

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 8 SEPTEMBRE 2020

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 6 OCTOBRE 2020

Sommaire

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Point de situation Covid-19	11
III.	Information sur les accords du « Ségur de la santé »	17
IV.	Avis sur le bilan social 2019	25
V.	Avis sur le compte financier 2019 et information sur la décision modificative de l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) 2020	28
VI.	Présentation de l'institut Carnot AP-HP	30
VII.	Approbation du compte rendu de la CME du 7 juillet 2020	31
VIII.	Questions diverses	31

CME du mardi 8 septembre 2020

Université de Paris, campus Saint-Germain-des-Prés
Amphithéâtre Binet
45, rue des Saints-Pères, 75006 Paris

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME et du directeur général
2. Point de situation COVID-19 (P^r Frédéric BATTEUX)
3. Information sur les accords du « Ségur de la santé » (M. Pierre-Emmanuel LECERF, M^{me} Hélène OPPETIT)
4. Avis sur le bilan social 2019 (M. Sylvain DUCROZ, M^{me} Hélène OPPETIT)
5. Avis sur le compte financier 2019 et information sur la décision modificative de l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2020 (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Didier FRANDJI)
6. Présentation de l'institut Carnot AP-HP (P^r Éric LE GUERN, M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE)
7. Approbation du compte rendu de la CME du 7 juillet 2020
8. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
P ^r	Thomas	APARICIO	P ^r	Véronique	LEBLOND
P ^r	Frédéric	BATTEUX	P ^r	Éric	LE GUERN
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Rachel	LEVY
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Laurent	MANDELBROT
D ^r	Guy	BENOIT	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Bahram	BODAGHI	D ^r	Émeline	MARLINGE
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
D ^r	Diane	BOUVRY	M ^{me}	Salomé	MASCARELL
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Giovanna	MELICA
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Alain	CARIOU	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Olivier	CLÉMENT	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Louis	PUYBASSET
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r	Jean-Damien	RICARD
D ^r	Vianney	DESCROIX	M ^{me}	Isabelle	RIOM
D ^r	Mathilde	DUVAL	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Sandra	FOURNIER	P ^r	Rémi	SALOMON
D ^r	Vincent	FROCHOT	P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Bernard	GRANGER	P ^r	Thomas	SIMILOWSKI
M ^{me}	Sophie	GUILLAUME	D ^r	Caroline	SUBERBIELLE
D ^r	Émelyne	HAMELIN	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Jean-François	HERMIEU	D ^r	Samir	TINE
M.	Youcef	KADRI	D ^r	Christophe	TRIVALLE
D ^r	Lamia	KERDJANA	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT

• ***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
- P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot

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

- M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE, directrice de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Sylvain DUCROZ, directeur des ressources humaines
- M^{me} Hélène OPPETIT, et M. Olivier TRÉTON, direction patients, qualité et affaires médicales (DPQAM)
- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, M. Pierre-Emmanuel LECERF et M. François CRÉMIEUX, directeurs généraux adjoints ;
- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général

• **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)
- M^{me} Régine PUZIN (PCME)

• **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, René ADAM, Philippe ANRACT, Élie AZOULAY, Jean-Yves ARTIGOU, Sébastien BEAUNE, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Sophie BRANCHEREAU, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Cyril CHARRON, Yves COHEN, Anne COUVELARD, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALÈS, Hubert DUCOU LE POINTE, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Georges ESTEPHAN, Thierry FAILLOT, Yann FLÉCHER, Julien FLOURIOT, Bruno GREFF, Christian GUY-COICHARD, Sandrine HOUZÉ, MARC HUMBERT, Eric LE BIHAN, Michel LEJOYEUX, Louis MAMAN, Rafik MASMOUDI, Loïc MORVAN, Antoine PELISSOLO, Patrick PELLOUX, Marie-Noëlle PERALDI-GARDIN, Claire POYART, Bruno RIOU, Clara SALINO, Bérénice SCHELL, Johanna SEKRI, Ishai-Yaacov SITBON, Michel VAUBOURDOLLE et Noël ZAHR

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

Le président remercie le P^f Xavier JEUNEMAÎTRE, doyen de la faculté de santé de l'université de Paris, d'avoir mis à disposition de la CME l'amphithéâtre BINET.

I. Informations du président de la CME

Le président souligne que les informations liées à l'épidémie sont plutôt inquiétantes avec une accélération de la circulation du virus en région parisienne, dans la région Provence, Alpes, Côte d'Azur (PACA) et d'autres régions françaises. Les présidents de CME de CHU avec lesquels il a pu échanger dernièrement font part de leur inquiétude face à une multiplication des hospitalisations et des admissions en réanimation. Ces éléments seront détaillés plus tard au cours de la présente réunion.

Le calendrier des réunions de la CME pour 2021 a été arrêté. Il est disponible sur le [site de la CME](#). Il précise que la date du bureau de la CME de septembre 2021 est bien le mardi 28 et non le 26.

La CME accueille un nouveau membre à voix consultative en la personne du D^r Sandra FOURNIER, qui succède au P^f Vincent JARLIER, délégué à la prévention des infections nosocomiales de l'AP-HP qui a fait valoir ses droits à la retraite. Il remercie chaleureusement le P^f Vincent JARLIER pour son investissement dans sa mission et pour les précieuses informations sur l'évolution de l'épidémie de COVID qu'il diffuse aux membres de la CME. Le D^r Sandra FOURNIER est responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH) du siège. Il lui souhaite la bienvenue à la CME et la remercie pour le travail accompli au cours des derniers mois pour le dépistage COVID-19 et les échéances à venir, notamment la campagne de vaccination antigrippe.

Désignations de représentants de la CME

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) est un levier majeur de la politique médicale. Un travail débute pour revoir la composition des instances centrales qui contribuent à cette politique (comité de lutte contre les infections nosocomiales [CLIN], comité de liaison pour l'alimentation et la nutrition [CLAN], comité de vigilance et de gestion des risques sanitaires [COVIRIS], etc.).

CLUD-SP

D'ores et déjà, il indique que le D^r Anissa BELBACHIR qui représentait le président de la CME au comité de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP) et qui le présidait, ne souhaite pas poursuivre sa mission. Le président a désigné le D^r Isabelle NÈGRE, déjà membre du CLUD-SP, pour le représenter dans cette instance et a proposé au directeur général de la nommer présidente du CLUD-SP en raison de sa double compétence en matière de douleur et de soins palliatifs. Le président estime qu'il est important que le CLUD-SP reprenne rapidement ses travaux car c'est un volet important du projet médical.

CLIN

La CME doit désigner son représentant au sein du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Après avoir obtenu son accord, il propose de désigner le D^r Juliette PAVIE, tout en rappelant que le P^r Christian RICHARD préside ce comité dans le cadre de son consultanat.

La désignation du D^r Juliette PAVIE est approuvée à l'unanimité.

La CME aura à statuer sur d'autres désignations lors d'une prochaine séance, notamment au comité central des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS). Le président fera prochainement des propositions à la CME.

Projet médical

Ce sujet a été longuement débattu lors de la séance du mois de juillet. Les collégiales ont reçu un message les invitant à mettre à jour les fiches retraçant l'état d'avancement de leurs projets et leurs perspectives pour les quatre années à venir. La dernière version de ces fiches, envoyées sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN, date du printemps 2019. Il convient donc de les actualiser, en tenant compte des enseignements à retirer de la crise sanitaire et des orientations du « Ségur de la santé ». Ces éléments constituent la base du document de synthèse produit par la direction de la stratégie et de la transformation (DST).

Le président a demandé au P^r Bahram BODAGHI, président de la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT), de coordonner l'écriture du projet médical. Deux réunions sont programmées prochainement : l'une sur les territoires à laquelle sont conviées les gouvernances des GHU (doyens et présidents de CMEL) et l'autre avec les partenaires de la ville. Pour sa part, la sous-commission *Vie hospitalière & attractivité* (CVHA) a commencé à travailler avec M^{me} Hélène OPPETIT sur le chapitre relatif à l'attractivité des carrières médicales. La liste des pilotes est en cours de constitution sur l'ensemble des thématiques du projet médical. L'objectif est que l'écriture du projet médical fasse participer le plus grand nombre de membres de la CME, et des CMEL de manière à faire valoir des regards experts sur un maximum de sujets.

Le président rappelle que des lettres de mission des sous-commissions de la CME ont été envoyées à l'ensemble de leurs présidents et vice-présidents et sont accessibles sur le [site de la CME](#). Il demande aux pilotes des sous-commissions de transmettre à la présidence les ordres du jour et comptes rendus de leurs réunions. Elles seront également mises en ligne sur le [site de la CME](#) afin de partager l'information et que chacun soit au fait des décisions prises.

Séminaire des départements médico-universitaires (DMU)

La direction générale organise un séminaire le 17 septembre prochain avec les DMU (directeurs médicaux, paramédicaux, administratifs et directeurs délégués). **Le président** a souhaité que quelques chefs de service, ainsi que plusieurs membres de la CME, participent au séminaire. Il rappelle que la CME le 15 février 2019 a approuvé la création des DMU dans la mesure où ils doivent remplir un triple but : structurer notre offre de soins sur la base de projets médicaux dotés d'une cohérence hospitalo-universitaire renforcée ; redonner de l'autonomie aux services

qui doivent être remis au cœur de l'organisation médicale ; apporter une simplification administrative, en élargissant les délégations de gestion et en médicalisant la gouvernance.

Le président rappelle que le règlement intérieur de l'AP-HP prévoit la création d'un comité de suivi pour s'assurer du respect des règles et des principes de fonctionnement des DMU définis dans son l'annexe 17, suivre leur mise en œuvre et, au besoin, réagir rapidement en procédant à des correctifs là où cela s'avérerait nécessaire. Les événements épidémiques, en particulier, ont fait que ce travail n'a pas encore pu commencer et un certain délai est évidemment nécessaire avant de pouvoir évaluer correctement cette nouvelle organisation, mais le travail d'évaluation pourrait commencer en 2021.

Le président propose que cette évaluation permette d'associer d'autres membres que les seuls exécutifs de DMU afin de pouvoir porter des améliorations, voire mettre fin à des dispositions qui n'apporteraient pas satisfaction. Cela étant, il ne sera pas fait machine arrière sur les DMU. Cette réforme, mise en place lors de la précédente mandature, peut être une opportunité pour faire avancer les dossiers et améliorer les organisations ainsi que les gouvernances. Il est donc particulièrement important d'assurer la participation du plus grand nombre ; cela constituera un gage de réussite des DMU. Beaucoup de praticiens font état d'une participation insuffisante des équipes lors de la phase de mise en place des DMU. Il convient donc d'assurer une participation la plus large possible pour franchir cette nouvelle étape.

Informations du directeur général

Le directeur général indique qu'il devra quitter la séance vers 17 heures 15 pour accueillir M. Olivier VÉRAN qui se rendra à l'hôpital Henri-Mondor pour découvrir les tests rapides antigéniques. Il souhaite remercier l'ensemble des membres de la CME et leurs équipes pour le travail mené pendant l'été en ayant fait face aux cas COVID, à la canicule et à la reprise de l'activité. La rentrée oblige maintenant à relever deux enjeux : ralentir la propagation du virus et accélérer la mise en place des mesures issues du « Ségur de la santé ».

COVID-19

La deuxième phase de l'épidémie ne laisse pas présager que le virus soit moins virulent que lors de la première phase. Les hôpitaux ne pourront pas se consacrer qu'au COVID et il faudra davantage concilier les activités au cours de cette deuxième phase pour ne pas aboutir à des déprogrammations totales. Le gouvernement souhaite aussi éviter tout nouveau confinement pour ne pas mettre en grande difficulté l'économie. Depuis le printemps dernier, les conditions de prise en charge des malades présentant des formes graves se sont améliorées entraînant par exemple le raccourcissement des durées moyennes de séjour. Les tests sont aussi plus nombreux ainsi que les dépiages. Cependant, des difficultés et des points de faiblesse persistent.

Durant l'été, l'AP-HP a poursuivi ses travaux, y compris ceux de la recherche. L'AP-HP est ainsi à l'origine de 350 articles publiés sur la COVID-19, contribuant fortement à l'avancement des connaissances. Une coordination de la recherche scientifique pourrait être remise en place, dans un format assoupli par rapport à la précédente version, pour pousser les études les plus avancées et stopper celles qui ne parviennent pas à conclure, faute d'avoir inclus suffisamment de malades.

Un travail a été mené sur les stocks afin de disposer de trois mois de stockage de tous les consommables à un rythme d'activité maximale. Des difficultés persistent sur les gants en latex mais les stocks des autres équipements devraient pouvoir être constitués dans les conditions voulues. Par ailleurs, les dispositifs mis en place pendant la crise ont été maintenus ou développés dès lors qu'ils avaient donné la preuve de leur efficacité. C'est notamment le cas du travail mené en matière d'hygiène hospitalière et de dépistage des personnels sur leur lieu de travail ou dans quelques lieux dédiés. Ce travail doit se poursuivre d'autant plus que le nombre de personnels contaminés a crû en août par rapport au niveau atteint en juillet. Par ailleurs, COVIDOM continue d'être opérant tandis que COVISAN monte en charge plus fortement pour faciliter le *contact tracing* et l'isolement des personnes contaminées. Avec l'accord des doyens, il devrait être possible d'élargir les missions du service sanitaire afin de pouvoir compter sur le renfort d'étudiants pour développer ces nouvelles missions. À l'inverse, il ne sera pas possible de solliciter certaines disciplines pour prêter main-forte dans les services COVID si l'ambition est de maintenir les autres activités.

Le directeur général ajoute que les équipes des hôpitaux Henri-Mondor et Saint-Louis ont énormément travaillé pendant l'été sur les tests antigéniques rapides. Ces tests permettent d'obtenir des résultats en trente minutes. L'un d'entre eux a une sensibilité proche de l'amplification en chaîne par polymérase (PCR) et est reconnu comme pouvant être utilisé en conditions de dépistage. S'il est possible de le déployer à grande échelle, le *contact tracing* pourra être accéléré. L'AP-HP a commandé plusieurs de ces tests rapides afin d'aider le gouvernement à les déployer en France.

« Ségur de la santé »

Le deuxième enjeu concerne l'accélération des mesures issues du « Ségur de la santé ». Pour l'AP-HP, l'objectif est que le plus grand nombre de dispositions soit applicable le plus rapidement possible. Avec le ministère, l'AP-HP a contribué à l'émergence d'une solution pour effectuer les premiers versements d'augmentation de salaire dès septembre et non en janvier 2021 avec effet rétroactif. Le directeur général remercie les équipes de la direction des ressources humaines (DRH) d'avoir rendu possible ce versement. Certaines autres mesures du « Ségur de la santé » nécessitent la publication d'un texte réglementaire ou l'ouverture de négociations. Celles-ci concerneront les personnels médicaux, les personnels non médicaux ou l'interaction entre les différents professionnels en termes d'organisation du travail et des équipes. La direction a proposé au président de la CME et aux organisations syndicales de travailler en commun (direction, personnel médical, personnel non médical) pour aboutir à un projet social de l'AP-HP pour les prochaines années. Les organisations représentant le personnel sont d'accord pour adopter ce nouveau mode de travail. Cette vision permettra d'aborder les problématiques de manière différente et de fixer un cadre commun pensé par toutes les composantes hospitalières en ayant à cœur de trouver ensemble les solutions et le bon usage des outils nouveaux. Par exemple, les primes d'engagement collectif concernent aussi bien le corps médical que le corps non médical et il apparaît donc plus judicieux de mener cette réflexion en commun plutôt que de manière cloisonnée. Par ailleurs, quelques signaux semblent plutôt favorables concernant les effectifs. Aussi bien en août qu'en septembre les recrutements augmentent en sortie d'école et auprès d'infirmiers expérimentés venant de structures hors AP-HP. Ces frémissements sont

encourageants et doivent se poursuivre pour absorber les postes vacants et inverser la tendance. Le but est d'utiliser les mesures du Ségur de la santé pour amplifier ce mouvement.

Le directeur général souhaite enfin saluer l'action de M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE qui quitte l'AP-HP pour devenir directrice générale du CHU de Brest. Il la remercie pour les cinq années qu'elle a passées à la tête de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), son énergie et les compétences pour défendre les intérêts de la recherche clinique et translationnelle mais aussi les intérêts des CHU, de l'AP-HP et des chercheurs. Cet investissement se traduit aujourd'hui dans des indicateurs en amélioration. Des progrès doivent certes encore être réalisés mais des avancées notables sont déjà établies et sont à mettre au crédit de la DRCI qui a fait évoluer les méthodes et favorisé les échanges.

Le président remercie également M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE pour tout le travail mené au cours des dernières années. Des progrès évidents ont été notés mais ce travail doit manifestement se poursuivre. Par exemple, la capacité de l'AP-HP à inclure des patients dans les études, notamment dans les études COVID-19, pourrait être meilleure. Le président suggère à l'avenir d'organiser des points plus réguliers en CME concernant la recherche. Les P^{rs} Éric LE GUERN et Gabriel STEG pourraient ainsi présenter un état des lieux de la recherche à l'AP-HP.

Concernant le « Ségur de la santé », il rappelle son attachement au travail en commun entre le personnel médical et le personnel non médical. Son expérience de chef de service lui rend évidente cette nécessité. Toutefois, **le président** émet des réserves sur la méthode que le directeur général souhaite impulser. Il ne rejette pas l'idée d'un travail tripartite mais il tient uniquement à souligner qu'il faut prendre garde à ne pas se crispier sur des postures. Le président accepte bien entendu de débattre avec les organisations syndicales mais il souligne que la CME n'a pas vocation à signer des accords avec les organisations syndicales. Il s'interroge également sur la place de la commission des soins dans ces discussions. À cet égard, il rappelle que, dans sa contribution aux discussions du « Ségur de la santé », la CME a plaidé pour une association des paramédicaux à tous les niveaux de la gouvernance, pour leur représentation au directoire et pour renforcer le rôle d'un président élu de la commission centrale des soins. Il souhaite que des paramédicaux soient également invités aux travaux des sous-commissions de la CME.

Concernant le dépistage du COVID, le président rappelle que les soignants sont plus exposés que la population générale, même si tout le personnel est désormais équipé en protections individuelles. Il reste toutefois important que chacun puisse se faire dépister et que ce dépistage s'organise efficacement. Tous les GH se sont organisés pour faciliter ces dépistages, même si des progrès restent à réaliser suivant les endroits. Le président rappelle que la médecine du travail devrait être en charge des dépistages et de la vaccination antigrippe mais elle n'est pas dimensionnée pour prendre en charge correctement cette mission. Le déficit des ressources spécialisées en médecine du travail concerne tous les secteurs d'activité en France et encore plus les hôpitaux, bien que le personnel des hôpitaux soit plus exposé que d'autres populations salariées. Tout changement dans ce domaine prendra du temps et nécessitera une implication de toutes les parties (communautés médicales, directions, doyens).

Il ajoute que la campagne de vaccination antigrippale devrait commencer dans un mois. *A fortiori* cette année, la vaccination antigrippe devra être largement promue. Alors que la population

française fait preuve de défiance vis-à-vis des vaccins, notamment contre celui de la grippe, il est possible que le futur vaccin contre le COVID-19 fasse l'objet des mêmes craintes. Dans le « rapport FISCHER » sur les vaccinations obligatoires, il est mentionné que 60 à 65 % des médecins sont vaccinés contre 35-40 % pour les infirmiers et 20-25 % pour les aides-soignants. Ces taux de vaccination invitent à porter encore plus fortement le message sur le rapport bénéfice/risques de la vaccination. Le référent du CLIN de chaque service pourrait être le porte-parole de ce message et aider à la diffusion d'informations étayées sur la vaccination.

Le président propose à la CME de voter la motion suivante :

« La CME de l'AP-HP constate que, malgré les progrès enregistrés ces dernières années, le taux de personnels vaccinés contre la grippe dans les services reste insuffisant. La vaccination contre la grippe revêt cette année une importance toute particulière en raison notamment de la difficulté diagnostique de différencier les symptômes grippaux des symptômes du COVID. La CME de l'AP-HP appelle donc tous les personnels soignants, médicaux et non médicaux, à se faire vacciner contre la grippe. Elle invite les médecins à s'engager pour la vaccination contre la grippe en organisant des séances de vaccination dans les services et en participant à une bonne information des personnels. »

Le P^r Jean-Damien RICARD propose de remplacer le terme « non médicaux » par « paramédicaux ».

Le président retient cette proposition.

Le P^r Jean-Damien RICARD suggère de retenir l'expression « les professionnels de santé ».

Le P^r Sadek BELOUCIF trouve que l'avant-dernière phrase est redondante et propose plutôt d'insister sur le recueil des éléments permettant de comprendre les éventuelles réticences. En effet, la seule information ne suffira pas mais c'est en identifiant les points de blocage qu'il sera possible d'améliorer le taux de vaccination. Sans doute faut-il modifier la phrase pour faire référence à une dimension de sciences humaines et sociales. Alors que la bataille contre la « secte » anti-vaccin sera féroce, il faudra donc combattre tous les non-dits.

Le président rejoint ces préoccupations et reconnaît qu'il faut comprendre le phénomène pour combattre la défiance de manière efficace. Le sujet est suffisamment important pour qu'un travail de recherche en sciences humaines soit mené. Par exemple, un questionnaire pourrait être proposé au moment de la vaccination et du dépistage COVID. Cependant, la motion n'a pas vocation à entrer dans tous ces détails.

La CME approuve la motion à l'unanimité.

II. Point de situation Covid-19

Le P^r Frédéric BATTEUX présente un point d'actualité sur la crise COVID-19. Le pourcentage de PCR positives depuis le 11 mai 2020 a suivi une courbe favorable jusqu'à début juillet, avant de reprendre une courbe ascendante, d'abord de manière assez lente puis de plus en plus rapide. L'évolution est aujourd'hui très clairement exponentielle même si la positivité des derniers jours semble légèrement ralentir. Les taux actuels de positivité oscillent entre 6,5 % et 7 % sur plus de

150 000 PCR réalisées en Île-de-France. La répartition géographique des cas positifs montre une incidence plus forte dans la petite couronne. Plus de 130 *clusters* ont été comptabilisés le 7 septembre. Ces clusters sont actifs à Paris, dans l'est et dans le nord de la petite couronne. Au niveau national, en neutralisant les chiffres de la Guyane et de Mayotte, plusieurs régions se distinguent, notamment la région PACA qui, comme l'Île-de-France, est concernée par une augmentation significative du pourcentage de tests positifs. L'augmentation de l'incidence ne peut pas être expliquée par la progression du nombre de personnes testées. Depuis fin juillet et début août en particulier, l'augmentation de l'incidence s'explique aussi par l'augmentation du pourcentage de PCR positives. En Île-de-France, l'incidence est passée de 23,1 fin juillet, contre 12 au niveau national, à 84 en semaine 35 et 98 en semaine 37. La région Ile-de-France présente des contrastes selon les départements avec une incidence d'environ 150 à Paris, de 120-130 dans le Val-de-Marne et proche de 100 en Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine et Essonne.

L'âge des patients testés positifs a beaucoup évolué au cours de l'épidémie. La première phase a touché essentiellement les patients de 40-60 ans tandis que la deuxième phase est marquée par des PCR positives chez les moins de 30 ans, avec près de la moitié des PCR positives.

Les appels vers le SAMU qui avaient été des signes très précoces du développement de l'épidémie pendant la première phase, en précédant le pic épidémique de 15 jours ou trois semaines, ont augmenté progressivement depuis début août. Ce volume est aujourd'hui proche de 400 dossiers de régulation médicale (DRM) SAMU par jour. Ces flux sont corrélés avec l'augmentation des transports sanitaires. Les DRM SAMU concernent essentiellement Paris, le Val-de-Marne et la Seine-Saint-Denis, ce qui est cohérent avec la ventilation spatiale des clusters.

Les passages aux services d'accueil des urgences (SAU) sont également en augmentation constante après avoir atteint un point bas fin juin. L'augmentation est nette depuis le week-end dernier avec près de 200 passages en SAU. Il en est de même pour les appels vers *SOS Médecins* qui ont atteint un point bas fin juin/début juillet, puis ont augmenté avec constance en atteignant aujourd'hui environ 140-150 appels.

Les courbes liées au nombre de patients hospitalisés laissent penser que l'augmentation est limitée, mais cette vision est trompeuse. Le flux des patients en réanimation a en effet tendance à augmenter de manière plus significative que le stock de patients en réanimation ne le laisse à penser. Le 14 juillet, le flux était de 22 patients par semaine. Or, il augmente depuis lors pour atteindre 64 en semaine 35 et 84 en semaine 36. Le 7 septembre, 30 patients sont entrés en réanimation en une journée, signe que l'augmentation devient très inquiétante. Les patients qui entrent en réanimation viennent essentiellement de Paris, du nord et de l'est parisien.

L'âge médian des patients hospitalisés en réanimation était de 61 ans avant le 1^{er} juillet et est de 64 ans depuis le 1^{er} juillet. En revanche, la durée moyenne de séjour est en nette baisse passant de 19 jours avant le 1^{er} juillet à 9,5 jours après le 1^{er} juillet. D'après les données de surveillance de la base « *Reality* », qui est alimentée en temps réel par les services de réanimation, sur 141 patients inclus depuis le 14 juillet, 78 % sont des hommes, ce qui est constant. En revanche, la durée moyenne de séjour diminue de manière significative pour s'établir à 12,7 jours. 91 % des patients hospitalisés présentent une pneumopathie COVID et 23 % ont bénéficié d'une ventilation mécanique, soit une forte baisse puisque ce taux était de 80 % avant le 1^{er} juillet. Cette base de

données a également été mise en place pour suivre la part de patients étrangers hospitalisés en France. Les résultats montrent que cette part est de 19 %. La part des décès est de 11 % contre 25 % lors de la première vague.

Concernant l'hospitalisation conventionnelle, un point plancher a été atteint fin juillet avant que la courbe reprenne son ascension avec 103 patients hospitalisés à l'AP-HP le 26 juillet et 200 le 8 septembre. Le flux de patients COVID en hospitalisation conventionnelle est en forte croissance passant de 71 la semaine du 14 juillet à 350 en semaine 36. Pour la seule journée du 7 septembre, plus de 90 entrants ont été enregistrés. Comme pour d'autres indicateurs, les patients COVID hospitalisés se concentrent dans quelques zones (Paris, nord et est parisien). L'âge médian est resté relativement stable (68 ans après le 1^{er} juillet, 69 ans avant le 1^{er} juillet). La durée moyenne de séjour a été réduite passant de 12,6 jours à 8,6 jours.

Un travail est mené avec les équipes de modélisateurs de l'institut Pasteur afin de prédire l'évolution possible de l'épidémie. Ces modélisations s'appuient sur les dernières données, comme la durée moyenne de séjour. Les hypothèses dépendront aussi de l'intensité de l'épidémie, c'est-à-dire du taux de reproduction du coronavirus, dit « R0 ». En fonction de ces paramètres, les conséquences en nombre de lits nécessaires pourront être très variables. Ces projections démontrent tout l'intérêt de respecter les mesures barrières. Toutes ces données appellent donc à la vigilance.

Le président salue ce travail et l'appui des épidémiologistes de l'institut Pasteur. Ces projections sont essentielles pour établir différents scénarios. Les indicateurs ont fortement évolué entre mars et septembre. Par exemple, le R0 est passé de 3,3 en mars à 1,26 aujourd'hui. Il est possible qu'il augmente à la faveur des brassages de populations qui auront lieu à l'occasion de la rentrée scolaire, de la reprise du travail après les congés pour beaucoup de salariés et l'utilisation plus massive des transports en commun. Même si une augmentation du nombre de cas est prévisible, les mesures prises lors de la première vague ne seront pas appliquées aussi massivement qu'il s'agisse des déprogrammations ou du confinement total de la population, même si quelques restrictions plus sévères pourront être décidées ponctuellement. Le R0 pourrait donc rester longtemps à un niveau supérieur à 1 et le système de santé devra donc s'organiser pour résister dans la durée. Ce point doit être pris en compte dans l'organisation des hôpitaux afin d'accueillir de plus en plus de patients COVID malgré le déficit actuel en ressources humaines.

Le président informe qu'il s'est entretenu avec le P^r Dominique Rossi. Il a indiqué que la situation de Marseille se tend. Des lits sont fermés faute de personnel. À Grenoble, le CHU ne fait pas encore face à une augmentation forte du nombre de cas COVID mais le CHU rencontre des difficultés liées aux ressources humaines notamment aux urgences, de ce fait, le plan blanc a été déclenché le 7 septembre. Le président interpelle donc la direction de l'AP-HP pour connaître la situation en ressources humaines. En effet, l'AP-HP ne disposera pas des mêmes moyens qu'au printemps car les professionnels de santé des autres régions françaises ne pourront pas se libérer de leur propre établissement et les étudiants en santé ne seront pas disponibles.

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique que près de 1 200 recrutements sont prévus à l'AP-HP entre août et octobre. Il s'agit d'une donnée provisoire car près de 17 % des étudiants en institut de formation aux soins infirmiers (Ifsi) n'ont pas encore décidé de leur lieu d'exercice. Le 22 juillet

dernier, 1 100 étudiants des IFSI de l'AP-HP ont été diplômés. Le taux de rétention des étudiants dépasse 60 % cette année, contre 50 % voire 40 % les années précédentes. L'AP-HP recrute également dans des IFSI hors AP-HP et hors IFSI pour environ 200 recrutements. En 2019, les recrutements hors IFSI avaient concerné 55 personnes. Les renforts organisés au printemps ont eu un effet puisque certains en provenance des régions ont finalement décidé de rester à l'AP-HP. En août et septembre, le tableau des emplois est en augmentation de plus de 500 équivalents temps plein (ÉTP). Cet état des lieux favorable ne signifie pas qu'il n'y aura pas plus de départs que de recrutements en fin d'année, mais ces indicateurs en rebond permettent de partir d'une situation plus favorable. La question de l'affectation des professionnels dans les services se posera également avec des services et des disciplines en difficulté, notamment la gériatrie ou les postes de nuit.

Le D^r Diane BOUVRY souhaite connaître le nombre de postes qui restent à pourvoir et le nombre de lits toujours fermés faute de postes pourvus.

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique qu'il n'est pas possible de distinguer les causes de fermeture de lits notamment parce que certains sont fermés en raison de leur emplacement en chambres doubles. En outre, le tableau des emplois est en augmentation de plus de 500 personnes. Ce n'est qu'en octobre-novembre, une fois les recrutements dans les IFSI terminés, qu'il sera intéressant de dresser un bilan des postes vacants. En fonction des départs, le nombre de postes vacants oscillera sans doute entre 0 et 200 postes infirmiers. Cette situation oblige l'AP-HP à rester proactive sur les marchés de travail hors IFSI et à être présente en décembre au moment des sorties de nouveaux professionnels après les épreuves de rattrapage. Enfin, certains départs à la retraite seront probablement reportés, ce qui serait favorable à l'institution sur le court terme. En effet, le « Ségur de la santé » conduit à une augmentation générale de 90 € du salaire des hospitaliers en septembre 2020, puis à une seconde augmentation de 93 € en mars 2021. Plusieurs agents feront sans doute le choix d'attendre mars 2021 pour bénéficier de ce deuxième palier avant de partir à la retraite.

Le D^r Emmanuel BUI QUOC souhaite savoir quelle solution sera proposée aux agents qui ne seraient pas en mesure de venir travailler car devant garder leurs enfants, dès lors que leur école ou leur classe serait fermée.

M. Sylvain DUCROZ indique que les règles de la fonction publique commencent à se durcir en la matière. Jusqu'alors, les agents bénéficiaient assez facilement d'une autorisation d'absence liée au COVID. Mais, pour réduire l'absentéisme, il sera sans doute demandé aux agents d'utiliser également des jours enfants malades. La règle applicable sera définie cette semaine.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite comprendre pourquoi la durée moyenne de séjour est en baisse : la prise en charge est-elle meilleure, le virus est-il moins virulent, les malades sont-ils différents ?

Le P^r Jean-Damien RICARD explique que l'oxygénothérapie à haut débit avait été peu utilisée lors de la première phase, hormis dans quelques centres. Pendant cette première période, les patients à forme grave étaient intubés à plus de 80 %. Désormais, l'oxygénothérapie à haut débit est plus largement utilisée. L'évolution de la durée moyenne des séjours tient aussi à un changement dans

le profil des patients. Par ailleurs, à la condition de former du personnel, il est désormais possible de prendre en charge les patients Covid en dehors de la réanimation.

M^{me} Sophie GUILLAUME se réjouit de la courbe favorable de recrutements de paramédicaux à l'AP-HP mais elle souligne que son GH bloque les mutations ou les demandes de départ jusqu'en janvier 2021. Elle demande si les chiffres favorables tiennent compte de ces situations.

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique que les prévisions des groupes hospitaliers prévoient 230 à 250 départs par mois. Cependant, ces départs pourraient être moins nombreux en raison notamment des reports de départs à la retraite. Dans ces chiffres prévisionnels, il n'est pas possible de préciser la part que représentent les reports en lien avec l'encadrement mais, il ne semble pas exister de politique générale en ce sens.

Le P^r Xavier MARIETTE confirme que la question des recrutements sera cruciale pour affronter la deuxième vague puisque les renforts des régions ne seront pas de même niveau et que le redéploiement du personnel des services non-Covid sera limité en raison de la poursuite de l'activité traditionnelle. Il se félicite du frémissement annoncé dans les recrutements mais regrette qu'il ne soit pas encore perceptible sur le terrain. Le « choc d'attractivité » annoncé suite au « Ségur de la santé » n'a pas encore eu d'effet. Comme la vice-présidente de la CME, il souhaite que la direction générale puisse communiquer à chaque CME locale le nombre de postes vacants et le nombre de recrutements effectués en distinguant les postes médicaux et non médicaux et en précisant leur ventilation au niveau local. Selon lui, les directions locales ne sont toujours volontaristes en matière de recrutement car il a par exemple dû insister pour qu'une offre de poste infirmier soit publiée sur le site internet *Indeed* alors que ce poste était vacant depuis trois mois. Il propose que des incitations financières soient fixées aux directeurs d'hôpitaux en fonction du nombre de recrutements effectués.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que les postes vacants font l'objet d'une communication. Ce point a été inscrit à l'ordre du jour d'une CME en début d'année. Le nombre de postes vacants alors annoncé était de 400, puis de 800. Cependant, la crise sanitaire a bouleversé la forme des recrutements puisque le volume des renforts a absorbé tous les postes vacants. Avec les renforts et les 1 200 recrutements récents, il n'est pas possible de dresser une situation à date, raison pour laquelle il propose de présenter un prochain point en novembre. D'ores et déjà, il a annoncé que le nombre de postes vacants pourrait atteindre 200, tout en soulignant que ce nombre dépendra du flux des départs. Il n'est pas opposé à communiquer le nombre de postes vacants par rapport aux postes budgétés mois par mois. Il ajoute que M. Didier FRANDJI le fait déjà dans toutes ses communications financières et que ces chiffres sont régulièrement communiqués.

Le président confirme que la politique de recrutement peut être moins volontariste à certains endroits. Une meilleure coordination avec les IFSI doit être possible pour mieux recruter le personnel paramédical. Au-delà des mesures permettant d'améliorer l'attractivité de l'AP-HP, et qui sont évidemment essentielles, le président invite aussi à veiller à la manière dont les recrutements s'organisent sur le terrain.

Le P^r Alain CARIOU demande que soient apportées des réponses concrètes aux professionnels de santé qui seront confrontés à l'éviction de leurs enfants du système scolaire pour suspicion de

COVID. Pour favoriser le retour à leur poste, il faudrait leur proposer une aide au dépistage de leurs enfants parce que l'aide des laboratoires de ville sera minime.

M. François CRÉMIEUX n'est pas en mesure d'apporter une réponse immédiate mais indique qu'une réflexion sera menée à ce sujet. Il existe aujourd'hui deux dispositifs qui pourraient être utilisés prioritairement par les personnels : la plate-forme régionale qui permet de délivrer un coupe-file pour accéder plus facilement aux centres de dépistage et les tests antigéniques qui permettraient de sortir des files d'attente les dépistages asymptomatiques. La question du P^r Alain CARIOU portait sans doute sur la mise en place d'un centre de dépistage dédié. Cette option est complexe car lorsqu'un tel dispositif a été mis en place à l'Hôtel-Dieu, les professionnels l'ont peu utilisé.

Le P^r Bahram BODAGHI souligne que le Conseil de défense qui se tiendra le 11 septembre réduira probablement la quarantaine à sept jours ce qui aura un impact important sur la gestion des effectifs.

Le président estime que la levée de ce frein pourrait inciter les personnes à se faire dépister.

Le D^r François SALACHAS demande à connaître le nombre de chambres doubles ayant été transformées en chambres simples afin de comprendre l'impact de ces décisions sur le capacitaire de l'hôpital. Par ailleurs, de plus en plus de patients, pourront bientôt être placés dans des chambres doubles. Pour autant, la réduction actuelle du capacitaire est favorable à l'AP-HP puisqu'elle permet d'être en adéquation avec le ratio de personnel. Toutefois, avec l'augmentation du capacitaire, le ratio de personnel paramédical devra augmenter. Il demande que soit présenté à chaque CME un état des lieux du nombre de lits ouverts, fermés et du nombre de chambres simples et doubles. Ces données doivent remonter de chaque CME locale et être opposables.

Le président indique qu'il convient d'étudier tous les scénarii, y compris le pire qui serait une réduction de l'activité non-COVID. Il ne sera pas possible d'arrêter totalement l'activité programmée mais il n'est pas impossible que certaines activités doivent ralentir. Il faut anticiper et définissant le contour des activités qui pourraient être mises en veille temporairement pour éviter de prendre toute décision dans la précipitation. Le président souhaite que cette réflexion soit menée au niveau régional, en coordination avec l'ARS, pour décider d'une répartition équilibrée.

Le président souhaite qu'un point sur l'évolution des maladies professionnelles soit présenté à la CME.

M. Olivier TRETON indique que le tableau de reconnaissance des maladies professionnelles a été modifié par l'assurance-maladie début août. Pour les professionnels de santé, le COVID-19 est intégrée comme maladie professionnelle à la condition que le patient ait présenté une pathologie pulmonaire nécessitant une ventilation. Pour les praticiens hospitaliers affiliés au régime général, une procédure en ligne est disponible sur le site internet « ameli.fr ». Dans ce cas, le praticien doit saisir lui-même sa déclaration. Cette procédure permet d'accélérer les démarches sans enquête de l'assurance-maladie. Dans les autres cas, la reconnaissance de maladie professionnelle est toujours possible mais soumise à une analyse du dossier. Les directions des affaires médicales des groupes hospitaliers ont été informées de ces nouveautés afin de pouvoir les communiquer.

Le P^r Thomas APARICIO souligne que certains patients peuvent rencontrer des difficultés pour passer un test PCR avant une hospitalisation programmée. Cette situation peut conduire à annuler des actes ambulatoires chirurgicaux ou endoscopiques. Il souhaite donc savoir s'il est possible d'augmenter la capacité de l'institution à organiser ces dépistages sur site. Il souhaite également savoir s'il est possible d'augmenter le délai de 3 à 4 jours avant le geste.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle que le ministre de la santé avait annoncé dans un premier temps que la reconnaissance de la maladie professionnelle serait automatique, or les critères posés sont très restrictifs. Les démarches à mener sont longues et fastidieuses pour ceux qui n'ont pas été ventilés. Par ailleurs, il faut rappeler que la médecine du travail à l'AP-HP est quasi-inexistante. Il suggère par conséquent que l'AP-HP mette en place un système de repérage de tous les professionnels ayant été positifs afin de pouvoir les suivre et connaître leur état de santé, quand bien même ils n'auraient pas été reconnus en maladie professionnelle, sachant que certaines complications pourraient s'avérer invalidantes.

Le président confirme le risque que le COVID-19 se transforme en maladie chronique.

Le P^r Sadek BELOUCIF précise qu'au sein des hôpitaux Avicenne-Jean Verdier les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes ont été croisées pour établir un arbre décisionnel. Ainsi, les patients concernés par une chirurgie programmée cancéreuse et ceux reconnus à risque bénéficieront d'un test PCR. Tous les autres patients doivent répondre aux conditions fixées dans le questionnaire de la HAS avec un critère majeur ou deux critères mineurs pour bénéficier du test PCR. Le délai est alors de 48 heures ou de 72 heures. Il propose de partager ce texte avec la CME.

M. Sylvain DUCROZ souligne que la déclaration de maladie professionnelle à l'AP-HP a été simplifiée au maximum. Pour le personnel non médical, il suffit de présenter une sérologie positive pour enclencher le dossier. Par ailleurs, ceux qui ne sont pas reconnus en maladie professionnelle peuvent être reconnus en maladie d'origine professionnelle. Tous les dossiers sont donc constitués, y compris pour les professionnels n'ayant pas été hospitalisés ou n'ayant pas été ventilés. Ces dossiers ne sont pas suivis par la médecine du travail mais par la médecine de contrôle de l'AP-HP qui a déjà traité plus de 1 200 dossiers.

Le président ajoute que des études vont être lancées sur la description des maladies chroniques post-COVID-19.

III. Information sur les accords du « Ségur de la santé »

Le président indique que les conclusions du « Ségur de la santé » aboutissent à une revalorisation significative des salaires des médecins et des paramédicaux, qui permet de rattraper une partie du retard pris sur d'autres pays occidentaux. Pour autant, la France ne se hisse pas encore à la moyenne. D'autres mesures du « Ségur de la santé » ouvrent des portes mais sans tout résoudre concernant l'organisation, la gouvernance, le territoire, etc. Tout ce travail reste donc à mener. Le président espère que la crise n'empêchera pas d'avancer sur ces différents points. Il compte sur la CME de l'AP-HP pour être présente pendant cette deuxième étape. Il note par ailleurs qu'il est prévu d'organiser un « Ségur de la santé publique » en octobre.

M. Pierre-Emmanuel LECERF souligne que les présentations qui vont suivre se focaliseront sur le pilier du « Ségur » ayant fait l'objet de négociations, celui relatif aux métiers et aux rémunérations. D'autres sujets ont fait l'objet d'annonces par le ministre de la santé mais restent au stade de projets comme le pilier relatif à l'investissement, point d'ailleurs rappelé dans le plan de relance gouvernementale qui prévoit des investissements de plus de 6 Md€ pour les hôpitaux et d'autres lignes qui pourront être utilisées pour organiser la transition énergétique. Les présentations séparent les mesures visant le personnel médical et non médical puisque les négociations ont été distinctes. Deux protocoles ont ainsi été signés. Pour le personnel non médical, le protocole a été signé par Force ouvrière (FO), la Confédération française démocratique du travail (CFDT) et l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA). Les travaux du « Ségur de la santé » ont duré deux mois mais les négociations, menées par M^{me} Nicole NOTAT dans un premier temps puis par le ministre de la santé, ont été beaucoup plus rapides. Ces éléments ont été présentés dans la lettre d'information « Sept jours à l'AP-HP ».

M^{me} Hélène OPPETIT indique que le « Ségur de la santé » en ce qui concerne le personnel médical, junior comme senior, est un plan d'attractivité des médecins à l'hôpital public, fortement orienté vers une souplesse et une ouverture de l'exercice médical. Il comprend des mesures de revalorisations salariales et indemnitaires, une politique de ressources humaines médicales centrées sur le management et les parcours ainsi que la promotion d'un exercice médical ouvert sur les territoires et la ville. C'est aussi un plan de fidélisation et de modernisation du statut. Plusieurs sujets restent à traiter, certains devant faire l'objet d'une négociation, d'autres relevant du plan « Ma santé 2022 » annoncé par le Président de la République en septembre 2018 et ouvrant des champs de modernisation et de revalorisation. Des mesures issues du Ségur et de « Ma santé 2022 » sont donc appelées à fusionner. Pour les juniors, le « Ségur » conduit à une revalorisation des émoluments des internes de 5 % à 10 % selon l'année, à une revalorisation de la garde de 25 % ainsi qu'à une revalorisation des indemnités de stage des étudiants.

Pour les seniors, le « Ségur de la santé » conduit à revaloriser les grilles de rémunération des praticiens hospitaliers (PH) avec la fusion des quatre premiers échelons pour les nominations de juillet, tout en notant que la nomination des PH aura lieu le 1^{er} octobre. Il entraînera aussi la création de trois nouveaux échelons en fin de grille en janvier 2021. En outre, l'indemnité de service public exclusif (ISPE) qui est aujourd'hui de 490 € pour les praticiens qui ont moins de 15 ans de service public et de 700 € pour ceux qui ont plus de 15 ans. Elle sera portée à 1 010 € bruts en deux temps : un passage à 700 € pour tous au 1^{er} septembre, puis un passage à 1 010 € le 1^{er} mars 2021. Il est par ailleurs prévu une extension des bénéficiaires puisque les MCU-PH et les PH pourront la percevoir dès la période probatoire. Un contrat d'engagement sera proposé en contrepartie mais une discussion est en cours avec la direction générale de l'organisation des soins (DGOS).

Des négociations vont s'ouvrir concernant la revalorisation des carrières des hospitalo-universitaires, notamment de la grille concernant leur valence hospitalière. Une réflexion va également s'ouvrir concernant la redéfinition de leurs pensions de retraite avec la prise en compte de la part hospitalière, la redéfinition de l'assiette et l'évolution du dispositif d'abondement.

Le second sujet concerne le management des parcours. Les négociations du premier trimestre 2021 porteront notamment sur la reconnaissance de la diversité des missions, dans la continuité des travaux de « Ma santé 2022 ». Cette thématique couvre la reconnaissance des valences associées à l'exercice clinique pour les praticiens hospitaliers, notamment pour l'enseignement et la recherche mais aussi pour les missions institutionnelles. Elle inclut aussi la reconnaissance du travail à distance et de passerelles entre spécialités en vue de favoriser une diversification des parcours. Pour la valorisation de l'implication dans le management de l'hôpital, une indemnité de chef de service sera créée et l'implication dans les instances et commissions institutionnelles sera valorisée, notamment par l'intéressement à la conduite de projets. En l'occurrence, la prime d'engagement collectif va se substituer à une prime créée en mars 2020 et sera revalorisée.

Dans le cadre de la réflexion sur la gestion des carrières et des compétences, la mise en place d'un entretien annuel est proposée alors que cet objectif était déjà identifié à l'AP-HP. Le « Ségur » vise aussi une simplification du dispositif de formation des médecins, chantier qui sera laissé dans les mains du centre national de gestion (CNG), pour définir une politique nationale de formation et proposer une réforme des financements. Des formations au management seront par ailleurs proposées pour les prises de fonction des responsables de service, organisées conjointement par l'établissement et le CNG.

Le « Ségur » vise la promotion de la qualité de vie au travail pour tous les praticiens, dont les internes. Pour ce faire, il est demandé d'organiser des réunions de service régulières, de déconcentrer certains actes de gestion et de promouvoir une politique de santé pour les praticiens.

Le « Ségur » promeut enfin un exercice médical ouvert sur le territoire et la ville dans la poursuite des concertations de « Ma santé 2022 ». Le dossier de presse évoque l'universitarisation des territoires avec la création de 50 postes universitaires par an sur cinq ans sur le fondement de projets hospitalo-universitaires avec des financements de l'État et des collectivités territoriales, comme par exemple à Lille et Angers. Le Ségur met aussi en avant des dispositifs facilités de partage du temps comme doit le permettre la fusion des contrats, du praticien attaché au clinicien, qui sera discutée au premier trimestre 2021. Ces propositions visent à modifier le statut de PH par l'unification du statut, l'assouplissement du statut de PH temps partiel et la refonte du concours pour que les jeunes en post-internat accèdent plus rapidement au statut de PH. Enfin, il sera proposé une refonte et une revalorisation de la prime d'exercice territorial pour valoriser les remplacements des praticiens au sein d'un GHT.

L'ensemble de ces mesures traduit une forte incitation à repenser le fonctionnement des organisations hospitalières, notamment médicales, avec un accès immédiat au statut PH en post-internat, mais pas nécessairement à plein temps et pas sur les mêmes missions pendant toute la carrière. Le « Ségur » reconnaît aussi la diversité des missions, mais de manière plus encadrée avec une reconnaissance des valences hospitalières qui devra faire l'objet de contractualisations et de négociations au sein du service, sujet qui devra être porté par la CME. Le « Ségur » vise également une simplification du recours au contrat en instaurant un contrat unique mettant fin aux contrats peu attractifs pour favoriser les liens ville-hôpital et préserver les activités cliniques essentielles, tout en poursuivant l'objectif de réduire l'intérim. Certains sujets concernent à la fois

les personnels médicaux et les personnels non médicaux et sur lesquels les pouvoirs publics n'ont pas encore tranché. Dans ces domaines, il serait utile que la CME puisse émettre des propositions à destination des pouvoirs publics, sur le contrat, les valences, les modalités d'attribution, etc.

Le président constate que de nombreuses mesures restent encore à travailler. Des discussions ont déjà commencé au sein de la sous-commission *Vie hospitalière & attractivité* (CVHA). Les propositions que la CME avait faites pour le Ségur font écho à l'universitarisation du territoire. C'est une question importante au regard de la répartition de l'offre de soins et un facteur d'attractivité. C'est donc une mesure sur laquelle il faudra que la CME soumette des propositions.

Le D^r Émeline MARLINGE souligne que des contractuels et attachés vont être recrutés dans les services à l'automne. Or les mesures du « Ségur » n'incluent pas toute cette frange du personnel médical. Elle souhaite savoir si des recommandations ont été données s'agissant des échelons de recrutement et de valorisation pour les personnels contractuels.

M^{me} Hélène OPPETIT confirme qu'un texte a été travaillé cet été et sera applicable aux recrutements de novembre afin de permettre une évolution de carrière des praticiens contractuels et de prendre en compte l'ancienneté entre le premier et le quatrième échelon. Par ailleurs, un certain nombre de disciplines seraient automatiquement recrutées au quatrième échelon + 10 %.

Le D^r Émeline MARLINGE rappelle que les recrutements de novembre commencent aujourd'hui. D'après les échos qu'elle a entendus du terrain, pour les psychiatres, les recrutements auraient lieu à l'échelon 1, quelle que soit l'ancienneté.

M^{me} Hélène OPPETIT indique que la note puisse sera diffusée dans les jours à venir.

Le D^r Émeline MARLINGE souhaite savoir s'il est possible d'en faire état auprès des candidats pour qu'ils négocient leurs conditions.

M^{me} Hélène OPPETIT le confirme.

Le D^r Lamia KERDJANA demande si le contrat de praticien hospitalier contractuel (PHC) 4^e échelon + 10 % des radiologues et anesthésistes sera conservé à l'identique au moment du renouvellement du contrat.

M^{me} Hélène OPPETIT répond par la négative puisque le recrutement au quatrième échelon ne concerne que les PH et non les contractuels.

Le D^r Lamia KERDJANA rappelle que les échelons de praticien hospitalier contractuel (PHC) sont calqués sur les échelons de PH. Cela signifie que l'échelon 1 PH correspond à l'échelon 1 PHC d'après ce qu'indique *Légifrance*. Elle souhaite donc savoir si les anesthésistes et radiologues qui sont des spécialités en tension pourront bénéficier de l'échelon 4 + 10 % au moment du renouvellement de leur contrat ou de leur premier contrat.

M^{me} Hélène OPPETIT explique qu'ils bénéficieront du 4^e échelon + 10 % pour le renouvellement de contrat, puisque c'est la règle décidée par la CME, mais cela ne veut pas dire que la réforme

concerne les contractuels. Il n'y a pas d'adéquation entre les deux grilles. Le 1^{er} échelon des PHC ne change pas.

M. Olivier TRETON confirme que la rémunération des PHC était auparavant définie en référence aux quatre premiers échelons de la grille de PH. Cependant, depuis les nouveaux textes, un arrêté précise que la rémunération des praticiens hospitaliers contractuels n'est plus liée aux échelons des PH mais est fonction de quatre niveaux de rémunération et la possibilité d'augmenter à 10%. Pour le moment, la réforme est neutre pour les PHC mais, au premier trimestre 2021 au plus tard, une refonte des contrats sera mise en place.

Le D^r Lamia KERDJIANA regrette que le « Ségur » soit présenté comme une réforme positive puisque ce n'est pas le cas pour les jeunes générations, notamment pour les PHC. De même, les PH ayant une activité mixte ne toucheront pas l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) et un « docteur junior » percevra la même somme qu'un assistant premier échelon alors que les contractuels représentent près de la moitié du recrutement, mais ils sont les grands oubliés de la réforme.

Le D^r Jean-François HERMIEU rappelle que les praticiens hospitaliers nouvellement nommés doivent prendre leurs fonctions le 1^{er} juillet. Cependant, le « Ségur » est venu bloquer la procédure. Cette situation entraîne des difficultés dans l'organisation des services et pose question pour ce qui concerne leur déroulement de carrière. Il demande par conséquent confirmation que leur nomination interviendra bien le 1^{er} octobre. Il souhaite par ailleurs savoir si des mesures seront proposées à ceux qui auraient été pénalisés par le retard de nomination, par exemple pour les PH temps partiel qui font en réalité déjà leur temps plein sans attendre leur nomination.

M^{me} Hélène OPPETIT confirme la date de nomination. À sa connaissance, la prolongation des contrats en attendant la nomination n'a pas entraîné de difficultés notamment au regard du temps de travail qu'ils effectuent.

Le P^r Sadek BELOUCIF souhaite ajouter quelques éléments en tant que signataire de l'accord majoritaire. Pour les PH, l'échelon 4 devient le nouvel échelon 1. Le protocole d'accord et de suivi prévoit qu'une négociation devra s'ouvrir pour les actuels praticiens aux échelons 1 à 3 qui devraient bénéficier des échelons 5, voire un échelon 6. Par ailleurs, l'indemnité de service public exclusif devait couvrir tous les praticiens, mesure égalitaire et équitable car elle devrait profiter davantage aux jeunes qu'aux plus anciens qui perçoivent déjà 700 €. Pour les PH, la réforme supprime les trois premiers échelons et crée les échelons 14, 15 et 16 qui sont valorisés à hauteur de 5 000 € par an pour les deux premiers, et 7 000 € par an pour le troisième. Il ajoute que 25 % des PH sont déjà au niveau de l'échelon 13 aujourd'hui et que 15 % sont à l'échelon 12. Pour les PU, par translation homothétique, il sera constaté une augmentation des émoluments hospitaliers. Par ailleurs, l'abondement de retraite complémentaire passera de 9 % à 15 % des émoluments hospitaliers, y compris les gardes et astreintes et l'IESPE. Pour les universitaires, cette réforme permettra ainsi de placer dans le plan d'épargne retraite populaire (PERP) *Prefon* 8000 à 10 000 € contre 4000 à 5 000 € actuellement. Sachant que l'AP-HP placera le même montant, c'est ainsi 16000 à 20 000 € qui seront nets de taxes. L'augmentation de salaire pour les PU sera ainsi neutre sur le plan fiscal. Enfin, pour les PU et PH, après les deux revalorisations, l'augmentation

moyenne du net sera de 1 000 € par mois. Il ajoute que le gouvernement, lorsque M^{me} Marisol TOURAINE était ministre de la santé, avait supprimé la validation automatique des services accessoires. Or la réforme les rétablira, ce qui représente une somme supplémentaire de 500 € au moment de la retraite.

Le D^r Sonia CERCEAU constate un oubli des accords concernant la permanence des soins et certaines spécialités à garde. Alors que certaines professions rencontrent un problème d'attractivité à l'hôpital, il aurait été judicieux de revaloriser la permanence des soins qui n'a pas été majorée depuis plusieurs années, et ce d'autant que ces gardes sont souvent effectuées par de jeunes professionnels, ce qui est très dommage.

Le D^r Christophe TRIVALLE se dit gêné par le statut unique et par la quotité de temps variable. Il ne pense pas que le bon argument pour attirer des médecins vers le secteur public soit de leur dire qu'ils pourront travailler également pour le privé. Il souhaite par ailleurs que soient valorisées les valences pour les PH qui s'impliquent dans l'enseignement et la recherche. Les PH qui endossent des missions d'enseignement peuvent être payés en heures complémentaires, mais la procédure qui permet d'obtenir le paiement de ces heures n'est pas opérante.

Le D^r Lamia KERDJANA souligne que les nommés d'octobre 2020 toucheront plus que les nommés de 2019, puisque les quatre premières années des nommés de l'an passé ne sont pas prises en compte dans la nouvelle grille. Sur ce plan, le Ségur n'apporte rien aux jeunes PH nommés récemment ou ceux en milieu de carrière qui ne voient aucun changement sauf pour l'IESPE s'ils n'ont pas d'activité mixte. Concernant les gardes, il était demandé une revalorisation salariale des PH à hauteur de celle accordée aux PU, ce qui n'a pas été retenu. Les docteurs juniors bénéficieront d'une revalorisation de leurs gardes à 267 € bruts, mais ce montant est le même pour les PH qui les encadreront.

M. Olivier TRETON confirme que les docteurs juniors percevront l'indemnité de sujétion des seniors car ils seront intégrés au tour de garde des seniors. Par ailleurs, la différence entre les assistants et les « docteurs juniors » se creusera avec l'augmentation de l'IESPE.

Le P^r Sadek BELOUCIF rappelle que le comité de suivi de l'accord aura à charge de suivre les situations pour s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture d'équité, notamment entre les nouveaux nommés et les nommés plus anciens. Concernant les gardes, considérant que 60 à 70 % des PH au niveau national ne font pas de garde et astreintes, la décision a été prise d'accentuer plutôt la prime que la garde. Il rappelle enfin que les PU ne bénéficient pas de jours de réduction du temps de travail (RTT) et peuvent assurer une fonction d'enseignement ou de recherche après une garde.

M. Sylvain DUCROZ présente les mesures du « Ségur de la santé » concernant le personnel non médical dont l'objectif essentiel était d'augmenter l'attractivité de la fonction hospitalière. Deux séries de mesures ont été proposées. Les premières sont à effet quasi-immédiat sur les carrières et les rémunérations tandis que les secondes prendront plus de temps en termes d'organisation du travail et de progression des effectifs.

La revalorisation socle des salaires aboutit à une augmentation des salaires de 183 € nets en deux tranches. Elle répond à la revendication consistant à augmenter les salaires de 300 € et en cumulant plusieurs mesures, ce plafond est souvent atteint voire dépassé. Cette augmentation de 183 € n'est pas une prime, elle entre donc dans le calcul des retraites. Ce dispositif est plus favorable que l'actuel puisque, aujourd'hui, l'augmentation doit avoir été constatée pendant six mois pour être prise en compte dans le calcul de la retraite tandis qu'il suffira ici d'avoir bénéficié de cette augmentation pendant un mois pour qu'elle soit retenue dans la pension de retraite. Comme signalé plus tôt, il est possible qu'une partie des agents décale leur départ à la retraite au 1^{er} mars pour en bénéficier. Cette mesure est à effet immédiat et concerne l'ensemble des 71 000 professionnels à l'AP-HP pour un coût de près de 5 Md€ à l'échelle de la fonction publique hospitalière. L'ensemble des grilles seront également revalorisées pour les filières soignantes, rééducation et médicotechnique. Seules les filières administratives et techniques sont exclues. Plus de 45 000 professionnels de l'AP-HP pourront bénéficier de ces mesures qui conduisent à des hausses de rémunération immédiates par un reclassement dans des grades supérieurs et de meilleures perspectives de carrière. Les grilles seront négociées au premier trimestre 2021 et se mettront en place au plus tard en décembre 2021. Le « Ségur » emporte aussi le doublement des ratios de promotion aux grades supérieurs des paramédicaux, toutes filières, soit 1 300 promotions supplémentaires chaque année à l'AP-HP.

La prime annuelle d'engagement collectif pourra atteindre 1 200 € nets par an et sera versée à l'ensemble d'une équipe (personnel médical et non médical, tous grades et tous statuts). Ce dispositif suppose une négociation interne puisqu'il faudra définir le périmètre de l'équipe, les objectifs prioritaires et préciser leur évaluation.

D'autres mesures portent sur la sécurisation des organisations de travail en recouvrant les temps de travail et la progression des effectifs. Les mesures relatives à l'organisation du travail supposent un ajustement des pratiques de l'AP-HP vers une amélioration de l'autonomie dans la gestion des plannings et du remplacement systématique des absences de plus de 48 heures. D'autres mesures supposent une modification de décret et une renégociation de l'accord sur l'organisation du temps de travail (OTT), à savoir la mise en place d'une organisation annuelle du temps de travail en fonction de l'activité, la revalorisation et la contractualisation du recours aux heures supplémentaires, et la reconnaissance des dépassements et du temps de transmission des équipes en 12 heures en revenant à un temps de repos de 11 heures.

Une enveloppe de 15 000 postes supplémentaires a été accordée au plan national, soit une part d'environ 1 500 équivalents temps plein pour l'AP-HP. Cette enveloppe permettra de pourvoir les postes vacants mais aussi d'augmenter les effectifs. Cette mesure est sous réserve d'une négociation avec les agences. L'objectif est aussi de renforcer les équipes de remplacement. En théorie, celles-ci sont aujourd'hui correctement configurées à hauteur de 1 400 infirmiers mais la majorité de ces postes n'est pas pourvue. L'objectif est également de réduire l'emploi précaire qui est assez bas à l'AP-HP et concerne 1 600 contrats à durée déterminée (CDD). Il faut continuer à le réduire comme le nombre de professionnels en CDD depuis plus de trois ans qui représentent 25 % des CDD. Seules les dispositions relatives à l'évolution des rémunérations et carrières sont d'application directe, sans négociation locale. Le Ségur prévoit aussi de favoriser la conclusion d'accords négociés, y compris avec les représentants médicaux, sur l'accès à la promotion

professionnelle, l'organisation du temps de travail, l'intéressement collectif et l'égalité professionnelle.

Le D^r François SALACHAS souhaite connaître le calendrier de mise en œuvre des modifications de la grille de la fonction publique hospitalière et souhaite avoir l'assurance que les négociations pourront être menées à leur terme en six mois. Il souhaite aussi savoir si le texte flèche les mesures et permettra de revenir au niveau de la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ou si les résultats dépendront uniquement du jeu de la négociation.

M. Sylvain DUCROZ souligne qu'il y a plusieurs grilles qui seront négociées, grade par grade, et en priorité les aides-soignants et les infirmiers. Le ministère a demandé que ces négociations aboutissent avant la fin de l'année pour une mise en œuvre courant 2021. La grille des infirmiers servira ensuite de référence pour renégocier les autres grilles. Les mesures pourraient conduire à une augmentation du salaire de 300 euros au bout de dix ans et à une augmentation de 600 € en fin de carrière. Ces montants feront certes l'objet d'une négociation mais ces montants ont déjà été annoncés par le ministère et sont, déjà, des éléments de référence.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite comprendre pourquoi la situation des sages-femmes est examinée dans un cadre personnel non médical et non pas personnel médical.

M^{me} Sophie GUILLAUME souligne que la demande formulée par les syndicats professionnels des sages-femmes en vue d'être inclus dans les syndicats des PH a été rejetée. Les grands oubliés du « Ségur » sont donc les sages-femmes.

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique que les représentants des sages-femmes seront reçus par la direction générale de l'AP-HP afin de discuter des mesures qui peuvent être prises.

Le président ajoute que les cadres de santé ont aussi été oubliés par le « Ségur ». Par exemple, au bloc opératoire, ou pour certains cadres qui peuvent avoir des revenus inférieurs à ceux des infirmiers et cet écart risque de se creuser rendant peu attractif le métier de cadre.

Le P^r Alain CARIOU souhaiterait que le terme « non médical » ou paramédical» soit abandonné et demande qu'une réflexion soit menée au cours de la présente mandature de la CME.

Le président rappelle que cette demande n'est pas nouvelle. Il l'invite donc à soumettre des propositions.

Le P^r Alain CARIOU constate que la France est l'un des seuls pays à faire cette scission symbolique entre personnel médical et personnel non médical. Il accepte d'animer une réflexion à ce sujet.

Le D^r Sonia CERCEAU constate que l'une des mesures consiste à remplacer systématiquement toute absence de plus de 48 heures et demande si ce remplacement passera par l'intérim ou par des ressources intrinsèques.

M. Sylvain DUCROZ explique qu'une partie du remplacement des personnels absents passera par une augmentation du temps de travail des personnels volontaires, ceux acceptant de travailler

40 heures au lieu de 35. Une autre partie des remplacements proviendra des équipes de suppléance. Pour cela, il faudra pourvoir les postes vacants dans ces équipes. L'intérim est la plus mauvaise solution et restera le dernier recours.

Le D^r Émeline MARLINGE demande si des mesures portent spécifiquement sur le remplacement des congés maternité.

M. Pierre-Emmanuel LECERF rappelle que les congés maternité du personnel non médical sont remplacés. À cet effet, 500 postes ont été créés en deux ans (250 postes en 2019 et 250 postes en 2020). Ce sont des postes en équipe de suppléance qui ne sont pas tous pourvus. Le sujet du personnel médical est plus compliqué mais il devra être mis sur la table. L'intérim n'est pas la solution à promouvoir, notamment en raison de son coût. Cependant, si le souhait est que les personnels partent plus souvent en formation et que les congés maternité soient remplacés, il faudra recourir à l'intérim. Le « Ségur » souhaite combattre plus particulièrement l'intérim médical que l'intérim non médical. Il faudra aussi compter sur les heures supplémentaires pour compenser le manque d'effectifs dans les équipes de suppléance. Le « Ségur » ne traite pas par ailleurs pas le manque d'attractivité de l'encadrement ainsi que le travail de nuit. Cependant, le ministère a annoncé que ces sujets seraient traités en 2021 à travers la refonte du régime indemnitaire.

Le D^r François SALACHAS rappelle que le Ségur flèche aussi des mesures pour l'hospitalisation privée à but lucratif et pour les établissements de santé d'intérêt collectif (ÉSPIC) à hauteur de 1,6 Md€. Par ailleurs, il constate que le choc d'attractivité en faveur de l'hospitalisation publique n'est pas manifeste dès lors que l'écart d'augmentation de rémunération entre le public et le privé est uniquement de 23 €. Pour que l'AP-HP soit attractive, les mesures doivent concerner les salaires mais aussi l'offre de logement et espère une présentation prochaine sur ce point.

M. Pierre-Emmanuel LECERF suggère d'inscrire un point dédié au logement à l'ordre du jour de la CME de novembre sachant qu'une négociation sera terminée à cette date avec un grand acteur du logement. Il reconnaît par ailleurs que l'écart dans l'augmentation de rémunération n'est que d'une vingtaine d'euros entre le public et le privé mais il s'agit d'une mesure assumée par le gouvernement qui voulait une mesure pour tous. Le secteur privé rémunère en moyenne moins que le secteur public en France. L'AP-HP a contre-argumenté en présentant les statistiques franciliennes mais le gouvernement a estimé que le « Ségur » national ne pouvait pas s'appuyer sur des données régionales. Pour ce qui concerne les autres mesures, l'AP-HP souhaite aller au-delà de sa quote-part pour obtenir davantage.

M^{me} Isabelle RIOM souligne que les internes restent au-dessous du salaire minimum de croissance (SMIC) horaire rapporté à un temps de travail d'environ 58 heures par semaine, avec une rémunération d'environ 7,8 € par heure travaillée, même avec la revalorisation prévue par le « Ségur ». Par ailleurs, le retour des demi-gardes est un sujet d'inquiétude. Il conviendra donc de faire preuve de vigilance quant à leur rémunération mais aussi quant au respect du repos post demi-garde. Enfin, pour rebondir sur la question sémantique évoquée précédemment, elle suggère d'arrêter d'utiliser le terme « infirmière » à l'oral comme à l'écrit dans tous les documents.

IV. Avis sur le bilan social 2019

Le président note que le bilan social 2019 est très riche et que la CME devra s'en emparer pour écrire son projet médical s'agissant de la stratégie, de la démographie et des territoires.

M^{me} Hélène OPPETIT indique que l'année 2019 est marquée par une légère érosion du nombre d'hospitalo-universitaires. Les praticiens hospitaliers (PH) temps plein sont stables en nombre tandis que les PH temps partiel augmentent. Le nombre de contractuels et assistants progresse fortement tandis que le nombre d'attachés diminue. Le nombre d'internes est stable entre 2018 et 2019 tandis que les étudiants voient leur nombre baisser, puisque qu'ils doivent réaliser un stage en médecine libérale et en extrahospitalier. Le nombre d'internes affectés hors AP-HP augmente, sous l'effet notamment des nouvelles maquettes. Les étudiants hospitaliers hors AP-HP voient leur nombre augmenter de 48 % entre 2018 et 2019. La part des internes à l'AP-HP se stabilise à 52 %. La part des praticiens attachés est importante à l'AP-HP. Ils y travaillent en moyenne quatre demi-journées. Les attachés sont plus fortement présents dans les disciplines confrontées à des difficultés de recrutement mais ils sont moins présents dans les disciplines liées à la médecine de ville. Ces données seront déclinées par groupe hospitalier, ce qui donnera des points d'appui dans les réflexions à mener, notamment vis-à-vis des contractuels. L'âge moyen des personnels médicaux est de 46,1 ans en 2019 tandis que l'âge médian se situe entre 45 et 49 ans. Tous les statuts sont concernés par une féminisation des professions à l'exception des hospitalo-universitaires titulaires.

M. Sylvain DUCROZ indique que les effectifs de personnel non médical (PNM) en équivalent temps plein rémunérés ont diminué entre 2017 et 2019 passant de 72 812 à 70 200, baisse essentiellement expliquée par les problèmes de recrutement. Concernant les métiers en tension, le nouveau statut d'infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE) a produit son effet et il n'existe quasiment plus de postes vacants pour ce grade à l'AP-HP. En revanche, la tension demeure pour le métier de manipulateur radio. Aucune solution statutaire ou financière n'a permis non plus de régler la tension concernant les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE). En revanche, la situation est moins tendue du côté des masseurs-kinésithérapeutes grâce au dispositif mis en place pour les étudiants en contrepartie d'un engagement de servir. La courbe des infirmiers diplômés d'État (IDE) s'est encore creusée en 2019 avec presque 600 postes vacants, en raison d'un *turn-over* élevé. Des efforts ont été consentis sur le recrutement et l'AP-HP a nettement progressé en sortie d'école, mais ces efforts seront vains s'il n'est pas possible de fidéliser ces professionnels. Il convient d'ailleurs de noter qu'un tiers des jeunes recrutés quitte l'institution au bout de deux ans. Or, il suffirait de retenir la moitié d'entre eux pour résoudre les problèmes d'effectifs de l'AP-HP. L'effort porte donc autant sur la fidélisation que sur le recrutement. Le *turn-over* s'est élevé à 12 % en 2019 pour les professionnels infirmiers. Par ailleurs, les départs ont augmenté en 2019, notamment en raison de l'annonce de la réforme des retraites.

Le nombre d'heures supplémentaires a augmenté en 2019, car elles étaient plus attractives, défiscalisées et déplafonnées. Elles représentent 1 000 équivalents temps plein (ÉTP) à l'échelle de l'AP-HP, auxquelles il faut ajouter les heures non rémunérées et non récupérées, et qui restent dans les compteurs en représentant plus de 500 professionnels. Les dépenses d'intérim ont par ailleurs explosé en 2019 passant de 23 M€ à plus de 37 M€. L'institution a donc eu davantage

recours à l'intérim qui a également mieux répondu aux demandes. La fuite des personnels de l'AP-HP est évidente vers les agences de travail temporaire qui sont attractives. Le nombre de professionnels administratifs et de direction a globalement baissé.

L'âge moyen du personnel paramédical est de 42,3 ans. La pyramide des âges des aides-soignants témoigne d'un vieillissement de cette population à l'échelle de l'AP-HP avec une accélération des départs en retraite pour les trois prochaines années. À l'inverse, la population des infirmiers est plutôt jeune avec un tiers des infirmiers avec moins de cinq ans d'exercice.

Le taux d'absentéisme à l'AP-HP poursuit sa baisse pour la troisième année consécutive, en lien avec la remise en place du délai de carence début 2018. Cependant, les taux sont très contrastés suivant les établissements. Plus un établissement compte d'unités de soins de suite ou de soins longue durée, plus l'absentéisme est élevé. Le taux d'absentéisme des infirmiers se situe plutôt sous la moyenne de l'AP-HP tandis que le taux d'absentéisme des aides-soignants se situe plutôt au-dessus. Les efforts en faveur de la promotion professionnelle ont conduit à financer 155 formations d'IDE. En revanche, la baisse des formations à l'école des cadres est préoccupante passant de 134 en 2019, à moins de 80 en 2020.

M. Guy BENOÎT note que le bilan social est le résultat de la politique sociale. Par rapport à 2014, l'effectif médical hospitalier et universitaire est resté le même. Pourtant, l'activité a augmenté de 10 % sur la même période sans amélioration ni des conditions de travail ni de l'attractivité de l'AP-HP. La courbe de l'âge médian du personnel médical montre à la fois des personnels ayant une faible ancienneté et des personnels proches de l'âge de la retraite tandis que la tranche d'âge 40-50 ans est en baisse de 12 %. Depuis 2010, la tranche 30-40 ans a progressé de 11 %, la tranche 40-54 ans a baissé de 12% et la tranche 54-60 ans a progressé de 23 %. Par ailleurs, le personnel non médical représentait 50 000 ÉTP en 2016 contre 48 000 aujourd'hui. Tout n'a pas été subi et il y a eu une volonté de réduire les effectifs. Pour la période 2018-2023, il était annoncé une augmentation nulle de la masse salariale pour le personnel non médical, soit une baisse de 700 personnes chaque année. Ces évolutions sont donc aussi le résultat d'une politique gouvernementale et seul le corps médical s'est insurgé contre cela.

M^{me} Sophie GUILLAUME constate que le bilan social des sages-femmes n'a pas été présenté.

M. Olivier TRÉTON souligne que le bilan social relatif aux sages-femmes est sans changement majeur par rapport à l'année précédente. Leur nombre est en légère augmentation pour les titulaires comme pour les contractuelles, notamment en contrat à durée déterminée (CDD). Le *turn-over* augmente entre 2018 et 2019 pour atteindre 8,3 %. Toutefois, les absences médicales diminuent légèrement par rapport à 2018 avec moins de 10 jours, contre 11 jours en 2018 et sont moins longues qu'en 2018. Le nombre de jours sur les comptes épargne-temps (CET) et d'heures supplémentaires stockées est en légère diminution, ce qui est peut-être à relier à la diminution des absences. Le nombre d'accidents du travail est en baisse très significative par rapport à 2018 mais pour revenir au niveau de 2017, il est donc stable.

La CME adopte à l'unanimité le bilan social 2019.

V. Avis sur le compte financier 2019 et information sur la décision modificative de l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2020

M. Didier FRANDJI rappelle tout d'abord l'obligation de présenter le compte financier à la CME avant le conseil de surveillance du 9 octobre. Tous comptes confondus, le résultat s'établit à moins 162,2 M€. Sur le budget principal, le résultat est de moins 169,4M€. Ces résultats témoignent d'une dégradation par rapport à 2018 de 12,5 M€. En revanche, la capacité d'autofinancement a progressé pour s'établir à environ 200 M€. Sur les budgets annexes, les unités de soins de longue durée (USLD) sont en déficit de 13 M€, soit moins qu'en 2018, en raison de la baisse d'activité et d'une sous-exécution de la masse salariale. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) se trouvent dans la même situation. Le budget de l'unité de soins prolongés continus (USPC) de San Salvador est maîtrisé : il s'agit d'un nouveau budget provenant d'une déclassification en médico-social d'une partie de l'activité de cet hôpital. Les écoles sont à l'équilibre avec un nombre d'étudiants en augmentation et des moyens mieux maîtrisés. La dotation non affectée, c'est-à-dire le produit des cessions et des brevets notamment, est de 24 M€ contre 56 M€ les années précédentes, ce qui explique que le résultat consolidé passe de moins 118 M€ à moins 162 M€.

L'exercice 2019 a été marqué par des difficultés de recrutement sur les métiers en tension. Les charges d'exploitation, hors charges de personnel, sont restées dynamiques alors que l'on constate une baisse des produits de l'activité, notamment liés aux séjours, et une forte augmentation des dotations et des forfaits proposés par l'État. L'exercice 2019 s'est caractérisé par une grève du codage au dernier trimestre, qui suppose des rattachements comptables.

Sur l'exploitation courante, les charges de titre 1 sont maîtrisées avec une augmentation de 5 M€ par rapport à l'exercice précédent, mais en recul de 9 M€ par rapport à la prévision, puisque l'institution comptait 1 200 ÉTP de moins qu'en 2018. Le personnel médical a également été en baisse de 22 ÉTP. À l'inverse, les étudiants et les juniors sont en forte augmentation.

Les charges à caractère médical sont en augmentation de 33 M€ mais uniquement de 14 M€ en prenant en compte les ressources qui peuvent être mises en regard. Cette augmentation est principalement portée par les réactifs (7 M€), par les consommables des robots chirurgicaux et par des charges d'entretien et de maintenance.

Les charges à caractère hôtelier et général augmentent de 11,3 M€ par rapport à 2018 et de 17,4 M€ par rapport à la prévision. Or, un changement de tarification et de mode de financement des transports sanitaires a impacté cette augmentation. En neutralisant cet événement, l'augmentation serait de 4 M€. Enfin, les charges financières sont en baisse puisque l'AP-HP emprunte avec des taux de moins en moins élevés.

Les recettes sont en baisse dans un contexte de baisse de l'activité. Les produits des séjours sont en baisse de 174 M€. Ils ont été partiellement compensés par des dégels complémentaires liés à la sous-exécution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour un montant de 30,7 M€. Ils ont aussi été compensés par des financements complémentaires sur les dotations pour les mission d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) et du fond d'intervention régional (FIR) qui ont augmenté de 25 M€ en 2019. La dotation pour les soins de suite et de

réadaptation (SSR) et la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) a progressé car une partie de cette dotation a été transférée vers l'USPC de San Salvador. Les recettes à mettre en recouvrement ont bondi en 2019 du fait notamment de la grève du codage, passant de 158 M€ à 322 M€. Le schéma de provisions est en revanche plus favorable en 2019 et plusieurs travaux ont été finalisés sur les recettes complémentaires.

La CME et le conseil de surveillance devront se prononcer sur une affectation des résultats suivant des règles assez restrictives. Les déficits doivent alimenter le compte des reports à nouveau déficitaires tandis que l'excédent de la dotation non affectée (DNA) et des ventes, doit être affecté à l'investissement.

Le niveau des emprunts annuels est de 325 M€. Le remboursement des dettes financières s'établit à 151 M€. Ces leviers ont permis à l'AP-HP d'investir près de 400 M€. La dette de l'AP-HP s'établit à 2,5 Md€. L'institution se situe au-dessus des trois ratios réglementaires : le poids de la dette est de 33,8 % (pour un seuil à 30 %), la durée apparente de la dette est de 13,1 ans (contre une norme à 10 ans) et le taux d'indépendance financière est de 60 % (contre un seuil fixé à 50 %). Le dépassement de ces trois ratios conduit à demander l'autorisation des tutelles pour emprunter de nouveau mais l'AP-HP continue à emprunter à des conditions très favorables malgré la crise.

M. Guy BENOÎT souligne que la CME ne vote pas les plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) depuis plusieurs années en rappelant que la politique menée ne peut pas aboutir à une amélioration de la situation financière. Pendant toutes ces années, la direction a répondu que le problème n'était pas financier mais lié à l'organisation. Depuis 2016, les effectifs médicaux sont constants tandis que le personnel non médical a été réduit de 2 000 personnes. Des cessions ont été opérées pour 80 M€ et l'emprunt s'est alourdi de 400 M€. Pourtant, le résultat de l'AP-HP ne s'améliore pas et ne peut pas s'améliorer car le financement et l'ONDAM ne permettent pas de trouver une solution. Si le « Ségur de la santé » ne propose que des mesures sociales sans améliorer le fonctionnement de l'hôpital, l'hôpital doit se préparer à vivre des années noires.

Le D^r Christophe TRIVALLE indique que la suppression des lits d'ÉHPAD pourrait permettre de supprimer une ligne du budget.

Le président propose à la CME de donner quitus et de faire confiance à la direction de l'AP-HP quant à la véracité des comptes.

Le CME rend un avis favorable à l'unanimité.

Le président propose à M. Didier FRANDJI d'exposer la première décision modificative qui est un ajustement sans modification du résultat global.

M. Didier FRANDJI souligne que cette décision modificative n'intègre pas les mesures du « Ségur » mais n'est qu'une mesure technique visant à préserver le paiement des salaires en abondant les lignes salariales compte à compte. Cette mesure technique concerne chaque budget annexe et le budget principal sans modification du résultat ou de la trajectoire de l'AP-HP. C'est une mesure de prévention qui permet au directeur général des finances publiques de ne pas bloquer des

écritures comptables qui sont aujourd'hui obsolètes au regard des événements enregistrés depuis le début de l'année (prime COVID, augmentation de la rémunération, etc.)

VI. Présentation de l'institut Carnot AP-HP

Le président donne la parole à M^{me} FAVREL-FEUILLADE et tient à saluer de nouveau son action à la tête de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) de l'AP-HP.

M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE rappelle que l'AP-HP est un acteur essentiel de la recherche en santé, de la recherche translationnelle clinique à la recherche en économie de la santé. Le label Carnot permet de renforcer le positionnement de l'AP-HP comme partenaire des entreprises innovantes. Il permet aussi de développer les interactions avec les autres instituts Carnot. Quatre autres existent sur le périmètre de l'AP-HP : le consortium pour l'accélération de l'innovation et de son transfert dans le domaine des lymphomes (CALYM), le consortium pour la recherche partenariale sur la leucémie et les maladies apparentées (OPALE), l'institut des maladies génétiques (IMAGINE) et l'institut du cerveau et de la moelle (ICM). Au total, il en existe 39 impliqués dans des thématiques de recherche très différentes. Cette initiative permet aussi d'appuyer la politique de soutien actif à l'innovation dont le projet emblématique du parvis Notre-Dame.

En ayant développé une politique active de recherche clinique en lien avec des partenaires privés, l'AP-HP remplissait depuis plusieurs années les objectifs fixés par le label. Il existe notamment depuis 2010 une charte des partenariats industriels. Sept accords-cadres ont été signés avec des grands groupes ou des start-ups. La labélisation permettra d'amplifier ce mouvement et d'offrir une offre lisible en recherche au bénéfice des entreprises. L'AP-HP est le premier CHU labélisé sur son périmètre.

Le label Carnot permet de réduire les délais de contractualisation et d'augmenter le nombre de projets de recherche pouvant être conduits, d'accroître la visibilité externe des structures de recherche de l'AP-HP et de mettre en place une obligation de résultat et de délai qui doit inciter l'institution à assouplir certaines rigidités et à bénéficier de l'abondement de l'agence nationale de recherche (ANR), versé sur la base des contrats signés avec des partenaires du monde économique. L'estimation de l'abondement à recevoir en 2021 devrait être comprise entre 3,8 et 5,7 M€ sous réserve de l'audit et de la validation de l'ANR. 50 % reviendra aux équipes et structures de soutien impliquées dans les projets, 30 % sera alloué à des actions de ressourcement scientifique et 20 % ira vers la professionnalisation.

La direction de l'institut Carnot est assurée par la directrice de la DRCI et par un directeur adjoint. Une coordinatrice a été recrutée pour aller à la rencontre des GHU. Les secteurs les plus impactés ont été renforcés, c'est-à-dire les secteurs collaboration de recherche et le secteur juridique. L'institut Carnot permettra aussi de recruter sur les projets financés par les industriels avec du temps dédié pour chacun des intervenants. La convention avec l'ANR est en cours de rédaction.

Dans le cadre du comité d'orientation, on note le souhait d'associer plus largement d'autres acteurs comme les universités, des personnalités du monde économique, entreprises et la région Île-de-France pour définir les orientations prioritaires de développement de la recherche

partenariale et définir les modalités d'utilisation de l'abondement. Ce conseil d'orientation soumettra des propositions au conseil d'administration, ensemble ils rythmeront la vie de l'institut.

Le président remercie M^{me} FAVREL-FEUILLADE et espère que l'institut Carnot permettra de dynamiser la recherche clinique.

Le P^r Philippe RUSZNIEWKI se félicite que les instituts Carnot permettent en partie de répondre à la question du retour sur investissement de la recherche. Il félicite M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE pour son parcours depuis son passage à l'hôpital Beaujon.

M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE remercie également l'AP-HP où elle a passé 12 années avec des professionnels formidables. C'est une institution parfois dure, prompte à la critique et à l'autocritique, mais dont le niveau d'exigence est très élevé et qui permet de grandir. Elle continuera à regarder de près l'évolution de l'AP-HP, qui est un navire amiral qui guide l'évolution de tous les autres CHU de France. Elle compte donc sur l'AP-HP pour maintenir le cap.

Le D^r Christophe TRIVALLE sollicite des précisions sur l'origine du label Carnot qu'il découvre.

M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE indique que c'est un label créé par l'agence nationale de la recherche, il y a 15 ans. L'AP-HP ne s'était pas positionné initialement sur le label Carnot. L'AP-HP s'est positionnée à l'occasion du 3^e appel à candidatures. Une audition a eu lieu devant un jury composé de représentants du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, de l'industrie et de représentants du monde économique. Le financement est apporté en fonction des contractualisations. L'enveloppe est de l'ordre de 67 M€ au niveau national et devrait être déplafonnée dans le cadre de la loi de la programmation de la recherche.

Le président souligne donc qu'outre les efforts fournis par les équipes de la DRCI, ce dispositif ne coûte rien mais peut avoir des répercussions financières importantes.

VII. Approbation du compte rendu de la CME du 7 juillet 2020

Ce point est reporté.

VIII. Questions diverses

Le P^r Vianney DESCROIX indique que les assistants hospitalo-universitaires chirurgiens-dentistes ou médecins, membres des facultés de chirurgie dentaire, ne touchent pas la prime de service public contrairement à leurs homologues hospitalo-universitaires médecins. 15 à 20 personnes sont concernées qui demandent une régularisation de leur situation.

M^{me} Hélène OPPETIT indique que les textes ne prévoient pas le versement de cette prime mais ils doivent être rectifiés par le ministère de la Santé. Sans attendre, l'AP-HP proposera de la verser aux odontologistes avec effet rétroactif à partir du 1^{er} octobre.

La séance est levée à 19 heures 50.