

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 9 JUIN 2020**

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 7 JUILLET 2020

Sommaire

I.	Informations du président de la CME et du directeur général	6
II.	Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP	6
III.	Désignation de praticiens à la commission centrale d'activité libérale (CCAL) et dans les commissions locales d'activité libérale (CLAL)	8
IV.	Avis sur les nouveaux statuts de la fondation de l'AP-HP	8
V.	Contribution de la CME au <i>Sécur de la santé</i>	11
VI.	Approbation des comptes rendus des CME des 10 mars, 7 avril, 21 avril et 5 mai 2020	25
VII.	Questions diverses	25

CME du mardi 9 juin 2020

Auditorium de l'hôpital européen Georges-Pompidou

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME et du directeur général
2. Désignation de praticiens à la commission centrale d'activité libérale (CCAL) et dans les commissions locales d'activité libérale (CLAL)
3. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP (M^{me} Charline NICOLAS)
4. Contribution de la CME au *Ségur de la santé* (P^r Rémi SALOMON)
5. Avis sur les nouveaux statuts de la fondation de l'AP-HP (M. Rodolphe GOUIN)
6. Approbation des comptes rendus des CME des 10 mars, 7 avril, 21 avril et 5 mai 2020
7. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	Véronique	ABADIE	P ^r	Bernard	GRANGER
P ^r	René	ADAM	D ^r	Bruno	GREFF
P ^r	Philippe	ANRACT	M ^{me}	Sophie	GUILLAUME
D ^r	Marie	ANTIGNAC	D ^r	Émelyne	HAMELIN
P ^r	Élie	AZOULAY	P ^r	Jean-François	HERMIEU
P ^r	Frédéric	BATTEUX	M.	Youcef	KADRI
D ^r	Fadi	BDEOUI	D ^r	Éric	LE BIHAN
D ^r	Guy	BENOIT	P ^r	Véronique	LEBLOND
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Xavier	MARIETTE
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Émeline	MARLINGE
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Rafik	MASMOUDI
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Alain	CARIOU	P ^r	Yann	PARC
P ^r	Yves-Hervé	CASTIER	D ^r	Juliette	PAVIE
D ^r	Cyril	CHARRON	D ^r	Patrick	PELLOUX
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI-GARDIN
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Claire	POYART
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r	Jean-Damien	RICARD
P ^r	Vianney	DESCROIX	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Rémi	SALOMON
D ^r	Georges	ESTEPHAN	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D ^r	Thierry	FAILLOT	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Samir	TINE
			D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- P^r Louis MAMAN, directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ et M. François CRÉMIEUX, directeurs généraux adjoints ;
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{mes} Hélène OPPETIT, Coryse ARNAUD, Sandra ROSAS et M. Olivier TRETON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- M^{me} Charline NICOLAS et M. Marc DUPONT, direction des affaires juridiques

• **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Thomas APARICIO, Jean-Yves ARTIGOU, Jean-Louis BEAUDEUX, SÉBASTIEN BEAUNE, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Nathalie CHARNAUX, Julie CHOPART, Yves COHEN, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALÈS, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Mathilde DUVAL, Yann FLÉCHER, Julien FLOURIOT, Vincent FROCHOT, Christian GUY-COICHARD, Sandrine HOUZÉ, Marc HUMBERT, Vincent JARLIER, Lamia KERDJANA, Jean-Louis LAPLANCHE, Michel LEJOYEUX, Rachel LEVY, Laurent MANDELBROT, Salomé MASCARELL, Giovanna MELICA, Loïc MORVAN, Antoine PELISSOLO, Louis PUYBASSET, Isabelle RIOM, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, Clara SALINO, Bérénice SCHELL, Johanna SEKRI, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMIOWSKI, Caroline SUBERBIELLE, Laurent TEILLET, Christophe TRIVALLE, Michel VAUBOURDOLLE ET Noël ZHR.

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

Le président remercie les membres présents et indique qu'il s'agit de la première CME plénière en présentiel depuis la fin du confinement. Afin de respecter les consignes sanitaires, elle se tient exceptionnellement à l'auditorium de l'hôpital européen Georges-Pompidou.

I. Informations du président de la CME et du directeur général

Le président propose de consacrer un maximum de temps au *Séjour de la santé* et donne immédiatement la parole au directeur général pour évoquer le fonds de transformation de l'AP-HP.

Le directeur général rappelle qu'un fonds de transformation a été lancé à la fin de l'année 2019 pour soutenir des projets d'amélioration de la qualité de vie au travail ou de meilleure prise en charge des patients. La crise a toutefois retardé leur concrétisation. Dans la continuité, l'AP-HP déploie le fonds d'appui aux projets pour le renforcement du sens (APRES). Pour capitaliser sur l'élan de la crise qui a généré beaucoup d'initiatives et maintenir la dynamique des projets qui étaient matures début 2020, la première vague d'appel à projets s'ouvre du 4 au 30 juin 2020 pour des projets déjà constitués. "APRES" financera notamment des projets nés durant la crise, dont la poursuite présente un intérêt certain. Les projets peuvent être de toute taille et de toute nature, tant qu'ils sont portés par des professionnels de l'AP-HP. Le comité de sélection, qui se réunira en juillet, se composera de membres institutionnels (président de la CME, représentant du comité technique d'établissement, représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, etc.) et de volontaires. Cette première vague d'appel à candidatures, dotée de 7,5 M€, permettra d'expérimenter des projets sur une période maximale de deux ans. Deux autres vagues de candidatures seront également déployées à l'automne 2020 pour des projets locaux, puis au printemps 2021 sur la base des enseignements tirés de ces premières occurrences.

Le P^r Anne COUVELARD s'interroge sur la définition donnée aux projets locaux.

Le directeur général indique qu'il s'agit des projets décidés au niveau des groupes hospitalo-universitaires (GHU). Aujourd'hui, les réponses à l'appel à projets sont orientées vers la direction de la transformation. La prochaine vague de candidatures sera traitée et sélectionnée par les comités exécutifs des GHU.

Le président invite chacun à proposer des projets et à faire preuve d'imagination.

Le directeur général souligne que, durant la crise, des projets ont fait leurs preuves et sont quasiment évalués. Le processus de déploiement les concernant sera donc allégé.

II. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP

M^{me} Charline NICOLAS mentionne deux types de modifications. Il s'agit en premier lieu de modifications induites et imposées par le décret du 7 janvier 2020 relatif à l'AP-HP, sur lequel la précédente CME s'était fortement investie. Ces modifications sont donc imposées. Elles concernent notamment la composition de la CME et ont déjà été appliquées mais il est important d'en prendre acte dans le règlement intérieur. La CME comprend donc désormais, outre les présidents des CME locales (CMEL) des GHU, leurs vice-présidents et un représentant hospitalo-universitaire de chaque CMEL. Il s'agit en outre de modifications dues à des évolutions internes à l'établissement.

Concernant le premier type d'évolutions, il s'agit de déconcentrer un certain nombre de décisions relevant soit du président de la CME, soit de la CME, afin qu'elles soient prises au plus près du terrain. La CME doit valider aujourd'hui les modalités de délégation de compétences. S'agissant des délégations de la CME aux CMEL, une simple délibération est proposée. S'agissant des pouvoirs du président de la CME susceptibles d'être délégués aux présidents de CMEL, il s'agit d'une décision unilatérale du président intervenant après information de la CME. Mme Charline Nicolas précise que, pour toute délégation, les personnes auxquelles le pouvoir a été délégué doivent rendre compte de la manière dont elles exercent cette compétence. Ainsi, les présidents de CMEL rendront compte au président de la CME et au directeur général des résultats liés à la mise en place des compétences qui leurs sont déléguées. De même, les CMEL rendront compte à la CME centrale.

Parmi ces prérogatives, la plus importante concerne la procédure de nomination des chefs de service. Ils sont actuellement nommés par les directeurs de GHU sur proposition du président de la CME, après avis du directeur médical de département médico-universitaires (DMU) et avis conjoint du président de CMEL et du doyen. Si l'un des avis est négatif, le directeur général procède à la nomination. Cette règle n'est pas modifiée mais le président de la CME peut désormais déléguer aux présidents de CMEL sa compétence sur la proposition de nomination. En cas d'avis négatif, la proposition de nomination revient au président de la CME.

D'autres modifications sont rendues nécessaires par d'autres textes. La première concerne l'introduction d'une référence explicite au règlement général sur la protection des données (RGPD) et l'indication des voies de recours existantes. La seconde concerne l'extension des mesures relatives aux visiteurs médicaux proposant des médicaments, aux visiteurs médicaux proposant des dispositifs médicaux.

Enfin, parmi le second type d'évolutions, il convient de souligner que la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) voit ses compétences élargies et ses représentants diversifiés.

Le président souligne qu'il s'agit simplement aujourd'hui de voter les modalités selon lesquelles le président de la CME et la CME auront la possibilité de déléguer certaines de leurs compétences aux présidents de CMEL et aux CMEL, et d'intégrer cette possibilité au sein du règlement intérieur. Les délégations effectives seront quant à elles discutées dans une CME ultérieure.

Le P^r Bernard GRANGER souhaite savoir si les délégations confiées aux CMEL sont globales ou si elles peuvent être octroyées individuellement à l'une ou l'autre d'entre elles.

M^{me} Charline NICOLAS imagine que le président de la CME et la CME souhaiteront déléguer les mêmes compétences à l'ensemble des acteurs locaux. En revanche, si à l'usage des difficultés particulières apparaissaient dans un GHU, le président de la CME ou la CME serait en droit de retirer ou de modifier la délégation concernée. Le retrait s'opère, en l'occurrence, de la même façon que l'octroi par le parallélisme des formes.

Le président propose de procéder au vote à main levée.

La CME approuve la modification du règlement intérieur de l'AP-HP à l'unanimité des voix exprimées et une abstention.

III. Désignation de praticiens à la commission centrale d'activité libérale (CCAL) et dans les commissions locales d'activité libérale (CLAL)

Le président rappelle que la commission centrale d'activité libérale s'assure que la pratique de l'activité libérale s'opère selon les lois et règlements. Chaque année, elle rend un rapport, sur la base d'informations produites par les CLAL de chaque GH. À ce jour, il manque encore trois candidats pour participer aux CLAL et il demande aux présidents de CMEL présents de bien vouloir faire le nécessaire pour qu'un praticien de leur GH siège au sein de la CLAL d'un autre GH.

Il rappelle que plusieurs membres de la CCAL doivent être renouvelés. Les trois candidats sont les P^{rs} Philippe ANRACT et Yves-Hervé CASTIER, exerçant tous deux une activité libérale, et le D^r Éric LE BIHAN n'en exerçant pas.

Un vote à main levée est réalisé pour chaque candidat : la CME approuve à l'unanimité la désignation de chacun des trois candidats à la CCAL.

Le président propose de désigner les praticiens siégeant dans les CLAL pour lesquels les candidats sont déjà connus afin de ne pas retarder plus la mise en place des CLAL. Les propositions de nomination sont les suivantes :

- AP-HP. Nord – Université de Paris : P^r Christophe HENNEQUIN (activité libérale), P^r Éric DE KERVILLERS (sans activité libérale) ;
- AP-HP. Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis : D^r Georges SEBBANE (sans activité libérale) ;
- AP-HP. Sorbonne Université : P^r Francis BERENBAUM (sans activité libérale) ;
- AP-HP. Université Paris-Saclay : P^r Jean-Christophe VAILLANT (activité libérale), P^r Laurent TEILLET (sans activité libérale) ;
- AP-HP. Centre – Université de Paris : D^r Claire VULSER-CRISTOFINI (sans activité libérale).

Le P^r Yves-Hervé CASTIER ne souhaite pas siéger à la fois à la commission centrale et à la commission locale de Paris. Nord, où il a été désigné par la CMEL, pensant que cela n'est pas compatible.

Le président le rassure d'un point de vue réglementaire.

Le P^r Yann PARC s'interroge sur la manière dont les personnes manquantes seront désignées.

Le président invite les présidents de CME locale à proposer rapidement des candidats.

Un vote à main levée est réalisé : la CME valide la liste des propositions de nomination à l'unanimité des voix exprimées et une abstention.

IV. Avis sur les nouveaux statuts de la fondation de l'AP-HP

Le directeur général, assure la présentation de ce point en l'absence de MM. Rodolphe GOUIN et Stéphane PILATE, directeur et directeur adjoint de la fondation. Avant de commencer, il salue la présence de M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ, qui a été nommée la semaine précédente directrice générale adjointe.

S'agissant des statuts de la fondation de l'AP-HP, il rappelle que la CME a rendu un avis favorable à la transformation de la fondation de l'AP-HP, créée en 2015 pour la recherche, en fondation reconnue d'utilité publique. Au début de la crise du COVID-19, de nombreuses propositions d'aides aux équipes de l'AP-HP ont été formulées. L'objectif était donc de permettre à la fondation de recevoir non seulement des dons pour la recherche, mais également pour le soutien au soin, ce que la loi ne permettait pas jusqu'à présent.

Depuis l'adoption la loi d'urgence sanitaire le 23 mars 2020, les fondations hospitalières peuvent désormais accepter les deux finalités de dons. Cela a permis d'accepter environ 42 M€, en six semaines. Toutefois, la fondation doit accorder ses statuts, soumis aujourd'hui à la CME, avec la loi en vigueur.

Active à partir de mi-2016, la fondation a mobilisé 20 M€ en 3 ans et demi. Le directeur général détaille les dons reçus cette année, l'un de 20 M€ et plusieurs autres entre 500 000 € et 2 M€. Plusieurs campagnes de dons ont également vu le jour : par exemple, un euro versé à l'AP-HP pour l'achat d'un bouquet de fleurs.

La fondation possède un organe de gouvernance composé du président de la CME, du vice-président en charge de la recherche de l'AP-HP, d'un directeur d'hôpital, d'un président de CME locale, du directeur général et de personnalités extérieures. Le rôle de ce conseil scientifique demeure classique sur la partie relative à la recherche mais il sera consulté sur toute question d'ordre scientifique qui concerne les missions de la fondation.

Le conseil scientifique propose de pérenniser ce que la loi a permis durant la crise, plutôt que de transformer juridiquement la fondation hospitalière en une fondation reconnue d'utilité publique. La loi ne liant pas la fin de l'élargissement de l'objet de la fondation, à la fin de la crise, l'élargissement de l'objet de la fondation peut donc se pérenniser et s'étendre officiellement à la recherche et au soutien aux soins.

Une autre modification concerne le nom de la fondation, qui, de « fondation pour la recherche », devient « fondation de l'AP-HP ». Ces modifications ont été adoptées en directoire et en conseil d'administration de la fondation de l'AP-HP. Après le passage en CME, elles seront présentées au conseil de surveillance, puis transmises au gouvernement pour validation.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU souhaite savoir s'il est possible de connaître les projets financés jusqu'à présent.

Le directeur général confirme qu'ils sont régulièrement mentionnés dans le « 7 jours à l'AP-HP ». Et bien sûr dans des rapports d'activité mais durant la crise, la newsletter a été un important vecteur d'information des choix opérés par le conseil d'administration de la fondation, vers tous les professionnels. Un comité de pilotage « recherche COVID-19 AP-HP » a été créé en mars dernier. Il est co-présidé par les P^{rs} Yazdan YAZDANPANAHI et Philippe-Gabriel STEG. La fondation s'est pleinement mise au service de ce comité de pilotage recherche. Le P^r Jean-François DELFRAISSY, président du conseil scientifique COVID-19 est également président du conseil scientifique de la fondation. À ce jour, le don de 20 M€ effectué par la famille Hermès n'a pas été dépensé. Un accord a été trouvé entre le conseil d'administration de la fondation Hermès et celui de la fondation de l'AP-HP pour qu'il prenne le relais de certaines mesures à l'issue de la crise. La somme sera répartie en trois tiers destinés au soutien des hôpitaux de Seine-Saint-Denis, à la promotion professionnelle d'aides-soignants souhaitant devenir infirmiers, et au soutien vers

deux projets innovants : la constitution d'une ferme 3D pour assurer une indépendance vis-à-vis de l'industrie et le renforcement des capacités en matière de datas, fortement utilisées durant la crise. Cet argent sera donc prochainement engagé, dans le respect du souhait des donateurs.

Le D^r Emmanuel Bui-Quoc souhaite savoir si les dons préalables à la modification des statuts de la fondation pourront être fléchés vers les nouveaux objets, et non pas strictement vers la recherche.

Le directeur général observe qu'au moment des dons, la fondation ne s'occupait que de recherche. Les dons ont par conséquent été octroyés à la recherche. Ils seront donc intégralement dédiés à ce sujet, en présumant que le donateur pensait que le don serait effectivement fléché vers la recherche. L'intention du donateur, en tout état de cause, sera scrupuleusement respectée dans tous les cas. Les missions de la fondation ont été décuplées sans renforcement de personnel, avec un sérieux souligné tant par les donateurs que par les bénéficiaires du don. L'équipe est par conséquent solide et consciencieuse. L'intérêt d'une fondation mis en avant quelques années auparavant se confirme. L'outil est puissant et au service de tous. Il ne diminue pas les dotations publiques, mais renoue avec l'idée que l'AP-HP, comme l'institut Curie ou Gustave-Roussy, peut accepter des dons pour financer des projets, avec un système de gouvernance capable de flécher les sommes où elles sont nécessaires.

Le D^r François SALACHAS s'interroge sur le montant des frais de gestion.

Le directeur général mentionne un montant de 10 %, abaissé cependant durant la crise. En effet, le taux de 10 % n'a pas toujours été appliqué, en particulier sur les dons élevés. Pour donner un ordre de grandeur, les montants de frais de gestion de la fondation de France atteignent 14 %.

Le D^r Jean-François HERMIEU rapporte que certains donateurs se sont plaints des procédures administratives. Certes, les vérifications sont indispensables, notamment pour éviter le blanchiment d'argent par des dons mais il s'interroge quant à une possibilité de simplification. Il pense que certains dons ont été faits hors fondation.

Le directeur général assure au contraire n'avoir pas enregistré de plainte. Les donateurs se sont au contraire félicités de la rapidité et de la transparence de la procédure. C'est pourquoi la transformation des statuts a été jugée utile. Si un donateur souhaite donner pour un service particulier, 92 % de son don sera effectivement fléché vers le service voulu.

Le D^r Patrick PELLOUX s'interroge sur le lien qui peut exister avec la fondation des hôpitaux de France.

Le directeur général rappelle que la fondation concernée est actuellement baptisée « fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France », c'est à dire la fondation « pièces jaunes ». Elle était initialement baptisée fondation Hôpitaux de Paris, avant d'élargir son objet au-delà de l'AP-HP. Elle possède ainsi actuellement ce double nom. L'objet est distinct de l'AP-HP, même si l'AP-HP possède un siège de droit dans le conseil d'administration de cette fondation. De surcroît, l'AP-HP entretient des relations historiques avec la fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France, qui finance régulièrement de projets au sein de l'AP-HP à hauteur d'un million d'euros. Jusqu'à présent, le sujet des relations entre les fondations ne posait pas de questions particulières. En effet, la fondation de l'AP-HP était dédiée à la recherche, la fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France aux soins. Désormais, la question de la définition de l'identité de chaque

fondation devrait se poser, pour éviter toute confusion. Lorsque la générosité a commencé à se manifester durant la crise, l'AP-HP a voulu éviter la « concurrence des générosités » et s'inscrire dans une dynamique d'ensemble par la création d'une « Alliance contre le COVID », regroupant la fondation de France, la fondation de l'AP-HP et l'Institut Pasteur. Il a été proposé à la fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France de s'y joindre. Une seule adresse était ainsi citée dans les messages télévisuels. Le fonctionnement de l'Alliance a donné satisfaction. Chacun pouvait continuer d'obtenir des dons particuliers ou bénéficier des dons adressés à l'Alliance, selon des clés de répartition prédéfinies. De son côté, l'AP-HP a volontairement récupéré peu d'argent, mais a utilisé sa notoriété pour encourager les donateurs et en faire bénéficier divers hôpitaux, notamment dans l'Est de la France.

Le D^r Patrick PELLOUX trouve que ce montage est flou et s'interroge sur la façon dont l'Alliance était dirigée.

Le directeur général précise que la fondation de France était le pivot organisationnel de l'Alliance, appelée désormais à se dissoudre.

Le D^r Patrick PELLOUX souhaite savoir si l'argent est sacralisé par le gouvernement ou sera déduit des finances allouées à l'AP-HP.

Le directeur général assure qu'il n'existe aucune règle prévoyant une quelconque déduction d'argent en fonction de la fondation.

Le D^r François SALACHAS souhaite savoir si toute la transparence sera faite vis-à-vis des projets non retenus de manière à savoir ce qui ne sera pas financé.

Le directeur général indique qu'il n'existe aucune obligation de communication sur ce point. Il n'y est toutefois pas opposé sous réserve de l'accord préalable des porteurs du projet. Il propose en outre une instruction des projets par une commission ad hoc représentative et objective.

Le D^r François SALACHAS souhaite connaître le montant collecté par Alliance COVID.

Le directeur général évoque le montant de 28 millions d'euros.

Le président propose de procéder au vote à main levée.

La modification des statuts de la fondation de l'AP-HP est approuvée par la CME à l'unanimité.

V. Contribution de la CME au Ségur de la santé

Le président rappelle que, durant la crise sanitaire, le Président de la République et le Gouvernement ont pris acte de la nécessité de réfléchir à des évolutions du système de santé. Ils ont engagé le *Ségur de la santé*, selon un calendrier extrêmement resserré de sept semaines. Un certain nombre de représentants des différents métiers, syndicats, associations, collectifs y participent. Dans ce cadre, la CME de l'AP-HP a souhaité saisir cette opportunité pour émettre des propositions. Un projet de texte a ainsi été diffusé à l'ensemble des membres de la CME et au-delà, permettant de collecter en retour de nombreuses contributions. Le président se félicite que le texte ait suscité l'intérêt de l'ensemble des représentants de la communauté médicale. Il propose de débattre de la synthèse du texte. Il rappelle que le 25 mai 2020, le Premier Ministre a proposé de partager la réflexion en cinq piliers et la CME a suivi cette structuration.

1^{er} pilier : transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent.

Le président donne lecture des propositions de la CME :

« Le maintien du statut du service public hospitalier est le garant du collectif et de la solidarité.

Les mesures d'attractivité à l'hôpital public doivent passer en priorité par l'amélioration des conditions de travail, la diversification de la carrière et une revalorisation globale des salaires (conséquence et immédiate pour les personnels paramédicaux) tenant compte du coût du logement en région parisienne.

Conserver les statuts en les aménageant pour que le plein temps soit réaffirmé et attractif par rapport à la médecine de ville et aux établissements privés.

Il faut renforcer l'encadrement de proximité et augmenter les capacités de formation en médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, etc. »

Le P^r Xavier MARIETTE remercie le président d'avoir pris l'initiative de ce texte. Il juge important que la CME de l'AP-HP prenne position et souhaite si possible un résultat dense et concis. En revanche, il juge maladroits les propos *« tenant compte du coût du logement en région parisienne. »* Le *Ségur de la santé* est en effet un travail national. Le texte doit par conséquent s'inscrire dans un contexte national sans mettre en exergue les particularismes de l'Île-de-France. Il suggère de supprimer cette partie et de se référer aux salaires moyens des pays développés de même importance pour remplacer cette partie parisienniste.

Le D^r Patrick PELLOUX remercie également le président pour ce travail nécessaire et rejoint les propos du P^r Xavier MARIETTE. Ce texte sera certainement très lu ; il ne doit pas être imprécis. Il suggère de remplacer les termes trop imprécis de *« conséquence et immédiate »*. L'imprécision étant d'ailleurs actuellement sur le point de faire échouer les discussions engagées avec les confédérations syndicales. En revanche, il juge trop faible la moyenne des salaires des pays développés de même importance. Il suggère de faire référence aux dix premiers rangs internationaux. Pour l'encadrement de proximité, il souhaite plus de précisions. Durant la crise, chacun a pu constater le besoin de l'ensemble des équipes de participer au niveau décisionnel. Il propose de suivre cette voie, avec notamment une parité entre PH et PU-PH au niveau décisionnel. Il y voit la seule manière d'aboutir à un management moderne.

Le P^r Xavier MARIETTE évoque tout de même la nécessité d'un effort conséquent de 300 € pour une infirmière sur la base de la moyenne.

Le président rappelle que le texte qu'il a lu ne constitue que la synthèse du document. La participation des services est davantage décrite dans le texte lui-même. Il s'est interrogé également sur la nature nationale ou régionale que devait avoir ce texte. Il a été retenu que la CME de l'AP-HP devait porter des questions nationales, tout en s'autorisant une réflexion régionale. Tel est le cas en particulier pour les rémunérations. Dès lors, la prise en considération du coût de la vie se justifie, sans dénaturer la proposition globale de revalorisation, mais cela est ouvert au débat. Il insiste sur les problèmes d'attractivité pour les professions paramédicales liés à un pouvoir d'achat différent à salaires égaux sur tout le territoire national.

Le D^r Cyril CHARRON observe que certaines particularités régionales sont déjà prises en compte, par exemple dans les départements et régions d'outre-mer, où les salaires sont supérieurs de 30 %

malgré des statuts identiques. Il est donc indispensable que les particularités, régionales plutôt que parisiennes, soient également prises en compte. À Paris, le logement coûte 30 % plus cher, les conditions et temps de transports sont compliqués et cela fait objectivement partie de notre « non-attractivité ».

Le P^r Yann PARC comprend la critique concernant la référence explicite à la région parisienne et suggère de faire référence simplement au coût du logement en fonction des régions.

Le D^r Patrick PELLOUX estime que l'on ne peut pas évoquer le logement sans le transport.

Le P^r Philippe ANRACT juge indispensable la référence à l'Île-de-France, qui est un handicap majeur en matière d'attractivité aussi bien pour le personnel médical que non médical. Il invoque notamment la « fuite » des praticiens hospitaliers (PH), liée au coût de la vie. Il lui semble indispensable de prendre en compte les particularités régionales et le coût de la vie.

Le P^r Xavier MARIETTE souhaite préciser sa pensée. Il n'a pas voulu dire que la vie n'était pas plus chère à Paris mais il lui semble surtout nécessaire de fédérer un geste fort et universel pour l'ensemble des personnels de l'hôpital. Une référence explicite à la région parisienne constituerait une erreur politique. Or la confiance semble s'éteindre, le *Ségur de la santé* semblant déjà patiner. La revendication salariale doit aujourd'hui être globale. La particularité de l'Île-de-France a déjà été prise en compte par l'AP-HP, qui a proposé une prime, sans doute insuffisante, avant la crise pour tenir compte du coût de la vie. Un geste fort doit selon lui être global.

Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE souligne qu'une partie de la discussion porte sur la grille salariale nationale, tandis que les indemnités de logement relèveront sans doute du nouveau régional. Il regrette que les manipulateurs en électroradiologie figurent dans le texte dans le « etc. » qui conclut le texte. Il préférerait que la profession soit citée explicitement.

Le président est d'accord pour citer la profession des manipulateurs en radiologie.

Le P^r Claire POYART demande également que la profession des biologistes soit citée.

Le président constate que l'on pourrait allonger la liste de nombreux autres métiers et propose donc plutôt de les ramasser tous dans une expression globale.

Le D^r Guy BENOÎT partage ces constats et rappelle que les difficultés de logement sont majeures pour les infirmiers parisiens. Si la CME n'aborde pas le sujet, personne ne le fera à sa place. Aborder ce problème ne nuit pas au niveau national. Il s'agit simplement de reconnaître une vraie difficulté de coût de la vie, en particulier au niveau du logement, à Paris.

Le D^r François SALACHAS rappelle que les avantages propres à l'AP-HP ont disparu, tout comme les possibilités de logement. Les tarifs de crèche ont parfois été multipliés par quatre. Il ne comprendrait pas que les particularités de la région parisienne n'apparaissent pas, ce qui permettrait d'ailleurs de distinguer ce qui relève du national et du spécifique aux grandes métropoles.

Le président constate que les avis sont partagés. Il a le sentiment que la majorité des membres de la CME souhaite faire allusion à la difficulté particulière du coût de la vie en région parisienne, ce qu'il approuve.

Le P^r Bernard GRANGER estime que le terme « parisienne » pose difficulté. Il propose d'évoquer simplement le coût de la vie « en région ».

Le président retient donc les formulations suivantes : parler uniquement de « région » sans préciser parisienne et de « coût de la vie » plutôt que de « logement ».

Le président aborde la revalorisation et les progressions de carrières pour les paramédicaux, comme pour les médecins. Il cite l'exemple des infirmiers de pratique avancée (IPA). Au-delà du relèvement du salaire global, il juge intéressant d'encourager ces possibilités d'évolution de carrière. Il lit le texte prévu sur ce point : « *diversification et valorisation des évolutions de carrière, notamment en revalorisant les salaires des cadres paramédicaux, en accélérant le déploiement d'infirmières de pratique avancée et les protocoles de coopération entre professionnels de santé, et en valorisant l'expérience acquise.* »

Le D^r Patrick PELLOUX cite l'exemple des IPA dans les SAMU. La disposition a été proposée dans le cadre de la réforme des urgences. Après une ou deux années de formation complémentaire, on obtiendrait un système similaire au système américain des *paramedics* en retirant les médecins du pré-hospitalier. L'objectif du ministère serait de remplacer des médecins sur tout ou partie de leurs tâches. Bien que pouvant être attrayant pour les personnels, il craint une difficulté de compétences et de périmètre d'exercice. Le projet du ministère est très imprécis il faut donc veiller à fixer des règles claires pour ces nouveaux métiers.

Le président observe que la CME est un lieu où il est possible de discuter sur ces évolutions de carrière mais il regrette leur absence à ce débat. À l'évidence, les paramédicaux doivent pouvoir se prononcer sur les évolutions de carrière qui les concernent.

Le D^r Patrick PELLOUX rapporte qu'il existe déjà un syndicat des infirmiers de pratique avancée.

Le président signale que les instances représentatives, en particulier la commission centrale des soins, devrait également se prononcer.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU rejoint les propos D^r Patrick PELLOUX sur un certain nombre de points. Au niveau des anesthésistes, en particulier, des actes ont « glissé » vers les infirmières en raison d'un manque de personnel médical.

Le directeur général souligne qu'à ce jour les infirmiers de pratique avancée ne sont pas encore présents dans les SAMU et les services d'urgence.

Le D^r Patrick PELLOUX précise qu'il faisait état des négociations en cours et de la volonté actuelle de déployer les infirmiers de pratique avancée dans les SAMU et les services d'urgence.

Le directeur général distingue les protocoles de coopération, lorsque les médecins délèguent des compétences aux infirmiers, des pratiques avancées, lorsque les infirmiers acquièrent un diplôme universitaire supplémentaire qui élargit leurs compétences. Dans un cas, l'opération relève du médecin. Dans l'autre cas, il s'agit d'un métier intermédiaire, qui est encore peu développé à ce jour en France.

M^{me} Audrey DARNIEAUD suggère l'ajout dans le texte des cadres en maïeutique, qui ne font pas partie des cadres paramédicaux. Par ailleurs, elle préconise le retrait du terme « etc. », certaines professions étant susceptibles de ne pas comprendre leur absence.

Le président accepte cette proposition de retrait.

Le P^r Bertrand GODEAU revient sur les protocoles de coopération et les IPA. S'il reconnaît un certain risque, c'est tout de même une vraie réponse à une difficulté de démographie médicale. L'évolution de la médecine fait que l'on peut déléguer certaines tâches à des infirmiers formés et il sera dommage d'écarter ce dispositif uniquement parce qu'il relève en principe de la responsabilité médicale.

Le D^r Patrick PELLOUX craint à l'avenir une médecine à deux vitesses : les riches consulteront un médecin, quand les pauvres consulteront une infirmière de pratiques avancées. Il estime que le discours de la démographie est dangereux.

Le P^r Xavier MARIETTE rapporte qu'en ce qui concerne les maladies chroniques ou l'éducation thérapeutique, les infirmiers de pratiques avancées représentent un progrès considérable pour la qualité des soins dans plusieurs pays. C'est une complémentarité avec les tâches assumées par les médecins et il faut l'encourager.

Le D^r Patrick PELLOUX rejoint cette remarque car il s'agit de maladies chroniques, pour lesquelles les médecins ont dressé un diagnostic, réfléchi aux orientations et mis en place un protocole de soins. Il évoquait pour sa part la situation de patients aigus.

Le P^r Yann PARC estime que les infirmiers, formés et encadrés, sont susceptibles d'effectuer dans des domaines très particuliers certains gestes techniques de façon plus efficace que les chirurgiens par exemple, les stomathérapeutes.

M^{me} Sophie GUILLAUME estime que le débat doit s'inscrire dans une logique d'organisation des soins, en fonction d'une gradation des soins et des personnels. L'important est de savoir quel professionnel est nécessaire au bon endroit et au bon moment. La démographie médicale n'est pas le seul angle à considérer. Il y a quelques années, ce même débat avait au lieu concernant la périnatalité. Un champ de compétences s'est développé pour les sages-femmes. Elle est donc favorable à la pratique avancée, qui nécessite toutefois une coopération sur le territoire et doit être cadrée avant sa mise en œuvre.

Le président confirme l'importance de la coopération ville-hôpital et propose d'intégrer la notion de gradation des soins concernant les IPA.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc remercie pour ce texte qui fait la difficile synthèse de tous les avis. Ce texte doit répondre à deux objectifs : s'inscrire dans l'universel tout en défendant les spécificités de l'AP-HP. Il faut donc aller au bout de ces objectifs sinon personne ne défendra notre institution. Les propositions doivent être précises concernant l'AP-HP, sans s'excuser d'avoir à défendre des problématiques particulières. Il demande par ailleurs si le directeur général et le président ont participé personnellement aux travaux du *Ségur de la santé*.

Le président indique qu'il a pour le moment participé à une visio-conférence réunissant 300 personnes. Il confirme que l'objectif pour la communauté médicale de l'AP-HP est de se manifester avec des propositions constructives.

Le directeur général confirme qu'il va prochainement être auditionné pour le *Sécur de la santé*.

2^{ème} pilier : Identifier une nouvelle politique d'investissement et de financement des services de soins

Le président propose à présent d'examiner le deuxième pilier et lit les propositions suivantes :

« Il faut réformer la tarification à l'activité (T2A) et définir l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en fonction des besoins de santé.

Rénover le financement en prenant en compte les différents types de soins et la charge de travail correspondante, en simplifiant le recueil de l'activité et en valorisant la pertinence des soins plutôt que leur quantité.

L'investissement ne doit pas reposer sur l'endettement des hôpitaux. Les chambres individuelles doivent devenir la norme.

Le Sécur de la santé ne doit pas oublier la recherche clinique. Il faut renforcer son financement et simplifier les procédures administratives. »

Le D^r Patrick PELLOUX préconise de démolir la T2A car durant la crise, elle a révélé son inadaptation au fonctionnement des hôpitaux. M. Emmanuel MACRON, durant sa campagne s'était engagé à mettre fin à ce système mais depuis l'incertitude règne et la T2A reste inutile. Par ailleurs, s'agissant des chambres individuelles, il insiste sur la nécessité d'une compensation par l'ouverture d'un nombre de lits équivalent, sinon cela aboutira aux fermetures de lits souhaitées par l'agence régionale e santé (ARS) mais qu'elle n'arrivait pas à concrétiser jusque-là.

Le président accepte un ajout dans ce sens.

Le P^r Yann PARC rappelle qu'avant existe la T2A, l'activité des établissements était évaluée pour définir les enveloppes globales. Dans une certaine mesure, seule la façon d'évaluer l'activité a été modifiée. Il n'en demeure pas moins qu'un contrôle existera toujours. La T2A représente simplement un contrôle plus précis, plus aigu et plus mesuré avec certes, un certain nombre de perversions. Il doute que d'autres systèmes de répartition des finances à l'intérieur de l'ONDAM modifient fondamentalement la situation car il exister toujours un arbitrage qui ne sera pas forcément en faveur de l'institution.

Le D^r Patrick PELLOUX estime que le P^r Yann PARC a acquis la vision d'un économiste de la santé alors que son rôle est d'opérer, et non pas de perdre son temps avec la T2A.

Le président donne lecture de la proposition plus large du texte lui-même de la contribution de la CME concernant le financement : *« Le périmètre d'application de la T2A doit être restreint aux seules activités pour lesquelles elle a un sens. La T2A doit être pondérée par les comorbidités reflétant réellement les caractéristiques sanitaires des populations de patients pris en charge, en particulier par l'hôpital public ».*

Le directeur général indique que l'AP-HP est financée à 50 % par la T2A. Si la part de T2A diminue dans le financement de l'hôpital, la partie qui augmentera sera celle des subventions décidées par les tutelles. Les tutelles pourront alors ajouter ou retirer plusieurs millions d'euros selon l'activité. Il en veut pour preuve la situation actuelle au niveau des dotations. Peu de pays, fonctionnent avec une dotation dépendant d'une simple décision administrative de cette sorte. Il serait dangereux de supprimer ainsi ce système.

Le président propose de réserver la T2A aux activités pour lesquelles elle est pertinente, notamment celles facilement mesurables. Ce sont les activités difficiles à évaluer, par exemple maladies chroniques ou avec un temps de psychologues qui pose question. Plutôt que de baisser le pourcentage de T2A de manière globale, il faut la réserver aux postes qui ont du sens. Ce travail avait été commencé avec le ministère précédent mais sans aboutir. Il propose d'acter que ce système est inapproprié à certains endroits.

Le président précise une formulation retenue à l'attention du P^f Xavier MARIETTE : « *la mise en œuvre opérationnelle du système de financement ne doit pas amputer le temps médical et soignant* » car il avait souligné un point sur le codage qui n'est pas uniquement du temps médical.

Le P^f Xavier MARIETTE juge essentiel de simplifier le recueil de l'activité. Il est indispensable de continuer à la mesurer mais la difficulté vient des 3 000 codes possibles. Par ailleurs, les chambres individuelles ne doivent pas entraîner de surcoût pour le patient. L'ensemble des mutuelles ne remboursent pas toutes les chambres individuelles. Enfin, la dernière phrase « *Le Ségur de la santé ne doit pas oublier la recherche clinique* » lui semble mal formulée. Il préconise pour sa part de faire apparaître clairement la nécessité de « renforcer le financement et de simplifier les procédures administratives de la recherche clinique et translationnelle ».

Le D^r Patrick PELLOUX revient pour sur la phrase : « *Les services sociaux hospitaliers doivent être correctement proportionnés pour pouvoir répondre aux besoins des patients.* » Il souligne la part la responsabilité des collectivités territoriales qui doivent aider l'hôpital. Avec le Covid-19, des places ont été systématiquement trouvées en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour les « *bedblockers* ». La mobilisation de l'ensemble des acteurs doit ainsi se pérenniser pour que les services sociaux hospitaliers travaillent de façon plus « intime » et plus directive avec l'ensemble des collectivités territoriales. L'hôpital ne doit pas gérer seul toute la misère du monde.

Le D^r Brigitte SOUDRIE signale que les 93 malades *bed blockers* de la Pitié qui ont pu être orientés dans des établissements SSR en région parisienne, au moment de la crise du COVID, sont actuellement renvoyés à l'AP-HP selon le « contrat de retour » qui avait été passé. La gestion des situations médico -sociales complexes est loin d'être réglée, les services sociaux sont en difficulté voire dépassés.

Le D^r Patrick PELLOUX précise que personne ne joue le jeu car ils sont à l'hôpital.

Le président mentionne enfin une proposition qui n'est pas reprise dans la synthèse : « *Les critères du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) doivent être des critères de besoins, de juste coût, de qualité et de sécurité des soins, d'évolutivité architecturale (en préservant le foncier pour permettre un ajustement capacitaire, le cas échéant), de niveau du système d'information, de cohérence et d'équilibre de l'offre de soins territoriale. Les critères de fermeture brute de lits doivent être exclus et les capacités définies en fonction de critères médicaux (projet médical hospitalier, adaptation de*

l'offre de soins territoriale aux besoins en amont et en aval de l'hôpital). » Il y voit un point qui tranche avec le COPERMO des années écoulées.

3^{ème} pilier : simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

Le président aborde le troisième pilier et lit les propositions suivantes :

« Le service est reconnu comme l'unité de base de l'organisation des soins. Le CHU est organisé selon un principe de subsidiarité commençant par le service. Les services sont libres de s'associer en pôles ou départements médico-universitaires (DMU) s'ils le souhaitent.

Il faut éviter le glissement de tâches administratives et privilégier les circuits courts de décision (il ne devrait pas y avoir plus de deux échelons avant d'arriver au processus de décision).

La procédure de certification doit être revue en concertation avec les acteurs hospitaliers ; il faut aller vers une visite courte et ciblée sur les problèmes identifiés en commun.

Il faut donner aux représentants élus des personnels médicaux et paramédicaux les moyens de leur responsabilité sur les affaires médicales et du soin.

Les décisions relatives au projet médical ne peuvent être prises qu'avec l'avis conforme de la CME en concertation avec l'université. »

Le P^r Véronique LEBLOND observe que, durant la crise, le service a été au cœur du fonctionnement de l'hôpital. L'absence des DMU a parfois été flagrante. Elle ne voit pas comment il pourrait être possible de conserver les DMU si seulement deux ou trois échelons de décision sont conservés.

Le P^r Yann PARC estime que la procédure de certification est inutile dans sa forme actuelle mais qu'il n'est pas possible de se soustraire à un regard et une inspection. Il propose par exemple, dès lors que la mortalité est inquiétante dans un service, qu'une inspection soit diligentée. Elles seraient diligentées sur la base de certains critères uniquement et moins systématiquement car cela n'aboutit pas à grand-chose.

Le P^r Bernard GRANGER retient le mot-clé de subsidiarité. Il faut l'organiser en listant l'ensemble des décisions et processus administratifs susceptibles d'être raccourcis ou supprimés, par exemple, certaines autorisations d'activité. Concernant les pôles et les DMU, il rappelle l'importance du volontariat, selon une logique médicale et une organisation souple. Le fait que différents services s'organisent ensemble peut avoir du sens. Il rappelle qu'un bilan des DMU après un an de fonctionnement était prévu. Il préconise donc de mettre sur pieds une procédure d'évaluation des DMU et d'accélérer ce bilan, compte-tenu de la crise sanitaire, d'ici début 2021 au plus tard.

Le président souhaite éviter d'être dogmatique sur ce sujet car il connaît des collègues qui se félicitent d'appartenir à un DMU. Ils ont écrit ensemble un projet médical qui fait sens, dégageant un vrai bénéfice par rapport aux pratiques antérieures. Il lit le texte de la contribution proposé sur le sujet :

« Les DMU ou pôles doivent répondre à une logique médicale. Ils sont le niveau d'aide à la coordination de la stratégie médicale, d'enseignement et de recherche des services. Cette coordination est concertée avec les services. Les DMU peuvent prendre la forme d'une structure

médicale ou d'une convention fédérative librement définie entre les services souhaitant se rassembler dans un projet commun après concertation et en accord avec les conseils de service. Ils sont approuvés par les CME et créés par décision du directeur sur avis conforme des présidents de CME. Les DMU en place doivent être évalués (projet médical, projet de recherche, périmètre géographique et inscription dans les enjeux territoriaux, réponse à l'état de la démographie médicale) et adaptés en conséquence. »

Ce degré de liberté permettrait à chacun de trouver la formule la plus adaptée. Si certaines situations s'en trouvent en revanche complexifiées, le projet devra être revu. Par ailleurs, il insiste sur le terme « hôpital » présent dans le texte signifiant « site hospitalier », c'est-à-dire une communauté médicale capable d'une réflexion commune. Durant la crise, des événements se sont conduits au niveau des sites hospitaliers, avec par exemple les réunions de crise. Les médecins, les directeurs, les paramédicaux se retrouvaient pour discuter de l'organisation. Le président souhaite retenir de cette expérience l'idée de se retrouver régulièrement pour discuter du fonctionnement transversal de l'hôpital. Il insiste sur la nécessité de lieux et de moments où interagir tous ensemble et partager la réflexion.

Le P^r Xavier MARIETTE insiste sur les notions de service et de site hospitalier qui ont fonctionné efficacement durant la crise, en valorisant le binôme médecin cadre dans le service. À Bicêtre, il a été décidé de pérenniser ces réunions de façon hebdomadaire. Il suggère de se montrer plus précis sur la gouvernance. Il a ainsi adressé une proposition sur celle du service, de l'hôpital, et du GHU qui serait assurée par un trinôme président de CME, directeur et doyen. Ces trois niveaux de gouvernance sont opérationnels. Cette proposition n'évoque en revanche pas la gouvernance des DMU, ces derniers devant demeurer optionnels. Enfin, il souhaite des propositions concrètes et novatrices pour associer à la gouvernance le personnel soignant, condition indispensable pour lui redonner confiance.

Le président rappelle de ne pas oublier le niveau central de l'AP-HP dans la gouvernance.

Le D^r Patrick PELLOUX est d'accord avec la valeur du service, qui représente les racines de la médecine. S'agissant des circuits courts de décision, il rappelle que les conseils de bloc et les conseils de service tendent depuis plusieurs années vers une démocratie participative. Il s'agit de définir un management où l'ensemble des personnels se sentent impliqués, selon une adhésion collective à un projet. Il partage l'idée que la balance coût-avantage de la certification est à clarifier. Enfin, il ne serait pas choqué si l'ensemble des médecins d'un CHU, y compris les PH, éleisaient le doyen. Or aujourd'hui, les PH sont exclus des décisions hospitalo-universitaires.

Le P^r Bertrand GODEAU estime également que le service est l'unité idéale pour le fonctionnement quotidien et développer un sentiment d'appartenance. Durant la crise, la situation était différente. Dans son GH, la cellule de crise a fonctionné davantage que le service en regroupant une communauté autour d'une activité et qui a pris les décisions alors que certains chefs de service n'y ont pas participé ou ne se sentaient pas concernés. Le service reste l'unité de fonctionnement idéale au quotidien, mais il doit être guidé par une instance supérieure (pôle, DMU ou autre) avec une réflexion commune et des objectifs directeurs. Il rejoint enfin les propos du P^r Yann PARC sur la procédure de certification, qui met parfois sur le même plan le fondamental et l'accessoire. Le principe d'un bilan régulier des pratiques est toutefois nécessaire, ce qui a permis de corriger des anomalies par le passé.

Le président confirme en effet que cette procédure pourrait sans doute être simplifiée.

Le P^r René ADAM est directeur de DMU et ne partage pas le pessimisme ambiant sur le sujet bien qu'il existe également au sein de son GH. Il comprend que les DMU aient été mis en veille durant la crise. Le DMU garde sa place en matière de gestion car il permet une multidisciplinarité à échelle humaine. Alors que les GH se sont élargis, le service reste essentiel mais n'est pas toujours adapté pour apporter une reconnaissance. En cela, le DMU peut aider à fédérer en tant qu'échelon un intermédiaire et à mieux se connaître que dans un GH de grande taille. Le DMU est un micro-GH, susceptible de permettre de mieux avancer qu'au niveau des services qui pourraient se sentir mieux représentés par cet échelon.

Le D^r François SALACHAS rappelle que s'agissant de masse critique ou de niveaux d'organisation, les difficultés sont différentes selon la taille du groupe hospitalier ou du site. Pendant la crise à la Pitié-Salpêtrière, les DMU ne sont pas intervenus car ils n'étaient pas opérationnels. La direction médicale de crise, à l'inverse, a été efficace pour organiser les lits de réanimation. En revanche, les informations descendaient peu vers les services et ceux-ci n'ont souvent pas attendu ces informations pour agir. Par exemple, le service de neurologie a mis en place une réanimation de 16 lits en quelques semaines, alors que le service avait reçu initialement l'information qu'il ne serait pas impacté. Il regrette l'anticipation des directeurs et le manque d'écoute du terrain. La réflexion doit donc porter sur les niveaux d'organisation et sur la qualité des informations qui circulent. Les DMU se sont mis en place à marche forcée avec des objectifs peu clairs alors que les pôles n'ont jamais été évalués. Il suggère de restructurer la gouvernance sur la base des services, en examinant l'utilité réelle des DMU.

Le président préconise d'éviter tout dogmatisme s'agissant des DMU car certains, sans être directeurs de DMU, y trouvent pourtant leur compte.

Le D^r François SALACHAS regrette la manière dont les cadres paramédicaux de DMU ont été choisis, voire imposés, avec la volonté de déstructurer le fonctionnement existant, pourtant efficace. Lors du bilan des DMU, il souhaite évaluer l'organisation paramédicale qui a été fortement impactée par une structuration « venue d'en-haut », « à marche forcée ».

Le P^r Bahram BODAGHI estime qu'une part de la méfiance vis-à-vis des DMU vient de l'expérience des pôles dont l'évaluation n'a pas été réalisée au moment opportun. Il est difficile d'évaluer des structures qui viennent d'être créées et dont la cohérence reste parfois inégale. Il souligne que durant la crise, au-delà des DMU, certaines CMEL ne se sont pas davantage impliquées. Pourtant, personne ne pense à pointer l'inutilité présumée des CMEL.

Le P^r Bertrand GODEAU reconnaît une difficulté de communication durant la crise. On a constaté des initiatives locales au niveau des services, des GH et en central qui ont certes été remarquables mais qu'il était difficile de coordonner. Parfois ce qui se fait sur site doit être canalisé par le siège dans une logique macro malgré toute la frustration ou l'incompréhension que cela peut impliquer sur le terrain. Il trouve tout de même que tout a été géré au mieux, à tous les échelons.

Le P^r Alain CARIOU regrette de faire le procès des DMU à l'aune de la situation de crise. Les DMU existaient en effet depuis peu de temps quand la crise est survenue. Ils étaient en train de se structurer. Il jugerait curieux d'intégrer la réactivité des DMU durant la crise dans la réflexion qui doit avoir lieu au moment de leur évaluation. L'absence d'évaluation des pôles ne doit pas nécessairement conduire à la suppression des DMU. Il estime que l'unité fonctionnelle est bien le

service. Enfin, le fait de se parler autour d'axes communs de réflexion, à la condition que les DMU soient organisés efficacement en lien avec le paramédical, lui semble faire sens.

Le président confirme que beaucoup de choses positives sont à souligner au regard de la situation de crise mais tout ne doit pas être jugé à travers ce seul prisme. Les CMEL ont peut-être été en retrait et les DMU n'étaient pas la structure idéale pour gérer la crise. L'évaluation des pôles n'a malheureusement pas eu lieu, ce qui est regrettable. Il veillera donc à ce que les DMU soient évalués mais il est trop tôt pour le faire. À ce stade, il ne souhaite pas de crispations concernant les DMU. L'évaluation objective qui sera menée permettra d'évoluer et il l'espère, de contenter le plus de monde possible. Par ailleurs, il confirme l'importance d'une gouvernance réussie basée sur le service, les sites hospitaliers et les DMU de manière à ce que chacun se sente impliqué. La gouvernance centrale vient s'y ajouter compte-tenu du particularisme de l'AP-HP. Les différentes composantes de cette gouvernance centrale sont le conseil de surveillance, le directoire et la CME. Dans le texte de la contribution de la CME, une proposition nouvelle est prévue : « *Les décisions relatives au projet médical ne peuvent être prises qu'avec l'avis conforme de la CME en concertation avec l'Université.* » Certains membres de la CME ont émis l'idée d'une co-signature. Le président reconnaît que le binôme fait sens au niveau du service. En revanche, la co-signature au niveau de la direction générale n'aurait pas de sens juridique car une seule personne porte la personnalité morale de l'institution.

Le P^r Xavier MARIETTE propose de réformer la loi *Hôpital, patient, santé, territoire* (HPST) comme M^{me} Agnès BUZYN l'aurait d'ailleurs souhaité de manière à permettre une co-signature du directeur général et du président de CME.

Le président ajoute que la contribution de la CME précise que « *le directoire doit rester un lieu de concertation interne et d'aide à la décision. Il n'émet pas de vote et n'a pas de pouvoir exécutif. À l'AP-HP, il est l'instance représentant la structure fédérative de l'institution, organisée en groupes hospitalo-universitaires (GHU) ; la présidente (élue) ou le président (élu) de la commission des soins, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) doit en être membre de droit.* » Lors des dernières réunions du directoire, le président a été interpellé sur la possibilité que le directoire devienne une instance exécutive et décisionnaire, ce que les textes ne prévoient pas actuellement. Modifier les textes en ce sens ne pourrait avoir de sens que si les instances représentatives du personnel soignant, médical et paramédical étaient alors consultées préalablement aux délibérations du directoire. Ce point est donc ouvert au débat.

Le P^r Bernard GRANGER constate que ces discussions ne sont pas nouvelles. Initialement, avant l'adoption de la loi HPST, le directoire devait être une instance délibérative. Au dernier moment, M^{me} Roselyne BACHELOT a fait modifier le texte pour que le directoire soit simplement une instance de concertation. La composition du directoire est majoritairement médicale. Il est probable, que la ministre y ait vu un facteur de blocage alors que parmi cette majorité les intérêts sont souvent divergents. Il suggère de clarifier les domaines de compétences pour éviter un mélange des genres : médical pour le président de la CME, juridique et financier pour le directeur général, enseignement et recherche pour le doyen. Cette proposition enlève l'ambiguïté du directoire qui est à ce jour placé sous la responsabilité et la domination du directeur. Le texte proposé par le Pr Xavier Mariette, inspiré du modèle hollandais, est dans l'air du temps. L'alternative si le directoire obtient la préséance sur la CME aggraverait le déséquilibre actuel car le pouvoir des directeurs serait encore plus écrasant, comme pour les établissements de santé d'intérêt collectif (ÉSPIC).

Le D^r Patrick PELLOUX rejoint les propos précédents. Il n'est pas possible de souhaiter davantage de participation et de dialogue, tout en donnant davantage de pouvoir au directoire. La CME deviendrait inutile.

Le directeur général souligne que s'il n'y a plus que deux échelons de décision sur site, il n'y aura plus rien à décider en central et ce sera donc la fin de l'AP-HP.

Le P^r Bernard GRANGER nuance car la notion de deux niveaux est un ordre d'idée qui est inopérant pour certains types de décisions. Le siège doit bien sûr garder des fonctions de coordination et de stratégie. Il propose de définir pour chaque type de décision l'échelon le plus adapté.

Le président trouve abusif d'étendre cette idée à l'ensemble de l'AP-HP et propose de le corriger de manière à ne concerner que les décisions du quotidien en évitant les pertes de temps ou la prise de décision par des personnes éloignées du terrain. Plutôt que la mention de « deux échelons », il souhaite retenir l'idée d'un « circuit court » qui ne concernerait que le fonctionnement courant. Il lit la proposition du P^r Xavier MARIETTE : *« La gouvernance du service est assurée par un binôme, chef de service et cadre paramédical de soins. La gouvernance de l'hôpital est assurée par un binôme, représentant médical de site élu et directeur administratif de site nommé avec des pouvoirs partagés. La gouvernance du GHU ou du CHU est assurée par un trinôme, président de CME élu, directeur administratif nommé et doyen avec des pouvoirs partagés. »*.

4^{ème} pilier : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

Le président aborde le quatrième et dernier pilier, et lit les propositions suivantes :

« L'ARS doit être la garante de la complémentarité de tous les établissements profitant de financements publics ou sociaux, qui doit exclure la logique des « parts de marché ».

Une politique volontariste d'attractivité des hôpitaux universitaires de la périphérie de Paris doit être définie et mise en œuvre.

Le partage du temps des soignants entre la ville et l'hôpital doit être encouragé, financé et amplifié.

Un plan national d'investissement pour la mise à niveau des systèmes informatiques et numériques hospitaliers et leur communication avec les systèmes informatiques de ville doit être défini. »

Le président insiste sur la place grandissante du numérique dans l'organisation des soins et de l'hôpital, ainsi que dans la structuration du parcours de soins et dans les relations avec les partenaires hospitaliers ou de ville. Le système informatique a joué un rôle central ces dernières semaines, avec la téléconsultation, les téléconférences, etc. L'informatique doit donc fonctionner efficacement. Au-delà, le travail réalisé par l'équipe de l'entrepôt de données de santé, présente un potentiel considérable pour prendre des décisions et adresser des questions de santé publique ou de recherche. Il juge insuffisant l'investissement actuel dans le numérique en santé. Il représente 2,5 % du budget de l'AP-HP, contre 4 à 6 % dans les pays d'Amérique du nord ou du nord de l'Europe. Il faut aussi des matériels et des informaticiens de haut niveau. Il souhaite donc sanctuariser cet investissement.

Le D^r Vianney MOURMAN peine à comprendre comment concilier la réaffirmation du temps plein dans le premier pilier avec le partage du temps dans le quatrième pilier.

Le président estime que ces deux sujets ne sont pas antinomiques. Il invoque des temps qui ne seraient pas systématiquement des temps pleins hospitaliers, des mobilités, des périodes dans la semaine ou dans l'année qui font qu'un praticien hospitalier n'est pas nécessairement toujours présent au même endroit durant toute sa carrière. Il est envisageable que des mobilités soient choisies, dans le cadre de partenariats, pour que les praticiens soient « partagés » avec une structure en ville ou un autre hôpital, comme peuvent l'être les assistants.

Le D^r Vianney MOURMAN observe que cette possibilité est déjà donnée dans le statut de PH ou d'hospitalo-universitaire, avec le temps d'intérêt général. Bien qu'il adhère à l'explication donnée, il insiste sur le fait que les deux messages, sans autre explication, peuvent apparaître contradictoires

Le P^r Yann PARC comprend l'intérêt de ce partage dans certaines spécialités mais pour d'autres l'identification des praticiens reste importante. Il n'envisage pas une activité chirurgicale en temps partagé. Il invoque le souhait des patients d'avoir la certitude d'une continuité de soins par le praticien choisi. Il apparaît par conséquent essentiel, pour que l'hôpital fasse preuve d'attractivité dans certaines spécialités, que l'endroit où se trouve le praticien soit précisément identifié.

Le P^r Bertrand GODEAU craint un problème de formulation qui pourrait encourager à avoir une activité en ville et à l'hôpital. Dans certains cas, cela peut-être un rapprochement entre la ville et l'hôpital mais il ne faut revenir en arrière avec des médecins à l'hôpital le matin et en ville l'après-midi. Par ailleurs, il ne comprend pas la première proposition : « *L'ARS doit être la garante de la complémentarité de tous les établissements profitant de financements publics ou sociaux, qui doit exclure la logique des « parts de marché ».*

Le président explique que l'ARS doit éviter de mettre les établissements en situation de concurrence. La complémentarité doit être privilégiée. S'agissant de la mobilité, il assure qu'il n'est pas question de revenir à la situation d'avant 1958, quand des praticiens étaient présents le matin dans un service et l'après-midi dans leur cabinet. La mobilité doit être choisie par le praticien et concertée dans l'équipe, afin de ne pas déshabiller le service. Les missions de chacun doivent être mieux définies et plus transparentes. La mobilité ne doit pas s'opérer au détriment du collectif du service. On aurait intérêt à avoir une vision plus dynamique de ces mobilités pour gagner en attractivité.

Le P^r Bernard GRANGER évoque une contradiction entre le début et la fin du texte qu'il convient d'explicitier. Le plein temps hospitalier est une allusion aux ordonnances de 1958 et il serait utile d'apporter cette précision explicitement. Il existe actuellement des propositions pour que le plein temps hospitalier ne soit plus respecté. Il y voit un danger, en particulier pour les hospitalo-universitaires et certaines spécialités.

Le D^r Patrick PELLOUX évoque la permanence des soins. Il est question de « *fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers* », or, à cet égard, 65 % du temps est dédié à la permanence des soins. Durant la crise du COVID-19, il n'a pas été possible de s'appuyer sur la médecine de ville et les cliniques privées. L'ensemble de la permanence de soins s'est opérée au niveau du service public qui a subi des mutations brutales. La collaboration entre la ville et l'hôpital doit être approfondie. La ville et l'hôpital doivent être partenaires, avec le souci de faire preuve de bienveillance vis-à-vis des malades. La qualité des soins doit aussi reposer sur la permanence des soins. La ville ne doit plus pouvoir décider d'abandonner les secteurs de garde, au profit des urgences. Il en va de même dans les établissements d'hébergement pour personnes

âgées dépendantes (ÉHPAD), où les médecins coordinateurs ne sont plus présents. Il faut y mettre un terme pour éviter l'envoi de patients âgés au service d'accueil des urgences (SAU) la nuit. La permanence de soins doit être équitable en termes de financements. À cet égard, les syndicats libéraux ont obtenu la défiscalisation de la rémunération en garde. Il ne comprend pas pourquoi il n'en va pas de même au sein du service public. Il n'est pas normal que sur des pans entiers de spécialités il n'y ait plus du tout de garde la nuit, avec une évidente perte de qualité, sans droit de regard des hôpitaux. Il n'appartient pas aux hôpitaux et au service public de récupérer la charge de travail de la permanence des soins, surtout quand les financements sont attribués à la ville. Les enveloppes FIR doivent donc revenir au service public.

Le P^r Philippe ANRACT estime que le risque est que ça permette de régler le problème d'attractivité, notamment de salaires du personnel médical. Il faut que la revalorisation soit faite sur l'hôpital pour éviter que le seul intérêt d'aller travailler ailleurs qu'à l'hôpital soit pour améliorer le salaire des hospitaliers. Il craint dans ce cas une fuite des praticiens vers les cliniques.

Le P^r Xavier MARIETTE juge dangereuse la phrase relative à l'ARS.

Le président propose le retrait de cette phrase qui suscite trop d'ambiguïtés.

Le P^r Philippe ANRACT trouve ce système intéressant dans les faits mais la finalité doit être une collaboration, mais il sera très simple de le contourner.

Le P^r Emmanuel MARTINOD estime qu'il manque un élément au *Ségur de la santé*. La première étape aurait dû être un diagnostic précis des besoins, de la répartition des moyens et des inégalités. Il aurait été nécessaire de repartir du terrain pour trouver des solutions. Sans ce diagnostic, il reste impossible d'émettre des propositions de traitements. Concernant les territoires, il évoque une spécificité de l'Île-de-France. Il se félicite qu'il soit question de Paris dans le texte. C'est le seul endroit où il est possible de parler de la situation particulière de Paris. Il propose d'ailleurs de parler du « Grand Paris » plutôt que de « Paris ».

Le président accepte cette proposition et suggère d'indiquer en préambule qu'un diagnostic préalable aurait été nécessaire avant de parler d'une réforme du système de santé.

Le P^r Emmanuel MARTINOD estime que l'intérêt de faire figurer ce préambule est également de montrer que les réflexions ne s'arrêteront pas avec le *Ségur de la santé*. Il s'agit en réalité de la première pierre à un édifice plus large.

Le D^r Émeline MARLINGE rappelle qu'une réforme du statut de PH est en cours sur la question du partage du temps et de l'attractivité. Cet exercice mixte est inscrit dans la réforme. Elle s'interroge sur le positionnement de la CME sur le sujet. Par ailleurs, constatant qu'il est écrit que « *l'attractivité doit passer par une amélioration des conditions de travail* », elle évoque une nécessaire amélioration des statuts.

Le président observe que ce point figure dans le texte ne manière à éviter le recours abusif aux contrats à durée déterminée.

Le D^r Émeline MARLINGE souligne que cela semble contradictoire avec la phrase « conserver les statuts » et préconise de favoriser les titularisations. Elle craint que la réforme accentue encore plus l'utilisation de ces statuts de contractuels.

Le président retient cette suggestion.

Le D^r Bruno GREFF estime qu'au sein du premier pilier, s'agissant des spécialités à forte composante de permanence des soins, il n'est pas possible de faire l'économie d'une réflexion sur la définition du temps de travail, venant s'ajouter à la réflexion sur les salaires. Il constate des variations importantes à harmoniser entre les sites car elles jouent sur l'attractivité.

Le président confirme la prise en compte de cette remarque pertinente qui a été envoyée tard la veille et n'avait pas encore pu être intégrée. Avant de conclure, il remercie pour ce texte très collaboratif et propose de l'entériner par un vote de la CME.

Le P^r Bernard GRANGER demande si les modifications évoquées précédemment seront effectivement prises en compte.

Le président confirme que ces propositions seront bien intégrées, notamment la phrase lue précédemment sur la gouvernance, les remarques sur les ambiguïtés du plein temps et les autres suggestions.

Le D^r Patrick PELLOUX estime qu'il s'agit d'un vote de confiance sans avoir vu le texte final.

Il est procédé à un vote à main levée. La CME approuve à l'unanimité la contribution de la CME au Ségur de la santé compte tenu des modifications faites en séance.

VI. Approbation des comptes rendus des CME des 10 mars, 7 avril, 21 avril et 5 mai 2020

Les comptes rendus sont approuvés à l'unanimité.

VII. Questions diverses

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU regrette que lors de la crise, les élèves infirmiers ayant été intégrés dans les réanimations COVID, en première ligne et à temps plein, n'aient pas pu bénéficier de la prime. Elle y voit un signal défavorable pour les encourager à travailler à l'AP-HP.

Le directeur général explique que les étudiants présents durant la crise étaient en réalité des stagiaires qui auraient normalement dû percevoir une indemnité de formation de 118 € par mois. Les basculer en statut de salariés leur aurait fait perdre le bénéfice de leur année d'étude et la validation de leur diplôme. Finalement, ils ont tous pu valider leur stage avec des indemnités de stage revalorisées, au niveau de rémunérations des aides-soignants ou des infirmiers. En revanche, le texte sur la prime ne prévoit son attribution qu'aux salariés et pas aux stagiaires. Il n'a pas été possible de modifier le décret pour qu'ils puissent percevoir la prime, cela pourra se résoudre uniquement pour ceux qui deviendront salariés de l'AP-HP.

Le D^r Patrick PELLOUX se félicite que des étudiants en médecine aient renforcé la régulation du SAMU durant la crise. Aujourd'hui, il a été décidé qu'ils pouvaient exercer un travail identique à celui des permanenciers, de 18 heures à minuit. Un doute subsiste quant à leur rémunération, leur place vis-à-vis des permanenciers et leur responsabilité en cas d'erreur.

La séance est levée à 19 heures 30.