d'être tué dans l'œuf pour laisser les produits chers se développer. L'AP-HP a réussi à convaincre les autorités pour que la BPI investisse davantage dans ce projet et pour obtenir l'autorisation d'accompagner directement ce projet en participation. Depuis 5 ans, les hôpitaux universitaires ont le droit de prendre des participations, ce qui s'est traduit par la création d'AP-HP Internationale, dont l'AP-HP est l'actionnaire exclusif. Pour d'autres prises de participation, un texte réglementaire imposait des conditions impossibles à remplir pour l'AP-HP. Depuis le 25 juin 2021, un arrêté autorise l'AP-HP, malgré ses spécificités financières, à prendre des participations jusqu'à 500 000 €. L'AP-HP a proposé aux promoteurs de l'invention de faire une contre-offre française à l'offre américaine, dans laquelle elle serait partie prenante, avec un support BPI, AP-HP et des investisseurs français. Une course de vitesse s'est engagée entre les deux propositions, ce qui a conduit l'AP-HP à soumettre le projet au conseil de surveillance rapidement. Il a été évoqué en directoire, en CTE et aujourd'hui en CME, afin de permettre à l'AP-HP de participer à ce projet, de siéger dans les organes de gouvernance, de continuer à le suivre et le faire grandir. Le CTE réuni le 5 juillet a recueilli un avis favorable unanime de l'ensemble des organisations syndicales qui a considéré qu'il s'agissait d'une bonne manière d'assurer la souveraineté française et d'accompagner un projet né à l'AP-HP, qui a l'intérêt de proposer une technologie de qualité et de prix modéré, accessible aux médecins et aux paramédicaux. Si l'AP-HP avait conservé les travaux développés par *DBV Technologies* à Necker plutôt que de les laisser partir à la *National association of securities dealers automated quotations* (NASDAQ), l'histoire aurait pu être différente et aurait permis d'engager différemment l'AP-HP dans le soutien des sociétés. Cette possibilité lui est de nouveau juridiquement ouverte. Dans les prochains mois, un comité d'engagement sera installé et le président de la CME y siègera, afin d'examiner dans quelles conditions l'AP-HP pourrait accompagner, davantage qu'elle ne le fait aujourd'hui via l'office du transfert de technologie & des partenariats industriels (OTTP&PI) et la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), un certain nombre de projets. Chaque année à *AP'Innov*, des internes et des infirmiers viennent défendre leurs inventions. Au-

delà de la récompense de 2 000 euros, l'AP-HP pourrait davantage s'engager dans un certain nombre de ces projets, afin qu'ils puissent progresser avec l'institution.

Le D^r Mehdi BENCHOUFI remercie la CME de lui permettre de présenter le fruit du travail des 5 dernières années. Il est médecin de santé publique à l'Hôtel Dieu et mathématicien. Son équipe a développé un échographe portable, miniaturisé et branché sur *smartphone*, dans l'idée d'en faire un outil d'orientation diagnostique et trancher les questions de base de la médecine clinique (gravité, organe touché). L'idée n'est pas d'apporter un nouveau type d'outils, mais de se concentrer sur l'accessibilité tarifaire. Dans la littérature médicale, ce type d'échographe est annoncé comme « le stéthoscope du 21^e siècle », en donnant accès à des éléments cliniques de manière non invasive. Les actuels dispositifs médicaux qui coûtent entre 5 000 et 10 000 € ne sont pas toujours simples d'usage et l'objectif est de faire de cet appareil un outil personnalisé de l'ordre de quelques centaines d'euros.

Ce dispositif est compatible avec tout type de *smartphone* (IOS et *Android*). La connexion est non filaire en *wifi*, sans nécessiter de connexion internet. Il est également robuste. Ces usages sont avant tout de l'orientation diagnostique pour des gestes médicaux et paramédicaux. La suite de l'histoire est médiée par l'intelligence artificielle portée par des outils dont l'accès est démocratisé. Cette histoire a été écrite à l'AP-HP, incubée à l'Hôtel-Dieu, a bénéficié d'une connaissance métier et d'expertise remarquable, qui ont permis non pas de définir une technologie avec une vue d'ingénieur, mais de partir des besoins du terrain et de l'encoder dans une technologie industrialisée (le marquage « Communauté européenne » [CE] est attendu pour le mois d'octobre). Le tout sera porté par un véhicule dans lequel l'AP-HP occupera une place substantielle. L'actualité a été particulièrement intense au cours des dernières semaines et augure des meilleures choses pour la suite.

Le P^r Bernard GRANGER remercie le D^r Mehdi BENCHOUFI de sa présentation et félicite le directeur général d'avoir converti les organisations syndicales au capitalisme. Il suppose que des brevets ont été déposés et demande si le D^r Mehdi BENCHOUFI sera à titre personnel récompensé de ses efforts et de son invention. Il demande quel serait le montant approximatif du retour sur investissement. La somme de 500 000 € est importante (17 % du capital de la société) et il doit s'agir d'une bonne affaire pour l'AP-HP. Le soutien des intérêts du pays doit être profitable à terme pour l'institution.

Le D^r Sonia CERCEAU félicite le D^r Mehdi BENCHOUFI, car il est parfois difficile de mener un projet à son terme au sein de cette institution. Elle apprécierait beaucoup se servir de cet appareil, en tant qu'anesthésiste-réanimatrice. Elle estime toutefois que ces 500 000 € représentent près de la moitié du fonds d'« appui aux projets pour le renforcement du sens » (APRÈS) accordé au groupe hospitalier (GH) Sorbonne-Université. Plus de 70 projets pour améliorer le quotidien des soignants et des malades ne trouvent pas de financements. Ce travail lancé par l'AP-HP est formidable, mais le rôle de l'AP-HP est-il bien d'assurer ce relais financier, lorsqu'on constate le quotidien au sein des hôpitaux et que l'on doit demander de l'argent pour rénover des chambres mortuaires ou des accueils de patients ? Même s'il ne s'agit pas du même budget, elle estime que cet argent est nécessaire ailleurs pour financer les besoins quotidiens.

Le P^r Claire POYART signale avoir mené de nombreux projets industriels avec des *start-up*. Compte tenu des évolutions et des récentes déclarations du président de la République le 29 juin sur la simplification, le décloisonnement et l'excellence, si l'institution ne dégage pas de budget pour valoriser la recherche et l'innovation, d'autres le feront. Elle se réjouit que ce type d'initiative puisse faire partie des budgets de l'AP-HP. Ce type d'investissement fait partie de l'avenir de l'institution. Pour en avoir fait l'expérience et participé à des projets financés par la BPI, cela est important.

Le D^r Patrick PELLOUX se réjouit que l'AP-HP soit en capacité de concurrencer les Américains qui fournissent du matériel avec une obsolescence programmée. Si ce projet intéresse la France, cela pourrait aider l'AP-HP à investir. Des fonds d'investissement européens ont été débloqués post-COVID. Il salue cette dynamique de construction et de renouveau, mais elle ne doit pas donner l'impression d'imputer sur le quotidien et la prise en charge des malades.

M. Guy BENOIT se déclare partagé. La France a souvent manqué des occasions par frilosité. Il est gêné de voir que les projets soumis dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ou des travaux de recherche doivent passer devant de nombreuses commissions, alors que ce projet obtient rapidement les budgets nécessaires. À terme, il ne faudrait pas que pour fonctionner et se développer, l'AP-HP se transforme en investisseur et prenne des risques. Il est convaincu de l'utilité et de la pertinence de ce projet, mais il estime que c'est moins à l'hôpital de prendre un risque financier qu'à un établissement financier ou à l'État.

Le D^r Diane BOUVRY demande ce qui explique le bas coût de ce dispositif, alors que la technologie est aujourd'hui coûteuse. Elle a compris que l'AP-HP prenait ce risque financier dans l'objectif d'avoir un retour sur investissement. Elle demande si ces deux objectifs ne sont pas contradictoires.

Le D^r Mehdi BENCHOUFI indique que la technologie a été développée par des ingénieurs et des médecins qui ont bien calibré les usages. Les principaux concurrents ont levé 250 M de dollars alors que la France levait 800 000 € en 2020. Les rapports de force sont violents. Ses deux concurrents sont au même stade de maturité que celui de « echopen », en attente du marquage et ont respectivement levé 30 et 40 M de dollars. La qualité d'ingénierie française doit être valorisée et l'AP-HP possède un écosystème à nul autre comparable, avec près de 40 hôpitaux, 10 000 praticiens et un potentiel conséquent d'application sur les soins. Ce dispositif aura un rôle positif et l'AP-HP est un excellent vecteur de déploiement.

Concernant l'aspect de service public, l'équipe a publié des algorithmes à la disposition de tous et du matériel réutilisable. Cet élément constitutif du projet n'empêche pas de se protéger par des brevets défensifs : ils permettent non pas d'être propriétaires d'un savoir, mais d'éviter que l'on ne puisse pas exploiter le fruit de ses propres inventions.

Les modèles économiques appliqués par un grand nombre d'institutions, et notamment dans les facultés nord-américaines, reposent moins sur la valorisation des brevets que sur celle des usages. L'aventure entrepreneuriale comporte des éléments de risques inhérents. L'AP-HP a un potentiel d'amélioration de son organisation des soins et de la prise en charge des patients. Enfin, elle peut être un laboratoire d'exploitation de la donnée notamment pour industrialiser des outils d'IA développés par ailleurs par les entreprises : elle dispose d'un volume de données conséquent et d'expertises médicales.

Le directeur général précise qu'il ne s'agit pas de donner une subvention de 500 000 €, mais d'investir en prenant une participation dans une entreprise valorisée. Dans ce cas particulier, il est possible d'avoir une idée de cette valeur en examinant l'offre de l'investisseur américain. La valeur qu'il a indiquée, supérieure à la valeur actuelle, permet d'envisager quelle pourrait être dans 6 mois le niveau de la participation de l'AP-HP. L'idée est donc de soutenir un projet et de dire que la part acquise aura une valeur supérieure lorsque le projet aura avancé et permettra de réinvestir l'argent ailleurs ou de l'utiliser dans les investissements du quotidien. La dotation non affectée du budget de l'AP-HP (la seule excédentaire) intègre à la fois les cessions des bâtiments et le produit des brevets (qui rapporte 18 M€ par an à l'AP-HP). Dans quelques années, une troisième source de revenus pourrait s'ajouter à ces deux premières, à savoir le fruit des participations. La part de risque (500 000 €) comparée aux 500 M€ investis chaque année est relative (1 pour 1 000).

Au cours des dernières décennies, un certain nombre d'innovations sont venues de l'AP-HP sur lesquelles elle n'était, jusqu'à présent, pas autorisée à récupérer la valeur créée. Certains acteurs perçoivent individuellement des royalties sur leurs inventions, mais pas l'AP-HP. D'autres innovations ont été d'emblée vendues à des acteurs privés qui y ont trouvé leur part, mais pas l'AP-HP. Il paraît logique et souhaitable qu'une part revienne à l'hôpital public. Les organisations syndicales de l'institution ont considéré ce projet comme une nationalisation : plutôt que de laisser les acteurs du privé exploiter seuls les innovations en santé, elles considèrent l'AP-HP doit s'impliquer en tant qu'institution publique. En France, la plupart des innovations en santé sont nées à l'Inserm, au Centre national de recherche scientifique (CNRS), dans les universités et dans les hôpitaux, et ils en deviennent ensuite les clients pendant que d'autres récupèrent les gains.

Il n'est pas en mesure de savoir si ce projet rencontrera le succès ou pas : le produit est intéressant, car il s'agit de faire une petite marge sur un produit très accessible. Cela va à contre-courant de la tendance actuelle des industries pharmaceutiques à proposer des produits très onéreux et est cohérent avec un certain nombre de valeurs. Les conditions sont réunies pour que ce dispositif se développe bien : dans le cas contraire, l'AP-HP assumera cet échec.

Au regard du budget public alloué, volonté du gouvernement de voir ce projet soutenu est claire, de ce fait, le risque est mesuré. La BPI a plusieurs fois indiqué que si l'AP-HP investissait, elle-même pourrait investir 10 ou 20 fois plus. L'AP-HP ne pouvait pas le faire jusqu'à présent et en a désormais le droit : cela peut conduire d'autres investisseurs, publics ou privés, à s'impliquer.

La CTE a remis un avis favorable. L'avis de la CME sera suivi de celui du conseil de surveillance.

Le président confirme que depuis de nombreuses années, la valeur produite par les recherches académiques et dans les CHU de l'AP-HP lui échappe et l'oblige ensuite à acheter les produits qu'elle a contribué à créer. Ce débat ne fait que commencer et devra se poursuivre au sein de la CME pour examiner comment envisager d'autres types de partenariats.

Le P^r Yann PARC demande si l'AP-HP ne risque pas de se trouver en situation de conflit d'intérêts si elle doit à la fois valider le système et investir dans l'entreprise.

Le D^r François SALACHAS regrette l'absence de présentation des intérêts médicaux que ce dispositif représente pour les patients : quelles spécialités, estimation du nombre de praticiens qui pourraient l'utiliser, delta entre son prix et celui des concurrents, les collégiales.

Le D^r Mehdi BENCHOUFI précise que la propriété intellectuelle est dans la *start-up* et partie prenante de l'ensemble des actionnaires. Les cofondateurs dont il fait partie disposent d'une partie des parts. 25 personnes ont contribué au projet et ont été embarquées, car l'identité de ce projet était largement guidée par *l'open source*. Concernant l'intérêt médical, le projet est parti des besoins du terrain et l'équipe a étroitement travaillé avec la communauté locale et les urgentistes. Elle a réalisé un travail médical empirique et méthodologique, en passant en revue près de 10 000 articles pour isoler les usages, qui sont polyvalents (calculs rénaux, problèmes hépatiques, urgences cardiaques, COVID, gynécologie, phlébites...). Dans de nombreuses facultés dans le monde, les étudiants sont formés à l'échographie dite clinique comme les plus anciens ont été formés à manipuler un stéthoscope. Près d'une centaine d'usages médicaux ont été référencés et touchent la pratique généraliste de la médecine : urgentistes, réanimateurs/anesthésistes, internistes, pédiatres... L'appareil peut être utilisé sur trois fréquences et donner une visibilité superficielle et profonde. De nouveaux usages sont identifiés régulièrement, au fil des échanges avec les praticiens de différentes spécialités. Il propose d'accueillir à l'Hôtel-Dieu ceux qui souhaiteraient voir fonctionner cet appareil et se tient à la disposition de la CME pour rendre compte de l'évolution, positive ou négative, de ce produit.

Le P^r Claire POYART les dossiers présentés à la BPI sont nécessairement très complets, c'est donc le cas pour ce projet.

Le président soumet le dossier à l'avis de la CME par vote à bulletin secret (physique et électronique).

La CME émet un avis favorable à la majorité des 45 votes exprimés (31 pour, 10 abstentions, 4 contre).

1. Avis sur la création de la fédération « SAMU-SMUR pédiatrique AP-HP – Île-de-France » (D^r Gilles JOURDAIN)

Le président exprime sa satisfaction pour la création de cette fédération attendue depuis longtemps.

Le D^r Patrick PELLOUX signale, au nom des deux vice-présidents de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) que cette réorganisation de la pédiatrie concerne la permanence des soins. Or, la CCOPS n'a absolument pas été saisie de ce dossier. Certains ont pris un soin méticuleux pendant la crise COVID à éviter que des membres de la CCOPS participent à la cellule de crise, et la CCOPS n'a pas protesté. L'avis de la CCOPS sur ce type de projet est pourtant prévu par le code de la santé publique.

Le président entend cette remarque, tout comme les personnes qui ont mis en place cette fédération.

Le D^r Gilles JOURDAIN regrette que la CCOPS n'ait pas été saisie dans les règles. Les entités parties prenantes de ce projet sont le SMUR 92 pédiatrique Bécclère dont il est responsable et les SMUR pédiatriques, du 75 (Necker et Robert-Debré), du 93 (basé à Montreuil, dépendant d'Avicenne) et la future régulation régionale du SAMU 75. Le SMUR pédiatrique 95 (basé à Pontoise, hors AP-HP) sera associé à titre consultatif. En Île-de-France, 4 des 5 SMUR pédiatriques sont AP-HP et interagissent depuis 40 ans sur les territoires des autres avec des règles de suppléances édictées par l'inter-SMUR pédiatrique d'Île-de-France, dont cette fédération prendra le relais de manière plus institutionnelle.

La question d'un superviseur général de l'ensemble des SMUR pédiatriques d'Île-de-France s'est posée. L'idée d'une régulation régionale pédiatrique a été lancée en 2005, mais le projet n'a finalement pas abouti. Dans le cadre de son mémoire de l'école de management des médecins des hôpitaux (ÉMAMH) en 2017, il a monté un projet de « *régulation régionale des transferts médicalisés secondaires pédiatriques en Île-de-France* ». Puis l'idée d'une « *régulation régionale des transferts médicalisés pédiatriques urgents en Île-de-France : SAMU pédiatrique régional* » (D^r Azzedine AYACHI, SMUR 93 pédiatrique) a été évoquée. Ces deux projets ont abouti en juillet 2020 au projet de création d'une fédération supra GH SAMU et SMUR pédiatriques Île-de-France, par la direction de la stratégie et de la transformation de l'AP-HP pour harmoniser les procédures.

En effet, jusqu'à ce jour, les SAMU-SMUR pédiatriques en Île-de-France connaissaient des faiblesses dans leur organisation : l'aide médicale d'urgence est régulée par les SAMU de chaque département ; la régulation des appels, le déclenchement des départs primaires et des transferts secondaires sont organisés de manières différentes selon les départements ; la nécessité d'une expertise pédiatrique, notamment pour les transferts secondaires, qui explique que la régulation secondaire se fasse souvent directement par le médecin en poste dans l'unité mobile d'hospitalisation. Cela aboutit donc à une régulation non spécifique ou exercée pendant les temps

de prise en charge d'un autre patient lorsqu'elle est réalisée par le médecin en intervention ; un manque de traçabilité et d'enregistrement des appels ; une absence de coordination et de vision de la disponibilité des équipes en temps réel pouvant entraîner une augmentation des délais.

L'Inter- SMUR pédiatrique permettait d'avoir une représentativité auprès des instances, mais sans en avoir le statut juridique. L'AP-HP a donc demandé de créer une fédération supra-GHU des SAMU-SMUR pédiatriques régionaux d'Île-de-France, incluant les 4 SMUR pédiatriques de l'AP-HP et la régulation régionale pédiatrique centralisée à Necker. Ces 5 unités travaillent ensemble depuis le 1^{er} août 2020. Le SMUR extra-AP-HP du centre hospitalier René-Dubos à Pontoise, devrait également être associé à la fédération.

L'AP-HP a donc demandé en juillet 2020 la création d'une fédération supra-GH SAMU et SMUR pédiatriques Île-de-France, de rédiger un protocole (désignation d'un coordonnateur médical, rédaction d'un projet médical, d'établissement d'une convention avec le SMUR pédiatrique de Pontoise dans un second temps et enfin recueil-de l'avis des instances concernées.

Deux unités fonctionnelles ont été créés (SMUR Necker et régulation régionale pédiatrique) entre septembre et octobre 2020. Les responsables des 5 unités fonctionnelles (UF) de la future fédération ont rédigé un protocole et un projet médical entre le 1^{er} août et le 31 décembre 2020, date à laquelle le protocole et le projet ont été envoyés à l'AP-HP. Le D^r Gilles JOURDAIN a été pressenti comme coordonnateur médical et le D^r Azzedine AYACHI comme adjoint.

L'objectif est d'avoir une régulation pédiatrique fonctionnelle et efficace en octobre 2021, avant la prochaine période épidémique. Il s'agit du premier SAMU- SMUR pédiatrique régional sous la forme d'une fédération. Les éléments nécessaires au bon fonctionnement de cette fédération sont, la validation institutionnelle de la CME centrale et des quatre CME locales, puis la libération de moyens budgétaires (budget ARS annoncé restant à confirmer).

Le D^r Patrick PELLOUX salue ce projet, et rappelle que le code de santé publique prévoit que la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) donne son avis sur l'organisation et la permanence des soins, dont font partie la régulation et la pédiatrie d'urgence. Il regrette que la CCOPS n'ait pas été saisie et que les procédures institutionnelles ne soient pas respectées. Le fait que la CCOPS soit présidée par un praticien hospitalier peut en gêner certains, mais il est anormal que les décisions ne transitent pas par cette instance lorsqu'elle est concernée. Il propose que ce projet soit soumis à la CCOPS qui se réunit la semaine suivante et de ré-aborder ce sujet en CME en septembre 2021.

Le P^r Frédéric BATTEUX ne voit aucun problème à présenter ce projet à la CCOPS. Il rappelle toutefois que ce projet a déjà été présenté à la CME voici 6 mois, afin de réaliser un point d'étape sur le SMUR pédiatrique. Il n'avait pas eu notion d'un souhait de passage en CCOPS et le président ne l'a pas non plus évoqué lorsque ce point a été inscrit à l'ordre du jour.

Le président rappelle qu'il revient aux directions administratives d'assurer le secrétariat des commissions de la CME, ce que ne peut évidemment pas faire la présidence de la CME qui ne dispose que de 1,5 équivalent temps plein (ÉTP).

Le P^r Frédéric BATTEUX confirme qu'il est normal que ce projet passe devant la CCOPS. Ce projet consensuel doit avancer rapidement afin d'avoir une régulation fonctionnelle dès l'hiver prochain. L'ensemble des acteurs s'est accordé et la mise en place doit être rapide.

Le P^r Claire POYART ajoute que ce projet est très important pour assurer la permanence des soins aux urgences pédiatriques. Il a également été évoqué dans les instances du GH AP-HP-Centre. Elle

ne remet pas en question le passage du sujet devant la CCOPS, mais assure que ce projet doit être rapidement mis en place.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que la CCOPS a été créée pour justifier les choses.

Le P^r Jean-Claude CAREL indique que l'historique de l'organisation régionale du SMUR pédiatrique est très défavorable, avec un travail extraordinaire réalisé au niveau local, mais sans organisation régionale. Le travail de grande qualité qui a été réalisé permet de réunir les acteurs dans une proposition consensuelle. La CCOPS a par ailleurs beaucoup de pain sur la planche sur la permanence des soins intra-hospitalière. Ce sujet est rattaché à l'AP-HP, mais traite de la permanence des soins régionale. Il ne souhaite pas que la présentation du sujet à la CCOPS retarde le vote de la CME et par là même un soutien et une décision attendus depuis longtemps.

Le président propose à la CME de donner un avis sous réserve de l'avis de la CCOPS. Même si la CCOPS se réunit dans quelques jours, la prochaine CME ne se réunit qu'en septembre.

Le D^r Patrick PELLOUX refuse d'entendre que la CCOPS, qui a été oubliée dans le processus, soit responsable du retard pris par le projet.

Le P^r Frédéric BATTEUX explique que les différents éléments (budget, recrutements...) nécessitent d'aller vite. Il approuve la proposition du président d'un vote de la CME sous réserve de l'avis de la CCOPS qui l'entérinera complètement en cas d'avis favorable.

Le président estime que la proposition d'un vote de la CME sous réserve de la validation du projet par la CCOPS permet de répondre à la fois à l'urgence de la création de cette fédération et aux obligations du code de santé publique d'obtenir un avis de la CCOPS.

Il soumet au vote de la CME la création de la fédération « SAMU-SMUR pédiatriques AP-HP – Île-de-France » sous réserve de l'avis de la CCOPS.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité des voix exprimées et 4 abstentions. Cet avis ne sera effectif qu'après l'avis de la CCOPS.

2. Avis sur le compte financier 2020 et l'affectation des résultats, sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2021 et sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2021-2025 (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Didier FRANDJI)

Le président tient d'abord à remercier M. Guy BENOIT et le D^r Emmanuel BUI QUOC pour le travail réalisé par la sous-commission *Activités, ressources* (CAR) pour instruire ces dossiers.

Compte financier 2020 et affectation des résultats

M. Didier FRANDJI indique qu'à année 2020 exceptionnelle, écritures et résultats exceptionnels. Historiquement, l'avis des commissaires aux comptes comportait quatre réserves relatives à l'immobilisation, la recherche, les recettes et les stocks. Sur les comptes 2020, les réserves relatives aux stocks et à la recherche seront totalement levées. Les deux réserves restantes sont par ailleurs restreintes :

- Sur les recettes : la réserve relative à l'exhaustivité des recettes et à la qualité du codage est levée, il ne qu'une réserve sur les habilitations informatiques ;
- Sur les immobilisations : le niveau de l'inventaire a donné lieu à un accord et il reste à traiter le sujet de la valorisation en pleine propriété des baux emphytéotiques passés dans les années 1950 et 1960.

2020 est donc une bonne année de certification des comptes.

Les comptes 2020 sont bien évidemment impactés par la crise COVID. L'AP-HP a fonctionné 10 mois sur 12 avec une garantie de financement qui s'est substituée aux tarifs de la tarification à l'activité (T2A). L'AP-HP n'a pas réalisé son activité traditionnelle (- 12 à - 13 % de baisse, soit l'équivalent d'un mois et demi de séjours non réalisés). L'État a pour autant neutralisé cette baisse en versant une compensation de 250 M€. En parallèle, deux types de mesures ont été prises : la compensation des surcoûts COVID et des premiers coûts du « Ségur » et une écriture finale en marge brute. Ainsi, la marge brute de l'AP-HP s'est maintenue, voire a légèrement augmenté passant de 245,9 M€ en 2019 à 277,8 M€ en 2020. En revanche, le résultat comptable a évolué défavorablement, passant de - 169,4 M€ en 2019 à - 244 M€ en 2020. En effet, la méthode de la marge brute ne retient pas un certain nombre d'écritures dites de provisions ou exceptionnelles.

L'année 2020 a été marquée par nombreuses compensations. Au titre des dépenses :

- Les charges de personnel ont été supérieures de 406 M€ par rapport à 2019 en raison des primes COVID (14 M€), des premières mesures salariales du « Ségur de la santé » (71 M€), des dépenses de renfort de personnel (intérim, heures supplémentaires, contractuel pour près de 300 M€) et enfin du souhait de monétisation des congés en fin d'exercice (27 M€) ;
- Les charges à caractère médical ont également augmenté de 77 M€ tant sur les spécialités pharmaceutiques (+ 23 %) que sur les dispositifs notamment médicaux du fait de la volonté de l'AP-HP de stocker ces dispositifs afin de faire face aux vagues 2 et 3 ;
- Les charges à caractère hôtelier ont également augmenté : achat de matériel de protection (augmentation des stocks), recours à des services extérieurs afin de financer des prestations informatiques en phase aiguë de la pandémie (système d'information pour la déclaration des essais de produits [SIDEP]) et remboursement de frais de transport du personnel ;
- Certaines dépenses n'ont pas été prises en compte dans le calcul de la marge brute : augmentation des amortissements (15 M€), hausse des provisions pour compte épargne temps de 38 M€ (afin de tenir compte de l'augmentation des salaires des personnels issus des accords du « Ségur de la santé ») et enfin augmentation de la provision pour dépréciation des créances des années antérieures.

Concernant les produits, si la garantie de financement a bien compensé la tarification à l'activité (T2A), les recettes de ticket modérateur (titre 2) ont enregistré une moins-value de 121 M€. Cette baisse a toutefois été compensée par le système de la marge brute, ce qui a permis à l'AP-HP de retrouver ces crédits. Concernant les recettes diverses (titre 3), on enregistre une baisse de 53 M€, principalement en raison d'une baisse des ventes de médicaments en rétrocession, de moindres redevances sur les chambres individuelles et d'une réduction des recettes issues de l'occupation du domaine public (cafétérias...)

Les résultats sont les suivants :

- Addictologie (centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA]) est en excédent de 609 026 € ;
- Le budget principal est en déficit de 244 328 749 € ;
- La dotation non affectée est en excédent de 13 569 952 d'euros ;
- Les unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD) sont en déficit de 4 191 534 € ;
- Les unités de soins de longue durée (USLD) sont en déficit de 9 961 246 € ;

- Les écoles et centres de formation sont en déficit de 1 267 234 € à la clôture, mais des discussions avec la Région et l'État sur la revalorisation « Ségur » des personnels viendront régulariser au moins la moitié de cette dépense.

Les comptes clos sont certifiés par les commissaires aux comptes et le conseil de surveillance devra décider de l'affectation des résultats : l'excédent constaté sur une dotation non affectée (DNA) doit obligatoirement être affecté à l'investissement, les autres résultats, déficitaires, ne peuvent être proposés qu'en affectation de report à nouveau déficitaire, qui est de 1,4 Md€ pour l'AP-HP.

Au titre des immobilisations, ce ne sont pas 396 M€ qui ont été dépensés comme en 2019, mais 475 M€, ce qui situe 2020 comme une année d'investissement record. Enfin, la dette s'établit à 2,75 Md€, à un taux moyen de 1,95 % (l'AP-HP emprunte actuellement à un taux de 1,02 % à 50 ans) : le poids de la dette représenterait 34,2 % des ressources de l'AP-HP.

Le directeur général annonce un avis favorable du CTE la veille sur ces comptes clos.

La CME émet un avis favorable sur le compte financier 2020 de l'AP-HP à l'unanimité des voix exprimées et 2 abstentions.

ÉPRD 2021

M. Pierre-Emmanuel LECERF propose une présentation articulée autour d'une partie fonctionnement et d'une partie investissements, puisque le sujet a été largement examiné en CAR la semaine précédente.

La construction du PGFP commence avec l'année 2021 et une construction particulière, hors COVID et surcoûts COVID, qui font l'objet d'un budget séparé. En 2020, les dépenses liées au COVID ont représenté 400 à 500 M€ et ont été financées différemment. Les trois données majeures de construction du budget 2021 se veulent la préfiguration de ce qui sera présenté pour le budget quinquennal 2021-2025 et sont les marqueurs de prochaines années.

- *Créations d'emplois*

Les créations d'emplois repassent au vert : le dernier PGFP 2019-2023 continuait à prévoir des suppressions nettes d'emplois, même si elles étaient moins fortes que dans le précédent. Le fait d'avoir adopté le projet social en fin d'année 2020 a été le fil conducteur de ce PGFP et a permis de cranter l'idée que le PGFP était construit avec les 1 300 créations de postes de personnel non médical (PNM) auxquelles se sont ajoutées des créations de postes de personnel médical (PM) (recettes sur des crédits missions d'intérêt général [MIG]). Au total, 638 emplois PNM et 150 postes PM sont créés par rapport à 2019. Il s'agit de recrutements sur des métiers en tension avec des postes vacants en 2019 et de création de postes d'assistants partagés grâce à des financements ARS plus dynamiques que les années précédentes.

Sur les 638 créations d'emplois PNM, 130 sont dédiés à la recherche. La moitié des 500 restant est dédiée au financement des promotions professionnelles et du remplacement des paramédicaux partant en promotion professionnelle dans les instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) ou les instituts de formation spécialisés. L'autre moitié est dédiée à des créations de postes, notamment pour financer des projets fléchés dont les recettes ont été plus dynamiques en 2021.

- *Majoration des heures supplémentaires*

Le protocole relatif à l'organisation du temps de travail sera présenté au mois de septembre. Il a été signé par les organisations syndicales *Sud* et CFDT et a été adopté en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) avec une voix majoritaire. Enfin, il a reçu 6 voix favorables et 6 voix défavorables en comité technique d'établissement central (CTEC). Il pourra être appliqué lorsque le décret le permettra, en juillet. Ce dispositif donne la possibilité d'avoir temporairement recours aux heures supplémentaires, lorsque les tensions sur le marché du travail sont fortes.

- *Réduction du déficit*

Le niveau du déficit passe sous la barre des 160 M€, soit l'équivalent celui de 2018, hors dépenses et surcoûts COVID (masse salariale et médicaments).

PGFP 2021-2025

Les créations d'emplois sont prolongées, dans le respect de l'engagement du projet social des 1300 postes PNM créés. Il est prévu pour la période 2022-2025, 200 créations de postes PM, dont le financement est lié aux missions d'intérêt général.

La masse salariale évoluera positivement pour soutenir ces créations d'emplois ainsi que l'ensemble actions du projet social de l'AP-HP (74 M€ dès 2021 et 140 M€ en 2022). S'y ajoutent les revalorisations salariales prévues au Ségur (« 183 € pour tous », revalorisations indiciaires...). Le rythme de progression de la masse salariale a triplé passant de 0,4 % à 1,2 % par an. Il est permis par une dynamique de recettes et pas uniquement par la dotation du projet social. En 2018, les recettes prévoyaient des tarifs en baisse, un volume d'activité à + 0,7 % par an alors que la masse salariale était gelée et des postes supprimés, et les crédits MIG étaient également en baisse de 50 M€ en 2018. En 2019, un premier infléchissement a permis de rétablir les crédits MIG, de dégeler les tarifs et de les augmenter légèrement de 0,2 % par an.

En 2021, le PGFP vu avec les tutelles affiche un changement de la dynamique des recettes de l'AP-HP, qui fait suite à l'évolution de la masse salariale. L'AP-HP peut ainsi afficher des tarifs positifs sur l'ensemble de la période pour la partie « tarification à l'activité » (+ 0,2 % par an) et les crédits des MIG évoluent 5 fois plus vite par an que les tarifs de la tarification à l'activité (T2A), à hauteur de + 1 % par an. Cette dotation des crédits des MIG (permanence des soins, maladies rares...), qui représente 20 à 25 % du budget du PGFP, sera la plus dynamique.

Il est également nécessaire de travailler sur des hypothèses d'activité dans les recettes. Elles ont été fondées à la fois sur les projets médicaux présentés par les GH lors des conférences stratégiques et budgétaires (environ + 1,8 % d'activité sur les deux prochaines années hors effet socle de la reprise d'activité post-COVID) et sur la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui permet au global une augmentation d'activité de 1,6 % par an. L'AP-HP s'est située à un niveau légèrement inférieur, malgré les créations de postes pour tenir compte du fait qu'une partie conséquente des créations de postes est fléchée pour le remplacement des personnes placées en formation dans le cadre des promotions professionnelles. L'AP-HP ne mise donc pas sur une reprise de l'activité supérieure à ce que prévoit le Parlement dans l'ONDAM. L'AP-HP a également choisi de présenter cette augmentation d'activité avec une dynamique plus forte sur l'hospitalisation partielle (séances, consultations, ambulatoire) que sur l'hospitalisation conventionnelle, même si un effet de rebond est attendu en 2022 avec une partie de la reprise d'activité déprogrammée en 2021.

Concernant les autres charges, les prévisions sur le médicament ont été rehaussées afin de mieux tenir compte de la dynamique de l'activité des GH. Concernant le titre 3, les charges de fonctionnement hors personnel sont plus dynamiques qu'avant et augmentent de 32 M€. Des mesures d'efficience ont également été prévues sur ces charges à hauteur de 20 M€, mais cette somme est intégralement réinjectée dans l'amélioration de la qualité de l'alimentation à l'AP-HP (loi « pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous » [ÉGALIM]) pour avoir davantage d'alimentation en circuit court et bio pour la restauration collective des personnels et pour les patients. Tous les hôpitaux hors APHP n'ont pas forcément intégré ces évolutions dans leur budget.

En synthèse, un retour à l'équilibre est attendu dans le cadre de ce PGFP, mais le sujet n'est pas d'atteindre un retour à l'équilibre en lui-même (l'AP-HP est en léger déficit à la fin de l'année), mais d'améliorer la capacité d'autofinancement (CAF). Le plan d'investissement est très ambitieux pour les 5 à 10 prochaines années à l'AP-HP et celle-ci doit réussir à aller au-delà des 200 M€ de CAF brute auxquels l'AP-HP stagne depuis deux ou trois ans, avec un objectif de 350 à 400 M€ de CAF.

Trajectoire d'investissement 2021-2025

M. Didier FRANDJI indique que cette trajectoire d'investissement est renforcée par les différents leviers du « Ségur » de 300 M€ sur la période 2021-2025 et de 1 Md€ sur la période 2021-2030.

La stratégie territoriale de l'AP-HP est dite « du Grand Paris », avec :

- La stratégie Nord (restructuration complète du site de Lariboisière, nouveau campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord, Nouvel Avicenne - Jean-Verdier) ;
- Adaptation de l'offre au déploiement du *Grand Paris Express* : restructuration des blocs opératoires et du plateau technique d'Henri-Mondor (bâtiment Reine), plateau technique interventionnel à Bicêtre, construction du pôle femme/mère/enfant sur Avicenne et restructuration de Jean-Verdier ;
- « Hôpital au cœur de la Cité » : nouvel Hôtel-Dieu ;
- Stratégie médico-universitaire de l'ouest : rapprochement des hôpitaux de Garches et d'Ambroise-Paré ;
- Reconfiguration de l'offre gériatrique francilienne : Sainte-Périne, Émile-Roux, Paul-Brousse ;
- Transformation du siège de l'AP-HP : cession du siège historique et construction du nouveau siège sur Saint-Antoine.

Depuis 2016, moins de 400 M€ par an étaient dépensés en investissement, mais ce seuil a été dépassé sous l'effet de la crise COVID (472 M€ en 2020). Cette même somme sera consacrée en 2021 aux investissements. Ce montant augmentera encore sous l'effet conjugué des grosses opérations au cours des années suivantes, pour atteindre 800 M€ en 2024 et 2025.

La trajectoire d'investissement en dépenses prévoit les éléments suivants :

- Le financement des évolutions de programme sur les opérations majeures que sont la refonte du projet Garches/Ambroise-Paré, les adaptations et développements capacitaires post-COVID sur plusieurs autres projets majeurs (hôpital Nord, Lariboisière, Avicenne/Jean-Verdier)
- La prise en compte pour ces opérations de l'augmentation des coûts de travaux (la région Île-de-France est soumise à une forte contrainte en termes de travaux (travaux de l'AP-HP,

du Grand Paris et des jeux olympiques jusqu'en 2024) : le coût des travaux au m² est passé de 2200 € hors taxes (HT) à 2 800 € HT ;

- L'acquisition d'une réserve foncière complémentaire pour l'hôpital Nord à hauteur de 47 M€ afin de préparer ses futurs développements ;
- Une enveloppe de 175 M€, dont 115 sur la période 2021-2025 pour accompagner les nouveaux projets discutés lors des conférences budgétaires et stratégiques, de l'ordre de 20 à 50 M€, proposés par différents CHU, et des projets institutionnels de l'AP-HP (plateformes logistiques...);
- Une enveloppe de 25 M€ pour accélérer la transformation numérique de l'AP-HP ;
- Des enveloppes courantes inchangées, sauf majoration au titre du fonds d'investissement pour le quotidien (FIQ). Les gros efforts d'investissement précédemment cités ne se font donc pas au détriment de l'investissement courant, contrairement à certaines années ;
- La participation de 500 000 € au capital d'*Echopen*.

Les grosses opérations représenteront 1,3 Md€ sur la période 2021-2025 et 2,5 Md€ sur la période 2021-2030. Le plan courant consacré aux travaux et aux équipements, qui avait fortement baissé à l'ouverture de Georges-Pompidou et d'autres hôpitaux, est maintenu à hauteur de 100 M€ pour les GHU, auxquels s'ajoutent 50 M€ par an pour les opérations techniques et 27 M€ (135 M€) sur la période pour le renouvellement des équipements lourds. Cet investissement courant est maintenu voire augmenté : l'AP-HP est prévu le renforcement d'un certain nombre de fonds subventionnés (plans BUZYN et VÉRAN) à hauteur de 53 M€ pour le fonds d'investissement du quotidien.

Il a longtemps été question à l'hôpital public de la reprise de dettes de 13 Md€ (30 % de la reprise de dettes). Le COVID et le « Ségur de la santé » sont depuis passés par là. Le gouvernement a réparti en deux cette enveloppe : une première enveloppe de 6,5 Md€ concernant la neutralisation de la dette ou l'assainissement financier, afin d'alléger la dette des hôpitaux, et une seconde enveloppe de 6,5 Md€ destinée à la relance de l'investissement hospitalier et le financement de nouveaux projets.

Sur la région Île-de-France, l'AP-HP était fortement concurrencée, car elle n'est pas l'établissement le plus endetté (les 30 % de sa dette représentent 710 à 750 M€ en 2018 et 2019). Il était impératif pour la région de désendetter les établissements les plus endettés. Les premières discussions de la reprise de la dette de l'AP-HP portaient sur un montant de 130 M€. L'AP-HP a finalement pu obtenir 200 M€ de reprise de dettes sur cette première partie du « Ségur de la santé » dédiée à l'assainissement financier.

La deuxième partie du « Ségur de la santé » concerne les nouvelles opérations. L'AP-HP disposait jusqu'à présent de deux subventions : une première sur Lariboisière (80 M€) et une seconde sur l'hôpital Nord 2 (160 M€). À ces deux subventions s'ajouteront près de 400 M€ supplémentaires, 260 M€ au titre du soutien régional (ARS) et 100 M€ fléchés sur deux opérations (Garches/Ambroise-Paré pour 53 M€ et l'acquisition de la réserve foncière pour l'hôpital Nord pour 47 M€). On peut ajouter 25 M€ au titre du « Ségur numérique » et 51 M€ prévus aux différents fonds d'investissement du quotidien. Enfin, l'AP-HP a obtenu l'autorisation d'emprunter 115 M€ supplémentaires.

Au total, ce sont près de 750 M€ obtenus sur 10 ans pour financer les projets de l'AP-HP (hors logement et IFSI). Pour les IFSI, l'AP-HP essaiera d'obtenir des financements de la région Île-de-France qui a lancé un plan de rénovation des IFSI de 60 M€ en deux tranches. L'AP-HP espère obtenir 24 M€ supplémentaires pour la rénovation des IFSI et devra emprunter 650 M€ supplémentaires sur 10 ans, dont les 115 M€ précédemment mentionnés.

Le nouveau Lariboisière passe de 300 M€ à 402 M€ (augmentation des prix des bâtiments et travaux publics [BTP] et révision capacitaire avec +40 lits). L'hôpital Nord passe de 760 M€ à 962 M€ (évolution capacitaire de +90 lits, hors acquisition de la parcelle supplémentaire). L'opération Garches – Ambroise-Paré était éligible au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) en 2019 à hauteur de 177 M€. Il a également été décidé de moderniser le tripode d'Ambroise-Paré, de construire plus rapidement de nouveaux bâtiments sur cette emprise et revoir le capacitaire : les 75 lits qui devaient être supprimés sont finalement réintégrés au programme. L'opération coûte au final 316 M€. Sur les hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis : 86 M€ étaient initialement consacrés à leur modernisation post-COVID. Le pavillon femme-enfant a été renforcé et sera dorénavant sur le site d'Avicenne pour 93 M€. Le coût de l'opération du nouvel hôpital Jean-Verdier passe de 30 à 61 M€, en intégrant l'acquisition d'une nouvelle parcelle sur laquelle ce nouvel hôpital sera construit.

Enfin, l'AP-HP dispose également de revenus de cession, quasiment identiques à ceux présentés au cours des années précédentes, mais qui font l'objet d'un mouvement différent. 133 M€ de cessions ont été retirés, pour deux raisons :

- Retrait de certaines opérations pour développer l'offre de logement hospitalier, ou pour développer les activités de recherche : biens « fléchables logement » (Didot/Broussais, La Rochefoucauld hors bâtiment historique, Lacaze/Cathala, Hutinel, Sébastopol, avenue de Versailles) afin de pouvoir rénover ces bâtiments en logements ou obtenir de nouvelles assiettes foncières, et retrait des biens mobilisables pour des activités HU (parcelle ouest Lariboisière) ;
- Compensées par des plus-values de valorisation (vente de l'hôtel Scipion prévue à 30 M€ et vendues à plus de 60 M€, vente du terrain Louis-Mourier à 14 M€ et lancement d'un appel à projets sur un bail à construction du siège avenue Victoria/rue Saint-Martin.

La dette monte à 37 % en moyenne sur la période, comme l'AP-HP y a été autorisée. La durée apparente de la dette diminue. La dette de l'AP-HP est saine, à 80 % obligataire, à taux fixe. Les taux d'intérêt diminuent et les frais financiers de ces dernières années, malgré une augmentation de l'emprunt, ont considérablement baissé, passant de 77 M€ à 51 M€

M. Guy BENOIT remercie MM. Didier FRANDJI et Pierre-Emmanuel LECERF pour la qualité des échanges, qui sont francs, constructifs et transparents. Il est convaincu que la situation actuelle de l'AP-HP n'est pas liée à la direction générale ou à la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP) qui font de leur mieux pour défendre les intérêts de l'AP-HP et récupérer le maximum d'aides possibles, mais au déficit chronique de financement et au fait que pour la reprise de la dette, le vieil adage « *les promesses n'engagent que ceux qui les écoutent* » s'applique. Le soutien du gouvernement n'est pas à la hauteur attendue. Le PGFP présenté ressemble aux précédents sur plusieurs points.

L'équilibre financier : car l'AP-HP doit présenter un projet positif devant l'ARS. Nombreux sont ceux qui préféreraient voir un investissement bien supérieur dans le système informatique. L'examen de tous les PGFP depuis 2012 montre un investissement stable de 45 à 60 M€. L'hôpital moderne ne se limite pas aux bâtiments, mais inclut également un système informatique convivial, interconnecté, qui facilite le quotidien et offre une meilleure qualité de vie au travail.

L'investissement : depuis plusieurs années, le budget optimiste annonce une capacité d'autofinancement (CAF) nette proche de 150 M€, mais depuis 2014 elle n'a jamais dépassé 100 M€. Certes les tarifs ne diminuent plus, mais ils augmentent de 0,2 % quand l'augmentation structurelle des coûts est de 2 %. La dette, qui est passée de 2,1 Md€ en 2012 à 2,5 Md€ en 2019,

devrait finir à 3,3 Md€ en fin d'année 2021. Le message récurrent a été que cette situation était dangereuse et qu'il fallait rembourser la dette. En 2014, l'agence régionale de santé (ARS) disait qu'il fallait un taux de marge de l'ordre de 8 % pour financer des investissements, ce qui sera loin d'être le cas en 2021. Les cessions n'y suffisent pas à financer les investissements.

Ce PGFP propose 8 % d'augmentation d'activité sur la période, alors que de 2012 à 2019, l'activité a augmenté de 15 %. Il confirme l'effort réel fourni par l'institution pour essayer de revenir à un effectif plus raisonnable, même s'il inclut des heures supplémentaires faute de réussir à recruter. Globalement, l'effectif des personnels médicaux (PM) sera très légèrement augmenté et l'effectif des personnels non médicaux (PNM) sera globalement équivalent à celui de 2018. Ces effectifs sont donc à comparer aux 23 % d'activité supplémentaire entre 2012 et 2021.

La direction essaie de porter un effort d'efficience conséquent (357 M€), mais le financement de l'hôpital tel qu'il est actuellement ne peut pas permettre à l'AP-HP de fonctionner normalement, quelles que soient les qualités de la direction générale et de la DÉFIP. On peut féliciter l'administration de ses choix d'investissement, on ne peut pas la blâmer de demander une hausse d'activité, mais la question est de savoir s'il est raisonnable d'avoir une augmentation d'activité de 23 % depuis 2012 alors que les effectifs trop peu augmentés sur la période.

M. Pierre-Emmanuel LECERF remercie M. Guy BENOIT, les membres de la CAR, le P^f Bernard GRANGER et le comité d'audit pour l'ensemble des discussions. Il y a 3 ans, il rappelle avoir eu un positionnement différent de celui de M. Guy BENOIT en estimant qu'il était préférable de raisonner en CAF brute avant remboursement de la dette plutôt qu'en CAF nette. Aujourd'hui, il convient qu'il est également légitime de raisonner en CAF nette, qui permet de visualiser la part de l'argent mis de côté après avoir couvert l'ensemble des dépenses de fonctionnement et le remboursement de la dette, afin de savoir ce qui peut être directement injecté dans l'investissement. L'objectif de CAF nette supérieure à 100 M est aujourd'hui un bon indicateur.

Concernant les investissements, le PGFP proposé ne sacrifie pas l'investissement courant au profit des grandes opérations. Cet élément est majeur, car ce risque est historiquement avéré à l'AP-HP. La discussion sur le poids des systèmes d'information dans l'effort d'investissement est pertinente. La direction générale examine ce sujet depuis un certain temps : lorsque des projets d'investissement – généralement liés à des projets médicaux – sont élaborés, faut-il continuer à consacrer près de 90 % à la pierre et à l'équipement ou faut-il faire évoluer favorablement la part du digital et du numérique ? Les effets de la modernisation des systèmes d'information sur la gestion sont connus et ont permis notamment de redéployer des emplois administratifs vers la population soignante. Que faire ? La CME et d'autres instances peuvent s'emparer de cette question et aider la direction générale à prendre des orientations. L'AP-HP n'est pas totalement satisfaite des financements qu'elle a pu obtenir au titre du volet santé numérique du « Ségur ». Elle a échangé avec les autres CHU pour envisager d'obtenir davantage. L'enveloppe consacrée aux investissements du quotidien de 51 M€ pourrait être fléchée sur l'informatique. Enfin, une réflexion peut être menée sur les 6 Md€ proposés afin de savoir quelle orientation prendre entre le numérique et le non numérique. Une réflexion interne médicale, économique et organisationnelle plus poussée permettrait de faire évoluer le cadre proposé, qui n'est pas figé.

Il était important de faire passer certains messages : l'AP-HP va devoir financer de grandes opérations dont il faut donner la vérité des prix, y compris lorsque le capacitaire doit être relevé. Cela ne doit pas se faire au détriment d'opérations plus courtes (de 2 à 4 ans) dans les GH, auxquels l'AP-HP consacre 175 M€. Les investissements sur les logements sont financés par un retrait et par une demande des financements supplémentaires.

Concernant l'activité, les créations d'emplois permettront d'avoir un effectif supérieur à la moyenne 2012-2018. L'AP-HP fait le choix d'avoir une activité portée par l'ambulatoire, qui demande moins de mobilisation d'équipes de nuit et permet de proposer une activité de séjours, différente de la précédente. Contrairement à d'autres CHU franciliens ou de région, l'AP-HP ne s'inscrit pas dans une perspective de + 2 % sur l'hospitalisation conventionnelle. Les débats autour du projet d'établissement, dans ses différents axes y compris de santé publique, n'ont pas fait du tout hospitalier l'alpha et l'oméga du projet stratégique. Il a été nécessaire de le traduire dans le PGFP. Le projet social a également évoqué cela. Il ne s'agit de reprendre l'existant et d'y ajouter 8 % d'activité : l'activité est davantage orientée vers l'ambulatoire, les séances, les consultations et l'HAD, et vers le financement de projets « CHU » comme les cellules T porteuses d'un récepteur chimérique (*chimeric antigen receptor T [CAR T-cells]*) ou le cardiovasculaire.

Le président revient sur un message qu'il porte régulièrement devant les diverses instances de l'AP-HP s'agissant de l'investissement dans le système d'information car c'est une question importante. Il s'agit d'un investissement qui comporte une part d'incertitude et de complexité, car ce domaine est encore assez nouveau et compliqué dans la mesure où, aujourd'hui, investir dans le système d'information, c'est aussi avoir une vision sur l'ensemble du système de santé. Il exprime sa crainte d'une vision trop cloisonnée du « Ségur numérique » qui a tendance à saupoudrer l'enveloppe globale avec l'idée de permettre une bonne circulation de l'information entre les partenaires et acteurs du soin. Mais, si l'on en juge par les difficultés que rencontrent les grands projets comme la plateforme des données de santé (*Health data hub*) ou *Paris Santé numérique*, il craint que ce dialogue et cette coordination ne soient compliqués. Le président partage le point de vue de M. Pierre-Emmanuel LECERF sur la nécessité de mener une réflexion sur la qualité de l'investissement et sur la capacité de l'AP-HP à s'organiser. Comparé au niveau des autres pays, l'investissement dans les systèmes d'information hospitaliers de la France est insuffisant face aux enjeux, notamment de cybersécurité, mais aussi du fait que les dysfonctionnements du système informatique peuvent aller, dans la pratique, jusqu'à mettre en danger la capacité des médecins et des soignants à travailler correctement.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise qu'il est prévu cette année de consacrer 8 M€ supplémentaires en moyens de fonctionnement. L'AP-HP fait progresser son fonctionnement informatique (maintenance, cybersécurité, masse salariale).

M. Didier FRANDJI confirme qu'entre 2012 et 2020, l'exploitation courante et l'investissement de l'AP-HP sont passés de 125 à 170 M€ en 2020 (+ 36 %), car la structure de la dépense informatique évolue. Il s'agit aujourd'hui moins d'investissements classiques que d'abonnements et de l'exploitation courante. La part de l'investissement « solide » a diminué de 10 %, passant de 52 % en 2012 à 42 % en 2020. *L'i-cloud* est une dépense d'exploitation courante et non d'investissement.

Le P^r Sophie BRANCHEREAU demande si l'école de chirurgie est bien envisagée dans les projets et investissements.

M. Didier FRANDJI répond qu'elle n'est pas individualisée en tant que telle. En conférence stratégique et budgétaire, les sommes sont réparties soit dans la ligne « opérations identifiées, travaux, équipements GHU » dotée de 60 à 75 M€ par an et 341 M€ sur la période et 653 M€ sur 10 ans, soit dans les « opérations structurantes », dotées de 175 M€.

Le D^r Christophe TRIVALLE salue l'arrêt de la suppression des emplois et estime que le chiffre de 1 300 PNM paraît ambitieux. Il ne s'agit en réalité que de combler les trous et de revenir au tableau des emplois de 2018. Il ne s'agit donc pas d'une réelle augmentation des effectifs. Les 500 lits rouverts avaient été fermés par manque de personnel. Il n'y a pas de quoi se réjouir si les

hôpitaux sont simplement mis en condition de fonctionner normalement. Concernant l'investissement, le budget consacré par le PGFP 2018 au projet gériatrique de Paul-Brousse était de 65 M€, or dans le PGFP présenté, ce projet n'apparaît plus et les 65 M€ semblent avoir été attribués à un autre projet.

M. Didier FRANDJI confirme que le budget de 65 M€ existe toujours pour ce projet dans le PGFP. Si le projet gériatrique Paul-Brousse n'est pas inscrit, c'est parce qu'il est moins stabilisé et avancé que ne peut l'être celui de Sainte-Périne, Émile-Roux ou René-Muret.

Le D^r Jean-François HERMIEU se déclare moins optimiste que la direction. Le projet prévoit la création de 1 300 postes de PNM supplémentaires, mais il rappelle qu'aujourd'hui 1 000 postes sont vacants faute de candidats. Ces chiffres ne sont-ils pas illusoire ?

M. Pierre-Emmanuel LECERF cite l'exemple de l'hospitalisation à domicile (HAD), pour laquelle 30 postes ont été créés d'un coup, mais 26 postes sont vacants. La création de postes ne suffit pas. L'AP-HP sera confrontée à un sujet démographique sur les métiers infirmiers pendant au moins un an, car on se trouve dans le creux de la vague de la démographie des élèves en IFSI. La situation devrait progressivement s'améliorer, avec 300 personnes supplémentaires qui sortiront d'IFSI chaque année à partir de 2022. Tant que le marché du travail infirmier ne permettra pas de pourvoir les postes vacants, l'AP-HP devra recourir à l'intérim (qui coûte l'équivalent de 700 emplois par an) ou aux heures supplémentaires majorées pour lesquelles le protocole relatif à l'organisation du temps de travail et de repos (OTP) permet d'organiser l'intérim en interne en payant 50 % plus cher les heures supplémentaires effectuées par les agents (20 heures maximum par mois). Le niveau de recrutement issu des IFSI avoisinera les 65 % pour le mois de septembre : s'il est assez satisfaisant, il ne permettra pas de couvrir tous les postes vacants dans les métiers en tension. Deux années sont nécessaires pour le faire. Au-delà de la création de postes, il est nécessaire d'améliorer le recrutement et de fidéliser les agents. C'est un des objectifs de la politique de logement de l'AP-HP.

Le D^r Diane BOUVRY demande comment sera financée la réforme des contractuels médicaux et l'augmentation de leur rémunération estimée à environ 15 M€. Cette réforme devrait également aboutir à une diminution du nombre de personnels contractuels qui seraient remplacés par des titulaires. Elle souhaite savoir si ces deux points sont pris en compte dans le budget puisque l'augmentation de 50 postes de PM par an prévue semble correspondre à des postes d'assistants partagés et au remplacement de postes vacants.

M. Didier FRANDJI répond que le financement du « contrat unique » ne devait pas être intégré au financement du « Ségur », mais il semblerait que des crédits supplémentaires puissent être accordés sur ces postes.

Le D^r Diane BOUVRY rappelle que le financement n'est prévu que pour la première année et que le financement des années suivantes reposerait sur l'activité elle-même.

M. Didier FRANDJI indique ne pas avoir de réponses techniques sur le sujet.

M. Hadrien SCHEIBERT précise que cette réforme a été budgétée à hauteur de 15 M€ par an et est intégrée dans une enveloppe globale de 400 M€. Sur 2021, ces dépenses sont financées pour moitié par les tarifs et pour moitié par les MIG. Cela correspond à la structure des recettes de l'Assurance maladie.

M. Didier FRANDJI rappelle que les mesures du « Ségur » ont été entièrement financées par des MIG en 2020. Le gouvernement avait envisagé de les financer entièrement par la T2A, et les

différentes fédérations se sont battues pour avoir une intégration des coûts du « Ségur » pour moitié dans la T2A et pour moitié dans les autres recettes (MIG, DAF...)

Le Dr Emmanuel Bui Quoc souscrit aux propos du président de la CAR et partage deux remarques faites en CAR : 1/ Tout d'abord, la présentation ambitieuse des investissements peut masquer pour les grandes opérations l'explosion de certaines dépenses (coût du foncier notamment) : 2/ Ensuite, la CAR s'inquiète de la question des cessions : les baux à très long terme (70 à 80 ans) permettent certes à l'AP-HP de conserver la propriété foncière, mais qu'à un horizon de 20/30 ans, nos successeurs auront probablement des difficultés pour équilibrer leurs budgets compte tenu des engagements de ces baux emphytéotiques, et de l'absence de nouvelle réserve foncière à céder.

Le P^r Jean-Claude CAREL estime que ce PGFP présenté est en rupture par rapport aux précédents, qui contenaient principalement des plans d'efficacité, des diminutions de périmètre du PM et du PNM, de gros investissements avec un appauvrissement des opérations de moyenne importance. Ce PGFP offre une opportunité, même s'il est perfectible sur le système d'information et il lui semble qu'un certain nombre d'indicateurs sont au vert, avec des perspectives sur le personnel et sur l'investissement de niveau « moyen » (20 à 50 M€). Il est important de reconnaître cette évolution et souhaite un vote favorable au PGFP.

Le P^r Bernard GRANGER se déclare partagé. De nombreux PGFP ne se sont jamais réalisés et l'expérience nous a appris que tout ne se concrétisera pas. Cet exercice reste intéressant, car il permet de dégager certaines perspectives. La fiction du retour à l'équilibre budgétaire fait partie de l'exercice, mais il faut être bien naïf pour y croire, car il repose sur des prévisions très optimistes de recrutement sur des emplois existants, mais vacants – et non sur des créations d'emploi – et sur un surcroît d'activité qui n'est pas moins optimiste. Or, la marge d'augmentation de l'activité se réduit. Par ailleurs, l'activité ambulatoire n'est pas valorisée à sa juste mesure, malgré les injonctions gouvernementales visant à la développer.

Néanmoins, la dynamique d'investissement qui manquait jusqu'à présent est désormais favorable et donne les moyens de lutter contre la vétusté et la dispersion des hôpitaux de l'AP-HP. Les perspectives d'investissement sont bonnes, car l'argent ne coûte pas cher et permet d'emprunter et de s'endetter pour investir. Suite au mouvement social de 2019 et à la crise COVID, le gouvernement a pris en compte les besoins de financement des hôpitaux et a desserré le garrot financier. Ces retombées se ressentent dans le PGFP, qui ne donne pas l'impression de toujours plus de restrictions. En 2019, suite à l'important mouvement social dans les hôpitaux publics, le gouvernement, alors dirigé par un autre premier ministre, avait promis une reprise de la dette de 10 Md€ en 3 ans. À l'arrivée, il s'agit de 13 Md€ en 10 ans, dont 6,5 M€ pour la reprise de la dette : l'AP-HP, peu endettée par rapport à d'autres hôpitaux, a obtenu 200 M€, ce qui est peu, compte tenu de son poids dans l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée à but non lucratif concernées par cette mesure. Sur l'autre volet de 6,5 Md€ consacré à la relance de l'investissement et qui, nous dit-on, inclut les hôpitaux privés, l'AP-HP s'en sort bien et reçoit un montant au prorata de son poids dans cet ensemble (6 %). L'AP-HP, souvent considérée comme riche, a dû âprement négocier pour obtenir cela et il en félicite la direction générale. Il regrette néanmoins l'absence de mesures fortes dans ce PGFP pour améliorer l'attractivité de l'AP-HP et le fait de voir encore un objectif d'accroissement d'activité et d'efficacité. Comme elle l'a toujours fait, la CME souligne les points positifs par une motion. Dans la mesure où la perspective ne paraît pas susceptible de garantir des soins de qualité et de bonnes conditions de travail faute de financement suffisant, la CME devra s'opposer au PGFP.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que les postes créés s'ajoutent bien aux postes vacants. En créant de postes, le risque est d'avoir davantage de postes vacants. La base pour le calcul des

effectifs n'est pas celle de 2020, mais celle de 2019, car en 2020, les effectifs ont été fortement en baisse jusqu'en septembre. 1 300 postes sont donc ajoutés à la base, qui comptait déjà des postes vacants. Concernant la négociation des enveloppes d'investissement, les 200 M€ de reprise de dettes ne reflètent effectivement pas le poids de l'AP-HP dans l'hospitalisation, mais reflètent son poids dans l'endettement. En revanche, sur l'autre enveloppe, l'AP-HP bénéficie davantage que son poids : il faut ôter des 6,5 Md€, 2 Md€ destinés à des enjeux et des financements pour la médecine de ville et rapporter cette enveloppe à 4,5 Md€. C'est sur cette dernière que l'AP-HP représente une fois à une fois et demie son poids. Cette enveloppe n'intègre pas les Ifsi, pour lesquels l'AP-HP émarge sur une autre enveloppe.

M. Didier FRANDJI ajoute que le précédent PGFP prévoyait 750 M€ d'efficience, portés à 50 % par la dépense et 50 % par la recette. Le précédent PGFP prévoyait 454 M€ d'efficience (68 % sur la recette et 32 % sur la dépense). Le PGFP présenté aujourd'hui prévoit 357 M€ d'efficience, mais essentiellement portés par la recette (augmentation de MIG, augmentation d'activité en séjours et des augmentations tarifaires). L'augmentation des dépenses, portée par le « Ségur » salarial et le « Ségur » du projet social, réduit l'efficience sur ce volet.

Le D^r Patrick PELLOUX confirme que cette crise historique a donné l'espoir de voir les choses changer « quoi qu'il en coûte ». Il souhaite faire trois remarques issues du quotidien. Concernant la tarification à l'activité, il n'y a jamais de places en chirurgie et plus suffisamment de chirurgiens. Le délaissement vis-à-vis de la chirurgie est très inquiétant à l'hôpital public, et l'activité part dans le privé. Pendant la crise, l'AP-HP a joué le jeu en déprogrammant les interventions et en réattribuant les réanimations chirurgicales aux patients COVID. Pendant ce temps-là, les cliniques privées ont largement continué à opérer et ont attiré des chirurgiens. Le fait que les usagers et les malades qui viennent aux urgences publiques pour un problème chirurgical soient pris en charge dans des cliniques privées interpelle. C'est pourtant le quotidien. Par ailleurs, il estime que la 4^e vague de l'épidémie de COVID est psychiatrique, et notamment pédopsychiatrique. Le sujet est d'importance. Son troisième sujet est celui des « *bed blockers* », qui posent de réels problèmes aux hôpitaux mais n'est pas évoqué. Sur l'accès et l'égalité aux soins et sur les coûts de la chirurgie et de l'anesthésie, les enjeux sont essentiels, car de nouvelles habitudes ont été prises.

Le D^r Nathalie RICOME s'inquiète du futur fonctionnement des services, dans la mesure où la réforme des contractuels et des praticiens à diplôme hors Union européenne entraînera une diminution des effectifs contractuels dans les services, or, le plan d'investissement ne semble pas prévoir de budget sur ce personnel.

Le P^r Xavier MARIETTE éprouve des difficultés à comprendre comment le budget pourra être à l'équilibre alors qu'une augmentation des coûts structurels de seulement 2 % par an est prévue, alors qu'elle risque d'être plus importante compte tenu de l'augmentation des salaires et des recrutements, et que l'augmentation d'activité attendue est de 2 %, ce qui est optimiste. Il demande par ailleurs à la direction générale de confirmer que cette année, l'efficience ne reposera pas sur des économies. La prévision d'augmentation de 2% est très optimiste et le Pr X Mariette demande à la direction de faire un autre scénario en prévoyant une stabilité de l'activité ou une augmentation de 1 %.

Le P^r Claire POYART indique que des efficacités majeures ont été réalisées en biologie. Elle se félicite de constater l'arrêt de cette spirale de recherche d'efficience et la marge de progression positive, qui prend en compte la création d'un certain nombre d'emplois. Les paradigmes évoluent et les investissements importants sont prévus dans les GH, mais cela ne doit pas empêcher de consolider les investissements destinés aux projets restructurants des hôpitaux. Il lui semble important que la CME donne un signal positif au changement de cap constaté et aux efforts

réalisés. Elle indique donc qu'elle validera ce PGFP avec les réserves émises sur les systèmes d'information.

Le P^r Yann PARC éprouve des difficultés à comprendre pourquoi il a longtemps été demandé à l'AP-HP de fournir des efforts d'efficience et que les événements de ces dernières années aient tout changé. Il doute de la pérennité et la solidité des engagements de l'État en matière de reprise de la dette. L'augmentation constante de l'activité est difficile à concevoir : AP-HP n'est pas une structure industrielle ou commerciale, mais répond à des besoins. Étant donné qu'aucune structure de soins ne fermera en France, il est peu probable que la part de marché de l'AP-HP augmentera considérablement. Entre 2012 et 2026, l'activité de l'AP-HP augmenterait ainsi d'un quart de ce qu'elle était en 2012, alors que pendant cette période, les fonctionnements n'ont pas considérablement évolué pendant cette période. Cette perspective s'inscrit par ailleurs dans une politique de réelle application des 48 heures. Cette situation contradictoire l'inquiète, même s'il a envie d'adhérer à ce PGFP, car il a apprécié l'intervention du P^r Jean-Claude CAREL.

Le D^r François SALACHAS demande si ce discours s'adresse à l'administration et à la direction générale, aux tutelles qui accordent ou non les moyens pour permettre à l'hôpital public de remplir ses missions, ou s'il s'agit au final de montrer que la communauté médicale a confiance dans la gestion de l'AP-HP. Or, le plus important est de savoir si ce plan va permettre à l'hôpital public de remplir ses missions, mais il en doute fortement. Les recrutements sont très virtuels et dépendent de nombreux paramètres : il a demandé en CAR si plusieurs scénarii existaient selon le degré de succès du plan de recrutement de l'AP-HP. Il comprend que ces plans soient difficiles à élaborer, mais regrette toutefois qu'ils ne l'aient pas été. Par ailleurs, la CME a demandé à de nombreuses reprises à la direction générale que le monitoring des actuels postes pourvus et non pourvus soit mensuel, afin d'établir une relation de confiance avec la communauté médicale. Cette demande n'a malheureusement pas été honorée. C'est de cette transparence que dépendra le pilotage de l'AP-HP et le succès du plan de recrutement. Enfin, il est important d'inciter les gens à venir travailler à l'AP-HP, mais il est également nécessaire de connaître les raisons pour lesquelles les gens ne veulent pas y travailler. Le levier du logement n'a pas été suffisamment activé mais il reconnaît que des projets vont dans ce sens. Enfin, davantage de lits seront fermés pendant l'été, car les équipes n'ont pas de budget pour recruter des intérimaires. L'offre de soins va donc diminuer par rapport à l'été dernier car les personnels ont besoin de partir en vacances. À titre personnel, il s'oppose à un vote favorable, essentiellement à cause des conditions de gestion des ressources humaines, encore trop faibles actuellement à l'hôpital public.

Le D^r Diane BOUVRY estime que ce PGFP est un nouveau plan d'efficience, même s'il est plus mesuré. Elle doute que les équipes puissent encore soutenir une augmentation d'activité, qui est la source principale de ce plan d'efficience. Cette augmentation d'activité repose par ailleurs sur le développement de l'ambulatoire, qui est l'activité la plus compliquée à réaliser à l'hôpital, la moins valorisée et probablement celle qui manque le plus de personnels statutaires. Elle doute que la CME puisse soutenir ce PGFP.

M. Guy BENOIT estime que le plan d'investissement portera ses fruits en fin de mandat. Jusque-là, les conditions de travail seront les mêmes pour la plupart des personnels de l'AP-HP.

M. Didier FRANDJI rappelle que cette année 150 postes de PM seniors ont été créés en 2021 (sans financements prévus dans cet ordre de grandeur) et que ce PGFP prévoit 50 postes de PM grâce à l'augmentation des MIG, ce qui n'était pas fait jusqu'à présent. Il entend la problématique des postes de contractuels mais rappelle que les postes de PM augmentent. Il entend également les différentes remarques sur l'activité, mais celle-ci se transforme aussi. Sous le prisme du séjour, l'AP-HP essaie de faire des prévisions raisonnables, comme l'ensemble de l'ONDAM, en essayant de

proposer des cibles qui ne soient plus négatives que les concurrents. Le nombre de journées n'a pas ou peu évolué entre 2012 et 2019 (environ 6,685 M).

Le D^r Christophe TRIVALLE estime que chacun s'accorde sur le fait que ce PGFP est mieux que les précédents, qui étaient tous catastrophiques. L'équilibre budgétaire reste néanmoins basé *in fine* sur une augmentation de l'activité. L'ONDAM et la T2A ne dépendent pas de l'AP-HP, mais ce système de financement n'est pas le bon. Il est favorable au fait de montrer que la CME y est opposée, car il encourage un surcroît d'activité. La mission de l'AP-HP est de répondre aux besoins de santé de la population et non de prendre des parts de marché ou d'augmenter ses chiffres d'activité.

Le président prend note que les avis exprimés sont partagés. D'un côté, les membres de la CME qui se sont exprimés reconnaissent tous les efforts consentis et que, le PGFP marque une rupture sur certains aspects, notamment sur les investissements. Mais, sur le fond, le problème d'attractivité persiste, tant pour les personnels non médicaux que médicaux. Au regard des efforts à fournir par l'institution, le risque est de ne pas y arriver compte tenu du contexte global. Sur la question de savoir si la CME s'adresse à la direction générale ou aux tutelles, il est clair que l'avis de la CME de l'AP-HP sur son budget est entendu au-delà du seul périmètre de l'AP-HP.

Le directeur général remercie la CME pour ces débats. Tout d'abord, ce PGFP crée des emplois de PNM et de PM en s'assurant de minimiser le risque sur les problèmes de recrutement en jouant sur les heures supplémentaires avec l'accord des organisations syndicales et avec une appétence d'un certain nombre d'agents pour ces heures supplémentaires, qui au cours des dernières années ont assuré un double emploi ailleurs qu'à l'AP-HP. Ensuite, ce PGFP prévoit une importante augmentation des investissements sur les prochaines années. Contrairement à ce qui a pu se passer au cours des dernières décennies, les grandes opérations ne chassent pas les besoins quotidiens. Ce PGFP tient compte du fait que de nombreux projets voient leurs coûts et leur technicité augmenter et des opérations nouvelles, dont un certain nombre aura été décidé ensemble et sur lesquelles les priorités auront été réalisées. L'enveloppe d'investissement n'est pas fléchée pour le moment. Contrairement à d'autres périodes et d'autres hôpitaux, le PGFP de l'AP-HP tient compte des éventuels surcoûts des opérations sans les financer au détriment des autres investissements. Il souligne que ce PGFP ne prévoit pas non plus une baisse des tarifs comme les précédents ont pu le faire. Les augmentations de salaire prévues dans ce PGFP sont contenues dans le projet social ou le Ségur. Ce PGFP est le premier qui affiche sur une longue durée une augmentation régulière des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). L'objectif de l'augmentation d'activité n'est pas d'équilibrer le budget, mais de répondre aux projets défendus par les médecins lors des conférences stratégiques. Il comprend la volonté de ne pas faire de course à l'activité, mais l'objectif est bien de soigner davantage de malades et de maladies. Certains de ces projets n'ont pas été retenus et l'augmentation d'activité retenue n'est pas celle qui était initialement souhaitée. Enfin, ce PGFP repose sur des choses négociées et préparées : il s'agit du premier PGFP qu'il défend devant la CME sans un avis unanimement défavorable du CTE et des syndicats, mais avec un avis équilibré. Cette évolution a probablement un rapport avec son contenu et ses orientations.

Ce PGFP est présenté au mois de juillet, car l'AP-HP a forcé la porte et le bras de la tutelle, qui aurait souhaité le faire passer à l'automne, afin d'éviter d'avoir à sécuriser un certain nombre d'investissements dès l'été. Comme le projet social a permis à l'AP-HP d'obtenir des crédits importants, en allant vite, l'AP-HP gagne sur le mécanisme de rachat de dettes grâce à une importante part d'investissements. La construction des hôpitaux que l'AP-HP est en train d'organiser est réelle, avec des financements concrets incluant les différents surcoûts.

Concernant le sens de l'avis de la CME, les questionnements ont tout d'abord porté sur la répartition des investissements entre la pierre et le système d'information (non pas 90 %/10 %, mais 85 %/15 % par exemple). Une autre question est de savoir si le budget doit ou non afficher les priorités (pédopsychiatrie, santé publique...). Les avis de la CME pourraient guider la direction pour savoir si le PGFP est ou non conforme aux priorités de disciplines et de répartition géographique. Ce PGFP se traduit par le fait que l'investissement est de l'ordre de grandeur du « nouveau Necker » sur Jean-Verdier et Avicenne, pour transformer l'offre de soins dans ce territoire. Il prépare le terrain pour l'hôpital Nord à Saint-Ouen. Ces éléments-là pourraient faire l'objet d'un signal d'encouragement de la CME vers la direction de l'AP-HP sur les orientations partagées.

Le Pr Bernard GRANGER reconnaît que les négociations relatives à la relance de l'investissement ont permis à l'AP-HP d'obtenir des crédits importants en proportion de ce qu'elle représente, si ce que dit M. Pierre-Emmanuel LECERF est vrai à propos des 2 Md€ destinés à la Sécurité sociale. Le nouveau souffle lié à ces investissements est le bienvenu et il est en partie lié à la mobilisation des hospitaliers, à la conjoncture du COVID et enfin au faible coût de l'argent. Il faut néanmoins tenir compte de la vie quotidienne dans les services, du manque d'attractivité de l'hôpital public - depuis 3 ans, sur l'ensemble du territoire, 150 hospitalo-universitaires ont quitté l'université -, du fonctionnement lourd et bureaucratique de l'AP-HP. Ces aspects risquent d'empêcher l'institution d'atteindre les objectifs ambitieux fixés dans cet ÉPRD. Des efforts sont fournis pour améliorer le manque de personnel, notamment en créant des postes qui ont été supprimés malgré nos alertes, ainsi que la vétusté des bâtiments. La CME de l'AP-HP a toujours combattu ce système qui repose sur des gains d'activité qui au final ne se produisent pas. Le message exprimé par les CME précédentes est toujours d'actualité et n'est pas contre la direction générale ni la DÉFIP qui font de leur mieux. C'est grâce à cet esprit de combativité pour défendre l'hôpital public que l'AP-HP a obtenu la bouffée d'oxygène sur laquelle s'appuie ce PGFP.

Le président partage ce point de vue. Il propose à la vice-présidente de donner lecture d'une motion préparée par la CAR qui sera soumise au vote de la CME. Compte tenu de la dernière partie des débats, il suggère deux possibilités : soit le vote porte sur cette seule motion, soit un vote porte sur le PGFP et un second vote sur la motion.

Le D^r Diane BOUVRY donne lecture de la motion affichée à l'écran :

« La CME de l'AP-HP est consciente des efforts de la direction générale pour négocier au mieux les dotations de l'AP-HP. Elle tient aussi à rappeler que les avancées obtenues, notamment pour la reprise de la dette et la relance de l'investissement (13 Md€ au plan national sur 10 ans, dont 750 M€ pour l'AP-HP) doivent beaucoup à la forte mobilisation des hospitaliers en 2019.

Ce plan ne diffère pas fondamentalement des précédents. Il prévoit 357 M€ d'efficience avec une prévision d'augmentation de 8 % de l'activité sur la période (qui s'ajoute à celle de 15 % réalisée entre 2012 et 2019) avec un effectif soignant équivalent à celui de 2018. Le PGFP repose sur des prévisions optimistes de recrutement de personnel non médical, alors qu'aujourd'hui de nombreux lits sont fermés faute de personnels et que les équipes sont souvent en nombre insuffisant pour assurer les soins dans de bonnes conditions. L'augmentation de l'activité ambulatoire voulue par l'AP-HP, souhaitable pour les patients, doit être rémunérée à son juste coût et ne doit pas continuer à la pénaliser au plan budgétaire.

Plus généralement, le PGFP 2021-2025 répond à une logique de croissance incessante de l'activité irréaliste et délétère, que la CME a constamment dénoncée.

Les opérations d'investissement prévues au PGFP 2021-2025 vont dans le bon sens, mais elles sont insuffisantes pour améliorer de façon décisive le taux de vétusté global des équipements et des bâtiments de l'institution. Les investissements, pour la plupart, ne produiront leurs effets qu'à compter de 2025.

S'il est mis fin à la baisse des tarifs, leur augmentation de 0,2 % ne permet pas de faire face à la hausse structurelle des dépenses de 2 % par an.

Le manque d'attractivité de l'hôpital public avec, pour les médecins, de plus en plus de spécialités en tension, ne sera pas efficacement combattu par ce PGFP. »

Le P^r Jean-Damien RICARD considère qu'il est important de faire deux votes séparés.

Le P^r Claire POYART regrette que cette motion n'ait pas été transmise en amont de la CME. Elle est favorable à procéder à deux votes distincts.

Le P^r Jean-Claude CAREL partage cette position.

Le président propose deux votes séparés à bulletins secrets : un vote sur le PGFP, un vote sur la motion qui émet les réserves qui ont été exprimées par un certain nombre de membres de la CME au cours de la longue discussion auquel le PGFP a donné lieu.

Le P^r Bernard GRANGER estime que le vote de la motion sous-entend le refus du PGFP. La motion doit alors être en premier au vote et si elle n'est pas approuvée, alors le vote sur le PGFP peut avoir lieu.

Le président estime que l'avis sur le PGFP peut comporter des réserves, exprimées par la motion.

Le P^r Jean-Damien RICARD estime au contraire qu'il faut voter sur le PGFP, qui est à l'ordre du jour, et ensuite voter sur la motion qui est découverte en séance et n'est pas amendable.

Le P^r Alain CARIOU considère que l'on peut voter pour l'un et pour l'autre.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que la motion donne le point de vue de la CME sur le PGFP et expose généralement les arguments conduisant à ce vote. Cette manière de faire lui semble la bonne et avait été adoptée par les précédents présidents de la CME.

Le directeur général considère que cette motion n'expose pas de réserves, mais est très négative. Il ne faut pas comparer les 0,2 % de progression tarifaire aux 2 % d'augmentation des coûts, car il faut tenir compte du fait qu'une partie des augmentations de salaire ne sont pas dans les tarifs, que les MIGAC augmentent de 1 %, que le projet social est financé en dehors des tarifs, etc. Certains éléments de la motion ne sont pas logiques sinon le déficit serait plus important.

Le président met au vote de la CME d'abord la motion, puis le PGFP.

Le P^r Claire POYART signale que les votants viennent de recevoir un lien de vote pour le PGFP.

Le P^r Jean-Damien RICARD estime qu'il doit être possible de revenir sur d'anciennes règles de fonctionnement de la CME si elles ne sont plus adaptées.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que c'est au président de la CME de décider.

La CME :

- adopte la motion par 33 voix pour, 7 contre et 8 abstentions ;
- émet un avis défavorable sur le PGFP 2021-2025 par 28 voix contre, 12 pour et 13 abstentions.

3. Avis sur le projet d'établissement 2021-2025 de l'AP-HP (P^r Frédéric BATTEUX, M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN)

M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN rappelle que le projet d'établissement, prévu par le code de la santé publique doit définir les orientations générales de l'établissement sur la base de son projet médical adopté par la CME. L'AP-HP travaille sur ce projet d'établissement depuis plus d'un an, qui est empreint des leçons de la crise que l'AP-HP a traversée. Il a été travaillé avec l'ensemble des parties prenantes et avec les sous-commissions de la CME. Celle-ci a par ailleurs déjà pu en adopter certains de ses volets (projet médical et de recherche, projet social).

La démarche d'élaboration du projet d'établissement

Ce projet d'établissement est conçu comme une feuille de route stratégique pour l'ensemble de l'institution, avec un enjeu de cohérence plutôt que d'adjonction de différents volets successifs. Il est rassemblé dans un document unique et synthétique. Il ancre les ambitions de l'AP-HP d'être un CHU non seulement parisien, mais francilien.

Le document intègre le projet médical, le projet social, le projet de soins et les projets associés à l'international, à la recherche et au développement durable. Plusieurs documents y sont également annexés : le plan global de financement pluriannuel (PGFP) et les résumés des projets médicaux des GHU. Il a vocation à être décliné dans un certain nombre de plans d'action que sont le schéma directeur des SI, le plan d'action « Qualité et de la sécurité des soins » et des indicateurs de résultats pour un suivi régulier des actions.

Ce projet d'établissement s'est construit dans une démarche collaborative. Il s'appuie notamment sur les acquis du précédent projet et sur les leçons de la crise. Le projet social a, pour la première fois, été négocié dans un cadre tripartite, avec des membres issus des organisations syndicales représentatives, de la CME et de ses commissions et des directions centrales et des GH, en articulation étroite avec le Conseil de surveillance et en concertation régulière du directoire. Ce projet d'établissement a également été élaboré en lien avec la ville et les autres établissements de santé du territoire (acteurs de l'ambulatoire, établissements sanitaires du territoire et collectivités lors de séminaires animés par la CME) et dans le cadre de concertations ciblées des partenaires institutionnels de l'AP-HP (ARS, fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs [FÉHAP], fédération hospitalière de France [FHF], fédération de l'hospitalisation privée [FHP], communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS]). Enfin, il faut saluer la concertation inédite des usagers pour l'écriture du premier chapitre du projet d'établissement sur l'ambition « *s'engager vis-à-vis des patients* » entre directions du Siège et commission de concertation avec les usagers (3CU). Le calendrier a été perturbé par la pandémie, mais a pu laisser une place importante à la concertation.

Cette phase de co-construction avec les différents acteurs a été suivie d'une phase de concertation du personnel de l'AP-HP, via l'envoi d'un questionnaire entre fin mai et mi-juin les invitant à s'exprimer sur les différentes actions du projet d'établissement, en y associant un degré de priorisation et des commentaires libres ou des propositions d'actions. La version numérique du projet d'établissement a été consultée 7 000 fois et 3 000 questionnaires ont été renseignés.

Le contenu du projet d'établissement

Le nouveau projet d'établissement se fonde :

- d'une part sur les enseignements du cycle 2014-2019, qui ont permis un avancement significatif sur certaines thématiques : structuration de l'offre de prise en charge du cancer, dossier patient informatisé, entrepôt de données de santé, plusieurs opérations d'investissement structurantes. Le bilan de cet exercice est disponible ;
- d'autre part sur l'intégration des leçons de la pandémie: prégnance des inégalités socio-économiques et enjeu d'y répondre par l'offre de soins territoriale, enjeu capacitaire et notamment sur les soins critiques avec des besoins en modularité des bâtiments et ouverture ponctuelle de lits de soins critiques, constitution de réserves sanitaires, rôle essentiel en matière de santé publique joué par l'AP-HP, agilité organisationnelle des sorties, des flux programmés et non programmés et le déploiement de la télémédecine.

La première ambition du projet d'établissement 2021-2025 est de permettre à l'AP-HP d'assumer son double rôle de CHU francilien ancré sur son territoire et de 1^{er} CHU européen. Il s'appuie pour cela sur le projet médical adopté par la CME le 4 mai 2021 qui constitue l'ossature du projet d'établissement et s'articule en quatre parties et autour de 14 axes médicaux prioritaires. Le projet d'établissement intègre également le projet de soins qui a été présenté le 24 juin 2021 en commission centrale des soins infirmiers. Ce dernier s'articule autour de 4 axes, en cohérence avec le projet médical et le projet social : faire évoluer le management et l'organisation des soins, apporter une meilleure qualité de prise en charge des usagers, développer et enrichir les compétences des professionnels et soutenir la recherche paramédicale et l'innovation.

La deuxième ambition du projet d'établissement 2021-2025 est l'engagement vis-à-vis des patients. Ce volet a été construit avec les représentants des usagers et s'articule autour de la qualité et de la sécurité des soins : diffusion de la démarche éthique, poursuite des démarches d'évaluation notamment en intégrant davantage les usagers, outils d'alertes de l'institution ; la démocratie en santé : renforcer le rôle des représentants des usagers ; et une meilleure prise en compte de l'engagement et l'expérience patient ; une amélioration de la qualité de vie du patient (service civique, hospitalité, restauration).

La troisième ambition du projet d'établissement consiste à améliorer le quotidien des professionnels et restaurer l'attractivité à travers une politique sociale refondée sur le projet social s'appuyant entièrement sur les accords présentés lors du conseil de surveillance de janvier 2021, l'ambition forte de création d'emplois, les travaux sur la fidélisation des personnels, l'enjeu d'amélioration du collectif et des conditions de travail et l'engagement fort vers l'égalité professionnelle entre hommes et femmes.

La quatrième ambition du projet d'établissement est de prendre le virage de la transition écologique et du développement durable : réduction des émissions de dioxyde de carbone (CO₂) au travers des parcours de soins ; gestion des déchets : stratégie de réduction de tous les déchets et d'inscription dans des filières de recyclage ; alimentation durable, diversifiée et équilibrée et santé environnementale (formation des personnels voire des patients, faire avancer les connaissances sur ces sujets...). Cette dimension est une de celles qui ont recueilli le plus d'avis dans le cadre du questionnaire de consultation des personnels.

Enfin, la cinquième ambition est celle de la consolidation du rayonnement international de l'AP-HP : implication dans les partenariats internationaux : patients, réponse aux appels à projets locaux, recrutement de professionnels et contribution aux actions européennes : coopérations et

partages de bonnes pratiques dans le cadre du groupement de l'Alliance de hôpitaux universitaires européens (*European university hospital alliance*, EUHA).

Pour réaliser ces ambitions, le projet d'établissement 2021-2025 s'appuiera sur cinq leviers : une AP-HP désormais reconfigurée et plus fédérale; le financement des projets (PGFP, la fondation et le soutien du mécénat, déploiement du fonds « d'appui aux projets pour le renforcement du sens » (« APRÈS »); accélérer la transformation numérique, l'innovation et l'utilisation des données (déploiement du dossier patient informatisé (DPI), accélération de la transmission d'informations entre les professionnels, offre de service numérique, espace-patient, exploitation de la donnée pour l'aide au diagnostic et au codage, règlement général pour la protection des données [RGPD], cyber-sécurité); poursuivre les opérations majeures de l'AP-HP et favoriser l'adaptation continue des organisations au bénéfice du parcours des patients : le service d'accès aux soins (SAS) qui va révolutionner l'entrée des flux non programmés à l'hôpital, la fluidification grâce aux plateformes médicoteknique et logistique.

De grandes tendances ont émergé de la concertation : l'accompagnement des professionnels dans leurs parcours : formation dans tous les domaines, valorisation des compétences, acquisition de compétences managériales, revalorisation salariale, le souhait de s'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue : développement durable, qualité des soins, importance de l'échelon local et simplification des procédures, une forte attente de reconnaissance et de respect des agents et la bienveillance et bienveillance vis-à-vis des patients.

Enfin, les prochaines étapes de ce projet d'établissement sont sa présentation au conseil de surveillance le 9 juillet, la finalisation des indicateurs, la diffusion de l'analyse de la concertation des personnels et la diffusion de la version synthétique pour une accessibilité plus grand public.

Le président indique que ce projet d'établissement sera complété par le plan d'action pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU). Il rappelle que la CME a voté le projet social en décembre 2020 accompagné d'une motion.

M. Guy BENOIT ne se déclare pas opposé aux plateformes logistiques, mais invite l'AP-HP à ne pas les voir comme un moyen de diminuer les stocks. Le problème majeur qui se pose aujourd'hui autant pour les médicaments que pour les dispositifs médicaux est bien celui des ruptures de stocks. Si L'AP-HP n'a pas les moyens d'avoir des stocks stratégiques, elle va devant de grandes difficultés qui auront des retentissements sur l'activité. Lorsqu'un grand fournisseur ferme, il n'y a parfois plus de solutions de substitution. Il invite l'AP-HP à être vigilante sur ce sujet.

Le président confirme que ce sujet est récurrent et s'aggrave d'année en année. Il invite la CME à se prononcer sur le projet d'établissement 2021-2025.

La CME émet un avis favorable au projet d'établissement 2021-2025 à l'unanimité des voix exprimées et 5 abstentions.

Le directeur général demande si l'avis très négatif de la CME sur le PGFP remet en cause un certain nombre de mesures du projet d'établissement 2021-2025.

Le président assure que cette situation s'est déjà produite sans empêcher d'avoir un projet d'établissement.

Le P^r Bernard GRANGER indique qu'il siégera au conseil de surveillance avec le D^r Christophe TRIVALLE le vendredi suivant. Leur vote sera cohérent avec celui de la CME. Le vote négatif de la

CME sur le PGFP ne s'adresse pas aux mesures proposées, mais au fait qu'il est insuffisant. Cette contradiction est facile à surmonter.

La séance est levée à 20 heures 20.