

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 11 JUILLET 2023

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 2023

Sommaire

1. Informations du président.....	6
2. Approbation du compte rendu de la CME du 6 juin 2023.....	11
3. Information sur le déroulement des élections pour le renouvellement de la CME et des CMEI (M. Kévin MARCOMBE).....	12
4. Information sur le renouvellement des directeurs médicaux de DMU (P ^r Catherine PAUGAM).....	14
5. Suivi des « 30 leviers pour agir ensemble » :.....	22
6. Charte des internes (D ^r Patrick PELLOUX, P ^r Marie-Noëlle PERALDI, M. Kévin MARCOMBE)...	28
7. Avis sur le plan d'action de l'AP-HP relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (M ^{mes} Marie AUDUBERT-QUENOT et Albane TRIHAN).....	31
8. Questions diverses.....	32

CME du mardi 11 juillet 2023

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 6 juin 2023
3. Information sur le déroulement des élections pour le renouvellement de la CME et des CMEL (M. Kevin MARCOMBE)
4. Information sur le renouvellement des directeurs médicaux de DMU (P^r Catherine PAUGAM)
5. Suivi des « 30 leviers pour agir ensemble » :
 - Levier 14 : cohésion dans les services (M. NICOLAS REVEL, Mme LAETITIA BUFFET)
 - Levier 25 : plan d'action « Simplifier et accélérer la réalisation des projets de recherche : l'excellence opérationnelle de nos organisations » (M. MILAN TAZAREVIC)
 - Levier 28 : la juste prescription (P^r Catherine PAUGAM)
6. Charte des internes (D^r Patrick PELLOUX, P^r Marie-Noëlle PERALDI)
7. Avis sur le plan d'action de l'AP-HP relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (M^{me} Albane TRIHAN)
8. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

- Avis sur les demandes de consultanat 2023-2024
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH offerts au recrutement au 1^{er} septembre 2023
- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques nommés stagiaires au 1^{er} septembre 2022
- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH offerts au recrutement au 1^{er} septembre 2023
- Avis sur les candidatures de PHU nommés au 1^{er} septembre 2023.

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	Véronique	ABADIE	D ^r	Thierry	FAILLOT
P ^r	René	ADAM	P ^r	Bertrand	GODEAU
D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Bernard	GRANGER
P ^r	Thomas	APARICIO	M	Yann	GUITTER
P ^r	Frédéric	BATTEUX	P ^r	Jean François	HERMIEU
P ^r	Sadek	BELOUCIF	D ^r	Éric	LE BIHAN
M ^{me}	Valérie	BLANCHET	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Michel	LEJOYEUX
P ^r	Jacques	BODDAERT	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Rafik	MASMOUDI
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	D ^r	David	OSMAN
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	P ^r	Yann	PARC
M.	Cédric	CARDOSO	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Antoine	PELHUCHE
P ^r	Alain	CARIOU	P ^r	Antoine	PELISSOLO
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	Patrick	PELLOUX
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Claire	POYART
M	Léonard	CORTI	P ^r	Louis	PUYBASSET
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Nathalie	RICOME
D ^r	Tristan	CUDENNEC	P ^r	Bruno	RIOU
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Sonia	DELAPORTE CERCEAU	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Vianney	DESCROIX	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
D ^r	Olivier	DRUNAT	P ^r	Laurent	TEILLET
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	D ^r	Samir	TINE
P ^r	Jacques	DURANTEAU	D ^r	Christophe	TRIVALLE
D ^r	Georges	ESTÉPHAN	D ^r	Valery	TROSINI-DESERT
			D ^r	Noël	ZAHR

• ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME
- P^r Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'île de France (ARS)

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

- M^{mes} Stéphanie DECOOPMAN et Laëtitia BUFFET et P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, directrices générales adjointes
- MM. Kévin MARCOMBE et Julien GALLAUD, direction des affaires médicales (DAM)

- **Invités :**

- M. Milan LAZAREVIC, directeur de la recherche et de l'innovation
- M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT, direction des ressources humaines

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{mes} Clémence NOURRY et Marie Claude LINUS SORBÉ (DAM)

- **Membres excusés :**

M^{mes} et MM., P^{rs} et D^{rs} Philippe ANRACT, Octave AKAMATSU, Jean-Yves ARTIGOU, Élie AZOULAY, Fadi BDEOUI, Jean-Louis BEAUDEUX, Guy BENOIT, Lynda BENSEFA-COLAS, Yves CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Édouard DEVAUD, Jean-Eudes FONTAN, Sandra FOURNIER, Vincent FROCHOT, Bruno GREFF, Ariane GUDIN, Émlyne HAMELIN-CANNY, Agnès HARTEMANN, Sandrine HOUZÉ, Marc HUMBERT, Nabil JANAÏ, Jean-Louis LAPLANCHE, Rachel LEVY, Laurent MANDELBROT, Loïc Morvan, Vianney MOURMAN, Louis-Paul PATY, Nathalie PONS-KERJEAN, Philippe RUSZNIEWSKI, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Yasmine SMAÏL, Michel VAUBOURDOLLE, Karine VIRETTE.

La séance s'ouvre à 16 heures 30 sous la présidence du Pr Rémi SALOMON.

1. Informations du président

Le président accueille le Dr Emmanuel RAFFOUX, chef du service d'hématologie adulte à l'hôpital Saint-Louis, qui rejoint le collège des praticiens hospitaliers médecins, en remplacement du Dr Christian GUY-COICHARD, parti à la retraite. Il précise que plusieurs modifications, qui seront précisées au cours de la séance, interviennent dans la composition de la CME en lien avec les nominations de nouveaux directeurs et directrices de DMU.

Réforme de la 4^e année de l'internat de médecine générale

Le président évoque le projet de réforme instituant une 4^e année à l'internat de médecine générale sur la base du rapport remis le 12 juin aux ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Le président indique qu'il a été auditionné dans ce cadre au titre de la conférence des présidents de CME de CHU. Conformément au souhait des internes, semestre « libre » leur a été accordé et leur permet de choisir leur discipline et leur lieu de stage. Afin d'aménager ce semestre, il a été proposé de réduire à trois mois la durée des stages de gynécologie obstétrique et de pédiatrie, contre six mois actuellement, ce qui va à l'encontre des conclusions des travaux préparatoires aux « Assises de la pédiatrie » qui préconisent, au contraire, un renforcement de la formation pédiatrique des médecins généralistes. Les pédiatres ont fait part de leur inquiétude considérant que le stage ne serait plus suffisamment formateur pour les internes. Cela aura aussi un impact sur les services hospitaliers dans lesquels ces internes participent à la permanence des soins. Par ailleurs, la rémunération des internes de médecine générale effectuant leur stage en cabinet libéral comprendra une rétrocession sur les actes réalisés, avec un plafonnement à 25 actes par jour et une rémunération n'excédant pas 4 500 € / mois. L'un des aspects du problème ainsi posé réside dans le fait que cette rémunération est nettement supérieure à ce que perçoivent les docteurs juniors des autres disciplines.

Campus hospitalo-universitaire de Saint-Ouen

Le président évoque la décision du tribunal administratif de Montreuil invalidant la déclaration d'utilité publique du projet « hôpital Nord ». Le directeur général reviendra sur ce sujet. L'enjeu est aujourd'hui de trouver la meilleure solution possible pour ouvrir ce campus qui doit rééquilibrer l'offre de soins au profit de la population du nord de Paris, ce qui nécessite de travailler avec les autres acteurs de soins de ces territoires, dont on connaît aussi les difficultés en matière d'offre de soins.

Informations du directeur général

Le directeur général propose de revenir dans la suite de son intervention sur la décision du tribunal administratif.

Le document relatif au levier 17 a été diffusé. Le document compte une vingtaine de pages. Son contenu est en cohérence avec la présentation réalisée en juin en CME. S'ouvre désormais un travail de déclinaison opérationnelle des mesures au sein de chaque GHU et de chaque établissement. Les premières actions trouveront une traduction concrète dès la rentrée tandis que d'autres mesures s'appliqueront début 2024. Des évaluations s'organiseront dans la durée pour s'assurer que ces

démarches impactent positivement les pratiques et participent à améliorer la simplicité et la rapidité des processus de décision. Outre les clarifications de règles et le déploiement d'outils numériques, le choix est fait de redescendre dans les services certaines possibilités d'action grâce à la mise en place de budgets et de tableaux prévisionnels d'effectifs rémunérés (TPER) pour chaque service. Le directeur général assume néanmoins ce pari de la confiance, qui suppose que les règles soient comprises et respectées, dans leur lettre et dans leur esprit, aussi bien sur l'utilisation de ces budgets que sur les possibilités de recrutement et de transformation de certains emplois.

Les chiffres de recrutements se révèlent par ailleurs encourageants. Si l'on se concentre sur les infirmiers et infirmières, les embauches sur ces fonctions progressent de 16 % sur les six premiers mois de l'année, – étant observé que le premier semestre ne concentre pas les volumes les plus importants – et dans le même temps, les départs se sont réduits de 10 %. Le directeur général souligne que si cette tendance est clairement encourageante, l'enjeu sera de réussir les recrutements de l'été, à la sortie des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). À fin juin, l'AP-HP enregistre déjà autant de contrats d'allocations d'études (CAE) signés que sur l'ensemble de l'année 2022. Pour rappel, les 30 leviers fixent pour objectif de réaliser, en 2023, 400 recrutements d'infirmiers de plus qu'en 2022. L'atterrissage devrait s'en approcher, ce qui permettra, après cinq années de baisse des effectifs infirmiers, de se stabiliser en 2023 avant une croissance espérée en 2024. L'atteinte de cet objectif supposera de réduire davantage encore le nombre de sorties en agissant sur les causes des départs et en améliorant la qualité de vie au travail.

Le directeur général évoque ensuite l'investissement prévu sur l'Hôtel-Dieu où les travaux de reconstruction de la partie hospitalière du site doivent commencer début 2024. Cette mise en œuvre suppose au préalable de « déboucler » l'opération d'ensemble. L'AP-HP reste dans l'attente d'une révision du plan local d'urbanisme (PLU) de la Ville de Paris, obligatoire pour accueillir sur la partie « parvis » du site un incubateur en biotechs, une crèche, une résidence sociale, une maison du handicap et divers commerces. Le directeur général, compte tenu du retard pris par la ville dans cette démarche, a annoncé la semaine dernière que l'AP-HP passerait par une procédure de mise en conformité du PLU *via* une déclaration d'intérêt public du projet. Cette procédure est courante dans les opérations portées par l'État ou ses grands établissements publics. Elle permettra à l'AP-HP de ne plus dépendre de la Ville de Paris pour le calendrier de mise en conformité du PLU. Ce choix nous remet en capacité d'entamer les travaux fin 2024.

Le directeur général relaie la décision du tribunal administratif de Montreuil relative à l'annulation de la déclaration d'utilité publique pour l'hôpital Nord fondée sur l'idée que le nombre de lits prévus dans le projet ne répondrait pas aux besoins de santé du territoire. Le directeur général estime que ce jugement est hautement contestable. Aussi, il a d'ores et déjà annoncé sa volonté de former appel, et ce, pour deux raisons.

Il constate tout d'abord que les chiffres avancés par le tribunal administratif sont faux. Le jugement se fonde sur le fait que le projet développerait un capacitaire théorique de de 941 lits (soit - 190 unités par rapport à l'existant), alors que le nombre de lits en hospitalisation complète a été progressivement rehaussé pour être porté à 1 039 lits. Le tribunal administratif refuse de surcroît de considérer la nouvelle configuration, qui compte 53 chambres dédoublables. En hospitalisation de jour, le capacitaire théorique passe de 259 places actuellement à 288 places en cible. Pourtant, le tribunal administratif retient un projeté à 173 places.

Ainsi, et contrairement à ce qu'affirme le jugement, le capacitaire global et la capacité de prise en charge ne seront pas réduits dans le futur hôpital Nord.

Le directeur général relève ensuite un sujet juridique. En effet, le juge administratif se prononce sur la couverture des besoins de santé de la population sur la seule base d'un nombre de lits – par ailleurs inexact. En l'état, la décision ne semble pas étayée par une analyse fine de la situation à l'échelle d'un territoire pertinent et sans intégrer que le développement des prises en charge ambulatoires permet de suivre un nombre plus important de patients.

Certains veulent profiter de la décision du tribunal administratif pour remettre à plat le projet. **Le directeur général** considère, pour sa part, que la perspective d'une refonte du projet n'existe pas et reviendrait à mettre en cause son principe même. Une telle issue serait d'autant plus catastrophique que le projet a beaucoup évolué au cours des dernières années pour améliorer l'offre de soins et que des réflexions sont engagées sur un site complémentaire. L'AP-HP a reçu de l'État un financement en vue de maîtriser une parcelle mitoyenne de la partie universitaire et hospitalière et d'y développer des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de MCO. La mairie de Saint-Ouen est associée à ces travaux. Le projet est ainsi séquentiel et doit encore se construire.

L'investissement sur le site initial s'élève à 1,3 milliard d'euros, faisant de ce projet l'un des plus importants pour un nouvel hôpital en France.

L'AP-HP fait donc appel, avec demande de sursis à exécution. Le directeur général fait part de sa conviction que l'Institution remportera l'appel et pourra alors poursuivre le projet.

À l'initiative de la gouvernance de l'hôpital Nord, un échange est prévu le lendemain, mercredi 12 juillet, entre **M. Nicolas REVEL** et les communautés médicales de Bichat et Beaujon.

Le D^r Patrick PELLOUX anticipe le fait que l'appel n'aboutira à aucune décision avant 18 ou 24 mois, générant un retard conséquent sur le projet. Or, l'hôpital Bichat-Beaujon n'est déjà presque plus entretenu. La problématique est réelle pour les malades, accueillis dans des conditions dégradées.

Le D^r Patrick PELLOUX interpelle par ailleurs le directeur général sur les réquisitoires formulés dans le cadre de l'« affaire MÉGNIEN ». Un verdict est attendu en octobre dans ce procès, qui fera vraisemblablement l'objet d'appels. Le contenu des réquisitoires doit faire évoluer l'AP-HP et tous ses personnels sur la manière de manager, de travailler et de considérer l'autre.

Le directeur général précise que la demande de sursis à exécution permet que l'appel se juge dans un délai de six mois environ. L'« affaire MÉGNIEN » n'étant pas encore jugée, il ne souhaite pas s'exprimer sur le fond du dossier. En revanche, il partage les propos du D^r Patrick PELLOUX sur l'enjeu managérial qui, indépendamment de tout environnement pénal ou judiciaire, doit être une priorité pour l'AP-HP. Le management ne doit pas être un sujet de mise en cause ou de stigmatisation, mais un levier d'amélioration des pratiques professionnelles.

Le D^r Jean-François HERMIEU indique que toute la communauté de l'AP-HP Nord est attachée à l'hôpital Nord et consciente de l'effort national consenti. L'Institution devra disposer d'arguments forts pour que le futur rapporteur public et le tribunal d'appel la suivent. Une confirmation de la décision en appel serait désastreuse. Aussi, le P^r suggère-t-il d'inclure, outre la parcelle Victor-Hugo,

un projet de moyen séjour et de MCO dans la structure Claude-Bernard. L'enjeu est d'enrichir le projet pour répondre aux arguments du tribunal administratif et d'infléchir sa décision.

Le directeur général convient que l'AP-HP n'a visiblement pas su trouver les arguments en première instance pour obtenir gain de cause. Il anticipe néanmoins que la juridiction d'appel dira le droit de manière claire et définitive.

Le P^r Jean-Claude CAREL rejoint les propos des D^r Jean-François HERMIEU et Patrick PELLOUX quant à la situation dégradée des hôpitaux de Bichat et Beaujon. En tant que président de la CMEL, il a rédigé avec la vice-présidente et le doyen un courrier à destination du tribunal, soulignant qu'un retard du projet entraînerait des conséquences désastreuses pour les deux hôpitaux et leurs équipes. Le sursis à exécution paraît opportun en ce qu'il permet de continuer à travailler sur le projet. Ce dernier a fortement évolué. Le P^r Jean-Claude CAREL regrette que certains soient restés au péché originel de la situation de 2016 et continuent de le considérer à l'aune de son point de départ plutôt qu'à l'aune de ce qu'il est aujourd'hui.

Le D^r Christophe TRIVALLE relève que le projet du site complémentaire n'a pas été formellement acté et intégré au projet. Il s'enquiert du nombre de lits prévus dans ce site. Il sollicite par ailleurs des précisions sur le devenir des activités de Claude-Bernard et de Fernand-Widal. Plusieurs questions restent en suspens sur ces deux sites.

Le P^r Bernard GRANGER note que le directeur général refait le procès et anticipe une victoire en appel sur ce dossier. Il l'approuve par ailleurs de ne pas se prononcer sur le fond de l'affaire MÉGNIEN, dont le délibéré sera rendu le 15 novembre prochain.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que le projet d'hôpital Nord a été annoncé en 2013 par M. François HOLLANDE. Il portait alors sur une enveloppe de 800 M€ et une ouverture projetée en 2025. La mise en service s'envisage désormais en 2028, au mieux, pour un budget de 1,3 Md€. Le directeur général a fait part de son souhait à juste titre que l'AP-HP sorte rapidement de cette impasse. D'importants débats ont eu lieu sur le capacitaire, que le prédécesseur de M. Nicolas REVEL avait tenté d'accroître. Sur le fond, le fait qu'un tribunal administratif se prononce sur l'apport d'un projet hospitalier en réponse aux besoins de santé constitue un changement majeur. Le jugement en appel, voire en Conseil d'État, révélera si cette approche est celle désormais applicable pour considérer les projets hospitaliers. Le cas échéant, toute la politique hospitalière pourrait s'en trouver modifiée.

Le P^r Bernard GRANGER juge opportun d'attendre le jugement relatif au procès MÉGNIEN et d'éviter toute prédiction. Les réquisitions paraissent toutefois très claires, comme l'avait été l'instruction (le dossier d'instruction compte 20 000 pages). Il indique avoir été cité comme témoin par le procureur ; la presse a estimé que son témoignage, sous serment, avait été à charge dans cette affaire de harcèlement moral présumé. Il rappelle que le plan « ressources humaines – personnel médical » (RH-PM) a été conçu en réponse au suicide du P^r Jean-Louis MÉGNIEN. Un groupe de professionnels, dont il faisait partie, a expliqué dans un document les raisons pour lesquelles le harcèlement moral devait être qualifié. Les personnes mises en cause se sont retrouvées sur le banc des prévenus. Lorsque, sous l'autorité de M. Martin HIRSCH et M^{me} Christine WELTY, le plan RH-PM a été rédigé, le terme de « harcèlement » ne figurait pas dans la version initiale. Le P^r Bernard GRANGER a insisté pour l'inclure. Le déni de la maltraitance et du harcèlement moral ou sexuel au sein des hôpitaux et de l'AP-HP est encore très présent. Toutes les conséquences devront être tirées du

délibéré de ce procès. Les mesures prises jusqu'à présent par l'institution mériteront d'être complétées et améliorées. Le P^r Bernard GRANGER estime qu'en l'état, le système protège mieux les harceleurs que les victimes. Malgré les avancées constatées en la matière, l'équité, la transparence et le contradictoire sont encore loin d'être respectés.

Le P^r Yann PARC se félicite que l'AP-HP soit déjà prête et organisée pour la procédure d'appel concernant l'hôpital nord. Il juge « culotté » de la part du tribunal administratif d'apprécier les besoins de soins en Seine-Saint-Denis et de considérer que le projet est insuffisant pour y répondre. Le virage ambulatoire a été pris. La décision paraît tout à fait infondée.

Le D^r François SALACHAS remarque que l'accès aux soins est déjà difficile. Le virage ambulatoire se révèle inadapté aux problèmes actuels et ne répond pas aux difficultés rencontrées par les patients des urgences pour obtenir un lit. La participation du privé dans la prise en charge demeure tout à fait insuffisante. Il estime qu'il convient de rappeler comment l'hôpital Nord a été pensé. Initialement, les ailes d'hospitalisation accueilleraient 28 lits pour respecter le ratio inique de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) d'un infirmier pour 14 patients. Le projet s'est construit dans une stratégie de réduction de la masse salariale et de déni de ces ratios. Les projections de ratio et de capacitaire ne sont pas connues à ce stade. **Le D^r François SALACHAS** souhaite savoir qui se porte garant du respect des projections annoncées.

Le D^r Diane BOUVRY soulève l'importance de pouvoir être soigné au plus près de chez soi, compte tenu notamment des difficultés de transport en région parisienne. Elle rappelle que tous les CHU d'Île-de-France doivent prendre en charge les patients d'Île-de-France à l'identique. En outre, les personnels paramédicaux, voire médicaux, habitent de moins en moins dans Paris *intra-muros*. La prise en charge en ambulatoire n'est pas moindre en Seine-Saint-Denis. Toutefois, beaucoup de lits restent fermés et la demande de soins est importante. Les besoins restent très hétérogènes en région parisienne.

Le directeur général souligne que l'hôpital Nord apportera une plus-value à l'offre hospitalière en Seine-Saint-Denis et dans le Nord-Est parisien. Il partage le questionnement du P^r Yann PARC quant au fondement d'une décision de justice sur l'adéquation de l'offre et des besoins. Il paraît tout à fait sommaire de se baser uniquement sur le capacitaire théorique. Les hôpitaux Bichat et Beaujon réalisent des activités de recours et de sur-recours et accueillent des malades de toute l'Île-de-France, voire de tout le pays, ce qui n'a pas été pris en compte.

Il est précisé que les chiffres qu'il a présentés sur le capacitaire inclut uniquement le MCO et le SSR : l'hôtel hospitalier n'est pas comptabilisé.

La parcelle Victor-Hugo n'est pas intégrée dans le projet, car les discussions se poursuivent en vue d'acquiescer le foncier. Le recours porte ici sur la déclaration d'utilité publique (DUP) concernant le site principal. Il revient à l'AP-HP de déclarer l'utilité publique fondant l'expropriation des propriétaires privés tandis que le tribunal administratif vérifie que l'intérêt public de l'opération justifie cette atteinte à la propriété privée des occupants. Or, le juge ne remet pas en cause l'intérêt public du projet, mais se saisit de la DUP pour traiter une question plus large sur le respect du préambule de la Constitution de 1946 garantissant la protection sanitaire de la population. Le tribunal administratif de Montreuil a uniquement fondé son jugement sur le capacitaire actuel et le capacitaire futur ce qui, au regard du fonctionnement de l'offre de soins à l'Île-de-France, conduit

à un raisonnement juridique très incertain, ce d'autant qu'en intégrant le développement de l'offre ambulatoire, le nombre de patients pouvant être pris en charge dans le futur site augmentera bien par rapport au potentiel actuel de Bichat et Beaujon. Les sites de Claude Bernard et de Fernand Widal sont inclus dans la réflexion.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 6 juin 2023

Le compte rendu est adopté.

3. Information sur le déroulement des élections pour le renouvellement de la CME et des CMEL (M. Julien GALLAUD)

M. Julien GALLAUD indique que le scrutin sera convoqué par un arrêté du directeur général auquel sera annexé un règlement électoral. Comme en 2019, la société *Neovote* est le prestataire retenu pour organiser le scrutin. Pour la première fois, les praticiens exerçant à titre libéral à l'hôpital sur une quotité d'au moins trois demi-journées par semaine seront éligibles. Les professions de foi seront adressées conjointement aux candidatures, et non plus au fil de l'eau, et ce, pour assurer un affichage égalitaire entre les candidats. Elles seront consultables sur la plateforme de vote. Le contenu sera libre, sous un format standardisé.

Le calendrier complet des élections est le suivant :

- Les listes électorales seront affichées du 21 août au 8 septembre, ouvrant une période de fiabilisation et de réclamation pour les électeurs qui constateraient une erreur – collègue, nom usuel, discipline, etc. D'ores et déjà, les agents ayant des changements à signaler sont invités à se rapprocher des affaires médicales pour procéder aux modifications.
- Les identifiants seront envoyés par courrier au domicile de chaque agent le 19 septembre. Les personnes qui n'auraient pas reçu ces éléments auront jusqu'au 27 septembre pour le faire savoir.
- Le dépôt des candidatures s'étendra du 11 au 21 septembre.
- Le premier tour se déroulera du 16 au 22 octobre.
- Le dépouillement des résultats du premier tour interviendra le 23 octobre.
- Une fenêtre de retrait des candidatures sera ouverte entre les deux tours.
- Le second tour se déroulera du 17 au 26 novembre.
- Le dépouillement des résultats du second tour interviendra le 27 novembre.

En raison de nouvelles dispositions réglementaires, le règlement électoral gagne en consistance par rapport à 2019. Le système de vote sera audité par un expert indépendant afin de vérifier que le dispositif garantit un vote en confiance. Il conviendra par ailleurs de concilier l'arrêté du 3 novembre 2005 fixant la procédure des élections en CME avec le décret du 14 novembre 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre du vote électronique pour l'élection des représentants du personnel de la fonction publique hospitalière. En conséquence, douze bureaux de vote électronique locaux s'organiseront (six pour les CMEL, cinq pour les CCM et un pour la CME). Pour chacun d'eux, un électeur tiré au sort interviendra en tant que scrutateur. Ces bureaux jouent un rôle d'observateur – taux de vote, listes d'émargement, etc. En complément, un bureau centralisateur opérera un scellement du système avant l'ouverture et à la clôture du vote. Il procédera également au dépouillement des voix, sous le contrôle d'une commission *ad hoc*.

Chaque bureau de vote local comptera un président, un secrétaire et un scrutateur. Le bureau de vote électronique centralisateur, pour sa part, sera constitué d'un président, d'un secrétaire et des douze scrutateurs des bureaux de vote locaux. Le bureau centralisateur sera dépositaire des clés de chiffrement permettant le scellement et le dépouillement du système.

Pour procéder au dépouillement, le bureau centralisateur sera assisté du PCME sortant, du directeur général – ou de son représentant – et de deux assesseurs tirés au sort parmi les candidats.

Le calendrier des opérations de dépouillement est le suivant :

- Le tirage au sort des scrutateurs se tiendra le 11 septembre ;
- Une session de formation à distance et en présentiel des scrutateurs s'organisera le 15 septembre ;
- Les deux représentants des candidats membres de la commission de dépouillement seront tirés au sort le 2 octobre, à l'issue du dépôt des candidatures ;
- Le scellement avant l'ouverture du premier tour interviendra le 13 octobre à 10 heures, en présence du président du bureau de vote centralisateur et d'un scrutateur *a minima* ;
- Le scellement à la clôture du premier tour interviendra le 23 octobre avant le dépouillement, en présence du président du bureau de vote centralisateur et de la commission de dépouillement – qui requiert deux scrutateurs *a minima*.

La procédure de scellement et de dépouillage sera similaire pour le second tour.

Un plan de communication a été bâti afin de faire connaître les dates des élections et inciter le personnel médical à se porter candidat. Le dispositif vise également à intéresser au scrutin en vue d'améliorer le taux de participation (qui s'élevait à 38,4 % au premier tour en 2019). Une rubrique dédiée contenant une foire aux questions (FAQ) sera mise en ligne dès la mi-juillet. Un affichage sera réalisé à partir de la fin du mois pour susciter les candidatures. En septembre, l'AP-HP publiera des actualités régulières et procédera à un affichage sur les dates des élections.

Le Dr Patrick PELLOUX relève que les praticiens libéraux pourront participer aux élections. Il demande si les médecins affectés à la permanence de soins du service d'accès aux soins (SAs) pourront se présenter. Constatant un entrisme de *SOS médecins* au sein des différentes instances du Conseil de l'Ordre, il souhaite savoir si un tel phénomène pourrait également se produire à l'AP-HP.

Le Pr Bernard GRANGER s'enquiert du nombre de praticiens exerçant à titre libéral actuellement présents à l'AP-HP. Ce statut se développe à plusieurs endroits, poussé par l'agence régionale de santé (ARS). Les praticiens concernés bénéficient des avantages du privé et du public, sans supporter les inconvénients de l'un et de l'autre. *A priori*, l'AP-HP accueille peu de praticiens sous ce statut.

M. Kevin MARCOMBE précise que seuls les professionnels libéraux présents moins trois demi-journées par semaine et ayant signé une convention d'exercice libéral avec l'AP-HP sont concernés. Une trentaine de conventions ont été conclues. Le recensement précis est en cours. Ces praticiens pourront voter, mais ne pourront pas se présenter.

Le D^r Emmanuel BUI-QUOC demande si des recours ou des incidents ont déjà été enregistrés lors de précédentes élections de la CME. Il s'enquiert par ailleurs des conséquences si les scrutateurs tirés au sort ne répondent pas ou refusent de participer au protocole électoral.

M. Julien GALLAUD indique que le décret de 2017 prévoit qu'au moins un scrutateur soit présent pour sceller le système de vote et au moins deux pour dépouiller les résultats. Il conviendra de vérifier que cette quotité minimale sera respectée.

M. Kévin MARCOMBE ajoute que des recours ont eu lieu en Guadeloupe contre des élections de CME. Ces précédents ont conduit le législateur à renforcer le cadre réglementaire.

Le P^r Claire POYART sollicite un point sur le calendrier des élections des CMEL locales et de la CME centrale. En 2019, les scrutins des commissions locales s'étaient tenus avant Noël tandis que le scrutin de la commission centrale avait eu lieu en janvier.

M. Julien GALLAUD indique que ce principe demeure. Selon les CHU, les mandats des CME locales s'échelonnent entre le 5 et le 17 décembre 2023. Les scrutins pourront se tenir avant le 20 décembre en vue d'une élection de la CME centrale le 9 janvier 2024.

Le P^r Bertrand GODEAU demande si les dates des élections sont laissées à la discrétion des CME locales.

M. Julien GALLAUD répond positivement. Les CME locales pourront être réunies à l'échéance des mandats en cours et avant le 22 décembre inclus.

4. Information sur le renouvellement des directeurs médicaux des départements médico-universitaires (DMU) (P^r Catherine PAUGAM)

Le P^r Catherine PAUGAM rappelle que des réflexions ont été menées dans les GHU entre février et avril 2023 sur les périmètres. Ces travaux ont fait l'objet de présentation en directoire, en CME et en comté social d'établissement (CSE) central. Si le nombre de DMU reste strictement identique (80), 35 % connaissent une modification de leur périmètre, de leur contenu ou de leur organisation.

Les candidats à la direction médicale de chaque DMU ont été auditionnés en juin par les gouvernances locales. Les GHU ont ensuite remonté leurs propositions à la gouvernance centrale. Une réunion de concertation s'est tenue le 3 juillet entre le directeur général, le président de la CME et le président de la conférence des doyens d'Île-de-France en vue de statuer sur les candidatures. Les listes nominatives ont été partagées avec les membres de la CME.

La part des hommes et des femmes évolue peu entre la première et la deuxième mandature, les directions médicales de DMU passant de 22 femmes et 58 hommes à 23 femmes et 57 hommes. On dénombre 65 DHU – contre 71 lors de la précédente mandature –, dont 11 à 12 femmes – contre 17. Le nombre de personnes cumulant une direction médicale de DMU et une chefferie de service se réduit même si 68 personnes sont encore concernées. Au total, 48 directeurs médicaux de DMU sont renouvelés dans un second mandat.

Plusieurs propositions définissent dès à présent un mandat en deux temps, incluant trois hommes et une femme lors d'une première partie de mandat puis trois femmes et un homme. Cinq

fonctionnements en binômes paritaires ont été proposés (un à Saclay et à quatre sur Nord). Il est précisé que les binômes partagent la totalité des responsabilités et des compétences de directeur médical de DMU. Afin d'assurer la régularité du collège, un seul membre sera retenu pour élire les représentants des directeurs médicaux de DMU à la CME. La prime de direction médicale de DMU sera partagée.

Un document d'aide à la rédaction de la charte de fonctionnement au sein des DMU a été rédigé. Une attention particulière doit être portée à l'élaboration de ces chartes. Il conviendra notamment de s'assurer que la totalité du collectif du DMU puisse s'emparer du sujet. Les travaux pourront débuter après la nomination et la constitution de l'exécutif du DMU. Toutes les chartes sont attendues le 15 octobre. La charte décrira, entre autres choses, les circuits de décision au sein du DMU. Les décisions institutionnelles devant faire l'objet d'un circuit localisé dans les services devront figurer dans le document. La charte de fonctionnement du quotidien des équipes tiendra également compte des évolutions emportées par le « levier 17 » s'agissant de l'articulation entre le DMU et les services qui le constituent. Sont notamment visés : la simplification des procédures de recrutement paramédical, l'absence d'entretiens en doublons et l'association systématique des cadres de proximité à ces embauches, la possibilité pour les services de décider à leur niveau et sans validation de l'opportunité d'utiliser un poste non pourvu et prévu dans le tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER) annuel pour recruter un renfort temporaire, ou encore la mise en place dans chaque service d'un budget « vie de service » permettant de financer, par exemple, des événements de cohésion au sein du service ou l'achat de petits équipements n'entrant pas dans les catalogues. Cette enveloppe est fixée à 2 000 € par service et sera versée à compter de mars 2024.

Le Pr Catherine PAUGAM appelle à la vigilance pour qu'exécutif, chefs de service et cadres, s'accordent lors de l'élaboration de la charte sur la répartition des compétences et sur les processus décisionnels en vigueur au sein de leur DMU.

Le Dr Diane BOUVRY évoque les difficultés rencontrées pour inciter les femmes à prendre des postes à responsabilité. En conséquence, les femmes ne représentent que 25 % des directeurs de DMU nommés. Cet indicateur évolue peu, alors même que les médecins sont majoritairement des femmes. Elle estime que des freins structurels auraient pu être levés au cours de la campagne en accentuant la publicité, notamment auprès des praticiens hospitaliers (PH). Elle regrette également que le cumul n'ait pas été plus restreint. En effet, il a été autorisé sous réserve de prendre un adjoint à la chefferie de service. Elle estime qu'une plus grande restriction en la matière aurait favorisé la parité. Enfin, elle constate la faible utilisation de la possibilité de co-directions, qui aide à s'investir dans la prise de responsabilité. Les rares co-directions (5 au total) décidées sont paritaires (femmes/hommes et praticien hospitalier/hospitalo-universitaire). Pour la majorité des DMU, la fonction de direction a été attribuée à un homme (75 %) ; en revanche, 75% des adjoints sont des femmes. Ce taux laisse voir que les femmes seraient en mesure de prendre des responsabilités au sein des DMU. Par ailleurs, si la fonction de co-direction permet un partage de la prime de directeur de DMU entre les deux co-directeurs, ce n'est pas le cas de celle d'adjoint ou d'adjointe, la prime revenant exclusivement aux directeurs de DMU dans ce cas.

Le Dr Valéry TROSINI-DÉSERT souscrit à ces propos. La parité et le renouvellement des DMU ont été évoqués à plusieurs reprises en CME. Pourtant, les constats demeurent. Au regard de l'issue de la campagne de nomination, elle souhaite que soient soumises au vote les propositions de cumul et de renouvellement. Ce sujet d'importance mérite de recueillir l'avis des élus de la CME centrale.

L'inscription d'un vote sur ces deux points lors d'une prochaine réunion de la commission serait de nature à impulser une réelle dynamique de changement.

Le président comprend le désarroi exprimé face à ces constats. En effet, si le nombre de femmes s'accroît parmi les adjoints, celui-ci n'évolue pas pour les postes de directeurs. Selon le président, un vote de la CME ne changerait pas la situation de manière drastique étant donné qu'elle n'est pas décisionnaire mais permettrait d'envoyer un signal fort.

Le P^r Claire POYART indique avoir contacté des candidates potentielles au poste afin de susciter des vocations féminines. Elle constate toutefois un réel frein à cette prise de responsabilité. Le franchissement du plafond de verre reste difficile. La nomination de femmes adjointes ou coordinatrices est positive. Compte tenu de la démographie des effectifs et de la place grandissante des femmes parmi les PH et les PU-PH, l'AP-HP parviendra, un jour, à la parité parmi les directeurs de DMU.

Le P^r Bernard GRANGER constate que les incitations ne produisent pas de résultats. Des obligations paraissent impératives pour que des femmes deviennent directrices de DMU. Les chartes et les incitations relèvent du droit « mou » et n'emportent aucune valeur juridique. Un vote en CME n'a, lui non plus, aucune valeur. Il convient d'élaborer des règles opposables dans le règlement intérieur. Il appelle l'AP-HP à être pro-active et progressiste en la matière. Un projet de loi en discussion au Parlement vise à imposer progressivement la parité dans les chefferies de service. Cette contrainte paraît incontournable pour parvenir à cet objectif. Par ailleurs, si le non-cumul progresse légèrement, les chefs de service restent prépondérants dans les directions médicales de DMU.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si les codirections sont une manière de résoudre un conflit au sein d'une direction de DMU. Il semble acquis que certaines codirections poseront des difficultés.

Le P^r Bahram BODAGHI souligne avoir échangé avec plusieurs directeurs de DMU qui n'avaient pas connaissance de la charte. Si ce dispositif constitue un pas en avant, il regrette cependant que la charte ne soit introduite qu'après l'élection des directions de DMU. En principe, le directeur de DMU engage les chefs de service dans son projet et cherche à recueillir la signature de tous pour pouvoir l'engager. Par ailleurs, il indique s'être fait interpellé, au cours de la mandature écoulée, par plusieurs chefs de service au sujet des « enveloppes Ségur » des DMU, qui ont l'objet de peu de publicité auprès de ces populations. Une transparence sur les moyens est impérative pour que les DMU gagnent en attractivité et pour faire en sorte que les chefs de service se reconnaissent dans ces structures.

Le P^r Yann PARC observe que les taux de participation restent inférieurs à 50 %. Dans le même temps, plus de la moitié des directeurs de DMU sont renouvelés dans leurs fonctions. Le plus souvent, personne ne souhaite prendre ces responsabilités et participer aux décisions collectives. Ce constat paraît tout à fait inquiétant. Il appelle à parvenir à la parité, mais aussi à redonner envie de s'engager dans le commun.

Le D^r Sonia CERCEAU estime que la hiérarchie hospitalière complexifie le positionnement des praticiens hospitaliers – hommes ou femmes – en tant que directeur de DMU. En tout état de cause, il est difficile pour un PH d'être positionné au-dessus d'un PU-PH.

Le président estime qu'une question de légitimité se pose pour un directeur médical de DMU qui n'occuperait pas un poste de chef de service. L'enjeu consiste aussi à promouvoir l'idée que la chefferie de service n'est pas un poste à vie et qu'elle doit être davantage accessible aux femmes. Un signal fort est impératif pour parvenir à avancer sur ce volet.

Le D^r Sonia CERCEAU souligne que la direction médicale de DMU est limitée à deux mandats. De fait, un important renouvellement devrait intervenir à l'issue de cette mandature. Elle regrette que les autres mandats universitaires et hospitaliers n'appliquent pas ce principe. Davantage de personnes pourraient ainsi accéder aux postes à responsabilités.

En réponse à une précédente question, **le P^r Jean-Claude CAREL** indique que les co-directions ne sont pas assurées par des personnes en conflit. Au contraire, ces binômes se sont choisis, s'entendent et sont complémentaires d'un point de vue métier (santé publique et pharmacie à usage intérieur [PUI], urgentiste et gériatre, par exemple).

Le P^r Claire POYART rappelle que les directeurs médicaux de DMU ne sont pas élus, mais nommés. En tant que présidente de CMEL, elle a participé à toutes les auditions des futurs directeurs et futures directrices de DMU sur le GHU AP-HP-Centre. Les éléments contenus dans la charte ont été évoqués lors des échanges (communication du projet aux chefs de service, gestion du management, etc.). La charte a ainsi été prise en compte dans les auditions. Son respect constituait une condition *sine qua non* à toute nomination.

Le D^r Patrick PELLOUX invite l'AP-HP à s'interroger sur les raisons pour lesquelles beaucoup de professionnels ne souhaitent pas s'engager sur les postes de direction de DMU. La charge de travail et l'absence de culture du partage du travail semblent en cause. Le chef de service a toujours été perçu comme le responsable de l'ensemble du fonctionnement. En outre, la bienveillance demeure insuffisante pour inciter à la prise de responsabilités. Cette démarche reste difficile. La charte et la pédagogie peuvent faire évoluer les mentalités. Des changements rapides semblent impératifs, sous peine que les meilleurs éléments refusent de s'engager pour éviter toute difficulté.

Le P^r Bernard GRANGER estime que l'utilité des DMU est interrogée. Il faudrait organiser une consultation de l'ensemble du corps médical sur ce sujet. En les supprimant, l'AP-HP s'engagerait dans une simplification bienvenue de son organisation.

Le D^r François SALACHAS suppose que des candidats potentiels à la direction de DMU ne perçoivent pas l'intérêt de cette structure supplémentaire dans la prise de décisions ou n'approuvent pas la nomination de directeurs médicaux par les directeurs administratifs. Une candidate dont le dépôt du dossier avait été refusé sera finalement directrice médicale de DMU, sans avoir été auditionnée. Ces situations témoignent d'un management administratif inadmissible. Des postes sont à pourvoir depuis plusieurs mois. Le D^r François SALACHAS évoque un poste d'orthophoniste vacant depuis un an. Une candidate attend une réponse définitive depuis plus de deux mois. Le cadre paramédical de DMU explique qu'il ne peut pas lui apporter de visibilité à ce stade, car la décision sera prise au regard du TPER. Il souhaite savoir si cette situation est du fait du cadre paramédical de DMU, de la direction des ressources humaines ou du contrôleur de gestion. Quoi qu'il arrive, ces procédures sont extrêmement préjudiciables à l'attractivité de l'AP-HP et à l'élan voulu par le directeur général.

Le directeur général indique qu'à partir de 2024, le TPER de chaque service sera fixé chaque année. Dès lors, l'opportunité d'un recrutement respectant le TPER annuel n'aura plus à faire l'objet de discussions d'opportunité. Si un poste vacant est inscrit, l'embauche pourra avoir lieu sans validation complémentaire. Il sera également possible, sur décision du service, de transformer un poste dans le respect de certaines règles précises. Le guide pour l'élaboration des chartes de DMU a largement circulé ; il est connu de la grande majorité des futurs directeurs de DMU. En tout état de cause, chacun pourra s'en saisir dès sa prise de fonctions. L'objectif est qu'un travail collectif s'engage entre le directeur DMU et les responsables de service pour que les départements fonctionnent mieux que lors de la première mandature et qu'ils puissent se doter collectivement de règles de fonctionnement claires portant, par exemple, sur la répartition des enveloppes de recherche et d'achat de petits équipements. La réussite du projet suppose que les DMU disposent d'une visibilité pluriannuelle. Souvent, le gabarit des enveloppes impose une programmation et une rotation entre services. Grâce à une projection pluriannuelle, la répartition des crédits sera facilitée

Le directeur général partage par ailleurs la déception exprimée quant à l'absence de parité au sein des directions de DMU. Un courrier, rédigé avec le doyen Riou et le président de la CME, avait été adressé aux gouvernances locales afin de les inviter à tendre vers la parité. Le directeur général assure qu'il n'a aucun doute quant au fait que les gouvernances des GHU ont tout fait pour accroître la part de femmes sur ces postes. Si la parité fonctionne sur les listes électorales, elle reste plus difficile à atteindre sur les nominations individuelles. Le directeur général n'exclut pas que l'AP-HP se dote de règles plus strictes à l'avenir. Plus largement, l'enjeu est de susciter l'envie d'accéder à la direction de DMU, ces structures n'ayant pas encore pleinement trouvé leur place. Enfin, la parité sur les postes de DMU suppose d'avoir progressé dans la même direction pour les chefferies de service car si ce n'est pas un pré-requis indispensable, l'expérience montre que cela peut être un élément favorable en termes de crédibilité dans le positionnement vis-à-vis des chefs de service. En tout état de cause, les nominations de femmes aux postes de responsabilité feront l'objet d'une vigilance accrue dans les prochains mois et années. Le directeur général anticipe qu'au moins 50 % des directeurs de DMU seront renouvelés lors de la troisième mandature et espère que ces changements permettront de parvenir à la parité.

Le président souligne que le sujet doit être traité dès à présent sans attendre l'approche de l'échéance des nouveaux mandats car il sera alors à nouveau trop tard.

Le P^r Catherine PAUGAM indique que des candidates potentielles ont renoncé à manifester leur intérêt pour le poste en raison du renouvellement annoncé d'une personne bien installée.

Le D^r Valéry TROSINI-DÉSERT confirme que, le fait que des personnes en poste se représentent a bloqué certaines opportunités.

Le directeur général rappelle que 50 % des directeurs médicaux de DMU « seulement » ont été renouvelés. Aucun progrès manifeste en matière de parité n'est observé quand un changement de titulaire a eu lieu. Si le directeur général partage l'analyse du P^r Catherine PAUGAM, cette explication ne saurait être la seule.

Le P^r Catherine PAUGAM ajoute que des hommes PU-PH ont également renoncé en voyant une candidature en renouvellement.

Le P^r Jacques DURANTEAU salue le travail réalisé sur la charte et les attendus vis-à-vis des candidats quant à l'attention portée aux relations entre le DMU et les services et au respect des praticiens. Le GHU Paris-Saclay a particulièrement insisté sur ces éléments. Ces exigences ont favorisé les directeurs de DMU attachés à créer du lien et à aider les services plutôt qu'à les diriger. L'enjeu est désormais de donner envie à chacun de prendre des responsabilités et de les assumer. Les chefs de service doivent avoir les moyens d'exercer leur fonction et les directeurs de DMU doivent avoir les moyens de faire comprendre la réalité et l'intérêt de la structure. Les différentes enveloppes redistribuées sont autant d'outils de management de nature à inciter les professionnels à prendre des responsabilités, s'ils savent qu'ils disposeront de moyens d'action. Les 30 leviers fournissent des armes pour faciliter le management, pour un homme comme pour une femme. Pour autant, si des PU-PH souhaitent devenir chefs de service, peu envisagent de prendre des fonctions de directeur de DMU. La fonction ne crée toujours pas d'engouement. Il convient de donner les moyens à ces professionnels de s'engager et de s'investir dans ces structures.

Le P^r Bahram BODAGHI demande si les postes de directeurs adjoints seront rémunérés.

Le D^r Sonia CERCEAU insiste sur le fait que la limitation du nombre de mandats doit être étudiée dans toutes les institutions hospitalières pour favoriser la mobilité et faire émerger de nouvelles personnes dans les postes à responsabilité.

Le P^r Bertrand GODEAU distingue la situation des chefs de service et des directeurs de DMU. Il s'oppose formellement à la limitation du nombre de mandats de chef de service, car quinze ans sont nécessaires pour créer une école. Il est ensuite possible de se retirer de la fonction, sans attendre de partir à la retraite. Le poste de directeur de DMU est différent en ce qu'il reste ingrat, complexe et suppose un investissement complet pour l'ensemble de l'institution, au-delà du service. Une certaine légitimité est requise pour assumer une telle fonction qui nécessite, par exemple, que les chefs de service acceptent de ne pas prendre leurs décisions de manière isolée. Imposer à la direction d'un DMU une personne qui n'est pas reconnue par ses pairs n'apparaît donc pas opportun. De même, il n'est pas souhaitable de demander à un professionnel jeune, en pleine phase de production scientifique, d'assumer des fonctions de directeur de DMU.

Le D^r Sonia CERCEAU estime que la chefferie de service n'est pas l'unique moyen de s'investir et d'accompagner les équipes d'un service. Surtout, il est possible de porter la limite à trois ou quatre mandats pour permettre aux chefs de service de réaliser des projets dans le temps. L'enjeu est de ne pas maintenir des personnes à ce poste jusqu'à leur retraite, sous peine de voir partir des praticiens qui ne voient pas de perspectives d'évolution.

Le président constate que peu de chefs de service abandonnent ce poste avant leur retraite. Des évolutions progressives sont néanmoins observées parmi les jeunes générations qui comprennent qu'il ne s'agit pas d'une fonction *ad vitam*. Une souplesse paraît nécessaire, lorsqu'aucun candidat potentiel n'est identifié dans un service, par exemple.

Le directeur général rappelle par ailleurs que le versement d'une prime doit être encadré par un texte. Or, les textes ne connaissent pas les adjoints de DMU. Les co-directeurs de DMU, pour leur part, se partagent la prime.

Le président rappelle que le sujet est présenté à la CME pour information. La signature de nominations revient au directeur général, au PCME et au vice-président doyen. Les décisions seront entérinées rapidement après cette CME.

Il est rappelé qu'en cas de codirection, un seul co-directeur ne peut être inscrit sur la liste des électeurs du collège des directeurs de DMU. Cette disposition juridique s'impose. L'arrêté de nomination mentionnera la personne inscrite.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite savoir comment s'organise la fin de mandature des présidents de CMEL devenus directeurs de DMU.

Le président informe que le P^r Jacques DURANTEAU, qui a été nommé directeur de DMU quitte, *de facto*, ses fonctions de président de CMEL.

Le P^r Jacques DURANTEAU confirme qu'il se doit de démissionner de cette fonction. Il précise avoir proposé à la CMEL de poursuivre son mandat jusqu'à son terme si les membres de la commission s'exprimaient formellement en ce sens. Il aurait alors temporairement délégué à son adjoint la direction du DMU. Néanmoins, dans un souci de simplicité, il choisit d'abandonner la présidence de la CMEL.

Le P^r Catherine PAUGAM indique que cette décision est prise en application du droit.

Le président observe qu'il s'agit donc de la dernière réunion de la CME à laquelle participe le P^r Jacques DURANTEAU. Il le remercie chaleureusement pour son investissement soutenu dans la vie de son GHU et celle de l'AP-HP.

Le P^r Jacques DURANTEAU fait part du plaisir et de l'honneur qu'il a eu à représenter la CMEL du GHU Paris-Saclay et à avoir participé à faire avancer l'institution. Le rôle du président de CMEL est extrêmement important.

Le président indique que tous les membres du collège des directeurs de DMU sont reconduits et continueront de siéger jusqu'à la fin de la mandature, à l'exception du P^r René ADAM, qui sera remplacé par le P^r Jean-Marie JOUANNIC, premier suppléant sur la liste des représentants des directeurs de DMU issue des dernières élections. Par ailleurs, le P^r Hubert DUCOU LE POINTE est nommé directeur de DMU et quitte donc le collège des titulaires HU médecins. Le président le remercie pour son travail au sein de la CME et en tant que président de la sous-commission *Numérique*.

Le P^r Hubert Ducou LE POINTE remercie les membres de la CME et annonce avoir contacté trois personnes pour lui succéder à la présidence de la sous-commission.

Le président annonce que le P^r Hubert DUCOU LE POINTE sera remplacé par le P^r Zahir AMOURA au sein de la CME. Il remercie ensuite le P^r René ADAM pour son travail collectif en faveur de la communauté médicale de l'AP-HP, pour son sérieux et pour son abnégation.

Le P^r René ADAM fait part de l'honneur et du plaisir qu'il a eu à exercer au sein de l'AP-HP et à contribuer à l'activité de l'Institution depuis 35 ans.

Le D^r Cyril CHARRON remercie le P^r Jacques DURANTEAU pour son implication dans la CME et regrette que le calendrier des élections mette ainsi en difficulté le GHU. En effet, en plein process de certification, le GHU Paris-Saclay se trouve sans président de CMEL. L'élection des directeurs de DMU avant celle des présidents de la CMEL pose également une difficulté, car le président ne participe pas à la nomination des directeurs avec lesquels il doit travailler au quotidien.

Le directeur général observe que le P^r Jacques DURANTEAU pourrait ne prendre ses fonctions de directeur de DMU qu'à l'issue de son mandat de président de la CMEL.

Le P^r Catherine PAUGAM précise que, si tel devait être le cas, la personne qui assurerait transitoirement la direction du DMU siègerait en CME au sein du collège des directeurs de DMU.

Le D^r Cyril CHARRON précise que ses propos étaient d'ordre général.

Le P^r Catherine PAUGAM propose de revoir progressivement les process et le calendrier pour gagner en cohérence et ne pas avoir à adapter la composition des instances pour quelques mois.

Le P^r Bernard GRANGER relève que le règlement de la CME centrale prévoit qu'au moins un radiologue et un psychiatre figurent parmi les huit membres du collège des PU-PH. Avec le départ du P^r Hubert DUCOU LE POINTE, le collège ne compte plus aucun radiologue

5. Suivi des « 30 leviers pour agir ensemble »

• « Levier 14 » : « Favoriser la cohésion dans les services » (M. Nicolas REVEL, M^{me} Laetitia BUFFET)

M^{me} Laetitia BUFFET rappelle que les « 30 leviers » mettent l'accent sur les recrutements. Plusieurs actions ont été menées sur ce volet. L'enjeu est ensuite de conserver les nouveaux embauchés. Le pourcentage de professionnels toujours présents au sein de l'AP-HP après trois ans est un indicateur particulièrement suivi. En l'occurrence, ce taux décroît au cours des dernières années.

Plusieurs facteurs de fidélisation ont été identifiés : redonner du temps, proposer des appels à projets, proposer des horaires innovants, etc. Les enquêtes de sortie mettent également en évidence un sujet d'ambiance, souvent évoqué parmi les profils les plus jeunes. Au cours des dernières années, les 35 enquêtes consacrées à la qualité de vie et aux conditions de travail ont permis de récolter les retours de plus de 1 600 répondants. Ces réponses mettent en évidence les attentes des professionnels quant à un fonctionnement fluide et participatif. En effet, 50 % des répondants considèrent que les dysfonctionnements identifiés au sein d'un service sont insuffisamment relayés et analysés. En outre, 37 % ont le sentiment que leurs idées et avis mériteraient d'être davantage pris en compte dans les choix stratégiques et organisationnels du service. Ces ressentis sont particulièrement forts parmi les jeunes infirmiers et infirmières.

Plusieurs services ont mis en place des solutions concrètes pour améliorer la cohésion. Trois types de cohésion sont visés : personnel médical et personnel non-médical ; équipe de jour et équipe de nuit ; au sein de l'équipe médicale. Diverses bonnes pratiques ont été identifiées et partagées lors des discussions sur les « 30 leviers ». Parmi elles, **M^{me} Laetitia BUFFET** cite tout d'abord l'organisation de temps d'échanges réguliers pour identifier les difficultés du quotidien et trouver des solutions partagées. Les espaces de dialogue sur le travail s'inscrivent dans cette logique. Ils permettent, notamment, d'associer l'ensemble des personnels médicaux (PM) et non

médicaux (PNM) dans l'analyse des dysfonctionnements du service. Les temps de formation conjoints entre personnels médicaux et paramédicaux sont également évoqués. En la matière, la simulation *in situ* est tout particulièrement plébiscitée. Plusieurs « points de passages » quotidiens sont aussi utiles pour améliorer la cohésion. Tel est le cas, par exemple, de la participation conjointe des PM et PNM aux staffs cliniques. La cohésion au sein des équipes médicales suppose, d'une part, d'identifier les missions non-cliniques des différents membres de l'équipe, et d'autre part, de sanctuariser dans l'organisation les temps non-cliniques de chacun.

Enfin, **M^{me} Laetitia BUFFET** souligne les nombreuses bonnes pratiques existant pour assurer la cohésion entre les équipes de jour et de nuit. Compte tenu de la vacance constatée sur les postes de cadres, il peut être difficile pour les cadres de jour de travailler sur ce volet. Au-delà des initiatives déployées, les services peuvent mobiliser le « fond APRÈS » et la prime d'engagement collectif, notamment. Des actions intéressantes existent : elles doivent être diffusées pour fidéliser les professionnels, notamment paramédicaux.

Le sujet sera mis en avant en septembre et octobre 2023. L'objectif n'est pas de fournir un canevas prescriptif, mais d'impulser un mouvement et d'inviter les équipes à se saisir des bonnes pratiques pour améliorer les organisations. La démarche est cohérente avec le guide d'élaboration du projet de service, qui comprend un volet sur le projet managérial. Des réunions de lancement se tiendront à la rentrée dans tous les GHU et à l'échelle des sites afin que les services qui se sont emparés de bonnes pratiques partagent leur expérience et les apports de ces actions. Des référents seront identifiés pour accompagner la démarche et diffuser les outils existants.

Le budget « vie du service » a vocation à faciliter l'organisation d'événements de cohésion.

Un appel à candidatures a été lancé le 30 juin pour sélectionner une trentaine de services pilotes dans le déploiement d'espaces de dialogue sur le travail. Une première salve de services est visée à la fin de l'année avant un nouvel appel à candidatures fin 2023. Les services volontaires seront formés à ces méthodes et accompagnés dans leur mise en œuvre. Le dispositif se poursuivra année après année.

Parmi les leviers d'accompagnement, **M^{me} Laetitia BUFFET** cite la formation en central des nouveaux chefs de service et l'expérimentation de nouvelles formules d'accompagnement des binômes cadre - chef de service. Des expérimentations sont ainsi en cours auprès de seize binômes.

Conformément aux « 30 leviers », un baromètre social sera diffusé au mois d'octobre. Les « 30 leviers » prévoient également l'organisation d'échanges annuels sur les enjeux managériaux du service. L'attention portée à la cohésion dans les services prend une place grandissante dans les procédures de nomination et de renouvellement des chefs de service ainsi que dans la formation initiale et continue des cadres.

Le président souligne l'importance du binôme chef de service – cadre de santé dans l'animation de l'équipe. Pour ce faire, le binôme doit disposer de marges de manœuvre et s'assurer que l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux participent aux décisions qui concernent l'organisation du service. Il estime que l'ambiance au sein d'un service dépend fortement de la capacité du binôme à animer l'équipe. Elle est aussi un facteur important de l'attractivité du service. Si les chiffres sur le recrutement des infirmiers sont encourageants, il convient encore de ralentir le rythme des

départs. L'atteinte de cet objectif implique de réussir à créer des ambiances de travail favorisant les embauches et la fidélisation.

Le D^r Sonia CERCEAU estime qu'il est utile de se servir des boîtes à outils développées par d'autres services. Aussi, elle regrette qu'il n'existe pas d'endroit centralisé où trouver ces éléments. De même, si les lauréats du « fonds APRÈS » sont visibles sur les plateformes les lauréats, aucune indication n'est donnée sur les apports réels de ce qui a été proposé.

Le D^r Sonia CERCEAU rappelle que le 3 juillet, les hôpitaux ont connu une grève sur deux thèmes : la baisse de la rémunération de la permanence des soins annoncée pour la rentrée et les classements Ségur. Sur ce dernier point, elle observe que les nouveaux praticiens entrent sur un échelon 4 alors que ceux déjà positionnés n'ont pas été reclassés. De fait, ces derniers perçoivent parfois un salaire moindre que les nouveaux entrants. Si l'ambiance au sein des services est importante, le salaire l'est aussi, notamment en région parisienne. La mobilisation a été forte lors de la grève. Pourtant, l'événement n'a pas été relayé en CME.

Le D^r Patrick PELLOUX partage ces propos et salue le travail mené. Il estime que l'accompagnement des personnels dans le travail de nuit et dans l'alternance jour/nuit reste insuffisant. La fondation Rothschild a mis en place une conciergerie afin de faciliter le quotidien matériel de ses personnels. Les services à garde sont tout particulièrement concernés par les enjeux d'alternance de rythmes. Les conséquences sur l'espérance de vie et les maladies chroniques ont été démontrées. Une réflexion paraît nécessaire sur le sujet.

Le président évoque les difficultés rencontrées pour recruter du personnel paramédical et des infirmiers de nuit. De ce fait, dans plusieurs hôpitaux, les embauches s'effectuent sur la base d'alternances jours/nuits.

Le D^r Christophe TRIVALLE indique que l'hôpital Paul-Brousse compte un seul cadre de nuit, contre huit auparavant. Dans ces conditions, il est demandé aux cadres de jour de travailler la nuit. Ce fonctionnement accroît le risque de départs. Des solutions doivent être trouvées, *via* des appels à projets, par exemple. Le D^r Christophe TRIVALLE appelle au retour des cadres dans les unités de soins, auprès des infirmières et des aides-soignantes.

Le D^r Brigitte SOUDRIE constate que l'espace de dialogue sur le travail (ÉDT) a été expérimenté il y a un an dans son service et permet de libérer la parole. Une personne est dédiée à la coordination de cet espace de discussion. Si cette mission est parfois difficile, elle est néanmoins impérative. Du management de la direction jusqu'à la présence d'agents toxiques dans l'équipe, les causes de mauvaise ambiance sont variées. Les services ne sont pas toujours aidés pour gérer ces situations.

Le directeur général remercie les membres de la CME pour leurs marques d'intérêt sur cette démarche. Le bon fonctionnement d'une équipe peut toujours s'améliorer : aucune fatalité n'existe en la matière. Au-delà du recrutement et de la fidélisation, il est important à titre individuel que chaque professionnel se sente bien au travail. Il convient de capitaliser sur l'existant pour s'améliorer sur ces aspects, dans tous les secteurs.

Le directeur général estime que même si le déploiement d'une plateforme peut être envisagé pour mettre en commun les actions en place, les échanges doivent être privilégiés, car il s'agit du seul

moyen de déclencher l'envie de mettre en œuvre des actions inspirées d'expériences observées dans d'autres équipes. L'enjeu est bien qu'un maximum de professionnels se forme aux ÉDT. Le dispositif s'adapte ensuite à chaque équipe.

Le directeur général confirme que des réflexions sont nécessaires sur l'accompagnement des équipes de nuit. Il rencontrera les cadres de nuit fin 2023 ou début 2024 pour discuter de ces sujets. Selon toute vraisemblance, le dispositif de valorisation des gardes et des astreintes sera pérennisé au-delà de la rentrée.

Le D^r François SALACHAS soulève l'importance de s'intéresser au dialogue dans les équipes. Le management au sein de l'AP-HP a longtemps été mis en cause, les personnels médicaux étant soupçonnés de malveillance vis-à-vis des personnels paramédicaux. Pour avancer, il convient de prendre conscience de cet état initial. Le dialogue au travail doit permettre aux équipes d'aller mieux pour mieux s'occuper des patients. Pour autant, le bien-être des professionnels n'a pas toujours un impact sur la qualité des soins. Si ce bien-être est très important, il ne constitue pas la finalité. Il lui semble que l'enjeu majeur est de prendre en compte la composante « soignant » et de redonner du sens au travail grâce au management des paramédicaux et des médecins. Cet aspect mérite de figurer dans les objectifs.

• « **Levier 25 : Plan d'action « Simplifier et accélérer la réalisation des projets de recherche : l'excellence opérationnelle de nos organisations » (M. Milan LAZAREVIC)**

M. Milan LAZAREVIC rappelle qu'un plan d'action déclinant le « levier 25 » a été présenté à l'ensemble de la communauté hospitalière à la fin du mois de juin.

La recherche est l'une des missions d'un CHU, mais elle est aussi un facteur d'attractivité pour tous les professionnels hospitaliers. Cette activité fait l'objet de fortes attentes en matière de simplification, de lisibilité et de visibilité des organisations.

Le levier 25 a pour objectif de réduire les délais d'instruction et de contractualisation des projets à promotion AP-HP ou externe. Il interroge par ailleurs les processus afin d'identifier les actions permettant d'améliorer l'accompagnement et les conditions de réalisation des projets de recherche. Une concertation s'est ouverte en début d'année sur ces enjeux. Une quarantaine d'entretiens ont ainsi été réalisés avec les responsables d'unités de recherche clinique et les porteurs de projets proposés par les GHU. Ces échanges visaient à approfondir les sujets et à identifier les freins et les solutions pouvant être mises en œuvre pour améliorer les différents processus.

Le plan d'action issu de ces travaux est aujourd'hui ouvert à une concertation élargie à l'ensemble de la communauté AP-HP. Le document, d'une quarantaine de pages environ, partage divers constats et propose une centaine d'actions pour améliorer l'ensemble des processus.

Depuis cette diffusion à la communauté hospitalière, l'équipe projet a reçu une vingtaine de retours individuels spontanés émanant de porteurs de projets et de professionnels d'appui à la recherche. Les commissions Recherche et Innovation des GHU, les centres de ressources biologiques, les centres d'investigation clinique ou encore les responsables d'unités de recherche clinique (URC) ont également formulé des remarques collectives. Ces retours sont en cours d'analyse en vue d'enrichir le document soumis à la concertation.

Le plan d'action s'articule autour de 1 axes. **M. Milan LAZAREVIC** détaille les premiers d'entre eux.

1) Accélérer la mise en œuvre des projets de recherche à promotion AP-HP

Depuis cinq ans, les délais d'autorisation de lancement des projets se raccourcissent, mais restent de sept mois en moyenne, comprenant trois mois d'instruction de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), de la CCP et de la Commission nationale « Informatique et liberté » (CNIL) pour l'obtention des autorisations réglementaires et quatre mois d'instruction par les services de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) déconcentrés dans les GHU ou centralisés au sein du pôle *Promotion interne*. Sept mois sont également nécessaires, en moyenne, pour inclure le premier participant. Au-delà des délais d'autorisation, la mise en œuvre et la durée d'exécution du projet de recherche requièrent plusieurs années. Des solutions organisationnelles (simplification, déconcentration, ouverture des centres à distance, etc.) sont proposées.

2) Accélérer l'instruction et le démarrage des études à promotion académique et industrielle

Si l'AP-HP se trouve dans la médiane française quant aux délais de contractualisation, 80 jours restent nécessaires, en moyenne, pour signer un contrat avec un industriel. L'objectif est de réduire ce délai au sein de la DRCI et des GHU afin que les équipes puissent démarrer plus rapidement leur participation aux études.

3) Faire de l'aide à l'inclusion une priorité de l'AP-HP et de chaque GHU

En 2022, le *turn over* atteint 40 % sur les métiers d'aide à l'inclusion, dans les services comme sur les plateformes d'appui à l'investigation clinique. L'appui de ces fonctions est pourtant indispensable pour aider les investigateurs à identifier les participants et mettre en place les centres. Dans ce contexte, il est proposé d'augmenter l'intéressement et de renforcer l'expertise de l'AP-HP sur ces sujets pour aider les investigateurs et leur donner les moyens de faire de la recherche dans des délais plus restreints.

4) Digitaliser les étapes de la recherche grâce à la convergence du système d'information *Recherche et innovation* et améliorer les outils au service d'une plus grande performance de la recherche

L'enjeu est ici de finaliser les déploiements engagés depuis plusieurs années et d'enclencher d'autres chantiers en avance de phase sur le consentement électronique, la digitalisation des différentes étapes des essais cliniques, etc. Des actions sont ainsi proposées pour clore rapidement les opérations entamées et offrir de nouveaux services à la communauté hospitalière.

Le président suggère d'axer la présentation sur les principaux axes du plan d'action et renvoie les membres de la CME vers le document complet.

M. Milan LAZAREVIC propose d'évoquer l'impact attendu du plan d'action. Les mesures définies doivent tout d'abord permettre de partager largement les informations relatives aux projets de recherche afin que les équipes de recherche puissent disposer spontanément de tous les éléments qui les intéressent.

Une organisation plus lisible est également attendue. Actuellement, les rôles et responsabilités de chacun ainsi que les circuits d'instruction manquent de clarté. Un travail sera engagé sur des FAQ et sur les procédures RGPD, notamment.

L'institution se doit par ailleurs de renforcer son accompagnement et d'accroître les ressources humaines auprès des équipes. Elle s'engage à alléger diverses procédures (promotion, remboursement des volontaires participants aux études, etc.) et à réduire les délais de contractualisation.

Enfin, le plan d'action doit participer à fidéliser et outiller les équipes. Les patients seront mieux impliqués dans l'élaboration de la stratégie et dans les projets de recherche mis en œuvre.

Le président propose aux membres de la CME de se référer au plan d'action dans sa version intégrale car celui-ci présente le travail de concertation et d'écoute mené qui aboutit à des propositions extrêmement concrètes pour améliorer les processus de recherche.

Le P^r Claire POYART remercie M. Milan LAZAREVIC pour ces travaux. Lors de la présentation en directoire, plusieurs participants avaient souligné l'opportunité de rédiger un synopsis concis accessible aux intervenants qui ne seraient pas familiers avec la recherche clinique. Le GHU AP-HP Centre a souligné la nécessité d'éviter les doublons et de clarifier le « qui fait quoi ». Les URC ont suggéré de faciliter le fonctionnement, notamment en réduisant les process de validation par les différents chefs de projets.

Le P^r Éric LE GUERN remercie M. Milan LAZAREVIC et ses équipes pour ce travail. Il demande si le dialogue entre la DRCI et les équipes perdurera. Le calendrier lui paraît contraint, beaucoup d'outils devant être mis en place d'ici la fin de l'année 2023 et il s'enquiert du calendrier envisagé pour effectuer un premier retour d'expérience et corriger la feuille de route de certains outils.

M. Milan LAZAREVIC indique que, suite aux échanges avec les URC, des mesures ont été intégrées au plan d'action en vue d'alléger la gestion en supprimant le contrôle additionnel de la DRCI centrale si le projet peut être géré localement. En outre, il est proposé de clarifier le « qui fait quoi » dans les fiches de poste des chefs de projets dans les URC et au sein du pôle *Promotion*. Si certains doublons se révèlent inefficaces, d'autres relèvent d'un contrôle technico-réglementaire : ils doivent alors être proportionnés. Diverses actions pourront être monitorées dans un délai restreint. Par exemple, il sera possible d'apprécier sous trois mois si l'outil de gestion de la contractualisation avec les partenaires externes donne satisfaction. Des *reportings* réguliers sont prévus dans le cadre de la démarche des « 30 leviers ». Pour certaines actions, un *reporting* trimestriel pourra être envisagé. Le dialogue dans les instances perdurera. Les personnes interrogées au printemps pourraient constituer un groupe d'utilisateurs témoin afin de bénéficier de leurs retours.

• « **Levier 23** » : « **Stratégie médicale à 3 et 5 ans** » (P^r Frédéric BATTEUX, D^r Ayden TAJAHMADY)

Ce point est reporté.

6. Charte des internes (D^r Patrick PELLOUX, P^r Marie-Noëlle PERALDI, M. Kévin MARCOMBE)

M. Kévin MARCOMBE indique que la charte a été rédigée à l'initiative de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) afin d'apporter un cadre à la participation des

internes à la permanence des soins. Le projet a été engagé en septembre 2022. Le comité des internes a profité de cette occasion pour intégrer les enjeux de conditions et de temps de travail au sein d'une charte plus large. Un premier projet de texte a été adressé à la conférence des doyens en janvier 2023. Un cycle de concertation itératif s'est ensuite ouvert au sein de la CCops et du comité des internes avant un passage en sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA) le 18 avril 2023. La version amendée a été approuvée par le comité des internes. De derniers ajustements ont été intégrés sur l'articulation entre la médecine du travail et les praticiens hospitaliers délivrant les certificats. La conférence des doyens a définitivement validé la charte au mois de juin. Le document se décompose en trois parties : les conditions d'accueil, d'intégration et de formation des internes ; l'organisation du temps de travail des internes ; la permanence des soins des internes.

Le Pr Marie-Noëlle PERALDI indique que la charte appelle à une formalisation des accueils par une réunion locale, ce qui est désormais le cas sur la plupart des sites. Toutes les informations doivent être données quant à la permanence des soins et aux personnes ressources, notamment. Une possibilité d'hébergement est ouverte dans certaines zones géographiques. Les frais de transport sont partiellement pris en charge. Une tenue professionnelle est fournie à titre gratuit. Pour la première fois, la médecine du travail a lancé des convocations pour les internes de première année.

La participation des internes à la gouvernance locale et centrale est réaffirmée. Le respect des principes du service public hospitalier est également détaillé.

La charte rappelle le cadre légal d'organisation du temps de travail. Ainsi, une semaine se décompose en huit demi-journées de travail, une demi-journée de formation universitaire et une demi-journée de formation autonome, qui n'est pas comptabilisée dans le temps de travail. Une période de nuit correspond à deux demi-journées de travail. L'organisation doit être renseignée dès le début du stage. Les horaires de travail doivent être définis. Chaque service doit se doter d'une « maquette » mentionnant l'heure de début et l'heure de fin en cas de contre-visite ou sans contre-visite. Les dépassements donnent lieu à une récupération. Le paramétrage du logiciel *Chronos* a été adapté à l'organisation des internes.

La veille du respect du temps de travail est assurée par la CCops locale. Tout dépassement doit faire l'objet d'une information à la CCops, à la direction des affaires médicales locales, qui peut solliciter le doyen, le président de la direction des affaires médicales (DAM) de l'AP-HP et le coordonnateur du diplôme d'études spécialisées (DES) concerné. Le directeur général, le président de la CME et le président de la conférence des doyens s'engagent à prendre en compte les dépassements. En cas de persistance, des mesures peuvent être prises : déplacement de l'interne, voire retrait d'agrément.

Le Dr Patrick PELLOUX remercie la direction des affaires médicales, M^{me} Marie-Cécile PONCET ainsi que M. Kévin MARCOMBE et son équipe, les internes et leurs représentants pour ce travail collectif. Il salue également le soutien apporté par les présidents des CCops locales. L'AP-HP est le premier CHU en France à se doter d'une charte pour les internes.

Le Dr Patrick PELLOUX explique que les internes soulignaient le fonctionnement hétérogène des différents hôpitaux en matière de liste de garde. Des listes d'astreintes « fantômes » existaient à plusieurs endroits. Des clarifications ont été apportées sur ces dispositifs. Un organigramme simple

a été construit pour organiser les gardes en l'absence de l'interne prévu. Si aucune solution volontaire n'est trouvée, il revient au chef de service de désigner des internes pour assurer la permanence des soins. La charte participera à redonner du sens à la permanence des soins pour les jeunes générations.

M. Léonard CORTI remercie les personnes impliquées dans ce travail. La charte répond à une demande des syndicats d'internes depuis deux ans ; elle clarifie diverses pratiques. Il remarque que les internes restent contraints de participer à plusieurs listes de garde dans différents services. Ce procédé paraît peu correct vis-à-vis des intéressés et peu cohérent d'un point de vue pédagogique – les internes se trouvent obligés d'intervenir dans un service présentant un plus faible attrait pédagogique. Tel est le cas, par exemple, lorsque des internes en neurologie participent à la permanence des soins aux urgences ou encore lorsque des internes sur des listes de senior dans leur service assurent une garde d'interne aux urgences. Une homogénéisation des pratiques semble nécessaire.

Des internes en arrêt maladie, dans l'impossibilité de se rendre à leur garde, ont été harcelés par leur chef de service ou celui des urgences. En effet, la règle prévoit qu'il revient au chef de service de remplacer son interne si celui-ci ne peut pas assurer sa garde, ce qui crée une pression extrême sur l'interne concerné. **M. Léonard CORTI** anticipe des dérives dans le processus de désignation prévu et appelle à une cogestion de ces situations entre les médecins chefs de service et l'administration. Ce fonctionnement responsabilisera cette dernière dans sa connaissance des situations – congés annuels à respecter, temps de travail, internes hors Île-de-France contraints de revenir en urgence pour réaliser une garde, etc.

M. Léonard CORTI ajoute que six internes sont requis pour créer une liste de garde. Certains services détournent cette règle en inscrivant des internes « fictifs ». Cette pratique perdure, notamment en chirurgie. Il rappelle qu'une garde s'étend sur 14 heures. Les internes ne peuvent pas travailler plus de 24 heures consécutives. **M. Léonard CORTI** invite les services à prendre leurs responsabilités sur les périodes de transmission afin que ces limites soient respectées.

Le président indique que la charte sera ajustée pour tenir compte de ces remarques.

Le P^r Yann PARC s'étonne des difficultés remontées en chirurgie. Il est extrêmement rare que des internes ne prennent pas leur garde. L'absentéisme demeure très faible.

Un membre de la CME constate que la charte ne traite pas des horaires décalés. Les internes intervenant sur des vacations décalées ne bénéficient pas d'une rémunération spécifique. Une instruction ministérielle de 2014 dispose que, par analogie avec le Code du travail, toute heure au-delà de 21 heures devrait être rémunérée comme du travail de nuit – même si l'interne concerné n'effectue pas une garde. Il appartient à la CME d'édicter des règles en la matière, en lien avec les CCops. La CME de l'AP-HP doit être exemplaire en la matière.

7. Avis sur le plan d'action de l'AP-HP relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT)

M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT, directrice du département « Santé, qualité de vie et conditions de travail », explique qu'un groupe de travail s'est constitué pour bâtir un plan d'action. Le groupe se

composait des référents des « 30 leviers » au sein des GHU, des membres de la CVHA, de professionnels du terrain ainsi que des représentants des CSE, des CME et de la commission des soins. Il s'est notamment appuyé sur les travaux issus du groupe de travail sur l'égalité professionnelle de la CVHA et sur l'analyse de plans d'action définis par d'autres GHU. Après un passage en comité exécutif, en directoire et en CSE central, la CME est la dernière instance devant laquelle le plan est présenté.

Dans le cadre de ce plan, l'AP-HP ambitionne de transformer durablement les mentalités et les pratiques en matière d'égalité professionnelle, de moderniser l'accompagnement des professionnels et de détecter les potentiels féminins pour leur proposer des cursus d'accompagnement adaptés. Ces actions répondent à un enjeu de fidélisation et d'attractivité, mais aussi à un enjeu financier, l'absence de plan égalité professionnelle conduisant à des pénalités. En outre, la démarche permet aux équipes médicales de soins et de recherche de participer aux appels à projets – notamment européens – conditionnés à l'existence d'un tel plan.

Le plan d'action se décompose en cinq axes : gouvernance, carrière, rémunération, articulation vie privée et vie professionnelle, prévention des violences sexuelles et des comportements sexistes. Il regroupe une cinquantaine de mesures.

Parmi les actions emblématiques, **M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT** cite en premier lieu, la sensibilisation du *top management* au sujet de l'égalité professionnelle *via* des actions de formation. Il s'agit également de tendre vers la parité dans les nominations de femmes aux postes à responsabilité, notamment au sein des directions médicales de DMU. Une étude sera par ailleurs prochainement lancée pour identifier et objectiver les écarts de rémunération entre les hommes et les femmes. Les réflexions se poursuivent sur les modalités de remplacement des congés maternité des personnels médicaux, les règles de remplacement pour le personnel non médical ayant déjà été formalisées. Un plan de communication en plusieurs phases sera élaboré sur le plan égalité professionnelle. Dans ce cadre, des portraits de femmes inspirantes seront diffusés sous forme de podcasts. Enfin, une campagne sera lancée en septembre sur la prévention des agissements sexistes et des violences sexuelles. Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs ont été définis. Un comité de suivi se constituera en central d'ici le mois de septembre pour assurer le suivi des actions mises en œuvre. Enfin, **M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT** insiste sur le maintien de la dynamique qui a présidé à l'élaboration du plan comme facteur clé de réussite.

Le D^r Diane BOUVRY remercie les équipes pour ce plan, qui contient de bonnes actions. Toutefois, des freins structurels connus persistent et il aurait été pertinent d'y travailler en amont comme cela avait déjà été évoqué. Il s'agit, par exemple, de la publicité des candidatures, de l'interdiction du cumul ou encore de l'incitation aux codirections. Parmi les 75 % d'adjointes, beaucoup auraient pu assurer des postes de co-direction, la position d'adjoint n'étant pas une fonction reconnue officiellement. **Le D^r Diane BOUVRY** estime que des décisions auraient dû être prises pour les nominations des directeurs de DMU.

Le D^r Valéry TROSINI-DÉSERT estime que les actions visant à « transformer les mentalités » et à « tendre vers la parité dans les nominations » restent des vœux pieux. Elle appelle à un vote de la CME centrale pour donner une position claire et impulser une dynamique.

Le D^r Emmanuel BUI-QUOC souhaite savoir comment un écart de rémunération à grade et ancienneté équivalents peut s'expliquer.

M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT indique que des variables de paie existent, entre spécialités plus ou moins rémunératrices (spécialités à garde notamment davantage choisies par les hommes que par les femmes).

La CME approuve à l'unanimité des voix exprimées et 8 abstentions le plan d'action de l'AP-HP relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

8. Questions diverses

Aumôniers

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle que l'AP-HP a recruté à Cochin un aumônier condamné en 2020 par l'Église pour agression sexuelle. Il souhaite savoir comment une telle embauche a été possible et sollicite des précisions sur les modalités de rémunération des aumôniers.

Le directeur général indique que les aumôniers sont recrutés par l'AP-HP sur la base d'un agrément délivré par le diocèse. L'AP-HP procède aux formalités administratives (contrat et rémunération). L'institution ignorait tout des faits concernant l'aumônier visé. Postérieurement à cette nomination, la presse a fait connaître des plaintes déposées contre l'intéressé. En conséquence, l'AP-HP a décidé de suspendre immédiatement le prêtre. Il appartient ensuite au diocèse de lui retirer son agrément, le cas échéant.

Le P^r Bernard GRANGER constate que l'Église catholique ne fait pas toujours preuve de transparence en cas de soupçon d'abus sexuels sur mineur. Le plus souvent, les intéressés sont déplacés dans des couvents, des établissements gériatriques ou des hôpitaux. Tel a été le cas ici pour cet aumônier qui intervenait auparavant dans un collège. Une vigilance est nécessaire de la part de l'AP-HP, qui se doit de vérifier les antécédents des aumôniers pressentis.

Aides financières pour la participation aux congrès

Le D^r Antoine PELHUCHE évoque la formation continue médicale. Le service en charge des aides financières pour les congrès a disparu et l'outil informatique utilisé a été supprimé. Une centaine de dossiers se trouvent ainsi en déshérence. Aucune réponse n'a été apportée quant à une éventuelle aide financière. En l'absence de plateforme informatique, une adresse de courriel a été créée. Aucun accusé de réception n'est transmis. Le D^r Antoine PELHUCHE estime nécessaire de renforcer le personnel administratif dédié au traitement de ces dossiers.

Le P^r Catherine PAUGAM convient de difficultés dans la gestion des demandes de financement sur présentation des factures. Depuis peu, une personne à temps plein se consacre à la gestion de l'adresse courriel et au traitement des dossiers en attente. Ce renfort se poursuivra en août. La plateforme utilisée avait été construite en interne par une personne qui a depuis quitté l'AP-HP. L'outil fonctionne à nouveau depuis aujourd'hui. Un travail est en cours en vue de mettre à disposition une plateforme plus adaptée aux besoins.

Le P^r Marie-Noëlle PERALDI souligne que plus de 300 demandes sont en cours. Le personnel nouvellement arrivé est chargé de bâtir un fichier *Excel*. Les dossiers seront traités de manière accélérée.

La séance plénière est levée à 20 heures.