Diaporama de la CME du 21 octobre 2025

1. Informations du président

- **Le Dr Samir TINE** a rejoint l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille. Il ne siègera donc plus à la CME dont il était membre en tant que vice-président par intérim de la CME locale du groupe hospitalo-universitaire (GHU) *AP-HP. Hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis* (HUPSSD), qui devra élire sa nouvelle ou son nouveau vice-président(e).

- **Projet médical 2026-2030**
  Les travaux relatifs aux 11 thématiques retenues pour le **projet médical de l'AP-HP** se poursuivent. La direction de la stratégie et de la transformation présentera l'avancée de ces travaux en bureau de la CME (BCME) selon le calendrier suivant, en vue d'une présentation globale en CME début 2026 :
  - BCME du 4 novembre : chirurgie cardiaque et cardiologie, radiologie interventionnelle, urgences et soins non programmés, anatomo-pathologie ;
  - BCME du 2 décembre : périnatalité (et assistance médicale à la procréation), gériatrie, médecine physique et réadaptation ;
  - BCME du 13 janvier : chirurgie, médicaments de thérapie innovante (MTI), pédiatrie, soins palliatifs.

- **Numérique**
  La direction des systèmes numériques (DSN) finalise le bilan de l'actuel **schéma directeur 2021-2025** des systèmes d'information et commence à réfléchir au futur schéma, qui prendra le nom de « schéma directeur des services numériques 2026-2030 ». Il sera orienté sur les grands enjeux du numérique : souveraineté, sécurité, éthique, données et intelligence artificielle, soutenabilité technologique, financière, humaine et écologique. Ce projet sera travaillé avec la sous-commission *Numérique*, puis présenté à la CME.

- **Effectifs, lits et activité**
  Le directeur général a fait le point mensuel de situation de l'AP-HP. Il en ressort que les recrutements infirmiers sur les neuf premiers mois de l'année poursuivent leur bonne tendance avec un solde entre les entrées et sorties de + 844 équivalents temps plein (ÉTP) (+ 751 sur la même période en 2024). À fin septembre 2025, les effectifs infirmiers présents s'élèvent ainsi à 17 820, soit plus que 150 ÉTP par rapport à l'objectif de reconstitution des effectifs perdus depuis 2019. La situation tend aussi à s'améliorer pour les manipulateurs en radiologie (+ 21 ÉTP, avec une baisse de 12 % des départs) et les infirmières et infirmiers de bloc opératoire (+ 9 ÉTP), mais la réaction des agences d'intérim à la **réforme des tarifs des intérimaires**, qui se traduit par un nombre significatif d'annulations ou de non-prises de mission, suscite des inquiétudes, qui ont amené l'AP-HP à proposer des contrats de vacations.
  La reprise des recrutements infirmiers a permis à l'AP-HP de ramener le taux de fermeture des lits à 11 % en rouvrant environ 1 000 lits en deux ans, qui sont occupés à hauteur de 92 % en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et 91 % en soins médicaux et de réadaptation (SMR). L'activité sur les neuf premiers mois de l'année est ainsi dynamique (+ 3,7 % en hospitalisation complète, + 4,3 % en hospitalisation partielle), avec une activité particulièrement forte en septembre, qui a permis de combler en partie le retard constaté en début d'année par rapport aux prévisions.

- **PLFSS 2026**
  Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) en cours de discussion au Parlement suscite les plus vives inquiétudes. Il affiche un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de + 2,1 %, dont il faut en réalité déduire 0,6 point pour la hausse des cotisations employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), ce qui le ramène à + 1,5 %, soit le taux le plus bas jamais vu, alors que les besoins de santé de la population ne cessent d'augmenter en raison notamment du vieillissement de la population. Concrètement,

cela se traduira par une baisse des tarifs au minimum de 1 %. Les inquiétudes sont donc fortes pour le budget 2026 et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2026-2030 de l'AP-HP qui sera déterminant pour nos investissements.

2. La procédure d'obstacle médico-légal en cas de décès inexpliqué (Mme Audrey LALLEMENT) (diaporama)

La direction des affaires juridiques (DAJ) a rédigé un document pour répondre aux interrogations multiples qui lui sont adressées concernant ce qu'il faut faire en cas de décès inexpliqué à l'hôpital. Il explique précisément les deux cas à envisager que sont :

- d'une part, les morts violentes ou suspectes, qui doivent conduire à constater l'existence d'un obstacle médico-légal et peuvent, sur décision des autorités judiciaires, donner lieu à une autopsie médico-légale ;
- d'autre part, les morts inexpliquées non suspectes qui peuvent donner lieu à une autopsie médicale à visée diagnostique.

Dans tous les cas, tout décès inattendu doit être déclaré sur la plateforme de signalement OSIRIS et faire l'objet d'une discussion avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) sur l'opportunité d'une déclaration à l'agence régionale de santé comme évènement indésirable grave associé aux soins.

3. Stratégie pour les unités de soins de longue durée (USLD) (Pr Antoine VIEILLARD-BARON) (diaporama)

Après avoir engagé, avant la crise COVID, une diminution de ses lits de soins de longue durée (schéma stratégique 2018), l'AP-HP, en accord avec l'agence régionale de santé (ARS), a opté pour une réorientation de sa politique des soins de longue durée et décidé de réouvrir des lits avec un plan qui doit l'amener de 1 454 lits aujourd'hui à 1 725 en 2028. Les soins de longue durée constituent, en effet, un important enjeu face au défi de l'allongement de la vie (la part des Franciliens de plus de 85 ans devrait doubler entre 2023 et 2040) et de l'augmentation des maladies chroniques avec l'âge. Ils sont aussi un maillon important de la continuité de la prise en charge des patients et évitent les transferts aux urgences. Leur inclusion dans les services de gériatrie les réunissant avec la gériatrie aiguë et les soins médicaux et de réadaptation (SMR) sont en outre un facteur d'attractivité pour les personnels médicaux.
Cette stratégie s'accompagne de travaux de modernisation et d'humanisation (transformations des chambres doubles en chambres simples), qui bénéficient de subventions de l'ARS et de la Ville de Paris (15 M€ en 2023-2024, 12 M€ espérés en 2025).
La gériatrie dans son ensemble constitue l'une des 11 thématiques prioritaires retenues dans la préparation du projet médical 2026-2030 (voir plus haut).

4. Schéma de permanence des soins & réponse à l'appel à candidatures de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (Pr Antoine VIEILLARD-BARON) (diaporama)

Le schéma régional de santé 2023-2028 a été révisé en juin 2025, en particulier son volet 2 relatif à l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES). Pour les activités dites « réglementées », c'est-à-dire dont les conditions de PDSES sont prévues par les textes portant autorisation d'activité, les gardes et astreintes sont financées à 100 % par le fonds régional d'intervention (FIR). En revanche, les lignes des activités non réglementées ne sont financées que dans la limite des crédits disponibles dans le FIR. Le directeur général de l'ARS a donc lancé le 15 juillet un appel à candidatures pour sélectionner les établissements qui bénéficieront d'un financement du FIR pour assurer la PDSES dans les activités non réglementées.

La CME a émis un avis favorable à l'unanimité des voix exprimées (2 abstentions) au projet de réponse de l'AP-HP à l'appel à candidatures qui sera transmis à l'ARS. L'ARS va maintenant instruire les candidatures et désignera les établissements chargés de la PDSES au plus tard le 13 mars 2026. La question sera ensuite pour l'AP-HP de réfléchir au devenir des gardes et astreintes existant aujourd'hui mais qui ne seraient pas financées par l'ARS.

5. Cadrage de la réforme des astreintes (M. Emmanuel RAISON) (diaporama)

La **réforme** prévoit une rémunération des astreintes uniquement par forfaits incluant les déplacements. Les établissements arrêtent librement leur grille de forfaits qui peuvent aller de 70 € au minimum à 280 € au maximum et tenir compte de l'intensité moyenne de l'activité lors de l'astreinte, de la fréquence des déplacements, de la réalisation d'actes en télémédecine lors de l'astreinte et de l'activité de recours territorial ou régional de l'établissement.

La CME a obtenu la garantie que :

- le temps de travail additionnel (TTA) des praticiens hospitaliers (PH) généré par les déplacements en astreintes sera systématique (*i.e.* hors contractualisation des besoins prévisionnels de TTA) ;
- les lignes particulièrement mobilisées (greffes, urgences aortiques, coronographies) seraient rémunérées selon des modalités adaptées à la lourdeur de ces astreintes et, conformément à l'esprit de la réforme, ne pouvant avoir pour effet de diminuer leur rémunération actuelle ;
- une réévaluation dans 6 mois permettra de faire les ajustements qui s'avèreraient nécessaires au regard de la ventilation des lignes d'astreintes au sein des différents forfaits par les GHU.

Compte tenu de ces garanties, la CME a approuvé à l'unanimité des voix exprimées (une abstention) la grille de forfaits qui figure en page 7 du **diaporama**. La réforme entre en vigueur au 1er novembre et sera mise en œuvre sur la paie de décembre. La réévaluation à 6 mois sera présentée en bureau de CME, puis en CME.

6. Avis sur la création d'un centre de santé à la maternité des Lilas (M. Pascal DE WILDE, Pr Anne-Gaël CORDIER) (diaporama)

La CME a approuvé à l'unanimité la création d'un centre de santé de l'AP-HP dans les actuels locaux de la maternité des Lilas (consultations prénatales, post-natales, gynécologiques et centre de planning familial) porté par le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital-Tenon, qui développera une activité physiologique. Les travaux seront entièrement financés par l'agence régionale de santé.

La prochaine réunion de **la CME aura lieu le 18 novembre 2025,** précédée du bureau le 4 novembre.

Pr Rémi SALOMON, le 4 novembre 2025