

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 1^{er} DÉCEMBRE 2020

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 12 JANVIER 2021

Sommaire

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Présentation du collège de déontologie de l'AP-HP	12
IV.	Avis sur le projet social 2021-2025	20
VII.	Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2021	33
VIII.	Approbation des comptes rendus des CME des 6 octobre et 3 novembre 2020	35
IX.	Questions diverses	35

CME du mardi 1^{er} décembre 2020

Salle des instances & visioconférence

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME
2. Présentation du collège de déontologie de l'AP-HP (M. Lionel COLLET)
3. Propositions du groupe de travail sur la procédure de nomination des chefs de service (P^r Jean-Damien RICARD, D^{rs} Juliette PAVIE et Jean-François HERMIEU)
4. Avis sur le projet social 2021-2025 (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Sylvain DUCROZ)
5. Bilan 2019 des événements indésirables graves (ÉIG) et orientations 2020-2021 (M^{me} Christine GUÉRI, D^r Christine MANGIN)
6. Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2021 (P^{rs} Jean-Damien RICARD et Bahram BODAGHI, M^{me} Hélène OPPETIT)
7. Approbation des comptes rendus des CME des 6 octobre et 3 novembre 2020
8. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2021

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	Véronique	ABADIE	D ^r	Jean-François	HERMIEU
P ^r	René	ADAM	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
D ^r	Thomas	APARICIO	D ^r	Eric	LE BIHAN
P ^r	Frédéric	BATTEUX	P ^r	Véronique	LEBLOND
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Michel	LEJOYEUX
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Guy	BENOIT	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Bahram	BODAGHI	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	Giovanna	MELICA
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Stefan	NERAAL
P ^r	Alain	CARIOU	P ^r	Yann	PARC
P ^r	Yves-Hervé	CASTIER	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Antoine	PELISSOLO
D ^r	Cyril	CHARRON	D ^r	Patrick	PELLOUX
D ^r	Julie	CHOPART	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Jean-Damien	RICARD
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	D ^r	Nathalie	RICOME
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	M ^{me}	Isabelle	RIOM
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Vianney	DESCROIX	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSE
P ^r	Jacques	DURANTEAU	P ^r	Thomas	SIMILOWSKI
D ^r	Mathilde	DUVAL	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Michel	VAUBOURDOLLE
D ^r	Bruno	GREFF	M ^{me}	Karine	VIRETTE
M ^{me}	Sophie	GUILLAUME	D ^r	Noël	ZAHR

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- P^r Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)

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

- P^r Nathalie CHARNAUX, directrice de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- D^r Michèle GRANIER, présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France
- M^{me} Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'Île de France (ARS)

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

- M. Sylvain DUCROZ, directeur des ressources humaines
- M^{me} Hélène OPPETIT et M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, MM. Pierre-Emmanuel LECERF et François CRÉMIEUX, directeurs généraux adjoints ;
- M^{mes} Claire CHEDRU et Charline NICOLAS, direction des affaires juridiques
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, direction de la stratégie et de la transformation
- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information
- M. Didier FRANDJI, directeur des finances.
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

- **Invité**

- P^r Lionel COLLET, conseiller d'État, président du collège de déontologie de l'AP-HP

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Philippe ANRACT, Élie AZOULAY, Jean-Yves ARTIGOU, Jean-Louis BEAUDEUX, Sébastien BEAUNE, Jacques BODDAERT, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALÈS, Margaux DUMONT, Yann FLÉCHER, Julien FLOURIOT, Jean-Eudes FONTAN, Christian GUY-COICHARD, Émelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Louis MAMAN, Salomé MASCARELL, Nathalie PONS-KERJEAN, Louis PUYBASSET, Clara SALINO, Bérénice SCHELL, Johanna SEKRI et Samir TINE.

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

I. Informations du président de la CME

Le président fait un bref point sur la situation épidémique. Si certains services sont encore très impactés par l'épidémie, un retour à la normale est espéré dans les semaines à venir. Une circulation plus intense du virus à la fin de l'année est toutefois à craindre. Les modélisations indiquent une immunité de 20 à 25 % dans la région parisienne, ce qui contribue à freiner la propagation du virus. Le président espère que les Français seront suffisamment raisonnables pour qu'une troisième vague soit évitée au premier trimestre 2021. En outre, il souligne que celle-ci est particulièrement virulente aux États-Unis.

Le président indique que c'est la dernière séance de la CME à laquelle assiste M^{me} Isabelle RIOM, représentante des internes de médecine générale. Elle a été désignée dans ce poste le 23 novembre 2017, en remplacement du D^r Stefan NERAAL, qui siège à nouveau à la CME depuis octobre dans le collège des hospitaliers non titulaires. Le président remercie chaleureusement M^{me} Isabelle RIOM pour son investissement constant dans la vie de l'AP-HP et dans le fonctionnement de la CME, où elle a, en particulier, été l'un des piliers du comité des internes. À ce titre, elle s'est notamment investie dans la qualité de vie au travail des internes et pour la prévention des risques psycho-sociaux, dont nous savons que cela reste un problème à remettre inlassablement sur le métier. Elle s'est aussi investie dans la réforme du 3^e cycle des études médicales, en menant en 2019, à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, et en binôme avec le Pr Benoît SCHLEMMER une mission sur les problèmes soulevés par la réforme du 3^e cycle des études médicales, et a collaboré avec M. Aurélien ROUSSEAU au travail sur les carrières médicales. Elle sera remplacée par M^{me} **Leila BOUZLAFA**, qui a été élue en novembre présidente du syndicat des représentants parisiens des internes en médecine générale (SRP-IMG).

II. Propositions du groupe de travail sur la nomination des chefs de service (P^r Jean-Damien RICARD, D^{rs} Juliette PAVIE et Jean-François HERMIEU)

Ce point est reporté.

Le président rappelle qu'il s'était engagé à mettre ce point à l'ordre du jour de cette CME de décembre afin de donner suite à la demande des présidents de CMEL d'avancer rapidement maintenant sur ce sujet. Il souhaite donc apporter quelques explications, sur un sujet par ailleurs assez complexe.

Comme il s'y était engagé auprès de la CME du 3 novembre, **le président** a, d'une part, signé le 17 novembre une délégation aux présidents de CMEL concernant la liste intégrale des compétences présentée à la CME du 3 novembre ; d'autre part, il a réuni le groupe de travail annoncé lors de la même séance pour faire des propositions concernant la nomination des chefs de service.

Le président rappelle que la position de la précédente CME (2 avril 2019), qu'il a fait sienne, a toujours été très claire et tient en trois points :

- 1) le président de la CME délègue son pouvoir de proposition aux présidents des CMEL ;
- 2) en cas de désaccord local entre le président de la CMEL et le directeur médical de département médico-universitaire (DMU), la compétence remonte au président de la CME, qui propose le

chef de service au directeur général : cette procédure est prévue par le décret du 7 janvier 2020 et il n'y a donc pas de problème ;

3) un mécanisme de recours doit être prévu en cas de désaccord local sur saisine du président de la CME par la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) locale ou centrale :

C'est sur ce dernier point, non réglé, que le groupe de travail a été constitué puisque le décret du 7 janvier n'évoque pas la possibilité d'un recours par la CVH, contrairement à ce qui avait explicitement été demandé par la précédente CME. Il n'est donc pas possible juridiquement de prévoir un tel recours en cas de délégation du président de la CME aux présidents de CMEL. La solution de facilité aurait alors été de ne pas déléguer. Cela n'étant pas son choix, **le président** a proposé au groupe de travail de prévoir un mécanisme permettant de s'assurer de la mise en œuvre concrète des préconisations du plan dit « ressources humaines –personnel médical » (RH-PM), en associant plus étroitement les CVH locales au processus de proposition des chefs de service, notamment en les associant au comité *ad hoc* chargé d'auditionner les candidats.

Le groupe est composé des P^{ts} Thomas SIMILOWSKI, Claire POYART, Jean-Damien RICARD et René ADAM, et des D^{ts} Juliette PAVIE et Jean-François HERMIEU, vice-présidents de la CVHA, D^{ts} Anne GERVAIS et Brigitte BADER-MEUNIER, membres de CVHA locales. En outre, les P^{ts} Bernard GRANGER et Serge HERSON ont été invités aux réunions.

Pour l'essentiel, le projet propose :

- une plus forte insistance sur la formation au management des candidats ;
- une plus forte insistance également sur la présentation des projets des candidats en conseil de service ;
- l'association du président de la CVH locale, du vice-président de la CME locale et du représentant médical du site concerné au comité *ad hoc* qui auditionne les candidats ;
- l'information des CVH locale sur les auditions à venir des candidats et sur les auditions une fois passées.

Lors de la 2^{nde} réunion du groupe de travail, le 27 novembre, les P^{ts} Claire POYART, au nom des présidents de CME locales, et Bernard GRANGER ont souhaité que l'on prenne plus de temps pour revoir ce texte important et demandé que l'on reporte le sujet à la CME de janvier.

Pour compléter l'information de la CME, **le président** indique qu'il a reçu le 31 novembre un courriel des présidents de CMEL lui faisant part de leur souhait « *d'une décision rapide et claire pour ou contre cette délégation, indépendamment de la réforme du RH-PM concernant les procédures de nomination que tu as engagée et dont l'aboutissement n'apparaît pas clairement prévisible.* »

Le président répète donc que, comme il l'a toujours dit, il est entièrement d'accord pour déléguer sa compétence concernant les chefs de service, mais, comme il l'a également toujours dit, il estime que cela ne peut se faire que dans le cadre d'une procédure s'assurant d'une mise en œuvre effective du plan RH-PM adopté par la CME du 10 mai 2016. Il souhaite donc que l'on ne lui fasse pas de procès d'intention et que sa position ne soit pas dénaturée. Il tient en outre à préciser que, dans l'attente de la délégation du président de la CME, les nominations des chefs de service doivent, bien évidemment, continuer à être faites selon les règles prévues par le code de la santé publique et par le règlement intérieur de l'AP-HP. Il n'y a donc pas lieu - et il n'y a jamais eu lieu - de retarder des nominations ou de prolonger des intérim. Il se permet d'insister sur ce

point car c'est un point très important pour la sécurité juridique des nominations de chefs de service, ce que, pense-t-il, M^{me} Charline NICOLAS, directrice des affaires juridiques pourra confirmer.

Le président invite les membres du groupe de travail qui le souhaitent à s'exprimer.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI considère que le groupe de travail a réfléchi non pas au processus de délégation en tant que tel, mais plus largement à des modifications du plan RH-PM qui devraient déboucher sur des modifications du règlement intérieur de l'AP-HP. De ce fait, les présidents de CMEL se sentent concernés par la nature de ce groupe de travail, mais de façon générale, et non en relation avec la question spécifique posée. Leur question principale était de savoir s'il y aurait une signature suffisante de présidents de CMEL pour les chefferies de service ne posant pas de problème, ou une contre-signature systématique du président de CME, et ce quel que soit le mécanisme de préparation et de nomination des chefs de services. Les présidents de CMEL comprennent des propos du président que la signature finale leur sera bien déléguée ; ils considèrent donc qu'une réponse a été apportée et qu'ils peuvent avancer.

Le P^r Claire POYART regrette que seule la fin de la motion envoyée la veille au président ait été lue, alors que le début était important. Elle en donne lecture afin d'en clarifier le propos :

« Comme prévu, nous avons pris connaissance des projets de document sur la nomination de chefs de service. Ce document est certainement de bonne intention visant à revisiter un point important du plan RH-PM. Cependant, le processus proposé nous paraît en l'état complexe, et en pratique peu réaliste dans son application. »

Le P^r Claire POYART précise que le texte avait été reçu deux jours avant la réunion, qui avait elle-même lieu un vendredi soir, et de ce fait, il était prématuré de prendre une décision pour un vote le mardi suivant. Elle poursuit la lecture :

« Il met en place des propositions qui même si certaines sont pertinentes risquent d'alourdir une démarche qui, dans 98 % des cas voire plus, est simple. Plus important, ce document ne répond pas à la question posée concernant la délégation de co-placement de chefferie de service du président de la CME au président de CMEL, qui ne dépend pas en tant que tel de la nature du processus qui sera retenu. Nous te rappelons que tu avais annoncé cette délégation de compétence lors de ta campagne avant l'élection et nous ne comprenons pas cette réticence contraire à tes engagements, ni que tu la conditionnes à une série de mécanismes qui en limitent la portée. »

Le président donne alors lecture de l'intégralité de la fin du courriel :

« Comme tu l'as compris, nous souhaitons que les choses avancent, raison pour laquelle nous avons demandé que cela soit réglé avant la fin de l'année. Tu n'es pas sans savoir qu'il y a beaucoup à faire dans les GHU, au-delà de la problématique de nomination des chefs de service. Nous attendons donc de ta part une décision rapide et claire pour ou contre cette délégation, indépendamment de la réforme du RH-PM, concernant les procédures de nomination que tu as engagées et dont l'aboutissement n'apparaît pas clairement prévisible. Si tu renonces à cette délégation, les procédures locales continueront et tu assumeras donc la responsabilité finale des décisions, comme l'ont fait tes prédécesseurs. Il restera à chacun d'entre nous d'en informer les communautés qui nous ont élus. »

Le président indique donc qu'il tient très précisément sa parole, attaché qu'il est au principe de subsidiarité. Il soutient et a toujours soutenu les délégations telles que votées en 2019 par la CME

de l'AP-HP, c'est-à-dire avec la possibilité d'une saisine par les CVH locales. Mais le décret du 7 janvier 2020 a changé la donne. Il souhaite donc trouver un compromis pour conserver le rôle des CVH car il tient au plan RH-PM. L'attractivité de l'AP-HP repose aussi sur la capacité d'un chef de service à manager une équipe. Dans la très grande majorité des cas, ils sont nommés sans difficulté, mais il arrive que quelques situations posent problème et, parfois, on le sait à l'avance. Il souhaite donc pouvoir éviter les situations conflictuelles. Il propose donc d'associer les CVH locales aux autres acteurs de cette procédure de nomination, ce qui lui semble une mesure de prévention des risques de conflit. Il rappelle qu'il pourrait ne rien changer à la procédure actuelle, d'autant que dans l'immense majorité des cas, il n'y a eu aucun problème entre le président de CME et les présidents de CMEC concernant les nominations de chef de service, mais il estime qu'il est bien de déléguer.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI rappelle que les présidents de CMEC ont dit ce qu'ils avaient à dire. Selon lui, il y a deux problèmes différents : celui de la délégation aux présidents de CMEC de la signature des nominations de chefs de service qui a été confirmée et il s'en félicite, et celui de modifier le plan RH-PM pour s'assurer qu'il fonctionne correctement.

Le président confirme que la délégation interviendra dans les conditions qui ont été énoncées, c'est-à-dire dès que le groupe de travail aura abouti.

Le P^r Bernard GRANGER concède que le pouvoir de nomination est important mais appelle à ne pas en grossir l'enjeu, dans la mesure où peu de problèmes ont été soulevés par le passé. D'un point de vue juridique, il considère que la mise en œuvre d'une délégation pour la nomination n'aura pas d'influence sur le plan RH-PM, puisqu'il est impossible d'imposer dans le règlement intérieur, une mesure qui ne figure pas dans le décret. Le plan RH-PM actuel est peut-être trop ambitieux et n'a pas été appliqué totalement. Répondre aux attentes du président de CME sur ce point reviendrait à reconnaître qu'aucune délégation n'est possible. Il propose surtout de se demander quel est le meilleur niveau pour assurer les nominations de chefs de service. Les situations simples ne posent pas de problèmes mais le risque en laissant la délégation aux instances locales, est la survenue de dérives, d'abus de pouvoir ou de conflits d'intérêts. Dans ces cas, le siège ne pourrait plus exercer son rôle d'arbitrage. Ce rôle peut être garanti par le règlement intérieur, mais suppose que la délégation ne soit pas mise en place. Le président de la CME centrale doit donc décider, mais en cas de délégation tout lui échappera, il ne pourra plus du tout intervenir et les instances locales seront seules décisionnaires. Selon lui, ce n'est pas ainsi qu'il faut concevoir la subsidiarité. La réflexion sur cette délégation est justifiée, car l'équilibre des pouvoirs est important, même si peu de cas seront finalement concernés.

Le P^r Jean-Claude CAREL estime que ce sujet a déjà mobilisé trop de temps. Selon lui, il convient de prendre une décision. Par ailleurs, le plan RH-PM constitue une étape mais le document de référence qui conditionne le fonctionnement au quotidien est le règlement intérieur de l'AP-HP. S'il faut modifier un support c'est celui-là.

Le président fait remarquer que le plan RH-PM a été largement repris dans le règlement intérieur mais a été très peu appliqué. Il se dit prêt à trouver un arrangement, tout en veillant à sa plus grande application.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI distingue à nouveau les deux sujets : délégation et plan RH-PM. Il rappelle que jusqu'alors, toutes les nominations de chef de service étaient été signées par le président de CME, sans qu'aucune candidature ne soit mise en doute. Si jamais la délégation ne devait pas intervenir, cela aurait peu d'importance, puisque les procédures resteront locales. Le

cas échéant, les présidents de CMEL ne pourront pas être responsabilisés en cas de problème, et qu'il en incombera au président de CME.

Le président indique qu'il a demandé au P^r Jean-Claude CAREL si lors de ses deux précédents mandats de président de CMEL, il avait rencontré des difficultés avec le président de CME sur les nominations de chefs de service. Il lui a répondu qu'il n'en avait eu aucune. Mais **le président** ne se satisfait pas d'avoir à signer des parapheurs pour les signer, il est donc favorable à la délégation mais les CVH doivent être plus étroitement associées.

Le P^r Thomas SIMILOWSKI souligne que personne ne s'oppose à l'intégration des CVH dans la procédure.

Le P^r Jacques DURANTEAU se dit favorable à la délégation comme reconnaissance du travail quotidien des présidents de CMEL. Des situations délicates ont déjà eu lieu, et aussi bien la CVH locale que la CVH centrale a pu intervenir en bonne intelligence avec le président de la CME. Dans les cas difficiles, la communication doit rester de qualité avec la CME et la CVH ou l'interlocuteur le plus adapté, devra être impliqué.

Le président indique qu'en tant que vice-président de la CVH centrale de la mandature précédente, il a vu le travail des CVH locales et il sait que certaines interviennent déjà sur ces sujets. La CME doit donc donner un cadre général et il fait confiance à ses membres pour trouver un consensus.

Le directeur général, rappelle le contexte de ce débat et les quatre principes socles du projet :

- La nomination des directeurs de département médico-universitaire (DMU) s'effectue au niveau central, après une instruction au niveau du groupe hospitalo-universitaire (GHU), en raison de la nature de leur responsabilité et pour des questions de cohérence entre leurs projets et les axes stratégiques de l'AP-HP.
- Le principe de proximité retenu pour la nomination des chefs de service au sein des sites afin de renforcer les connaissances entre candidat et gouvernance locale afin d'assurer la bonne marche globale des sites.
- La possibilité d'un arbitrage en cas de désaccord, à tout niveau de la procédure, entraînant la remontée de la situation au niveau central. Cela impliquait donc la reconnaissance aux gouvernances locales de leur capacité à faire les bons choix comme compétence de plein exercice. Le président de la CME pouvant toutefois retirer cette délégation l'un des présidents de CME à tout moment s'il considère que la compétence n'est pas correctement exercée.
- Des règles clairement établies et participatives s'appliquant pour la nomination de tous les responsables de structures internes.

Ces quatre principes lui semblent cohérents et doivent permettre la mise en place de la délégation dans des conditions simples à expliquer et respectueuses des intéressés.

Le P^r Bernard GRANGER répond que le niveau de contrainte est différent s'il s'agit d'un plan d'action comme le RHPM qui n'a d'ailleurs pas été appliqué, ou du règlement intérieur qui se conforme lui-même à un décret. L'architecture juridique est telle que ce que souhaite le président de la CME centrale, comme appliquer des exigences avant des nominations, ne peut pas être opposé aux présidents de CME locales en cas de délégation. Par ailleurs, l'arbitrage est prévu mais de façon trop restrictive. D'autres personnes pourraient également faire un signalement de désaccord, auquel cas la CME centrale pourrait intervenir. Enfin, il lui semble qu'à plusieurs

reprises, le P^r Noël GARABÉDIAN avait été confronté à des problèmes, l'amenant à refuser de signer certaines nominations.

Le D^r Christophe TRIVALLE confirme que la nomination se déroule souvent dans des conditions satisfaisantes. Il suggère la mise en place d'une procédure simple et de la délégation. En parallèle, il souligne la difficulté d'identifier les dysfonctionnements, et s'interroge sur les moyens de les résoudre, car certaines décisions sont parfois étouffées localement. Certains mauvais chefs de service sont maintenus en place coûte que coûte mais ce n'est pas en local que cela peut se régler.

Le président confirme que les lignes sont difficiles à faire bouger mais reste confiant.

Le P^r Jean-Damien RICARD rappelle le souhait de la conférence des présidents de CME de CHU de renforcer le management des nouveaux accédants à la chefferie de service. De plus, même s'il est reconnu que tout se passe globalement bien, la formation et l'accompagnement seront toujours bénéfiques et il est utile de chercher à progresser dans ce domaine.

Le D^r Patrick PELLOUX estime que l'unité de la CME est en jeu. Il propose de demander aux présidents de CMEL quelle marge est accordée à la CME. Il souligne le risque d'un éclatement de l'AP-HP en quatre blocs. Par ailleurs, il demande que le débat soit élargi à l'accès à la chefferie de service par les praticiens hospitaliers.

Le P^r Thomas SIMILOWSKI propose d'assurer l'unité de la CME en supprimant les campagnes électorales pré-CME, puisque ce qui y est dit est ensuite remis en question et ne semble pas avoir d'importance aux yeux des élus même, comme le D^r Patrick PELLOUX vient de le montrer.

Le D^r Patrick PELLOUX précise que son intervention n'était pas contradictoire par rapport à la campagne, mais plutôt une interrogation pour l'avenir. Il souhaite savoir quel sera le rôle et la place de la CME vis-à-vis du pouvoir donné aux GHU.

Le P^r Thomas SIMILOWSKI répond que dans ce cas, les trois candidats à la présidence de la CME n'auraient pas dû affirmer un certain nombre de choses et de délégations, d'autant plus qu'au final, le travail ne changera pas au niveau local, qu'il soit validé en central ou non.

Le D^r Patrick PELLOUX propose de téléphoner au P^r Thomas SIMILOWSKI pour s'expliquer.

M. Guy BENOÎT alerte quant aux décisions ont parfois du mal à émerger au niveau local, que ce soit pour les nominations ou pour les renouvellements de chefs de service qui ne sont pas à aptes à l'être mais qui le restent. Il a en mémoire un cas à l'hôpital Necker qu'il a fallu évoquer lors d'une révision des effectifs, pour que soit engagé un audit de la direction générale et la fin de ses fonctions.

Le P^r Bertrand GODEAU fait part de son inquiétude vis-à-vis de la lourdeur des démarches de nomination proposées. Les médecins se plaignent déjà de la complexité administrative. Par ailleurs, il n'a pas compris si dans le document qui a circulé, la formation de management constituait un souhait ou une obligation car dans ce dernier cas il faut veiller à ne pas casser les velléités de prise de responsabilité avec des démarches administratives trop lourdes.

Le président rappelle qu'il s'agit uniquement d'un élargissement de la composition du comité *ad hoc* d'audition. Par ailleurs, la formation n'est pas obligatoire mais elle doit être adaptée à la situation d'un futur chef de service.

Le P^r Bernard GRANGER souhaite répondre au P^r Thomas SIMIOWSKI, qui a fait allusion à sa campagne électorale. Il ne croit pas avoir affirmé qu'il ferait ces délégations. Il a toujours défendu le principe de subsidiarité, qui consiste à déterminer le niveau le plus adéquat pour chaque décision. Beaucoup de choses faites par les GH pourraient se faire au niveau des DMU. Deux cas peuvent se présenter lors des nominations des chefs de service : celles qui paraissent évidentes et donc faciles à résoudre, et qui pourraient être gérées localement, et celles difficiles pour lesquels une prise de recul et un arbitrage du siège sont nécessaires, comme il l'avait défendu, mais cela est compliqué avec les textes actuels.

Le D^r Cyril CHARRON considère que le problème ne porte en général pas sur la nomination, mais sur le fonctionnement du service par la suite et un certain nombre de chefs de service ne managent pas leur service correctement. Il est donc possible d'associer à la délégation un élargissement du comité ad-hoc avec la CVH qui va vérifier si le candidat a bénéficié ou peut, dans les 6 mois, être accompagné par un *coaching* et si sa future équipe l'apprécie. Tout le monde gagnera avec cette clarification, surtout les équipes et il ne comprend pas pourquoi cela est bloquant.

Le P^r Yann PARC estime que la formation n'est pas une solution car arrivé à 40 ans il n'est pas possible de changer de comportement. C'est avant tout une question de relations humaines. Selon lui, il faut déléguer et la CME doit être saisie par ceux qui se sentent mis de côté de manière injustifiée. Elle doit jouer un rôle d'arbitrage uniquement sur ces sujets car pour les autres, les présidents de CME connaissent très bien leur structure et savent mieux où sont les problèmes que les intervenants extérieurs.

Le président partage la réponse du P^r Bernard GRANGER au P^r Thomas SIMIOWSKI concernant la subsidiarité. Il considère que le plan RH-PM n'est pas un enjeu de pouvoir, mais un dossier important, et une solution sera trouvée dès lors que toutes les parties travailleront ensemble. Le D^r Cyril CHARRON faisait partie des CVH très dynamiques, présentes à toutes les réunions de la CVH centrale, ce qui n'était pas le cas de toutes les CVH locales.

Le directeur général tient à souligner que la période de deuxième vague s'est caractérisée par une très forte attention de tous à l'activité non COVID, en parallèle de l'activité COVID. Des ajustements au lit près ont été réalisés par rapport à ce qui avait été observé lors de la première vague. Il estime que cette démarche a été la bonne puisque l'activité non COVID pendant cette période a été pratiquement équivalente à celle de l'année dernière – ce qui n'était pas le cas lors de la première vague. L'enjeu des prochains mois sera de maintenir la capacité des équipes à faire face à un retard de prise en charge cumulé sur l'année. Il conviendra également de s'assurer que les outils forgés pendant les mois de crise (téléconsultation, outils de suivi) entrent en pratique courante.

III. Présentation du collège de déontologie de l'AP-HP (M. Lionel COLLET)

Le président présente le P^r Lionel COLLET, ex-chef du service d'audiologie et d'explorations oro-faciales des Hospices civils de Lyon, ex-président d'université, ancien directeur de cabinet de la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, M^{me} Geneviève FIORASO, et ancien conseiller spécial de la ministre des Solidarités et de la Santé, M^{me} Agnès BUZYN. Le P^r Lionel COLLET a été nommé conseiller d'État en 2013, et il est président du collège de déontologie de l'AP-HP.

Le P^r Lionel COLLET explique qu'il exerce cette fonction depuis le départ de M^{me} Maud VIALETES en décembre 2019. Il énonce les obligations légales des fonctionnaires : le respect du secret professionnel, le devoir d'information, le dévouement entier à ses fonctions (principe du non

cumul d'activité), ainsi que l'obligation de dignité, d'impartialité, d'intégrité et de probité, de neutralité, de respect de la laïcité et l'obligation de faire cesser ou prévenir les situations de conflit d'intérêts.

L'opinion publique est très exigeante sur l'exemplarité de ses fonctionnaires, de ses élus, des agents publics. Il faut donc se demander comment promouvoir la place de la déontologie, pour regagner la confiance des usagers. En contrepartie de ces obligations, tout fonctionnaire doit pouvoir solliciter pour avis le référent déontologue.

De nombreux textes ont été votés sur le sujet. Le plus fondamental, est la loi LE PORS du 13 juillet 1983 portant sur les droits et obligations des fonctionnaires. Un article a été introduit par la loi du 20 avril 2016, qui dispose que tout fonctionnaire a le droit de consulter un référent déontologue chargé de lui apporter tout conseil utile au respect des obligations et des principes déontologiques mentionnés aux articles 25 à 28 de la loi LE PORS. Cette fonction s'exerce sans préjudice de la responsabilité et des prérogatives du chef de service. C'est donc un droit pour le fonctionnaire, mais aussi une obligation légale, qui doit être mise en place dans tous les établissements publics, dont les établissements publics de santé.

Le référent déontologue a pour mission de répondre aux questions des professionnels (demandes d'autorisation de cumul d'activité, application des principes de neutralité et de laïcité) et doit apporter tout conseil de nature à faire cesser les faits susceptibles d'être qualifiés de conflit d'intérêt. Un point a été ajouté dans la loi de 2019 de transformation de la fonction publique : le référent déontologue doit obligatoirement être sollicité pour avis, préalablement à la décision du directeur général, sur le projet de cessation temporaire ou définitive d'une activité d'un fonctionnaire qui souhaite exercer une activité privée lucrative, et également sur la compatibilité d'un projet de création de reprise d'entreprise par un fonctionnaire avec les conditions qu'il exerce. La décision revient au directeur général, mais l'avis doit être donné au préalable.

À l'AP-HP, la fonction de référent déontologue a été fusionnée avec celle de référent laïcité et de référent alerte, comme cela était préconisé. Chaque agent public de l'AP-HP peut saisir le référent déontologue, mais cette faculté de saisine a été étendue à l'AP-HP. Le collège peut donc être saisi par la direction d'un GH, après en avoir informé la personne concernée ou par le directeur général ou un de ses adjoints sur toute question relative à la déontologie. Une auto-saisine du collège est également possible.

La nature du référent déontologue peut être variable, il peut s'agir d'une ou plusieurs personnes qui relèvent de l'administration ; d'un collège dont la composition et les attributions sont fixées par un arrêté ou de personnes relevant d'une autre autorité. L'AP-HP a fait le choix d'un collège de déontologie. **Le P^f Lionel COLLET** présente la composition du collège de déontologie de l'AP-HP dont les membres sont nommés pour 3 ans. Ils se réunissent au moins une fois par trimestre, et sont soumis au principe de confidentialité, d'indépendance et d'impartialité.

Depuis janvier 2018, le collège a été saisi à 46 reprises et la quasi-totalité des GHU est représentée dans les saisines. Les problématiques soumises sont principalement liées au cumul d'activités, aux conflits d'intérêt, au départ dans le privé et à certaines obligations déontologiques. Dans plus de trois quarts des cas, ce sont les agents qui saisissent le collège. Moins de 20 % des saisines sont jugées en-dehors du champ de compétences du collège. Dans quatre cas sur cinq, les saisines concernent le personnel non-médical.

Le directeur général considère que l'intérêt de cette présentation en CME repose sur cette dernière information. Il serait légitime de penser que la majorité des saisines émane des médecins, et le fait qu'ils soient extrêmement minoritaires est en soi une question.

Le P^r Lionel COLLET précise que le cumul de fonctions figure parmi les motifs les plus souvent invoqués. Il rappelle que malgré le principe de non cumul, il existe des possibilités d'activités accessoires prévues par un décret. Or, celui-ci ne définit pas clairement ce que recouvre l'adjectif « accessoire ». Le collègue a donc sa propre jurisprudence pour définir ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Il estime en revanche être peu sollicité pour des demandes de professionnelles, ayant un projet de création d'entreprise ou de participer à une entreprise.

Le D^r Patrick PELLOUX admet ne pas bien connaître le rôle de ce collègue. Il demande si des saisines ont déjà été effectuées sur l'exercice de la laïcité, notamment à l'AP-HP, avec d'un côté, l'université, qui tolère le port de signes ostentatoires, et de l'autre, l'hôpital qui s'y oppose. Par ailleurs, il demande comment se positionne le collègue par rapport à cette dualité.

Le P^r Lionel COLLET précise tout d'abord que le collègue n'est référent laïcité que depuis cette année, et qu'il n'a pas connaissance de saisine à l'heure actuelle. Quant au sujet des deux visions qui s'opposent, il rappelle que l'université regroupe des étudiants, et que l'hôpital regroupe des agents publics. Les deux fonctions étant différentes, il lui paraît légitime que le thème ne soit pas abordé de la même façon. Il préfère s'abstenir de tout commentaire quant à la pratique dans les universités.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI précise que les UFR de médecine se sont dotées de commissions d'éthique et de déontologie et demande comment se fera la coopération entre l'instance hospitalière et l'instance universitaire.

Le P^r Lionel COLLET confirme le besoin d'une coopération, notamment pour les hospitalo-universitaires, tout en rappelant que le collègue n'est pas décisionnaire mais donne un avis. Il lui semble qu'une seule structure doit se prononcer, sauf si le sujet est sensible, auquel cas l'autre partie pourra participer.

Le P^r Bruno RIOU revient sur le sujet de la laïcité, et considère qu'il n'y a pas de divergence de fond, mais bien deux régimes différents, l'un qui concerne les Universités et l'autre qui concerne les hôpitaux qui accueillent du public. En revanche, quand l'étudiant devient un acteur de l'hôpital, il faut appliquer les règles qui s'appliquent aux établissements de santé. Il souhaite ensuite apporter une précision sur le cumul d'activités accessoires. En ce qui concerne les médecins hospitalo-universitaires, des commissions ont été mises en place dans les facultés afin d'évaluer les demandes puis donner leur avis au doyen et au directeur de l'hôpital, avant signature de l'autorisation de cumul desdites activités. En cas de problème de déontologie, l'intervention de la commission de déontologie ou du collègue dirigé par le P^r Lionel COLLET peut être pertinente.

M. François CRÉMIEUX s'enquiert du nombre de saisines actuelles au niveau de l'AP-HP et si cette proportion semble raisonnable.

Le P^r Lionel COLLET estime que le collègue ne manque pas d'activité, puisque sept réunions se sont tenues en 2020, alors que le règlement intérieur n'en prévoit qu'une au minimum par trimestre. Il pense cependant que les agents publics manquent d'informations, et ne savent pas ce qu'ils peuvent attendre du collègue de déontologie. De ce fait, le nombre de demandes pourrait être plus

élevé. Selon lui, il faudrait même s'assurer que toutes les demandes d'activités accessoires sont bien examinées par le collège.

Le P^r Bruno Riou répond que pour les hospitalo-universitaires de Sorbonne Université, il gère plus de 500 demandes de cumuls d'activité accessoires par an.

Le P^r Lionel COLLET confirme que toutes les demandes de cumuls d'activité accessoires n'ont pas à passer devant le collège, car dans la plupart des cas, le cadre légal suffit pour répondre. Il renouvelle toutefois son étonnement devant le peu de demandes relatives à des créations d'entreprises, alors qu'il y en a plus dans d'autres CHU.

M. François CRÉMIEUX s'engage à faire passer le message à l'office du transfert de technologie et des partenariats industriels (OTT&Pi), qui reçoit toutes les demandes de création d'entreprise ou de prise de participation, et s'assure du relais avec le collège de déontologie.

IV. Étude de la motion concernant le P^r Christian PERRONNE

Le président indique que le problème soulevé par la teneur des prises de parole publiques du P^r Christian PERRONNE a été discuté au dernier directoire. Le P^r Christian PERRONNE a mis gravement en cause nommément et publiquement son collègue, le D^r Nathan PEIFFER-SMADJA, chef de clinique à l'hôpital Bichat. À la suite de ces propos, le D^r Nathan PEIFFER-SMADJA a reçu des injures et des menaces de mort. Son numéro de téléphone et son adresse personnels ont été diffusés sur les réseaux sociaux.

Le président propose la motion suivante en indiquant que, bien entendu, elle peut être amendée :

« La commission médicale d'établissement de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris condamne toute attaque ad hominem proférée publiquement par tout médecin, quelles que soient ses fonctions, en particulier contre un confrère. »

Elle rappelle que de telles déclarations sont le terreau dont se nourrissent les internautes pour mener des campagnes d'insultes haineuses sur les cyber-réseaux, et y diffuser non seulement des propos antisémites, racistes, sexistes, homophobes et tout ce qui se fait de pire, mais aussi des menaces de mort mettant gravement en danger les personnes visées et leurs familles.

La CME estime que les attaques ad hominem contreviennent gravement à la confraternité à laquelle tout médecin est tenu par le code de déontologie, qui condamne aussi le charlatanisme. Elle considère que de tels propos sont indignes et doivent être sévèrement sanctionnés. »

Le P^r Yann PARC demande s'il est possible d'aller plus loin qu'une motion.

Le directeur général répond qu'à la suite du débat qui s'est tenu en directoire, il a demandé leur avis au président de la CME, au président de la CME locale, et au doyen, afin de savoir s'ils estimaient que les comportements, les prises de position, les déclarations, et les attaques du P^r Christian PERRONNE étaient compatibles ou non avec l'exercice des fonctions de chef de service à l'AP-HP et des responsabilités d'encadrement et de formation, qui sont attachées à la qualité de chef de service. Il précise que si cette motion est adoptée sans nom, elle peut laisser penser que les médecins de l'AP-HP ont coutume de proférer des propos racistes, sexistes, homophobes entre autres, ce qui peut avoir un effet contreproductif, alors que l'immense majorité de ceux qui travaillent dans cette institution ne sont pas concernés.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI partage l'avis du directeur général et estime que la motion est trop vague sans mention explicite de nom.

Le président entend que l'on peut en effet considérer que nommer la personne a plus de sens et plus de poids. Il soumet une deuxième proposition, nominative, dont il lit le début :

« La commission médicale d'établissement de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris a pris connaissance des propos proférés publiquement par le P^r Christian PERRONNE attaquant nommément un médecin exerçant à l'AP-HP. »

Le P^r Bruno Riou pense que la mention d'un nom est souhaitable, à condition que les informations données dans la suite de la motion soient en accord avec la réalité des allégations. N'ayant pas connaissance de propos sexistes ou homophobes, il considère important de ne pas diffuser de fausses informations, pour ne pas donner au P^r Christian PERRONNE, l'occasion de se retourner sur le plan juridique et de l'emporter.

Le président confirme qu'il faut en effet faire attention à la rédaction de la motion, pour qu'elle ne puisse pas être attaquée.

Le D^r Patrick PELLOUX admet qu'une telle imprécision est attaquable.

La D^r Brigitte SOUDRIE rejoint l'avis du directeur général et considère qu'en l'état d'imprécision, la motion pourrait être interprétée comme une dénonciation calomnieuse envers les médecins de l'AP-HP.

Le P^r Claire POYART appelle également à la plus grande vigilance sur la formulation, afin que les propos relatés ne se retournent pas contre l'instance.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI considère que la motion est très bien rédigée, car à aucun moment il n'est écrit que le P^r Christian PERRONNE a proféré de telles insultes. Le D^r Nathan PEIFFER-SMADJA, qu'il a rencontré, lui a fait part de la diffusion sur internet de propos antisémites, racistes et homophobes. Même si l'intervention du P^r Christian PERRONNE ne s'inscrivait pas dans cette logique, la motion considère que la position qu'il a prise a pu encourager ce genre d'insultes.

Le président propose de faire relire le texte par la direction des affaires juridiques.

Le P^r Bruno Riou précise qu'à sa connaissance il n'y pas eu de propos sexistes et homophobes.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI confirme les propos homophobes mais ignore ce qu'il en est pour les propos sexistes.

Le D^r Patrick PELLOUX confirme que ces deux types d'insultes ont été diffusés.

Le P^r Bruno Riou ajoute que si les preuves sont établies, il n'y a pas de problème.

Le directeur général rappelle qu'adopter une motion sur un individu en appelant des sanctions est assez inhabituel. Il faut savoir s'il s'agit d'une motivation à l'appui d'une saisine du conseil de l'ordre par le président de la CME ou de l'avis donné par la CME, même s'il n'est pas requis par les textes mais éclairant ceux qui doivent juridiquement donner des avis. Il estime qu'une simple motion sur un élément personnel appelant des sanctions alors que la CME peut elle-même être amenée à donner son avis sur des sanctions est discutable.

Le président remarque qu'il s'agit là d'un second aspect, que le P^r Yann PARC a d'ailleurs évoqué. Il croit savoir que ce n'est pas le président de la CME qui peut saisir conseil de l'Ordre, mais l'institution AP-HP.

Le directeur général répond que le conseil de l'Ordre ne peut être saisi que par des médecins, l'Administration pouvant seulement signaler sans le saisir.

Le président demande à M^{me} Charline NICOLAS de les éclairer sur le sujet.

M^{me} Charline NICOLAS assure que l'AP-HP comme la CME peuvent saisir l'ordre, et celui-ci décide ensuite d'engager ou non une action disciplinaire. Le droit de saisine est donc indirect. À l'inverse, un médecin a un droit immédiat pour engager une procédure disciplinaire. Il existe en outre un deuxième filtre, qui est celui de l'intérêt à agir. Dès lors que le requérant n'est pas médecin, il faut que son intérêt soit suffisamment lésé. En l'espèce, c'est le cas, autant pour la CME que pour l'AP-HP.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc propose qu'en cas de doute juridique, la première motion présentée soit adoptée en l'état, avec les condamnations "*des propos antisémites, racistes, sexistes, homophobes*" et qu'une seconde motion concernant le P^r Christian PERRONNE soit proposée, condamnant ses propos seuls.

Le P^r Bernard GRANGER précise qu'il est entré en contact avec le D^r Nathan PEIFFER-SMADJA, lequel a déclaré qu'il allait porter plainte devant le conseil de l'ordre des médecins. Par ailleurs, il pense que cette situation ternit l'image de l'AP-HP, et qu'à ce titre, elle a intérêt à agir. Dans cette optique, il lui semble que le directeur général, au nom de l'AP-HP, peut saisir le conseil de l'Ordre. Il rappelle que le P^r Christian PERRONNE n'en est pas à ses premières déclarations. Pour revenir aux plus récentes, il aurait fait référence à l'article du *Lancet*, basé sur des données aux origines obscures, qui dénonçaient la dangerosité de l'hydroxychloroquine. Le P^r Bernard GRANGER demande que ce point soit vérifié avec précision. Quoi qu'il en soit, les déclarations du P^r Christian PERRONNE portent un tort considérable à la médecine française. Selon lui, plusieurs niveaux peuvent être envisagés. Le conseil de l'Ordre pourrait être saisi car les déclarations ont violé au moins trois articles du code de déontologie. S'agissant de la transmission d'information, « *Il ne faut faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence, et avoir le souci de répercussion de ses propos auprès du public* ». Il est déjà acté que le conseil de l'Ordre sera saisi, puisque le D^r Nathan PEIFFER-SMADJA le fera, ce qui n'empêchera pas l'AP-HP d'engager la procédure de son côté.

S'agissant de la chefferie de service du P^r Christian PERRONNE, le code de santé publique prévoit qu'il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne par le directeur, après avis du président de commission médicale de l'établissement et du chef de pôle et le doyen. Cette notion d'intérêt du service est complexe. Il serait pertinent de consulter la direction des affaires juridiques pour ne pas faire du P^r Christian PERRONNE une victime. Par ailleurs, il est nécessaire de vérifier que la marche du service n'en subira pas de conséquences, et que la destitution d'une chefferie de service n'apparaisse pas comme une forme de sanction déguisée. En effet, il semble que le P^r Christian PERRONNE soit à trois mois de la fin de son mandat et qu'il ne soit pas candidat à sa succession. Il serait donc souhaitable d'y réfléchir longuement avant d'envisager une destitution de la chefferie de service, notamment parce que ce n'est pas sa façon d'exercer cette fonction qui est pointée du doigt, mais ses déclarations dans les médias.

Le président précise qu'il s'est posé toutes ces questions, et qu'elles ont été abordées au directoire, notamment avec le doyen, le P^r Djilali ANNANE. Il a paru que le Pr Christian PERRONNE

était très peu présent dans son service et qu'il ne participait pas à l'enseignement. Le président a toutefois souhaité se faire une idée plus précise en contactant le président de la CMEL, le P^r Laurent TEILLET, directeur du DMU, ainsi que le futur chef de service pressenti. La passation de service est effectivement organisée et prévue. Le comité *ad hoc* auditionnera le D^r Aurélien DINH le 9 décembre, pour une succession qui aura lieu en mars. Tous ont indiqué qu'ils pensaient que, en considération de l'intérêt du service, une destitution risquerait de compliquer la situation. Le P^r Christian PERRONNE bénéficie notamment du soutien de son service, notamment parmi le personnel paramédical. Le président pense que l'intérêt du service doit donc aussi être pris en considération.

Le P^r Jacques DURANTEAU considère qu'il faut condamner lourdement le P^r Christian PERRONNE pour les propos tenus. Puisqu'il vit la situation comme une offense à l'institution, il est important que la condamnation soit collective, de la part de la CME, du directeur général, et des doyens. À cet égard, la motion doit être nominative. Par ailleurs, la saisine du conseil de l'ordre est tout à fait adaptée. Concernant la chefferie de service, le comportement du P^r Christian PERRONNE n'est pas compatible avec cette fonction. C'est pourquoi une passation de pouvoir a été entamée avec le directeur. Le D^r Aurélien DINH est le candidat pour reprendre la chefferie de service, et cela sera acté le 9 décembre. Un travail de conciliation entre le P^r Christian PERRONNE et le D^r Aurélien DINH a été fait par le directeur du DMU, afin que la transition se déroule au mieux et que le service soit préservé. En parallèle, l'attitude du P^r Christian PERRONNE est suffisamment grave, pour qu'une destitution immédiate, si elle est considérée souhaitable, soit réétudiée avec le doyen et le directeur. Le risque de victimisation existe, et c'est pour cela que la passation de pouvoir, sans destitution, a été priorisée.

Le P^r Laurent TEILLET n'a aucun doute sur le fait que le P^r Christian PERRONNE a manqué à ses obligations et regrette une réaction trop tardive de l'AP-HP. Le D^r Aurélien DINH est un candidat apprécié de tous, et a été classé en première position, aussi bien par le GH et par la faculté, pour une nomination comme professeur des universités en septembre. Le service continue à fonctionner avec ses équipes, qui d'ailleurs, n'expriment pas tous leur soutien au P^r Christian PERRONNE. En cas de victimisation de ce dernier, les réseaux sociaux risquent de s'en prendre violemment à son successeur, auquel cas le service, ses équipes et ses compétences qui sont rares s'en trouveraient fortement diminués.

Le P^r Bruno RIOU identifie deux risques : celui de la victimisation et celui de l'immobilisme. Tous s'accordent sur le fait que le P^r Christian PERRONNE a outrepassé les limites, il lui semble normal que des décisions soient prises. En ce qui concerne la conférence des doyens, il se préoccupe des internes, qui sont tout à fait satisfaits dans ce service et correctement encadrés. Toutefois, la situation est suffisamment grave pour que soit lancée une procédure de retrait d'agrément du service même si elle s'avère finalement inutile avec la fin prochaine de son mandat. À ce stade, il estime ne pas avoir à se préoccuper, de la date du terme de la chefferie de service, ou des candidats à la succession. L'agrément sur le plan universitaire est nominatif, ce n'est pas le service, mais le P^r Christian PERRONNE qui est agréé pour encadrer les internes.

Le président indique que la gouvernance du GHU a entrepris des mesures pour que le P^r Christian PERRONNE ne soit pas renouvelé.

Le P^r Bruno RIOU ne se préoccupe pas de la situation en avril et souhaite que la procédure soit lancée sans délai.

Le président considère qu'il faut aussi s'inquiéter de savoir comment les choses vont se passer en pratique dans le service. Il entend la volonté de l'institution de marquer le coup, mais il pense indispensable aussi de discuter avec les responsables locaux comme il l'a fait afin d'entendre leurs avis, de façon très pragmatique, pour savoir s'il y a un risque que les choses ne se passent pas bien là où elles pourraient éventuellement se passer bien.

Le P^r Bruno RIOU en conclut qu'une personne dont la conduite est répréhensible ne peut pas rester un interlocuteur pour la succession de son propre service.

Le P^r Bernard GRANGER considère qu'une destitution de chefferie de service ne peut pas être une sanction déguisée visant des actes qui sont décorrélés de la gestion du service. En revanche, la conduite transgressive du P^r Christian PERRONNE a terni l'image de l'AP-HP. La bonne réponse serait que l'AP-HP, par la voix de son directeur général, saisisse le conseil de l'Ordre des médecins. C'est un acte fort, qui lui paraît plus adapté et moins risqué qu'une destitution.

Le président ajoute que la CME peut demander à l'AP-HP de saisir le conseil de l'Ordre.

Le Dr Patrick PELLOUX confirme que la CME ne peut pas rester passive. L'institution est basée sur l'exercice de l'état actuel de la science, et c'est une valeur à défendre. Or à l'heure actuelle, le complotisme se développe au sein des réseaux asociaux. La participation à ce complotisme d'une personne qui reçoit tous les honneurs de l'AP-HP, discrédite celle-ci. Il ne faut pas craindre les attaques que la sanction occasionnera. Tous les moyens d'actions ont été décrits et selon lui il n'y a même pas lieu d'en débattre.

Le directeur général précise qu'au printemps, quand le P^r Christian PERRONNE a accusé les hôpitaux de tuer les patients, il a saisi le collège de déontologie. Celui-ci a légitimement rendu un avis dans lequel il estimait que des comportements étaient contraires à la dignité. À la rentrée de septembre, le directeur général a demandé à la gouvernance locale si elle estimait que le P^r Christian PERRONNE pouvait continuer à être chef de service. La réponse reçue a été qu'un processus de non-renouvellement était engagé. En novembre, et malgré le fait que lui avait été transmis l'avis du collège de déontologie, le P^r Christian PERRONNE a franchi un nouveau seuil, en multipliant les attaques à l'encontre d'un interne devenu chef de clinique. À la suite de ses déclarations, il a été constaté le 1^{er} novembre, que ce service n'avait pas été choisi par les internes – ce qui, dans un hôpital universitaire, et avec ce type de spécialité, est un problème. Le directeur général interroge donc les instances décisionnaires sur la compatibilité d'un tel comportement avec celui attendu d'un chef de service, notamment pour la dimension formation qui est en cause. Si tel n'est pas le cas et qu'il apparaît préférable de préparer l'arrivée d'un nouveau chef de service, on peut considérer que l'intérêt du service serait d'anticiper sa nomination.

Le P^r Jacques DURANTEAU assure au P^r Bruno RIOU qu'il ne reste pas sans rien faire. Il rappelle que le P^r Christian PERRONNE est un PU-PH, et que les doyens sont informés de son cas. Il est prêt à reconsidérer sa position concernant le service mais souhaiterait avant tout voir une réaction forte de la part du directeur général, de la CME, et des doyens. Il faut agir mais pour l'instant la réaction n'est pas au rendez-vous.

Le président précise que le doyen dont dépend le P^r Christian PERRONNE s'est exprimé au directoire, et a indiqué que celui-ci ne participe pas à l'enseignement des internes dans son service.

Le président propose une modification de la motion pour tenir compte des remarques des membres de la CME. Le deuxième paragraphe se concentre désormais sur les propos relatifs aux menaces de mort. Il est formulé comme suit :

« Elle rappelle que de telles déclarations sont le terreau dont se nourrissent les internautes pour mener des campagnes d'insultes haineuses sur les cyber-réseaux, pouvant aller jusqu'à des menaces de mort mettant gravement en danger les personnes visées et leurs familles. La CME demande que l'AP-HP saisisse le conseil de l'Ordre des médecins. »

Le D^r Cyril CHARRON propose de modifier cette dernière phrase, en ajoutant « (...) et se prononce sur une suspension de la chefferie de service ». Le D^r Cyril CHARRON appartient au même GH que le D^r Aurélien DINH. Il craint que ce dernier, qu'il connaît bien soit exposé aux attaques. Si par crainte des représailles, l'idée est de laisser le P^r Christian PERRONNE travailler jusqu'au mois de mars, d'accepter ses attaques et celles des complotistes, ainsi que ses insultes envers une personne de l'institution et envers les réanimateurs, le mieux serait sans doute d'attendre avant de donner la chefferie de service au D^r Aurélien DINH et de nommer un chef de service par intérim. Dans ce débat, chacun se renvoie la responsabilité, au lieu de se réunir et de signer un courrier commun. Cette situation est regrettable et laisse penser que tout le monde peut proférer des inepties dans un parfait sentiment d'impunité. Il se dit outré par cette situation.

Le président propose de rencontrer le D^r Cyril CHARRON à l'hôpital Ambroise-Paré, ainsi que le P^r Jacques DURANTEAU, le P^r Laurent TEILLET et le D^r Aurélien DINH pour en discuter. Il propose enfin de voter la motion telle qu'elle a été présentée dans sa dernière version.

La motion est adoptée à l'unanimité dans les termes suivants :

« La commission médicale d'établissement de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris a pris connaissance des propos proférés publiquement par le P^r Christian PERRONNE attaquant nommément un médecin exerçant à l'AP-HP.

La CME condamne toute attaque ad hominem proférée publiquement par tout médecin, quelles que soient ses fonctions, en particulier contre un confrère. Elle rappelle que de telles déclarations sont le terreau dont se nourrissent les internautes pour mener des campagnes d'insultes haineuses sur les cyber-réseaux pouvant aller jusqu'à des menaces de mort mettant gravement en danger les personnes visées et leurs familles.

La CME estime que les attaques ad hominem contreviennent gravement à la confraternité à laquelle tout médecin est tenu par le code de déontologie, qui condamne aussi le charlatanisme. Elle considère que de tels propos sont indignes et doivent être sévèrement sanctionnés.

La CME demande que l'AP-HP saisisse le Conseil de l'Ordre des médecins. »

v. Bilan 2019 des événements indésirables graves (ÉIG) et orientations 2020-2021

Ce point est reporté.

vi. Avis sur le projet social 2021-2025 (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Sylvain DUCROZ)

Le président invite M. Pierre-Emmanuel LECERF à présenter le projet social, tel qu'il a été discuté dans des réunions qui ont eu lieu au cours des dernières semaines, entre une délégation de la

CME, le P^r Bruno Riou, les organisations syndicales paramédicales, une délégation du directeur général et des représentants des différentes directions.

M. Pierre-Emmanuel LECERF explique que le processus d'élaboration du projet social et de la feuille de route a été annoncé à la CME au mois de septembre. Il s'est tenu sur les mois d'octobre et de novembre. La démarche était très originale, notamment sur le plan budgétaire, puisque ce n'est pas un projet social hors-sol, rédigé sans considération sur ses modes de financement. C'est un facteur de crédibilité majeur et de responsabilité. Ce projet social est la première brique du projet d'établissement, et son élaboration s'est faite avec trois délégations, dont une délégation de la CME, ce qui est une première. Il présente les trois têtes de chapitre qui le structurent.

Le préambule ancre d'abord le projet social dans un corpus de valeurs et d'explicitations de certaines approches méthodologiques. Un projet social nécessite d'être illustré, soit par des travaux méthodologiques de comparaison européenne, quand il est possible de progresser sur des aspects aussi importants que les effectifs, les ratios et les salaires, soit par des expérimentations sur des modèles pas ou peu éprouvés. En dernière partie du préambule, sera fait un rappel très important sur la novation principale, qui est la discussion tripartite, d'ailleurs prolongée au-delà de ce qui est présenté aujourd'hui. La deuxième partie est consacrée aux perspectives et aux engagements en matière d'emplois. Cela nécessite des propositions et des engagements en termes de création d'emplois. La troisième partie détaille enfin les différentes mesures du projet social. Elles peuvent être résumées en quatre temps : mieux recruter, mieux fidéliser, améliorer les conditions de travail, et mieux rémunérer.

Un sujet a été abordé tout de suite dans les discussions, et qui est un sujet de temporalité et de crédibilité de ce projet social. Dès l'élaboration des premiers axes de travail, il y avait un équilibre à trouver, entre d'une part, l'idéal de ce qui était souhaité, et le pragmatisme de ce qui était réalisable dans les trois premières années. Pour éviter de confronter l'idéal et le pragmatisme, deux horizons temporels ont été esquissés : un à court terme, avec des engagements chiffrés, notamment au niveau des créations d'emplois, avec des modes opératoires comme des expérimentations ; et un « moyen et long terme », qui ne se suffisent pas de ces engagements chiffrés, et qui nécessitent, avec des démarches ad-hoc, d'aller plus loin. Cela a débouché sur une feuille de route, avec une première partie très détaillée, et une seconde, composée uniquement des grands axes.

Les effectifs sont le point névralgique de ce projet social. L'année 2020 est un retournement de tendance par rapport aux années précédentes, pendant lesquelles les effectifs étaient à la baisse. Depuis le mois de juillet est observé un décrochage à la hausse, ce qui est positif sur le personnel non médical. La proposition est de prolonger cette amélioration des performances de recrutement par des objectifs chiffrés en termes de création d'emplois. Le projet social propose 1300 créations d'emploi de personnel non médical, réparties sur trois axes :

- Revenir aux effectifs de janvier 2018 pour les métiers en tension. C'est un axe très important pour la réalisation des projets médicaux, et pour rouvrir des lits fermés.
- Isoler une enveloppe dédiée aux expérimentations sur les schémas horaires, avec notamment la possibilité de réviser l'organisation du plan de travail pour tester des schémas horaires en 8 heures. Cela permettra plus de temps collectif aux équipes pour les plans de transmission, mais également plus de temps de repos, et donc une semaine de 4 jours travaillés sur deux, ce qui nécessite d'avoir des moyens de remplacement.

- Financer le remplacement de ceux qui partent en formation, pour permettre davantage de formations à l'AP-HP et augmenter les promotions professionnelles d'aides-soignants pour devenir infirmiers, et d'infirmiers pour devenir infirmiers en pratique avancée.

Au-delà de ces propositions de création d'emplois sur le court terme, d'autres axes sont à étudier, avec notamment le chantier de l'évaluation de la charge de travail. Il a été maintes fois discuté, y compris dans les instances. La proposition est d'irriguer l'année 2021 avec des approches qui partent des services, et d'une méthodologie qui sera mise à leur disposition.

Il ne suffit pas de chiffrer et de budgéter des créations d'emplois, encore faut-il s'assurer que les méthodes pour concrétiser ces emplois réussissent, et c'est tout l'enjeu des recrutements et de la fidélisation. Pour ce qui est des recrutements, le moyen terme consiste à augmenter les viviers. Il y a à ce jour, notamment dans les instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), des promotions trop basses par rapport aux besoins, d'où les tensions partout en Ile-de-France. L'un des premiers engagements en lien fort avec les doyens est l'augmentation des promotions dans les Ifsi et dans les formations paramédicales de manière générale, et presque le doublement des promotions professionnelles d'aides-soignants pour devenir infirmiers diplômés d'État. Enfin, il y a toute une série de propositions autour de l'intégration des contrats à durée déterminée (CDD) dans la fonction publique, avec une « stagiarisation » toutes les filières confondues. Les CDD deviendront ainsi des postes de fonctionnaires via des concours.

À court terme, le but est de sécuriser les emplois à travers l'amélioration de processus de recrutement. C'est la mise en place des cellules de recrutement 24 / 48 heures dans les groupes hospitaliers. C'est aussi la sécurisation via le paiement des études, à travers des contrats d'allocations d'études, avec en contrepartie, l'engagement de servir à l'AP-HP. Et c'est aussi la proposition de majoration du régime d'heures supplémentaires : cela permettrait ainsi d'avoir davantage recours aux personnels de l'AP-HP plutôt qu'aux intérimaires dont le budget a explosé. Ils s'engageraient à faire des heures supplémentaires planifiables, et pourraient être mieux rémunérés.

Le deuxième axe fort pour créer des emplois est la fidélisation. À court terme, un budget et des créations d'emploi seront prévus pour expérimenter des nouveaux schémas horaires, notamment un schéma horaire en 8 heures, dans le but d'accorder plus de repos et des semaines de 4 jours travaillés. La politique de fidélisation comprend également tout un aspect qualitatif telles que des évolutions de carrière à celles et ceux qui resteront plus de 5 ans, ce qui est un enjeu majeur. Ils auront la possibilité de devenir cadre, de prendre des charges d'enseignement, de tutorat, de rentrer dans un protocole de coopération, de formation ou autre.

Ce projet social comporte également des sujets majeurs comme la politique du logement en mobilisant les crédits d'investissement pour le logement social et le logement libre, puisqu'un tiers de la dette sera repris.

Deux concertations resteront sur le mode tripartite, sur deux sujets communs au personnel médical et au personnel non médical. Tout d'abord, la politique de la petite enfance. Une proposition a déjà été faite d'augmenter le chèque emploi service universel (CESU) pour des dispositifs de garde pour les enfants de 6 à 11 ans. Mais également la prime d'engagement collective, qui existe dans le corpus législatif, serait relevée à un plafond de 1 200 € par an pour les agents d'un même service qui s'engagent dans un projet de qualité avec des indicateurs à atteindre.

M. Pierre-Emmanuel LECERF considère que beaucoup d'avancées ont été obtenues. Il n'était pas prévisible que le projet aboutisse à l'expérimentation d'un schéma horaire en huit heures. Le chiffrage des emplois est aussi un sujet sur lequel il y a eu des progrès : il a été possible de discuter sereinement des heures supplémentaires, comme un moyen à court terme de pouvoir limiter l'intérim et de mieux valoriser l'engagement du personnel. La discussion sur la déprécarisation se poursuit avec la possibilité d'ouvrir davantage de concours pour le personnel en CDD. Les promotions professionnelles et la formation ont mobilisé beaucoup de monde. Enfin, ce projet traduit une volonté d'impliquer plus les médecins dans la formation paramédicale et dans les IFSI. Des priorités ont aussi été définies, telles que l'évaluation de la charge de travail, qui devrait conduire non seulement à avoir des maquettes organisationnelles actualisées, plus sécurisées, plus transparentes, mais également des projets d'amélioration des conditions de travail liées à toutes ces études. Le tripartisme, qui a été au cœur de l'élaboration de ce projet social, sera dans l'ADN de l'AP-HP pour toute cette politique institutionnelle.

Le président remercie M. Pierre-Emmanuel LECERF pour sa présentation synthétique d'un sujet important, qui a demandé de nombreuses heures de discussion. Il tient aussi à remercier tous les membres de la délégation de la CME qui ont aménagé leur temps de travail pour participer à cette discussion, dont le D^r Diane BOUVRY, le D^r François SALACHAS, le P^r Bruno RIOU, le P^r Claire POYART et tous ceux qui se trouvent à distance. Ces discussions très intéressantes ont ouvert des perspectives. Ce projet social s'intéresse essentiellement aux personnels paramédicaux, mais aussi au travail en équipe. Le sujet des carrières médicales sera abordé dans le cadre du projet médical.

Le président considère que l'attractivité dépend aussi de moyens supplémentaires qui ouvrent des perspectives de recrutements. Elle dépend aussi de l'aptitude à animer une équipe, d'où l'importance de l'encadrement médical et paramédical, et de l'animation des conseils de service où tous les membres de l'équipe sont présents. Pour retrouver l'attractivité, il convient donc de mettre aussi l'accent sur l'animation d'équipe, sur le plan de l'encadrement médical et paramédical. Or, le métier des cadres paramédicaux a beaucoup changé ces dernières années, mais pas dans le bon sens. Ces derniers assument désormais beaucoup de travail administratif et moins d'encadrement du soin. Il y a une quinzaine d'années, les cadres allaient à la direction pour défendre le service, ce n'est plus la philosophie aujourd'hui.

La formation des paramédicaux est un autre point important. Penser que les médecins n'ont pas à se mêler de la formation des paramédicaux serait une erreur. Les médecins doivent être présents pour attirer le plus de jeunes infirmiers à leur sortie de formation. Ils doivent également s'y rendre pour dispenser des cours. Leur implication est importante aussi quand les stagiaires rejoignent les services. Or, ces derniers ne sont pas systématiquement présentés au chef de service, et ils peuvent même terminer leurs trois mois de stage sans avoir échangé le moindre mot. Il est important d'accueillir les stagiaires et de leur donner envie de revenir travailler. Pour ce faire, des moyens sont non seulement nécessaires, mais une organisation différente. Si tous ces aspects ne sont pas pris en compte, il manquera une pièce importante au dispositif. L'enjeu est majeur, puisque plusieurs centaines de postes sont encore vacants.

Le président précise enfin que le comté technique d'établissement central (CTEC) ne s'est pas encore prononcé sur le projet social. Il doit se réunir dans les prochains jours, ce qui n'empêche pas la CME de donner un avis favorable aujourd'hui. Avoir écrit qu'il faut évaluer la charge de travail pour adapter les effectifs est une avancée majeure, de même qu'insister sur l'encadrement. L'intérêt de la discussion tripartite interroge aussi sur la gouvernance d'une façon générale, qui ne devrait pas être seulement médicalisée, mais aussi « paramédicalisée ».

Le président précise qu'une motion de la CME va accompagner le projet social et certaines remarques reçues à ce sujet vont être présentées par le D^r Diane BOUVRY.

Le P^r Claire POYART considère au nom des présidents de CMEL qu'elle représentait que l'expérience a été très fructueuse. Le projet social est particulièrement innovant et permet d'envisager des progrès dans l'attractivité et la fidélisation du personnel non médical. Les avancées sur le logement, sur les aides pour les jeunes médecins et les paramédicaux, sont autant de sujets qui avaient été défendus pendant la campagne, et qui apparaissent clairement dans le projet médical. C'est un projet ambitieux, qui présente des avancées qui n'avaient pas été constatées depuis dix ans. L'AP-HP se trouve à un tournant, qu'il ne faut pas rater, d'où l'importance de soutenir très fortement ce projet. Plusieurs membres du groupe de travail ont parlé de ce projet dans leurs instances, afin d'avoir le ressenti de la communauté médicale. Plusieurs points sont potentiellement intéressants, comme l'organisation du temps de travail en huit heures pour certaines équipes, et la prime d'intérêt collectif. Les présidents de CMEL soutiennent donc fortement ce projet.

Le P^r Bruno Riou qualifie l'élaboration du projet social d'exceptionnelle et d'innovante. Il confirme le caractère tripartite du projet, avec les doyens, qui représentaient l'ensemble des métiers et des formations universitaires. Il n'a pas eu l'impression d'être présent pour les hospitalo-universitaires, mais pour les formations. D'une certaine façon, il considère que c'est une erreur, voire une faute, que le « Ségur de la santé » n'ait pas abordé le sujet des formations, pas plus qu'il n'a abordé le problème de la recherche. Cela faisait partie d'un des oublis majeurs pointés par la conférence des doyens et les présidents d'université. Les avancées de cette commission tripartite constituent donc une sorte de réparation de cette faute, ce qui est extrêmement important.

Le président partage ces propos. Au-delà des discussions de ce jour, il revient à la communauté médicale d'assurer le relais, afin que chaque chef de service se sente investi d'une mission pour retrouver cette attractivité. Quand il visite les services, le président se trouve face à des personnels qui se disent usés et qui envisagent un départ. L'enjeu est donc majeur.

Le D^r Diane BOUVRY s'associe également à tous les commentaires, notamment le caractère novateur et intéressant des échanges. Elle a fait part cependant de réserves sur le fait que les créations de postes prévues seraient pour le moment pourvues par des heures supplémentaires et a signalé l'état de fatigue du personnel non médical avant que le recrutement n'intervienne. Par ailleurs, l'évaluation de la charge de travail est fondamentale pour comptabiliser le nombre de professionnels nécessaire pour offrir des soins de qualité. Elle rappelle que la feuille de route était initialement nommée « feuille d'attractivité ». Or, l'attractivité n'est pas la même dans tous les GHU et il importe de rééquilibrer la situation.

Le D^r Diane BOUVRY donne lecture de la motion proposée pour compléter ce projet :

« Suite aux accords du Ségur de la santé, des financements nationaux supplémentaires sont prévus pour améliorer les organisations des temps de travail, renforcer les équipes de remplacement, proposer des contrats individuels d'heures supplémentaires majorées, et mettre en œuvre une prime d'engagement collectif. Seuls les établissements publics qui auront trouvé un accord local pourront prétendre à ces crédits. À l'AP-HP, cet accord est intégré au projet social 2021-2025, et soumis pour avis à la CME ce jour.

La CME a constitué une délégation pour participer à la concertation organisée par la direction générale avec les organisations syndicales, au terme de laquelle ce texte est présenté aux

instances. Elle se félicite de la richesse des échanges qui ont eu lieu avec les représentants syndicaux des personnels non médicaux.

Sans se substituer aux organisations syndicales, à qui reviendra notamment de donner leur accord sur les modifications de l'organisation des temps de travail, la CME prend acte des points positifs contenus dans ce projet, dans la mesure où des engagements y sont pris pour renforcer les effectifs des personnels paramédicaux, pour entamer une démarche d'évaluation des charges de travail, pour développer la formation à la promotion professionnelle, pour élargir et améliorer les perspectives d'évolution des carrières et pour renforcer la place des équipes et des services dans les choix organisationnels.

La politique de baisse de la masse salariale de ces dernières années ayant aggravé les difficultés que connaissent les hôpitaux de l'AP-HP, la CME souhaite que le diagnostic sur la situation des effectifs de l'AP-HP démarre dès le premier trimestre 2021. Un principe de subsidiarité, condition indispensable pour une amélioration en profondeur de l'organisation du travail, doit présider à cette démarche. La démarche doit partir des services, qui sont les premiers acteurs du fonctionnement hospitalier, avec un état des lieux des postes vacants, des postes non pourvus mais non occupés (arrêt de longue maladie, grossesse ou congé parental) fait par les cadres et les chefs de service. Elle souhaite également qu'une réponse soit apportée par les pouvoirs publics au problème reconnu du coût de la vie en Île-de-France, qui pèse lourdement sur l'attractivité des hôpitaux publics franciliens. »

Le P^r Claire POYART observe une différence entre la version lue à l'instant et celle qui avait été travaillée et validée avec les présidents de CMEL. Il est écrit que la CME « *prend acte des points positifs* », alors qu'il était écrit « *émet un avis favorable* » dans la version initiale. C'est dans ce sens qu'elle s'était positionnée en faveur de la motion.

Le président répond que plusieurs personnes ont corrigé la motion, raison pour laquelle toutes les modifications n'apparaissent pas dans le document final. Il précise que le document peut être amendé avant d'être voté. Le président propose un vote conjoint de cette motion et du projet social. La modification demandée par les présidents de CMEL, par le biais de la prise de parole du P^r Claire POYART, peut, elle aussi, être soumise à un vote.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI demande s'il s'agit d'un vote conjoint des deux textes ou de deux votes séparés.

Le président répond que c'est une proposition mais qu'il envisage un seul vote pour le projet social et la motion.

Le P^r Jean-Damien RICARD, en tant qu'élu et représentant des directeurs de DMU, rejoint l'avis du P^r Claire POYART, et demande que la motion contienne les mots « *avis favorable* ». Il existe une vraie différence avec seulement la formule de « *prendre acte des points positifs* ». Il souhaite aller plus loin, et les directeurs de DMU, au travers des services qui les composent, auront un rôle à jouer dans la mise en œuvre de ces améliorations des conditions de travail.

Le P^r Frédéric BATTEUX observe un renouveau du dialogue social par le biais de cette négociation tripartite, et par la volonté de corriger les défauts du « *Ségur* ». Le projet est ambitieux, et conduit à des avancées importantes sur l'évolution des effectifs, les rémunérations, les conditions de travail, la promotion professionnelle. Peu de mesures avaient été engagées pour les cadres par le Ségur. Il est donc pertinent d'avoir abordé le problème de l'encadrement. Ce volet social constitue la clé de voûte de la rédaction du projet d'établissement en cours. La manière dont il a été établi,

en procédant par des négociations très larges, donne à ce projet d'établissement une importance tout à fait singulière, qu'il n'avait peut-être pas lors des précédents plans. C'est une très belle étape.

Le D^r Sonia CERCEAU souligne que les discussions ont été extrêmement riches et intéressantes, et ont permis des avancées importantes. Deux remarques sont cependant à faire. Concernant la prime d'engagement collectif, il est rédigé dans le projet final que celle-ci doit être reliée à un projet de service améliorant la qualité des soins. Il faut cependant préciser que lors des discussions, nous avons été plusieurs à souligner que les services les plus en difficulté n'ont pas toujours la ressource, l'énergie ou le temps pour rédiger ce type de projet et sont donc désavantagés. Nous avons donc proposé un fléchage différent de cette prime vers une spécialité en tension ou un territoire particulier, ce qui nous paraissait plus pertinent. Il apparaît en tout cas vraiment nécessaire de vraiment chercher à cibler les services les plus en difficulté. Par ailleurs, la dernière version du texte élaborée hier, après la dernière réunion et donnée donc à lire au dernier moment a ajouté la notion que « les protocoles de coopération doivent être une étape vers une évolution des décrets de compétence des paramédicaux, élargissant leur rôle... ». Ce point n'a jamais été abordé dans les différentes réunions où elle a participé, ni mentionné dans les précédents comptes rendus. C'est un sujet extrêmement sensible car on sait très bien qu'un certain nombre de ces protocoles sont élaborés pour pallier la pénurie médicale, il est donc assez particulier de le voir apparaître dans un projet social, au dernier moment et sans discussion, et demande donc le retrait de ce paragraphe ajouté à la dernière minute.

Le président juge compliqué d'accéder en séance à cette requête, car ce texte a été l'objet de multiples navettes entre les différents protagonistes.

Le D^r Sonia CERCEAU précise qu'il s'agit d'un ajout qui a été fait au dernier moment après la dernière réunion, sur la version du texte datant de la veille et qu'il n'en a pas été question dans les réunions précédentes.

Le D^r Patrick PELLOUX partage la position du D^r Sonia CERCEAU. Cet ajout à la dernière minute rejoint l'idée cachée que voulaient faire passer les députés avec la création de métiers intermédiaires qui cachait une « ubérisation » de la médecine tout à fait scandaleuse, que l'on observe avec les infirmières de pratique avancée (IPA). Il aimerait qu'un débat sur l'évolution de la médecine ait lieu à l'avenir. Il dit avoir été attaqué sur les réseaux qu'il qualifie de « asociaux », par les IPA, qui lui ont révélé avoir déjà créé un conseil national universitaire. Par ailleurs, il salue la négociation tripartite qui représente une avancée sociale très intéressante pour l'AP-HP mais ce texte devrait d'abord être validé par le CTE avant d'être voté par la CME. Il se montre toutefois dubitatif quant à la possibilité de concrétiser le système de primes, puisque le projet de loi de financement de la Sécurité sociale est en train d'être voté, et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie demande 1,4 Md€ d'économies aux hôpitaux l'année prochaine, l'argent qui a donc été donné d'un côté risque d'être repris de l'autre.

Le D^r François SALACHAS rejoint le D^r Patrick PELLOUX sur le fait qu'il est difficile pour la CME de valider un texte, alors que le principal interlocuteur reste les organisations syndicales. La CME peut reconnaître que la situation de AP-HP évolue favorablement, sachant que cette dernière a affirmé pendant au moins trois ans être dans l'incapacité de recruter. La certitude affichée qu'aucun problème de recrutement ne surviendrait s'est révélé une erreur, car les personnels ont fui AP-HP. Certains services en ont fait les frais, notamment ceux qui assuraient les missions principales du service public hospitalier, et ne pourront peut-être pas être rebâti. Ce sujet a été abordé lors des six réunions, sans obtenir de mea-culpa. C'est d'autant plus regrettable que cela

aurait permis de rétablir la confiance. Il souhaite toutefois se montrer positif. L'idée d'embaucher et de reconstruire des services est très intéressante. Selon lui, il reste à définir les critères d'évaluation de cet essai thérapeutique : quelle sera la clause de revoyure, quelles seront les commissions chargées de surveiller le bon fonctionnement du projet. De plus, au niveau central comme au niveau des CMEL, il est indispensable que l'état des lieux des personnels, tel que le D^r Diane BOUVRY l'a décrit, apparaisse clairement. Il se dit que 200 postes d'IPA seront créés, il faut savoir si elles auront un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés à part. Il revient enfin sur les discordances régulières entre les propos échangés en Comex, en CMEL, dans les GH, et ce qui est récupéré en central. Par exemple, la création de 450 emplois en trois ans a été promise à Paris-Sorbonne. C'est une excellente nouvelle, mais elle ne cadre pas du tout avec la présentation en central. Il conviendrait aussi de préciser s'il s'agit d'emplois nets, car l'hémorragie continue et se traduit par une perte de 200 à 300 personnels par mois, selon M. Sylvain DUCROZ.

M. Sylvain DUCROZ exprime son désaccord avec l'information qui vient d'être donnée.

Le D^r François SALACHAS lui fait remarquer que sa réaction pourrait aller au-delà de la perte de confiance. Il s'interroge donc sur le niveau d'embauche, en termes d'emplois nets, mois par mois. Il pense que la CME ne peut valider ce projet que si elle est associée à la surveillance de son efficacité.

Le directeur général souhaite répondre au sujet de la prime d'engagement qui est régie par des textes, selon lesquels « *elle relève d'un dispositif ayant pour objet de favoriser la coalition interprofessionnelle, la mobilisation du personnel autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser leur engagement dans ces démarches. Ils doivent contribuer à renforcer la qualité du service rendu* ». Il serait donc extrêmement difficile de faire jouer cette prime sans respecter le décret. Il sera possible d'adapter ces projets pour venir en soutien des services qui auraient plus de mal à le faire car cette démarche serait vertueuse en ne considérant pas qu'il s'agit de l'apanage de quelques services.

Quant à la phrase qui concerne les protocoles de coopération, ajoutée sur demande d'une des organisations syndicales, le directeur général explique que les personnels ne sont pas très ouverts aux primes, ne sachant pas si elles perdureront et si elles seront incluses dans la retraite. L'idée est de dire que si les paramédicaux se voient durablement exercer des actes en plus de ceux qui figurent dans le décret de compétence, la traduction progressive peut être de faire évoluer le décret de compétence, et par là même de faire évoluer la rémunération de manière plus stable, comme avec la NBI. Il est difficile de ne pas soutenir cette évolution en l'accompagnant d'une reconnaissance.

Sur le point du déni de trois ans relevé par le D^r François SALACHAS et qui semble lui être destiné, le directeur général rappelle avoir été le premier à avoir écrit en 2017 que l'institution courait à la catastrophe si elle n'augmentait pas la rémunération des paramédicaux. Il a appuyé ses dires en se référant aux comparaisons de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), à un moment où elles n'étaient pas du tout utilisées. Des tentatives pour faire évoluer la rémunération ont été engagées, avant même que des mesures soient prises. En outre, son opinion a été exprimée à une époque de plein emploi. Le directeur général n'a pas attendu le départ d'un certain nombre d'infirmiers pour essayer d'en comprendre les raisons et pour constater que leur rémunération était très faible. Il a porté devant tous les gouvernements la nécessité d'une meilleure reconnaissance de leur métier, comme l'ensemble des paramédicaux.

Concernant le travail tripartite, le directeur général considère que la réflexion et le travail conjoint permettent aux directions, aux organisations syndicales et à la délégation médicale de faire évoluer leur implication et leur responsabilité. Rien de tout cela n'allait pas de soi jusque-là et l'objectif est de casser cet ancien mode de fonctionnement. En d'autres termes, il convient de travailler ensemble pour l'avenir de l'institution, dans l'ensemble de ses dimensions sociales, médicales, ainsi que dans ses dimensions de projet. C'est un signal fort. Il ne sera pas difficile d'élaborer des critères partagés entre médecins et organisations syndicales. Il aurait été un peu présomptueux de les définir avant de savoir si le projet serait adopté. Dans le cas du maintien d'une dynamique tripartite, et si elle est étendue au niveau des GHU ou au niveau des sites en réconciliant tous les interlocuteurs pour traiter des questions de site, il n'y aura aucune difficulté à élaborer ces critères. En termes de calendrier qui a été transparent et partagé, les organisations syndicales, qui vont tenir leur CTE, n'ont vu aucun problème à ce que la CME se prononce en premier. Elles sont au contraire intéressées de connaître la position de la CME. L'ensemble des avis sera recueilli d'ici le conseil de surveillance du 18 décembre, pour faire vivre le projet social, et pour pouvoir demander aux différentes parties prenantes de le faire vivre.

M. Sylvain DUCROZ précise que des centaines de départs de l'AP-HP (formation, départs définitifs, retraite) ont lieu tous les mois mais il importe d'examiner le solde entre les arrivées et les départs. Or celui-ci est positif depuis le début de l'année, avec presque 1 500 emplois créés entre novembre et janvier, dont 400 emplois d'infirmiers. L'objectif est de maintenir cette tendance, en visant les sorties d'écoles au premier trimestre 2021.

M. Pierre-Emmanuel LECERF ajoute que sous réserve de vérification, en novembre 2020, les effectifs auront dépassé ceux de 2018 pour la première fois. Le personnel non médical était à 67 473 en 2018, et ce chiffre a progressé de 200 équivalents temps plein (ÉTP) en 2020.

Le président confirme que ce solde compte, de même que la fidélisation. Les personnels sont très heureux de venir travailler en sortie d'Ifsi pendant un temps, mais ils finissent par partir. Si l'AP-HP juge important de compléter leur formation, elle souffre du fait qu'elle ne peut pas profiter de leur expertise par la suite.

Le D^r Éric LE BIHAN rappelle que la prime de coopération pour les personnels non médicaux est de 100 € bruts, ce qui ne sera pas décisif sur le plan de l'attractivité. La responsabilité des médecins délégants n'est pas anodine, et il voudrait en discuter en CME de façon approfondie.

Le directeur général répond favorablement à ce souhait. Auparavant, les protocoles de coopération allaient directement des équipes qui en étaient à l'origine à l'agence régionale de santé (ARS), puis à la Haute Autorité de santé (HAS), pour revenir par étapes dans l'établissement, avec un délai de 4 ans pour le faire, et sans passer par la CME. Depuis 2017, une tentative de simplification est à l'étude, avec pour but de faire en sorte que les protocoles de coopération ne soient plus obligés de passer par l'ARS et par la HAS, mais plutôt par la CME. En 2021, il y aura probablement beaucoup de protocoles de coopération dans les ordres du jour. Les intervenants pourront alors se positionner sur les questions de principe, et sur les questions protocole par protocole.

Le D^r Éric LE BIHAN estime que ce sujet constitue un « cavalier législatif » dans ce document et regrette qu'il n'ait pas été traité à part.

Le D^r Diane BOUVRY confirme que cela a été rajouté très tardivement sans débat mais qu'il figure désormais en première page de la feuille de route.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que le sujet a été soumis le vendredi antérieur par les quatre organisations syndicales : Sud, CGT, CFDT et FO. Il n'y a pas eu de débat car le sujet a recueilli une approbation.

Le D^r Diane BOUVRY précise que les organisations syndicales n'ont pas encore approuvé le dispositif puisqu'elles ont demandé à revoir les documents avant de faire un CTE extraordinaire.

Le D^r Éric LE BIHAN comprend que les organisations syndicales fassent cette proposition. En revanche, il y a deux parties prenantes, et les organisations syndicales médicales doivent pouvoir s'exprimer, raison pour laquelle il serait préférable de ne pas l'évoquer dans le texte. De son côté, il précise qu'il votera contre sinon.

Le P^r Xavier MARIETTE partage les commentaires positifs sur les deux textes, à commencer par la méthode. Associer la direction, les syndicats et les médecins était important. Il ne voit pas une grande différence entre « *prend acte des points positifs* » et « *donne un avis favorable* », et n'est pas sûr que ce soit à la CME de donner un avis. Le premier terme correspond peut-être plus à la situation actuelle, dans laquelle il reste beaucoup à faire. Par exemple, le protocole de huit heures va concerner 10 % des services pour le moment, ce qui est un bon début, mais doit être approfondi. Il tient aussi à s'exprimer sur la dernière partie de la motion, qui définit le rôle des cadres de service et des chefs de service pour faire l'état des lieux de la situation. Il observe une discordance entre l'impression que les professionnels ont sur le terrain et les chiffres qui sont donnés par le siège. Il est important de faire l'état des lieux à partir des services.

Le président explique que, initialement, la CME avait commencé à travailler avec une feuille de route « post-Séguir », qui s'est ensuite transformée en projet social, qui lui, nécessite un avis de la CME.

Le P^r Bernard GRANGER souhaite féliciter la personne ayant eu l'idée de proposer des discussions tripartites. Ayant été membre du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) pendant de longues années, il connaît les difficultés du dialogue social et voit une certaine logique à associer toutes les composantes de l'hôpital pour le projet social. Celui-ci est d'ailleurs de très grande qualité, et il est vrai qu'un souffle nouveau était nécessaire, beaucoup plus que de nouveaux plans d'économie, baptisés « plans d'efficience ». Malgré tout, il souhaite savoir si ce plan a reçu un chiffrage précis et quelle est sa soutenabilité pour réussir à s'articuler avec le budget de l'année prochaine, puisque le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) n'est pas très favorable aux hôpitaux publics.

M. Pierre-Emmanuel LECERF répond que c'est la raison pour laquelle l'AP-HP a souhaité commencer par le projet social. Il fallait éviter que le projet soit abandonné, sous prétexte que le budget ne l'avait pas prévu. Le projet social inscrit donc des chiffres que l'on retrouve dans le budget. Par ailleurs, il y a derrière le projet social, l'idée que la politique des ressources humaines est aujourd'hui première. C'est elle qui permet la réalisation d'un projet médical qui sera soumis à la CME pour concertation. C'est aussi elle qui permet au service public hospitalier d'assurer toutes ces missions. Il faut souligner que des propositions de création d'emplois sont fléchées sur de la formation. L'idée n'est pas de faire des créations d'emplois uniquement pour des projets médicaux, une enveloppe est réservée pour des expérimentations du schéma horaire nouveau et pour la formation. Les propositions qui sont faites sur les créations d'emploi sont des propositions qui apparaîtront dans le budget.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que proposer des projets ne suffit pas pour en obtenir le financement. Il demande si une étude a été faite sur la soutenabilité de ce projet, compte tenu

des prévisions budgétaires, qui sont à l'heure actuelle très floues. Le PLFSS vient d'être voté, et les acteurs du monde hospitalier considèrent qu'il est relativement restrictif.

Le D^r Patrick PELLOUX précise qu'il est même catastrophique.

M. Pierre-Emmanuel LECERF explique que le projet social n'aurait pas été possible sans l'enveloppe de 1 milliard d'euros à la main des établissements. Il est évident que ce projet ne se finance pas dans un budget traditionnel sans enveloppe dédiée, pour pouvoir à la fois assurer les créations d'emplois et le reste. Les promotions professionnelles n'auraient pas pu être augmentées de la même façon, et le retour aux effectifs 2018 pour les métiers en tension n'aurait pas été possible. Cette enveloppe, ajoutée à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), permet de le faire. Cette enveloppe est budgétée dans l'ONDAM pluri-annuellement, sur les trois prochaines années, raison pour laquelle les propositions de créations d'emploi et la mise en œuvre de ce projet ont été réalisées sur les trois premières années.

M. Guy BENOÎT félicite l'idée de réunion tripartite. Il regrette de ne pas avoir vu le même groupe en 2015, quand 3 jours de réduction du temps de travail (RTT) ont été supprimés. Tous ces progrès ne sont que la résultante des mouvements sociaux qui ont eu lieu et qui ont permis d'obtenir un budget supplémentaire. Il demande si une évaluation a été faite du nombre de postes nécessaires à 5 ans. Par ailleurs, étant donné que 10 % des services passeront à 8 heures de travail par jour, il s'enquiert du cas de ceux qui restent en 7h30, si le budget ne suit pas. Selon lui, il en découlera un delta d'attractivité lié aux RTT qui sera colossal. Il demande ce que pensent les syndicats, autres que la CGT qui a envoyé une motion, de ce projet social. Enfin, à propos du protocole qui a été rajouté à la dernière minute, et sur lequel le P^r Claire POYART considérait impossible de se prononcer, il affirme que c'est une notion importante, qui mérite une discussion préalable en bureau. Personne ne l'ayant examiné, il n'a pas été possible d'en discuter collectivement, et il semble difficile de voter favorablement en l'état.

Le Pr Jean-Claude CAREL remercie M. Pierre-Emmanuel LECERF, qui a présenté le projet à la CMEL du GHU Nord qui concentre de nombreux postes vacants. Le projet social a été accueilli très favorablement par la centaine de collègues qui étaient présents à la CMEL. Des discussions très intéressantes ont eu lieu sur la prime d'engagement collectif. Il est important d'aller chercher les enveloppes qui permettent de rendre les actes soutenables. Sur les protocoles de coopération et les IPA, il se dit étonné par les propos tenus alors qu'ils sont à la fois une façon de fluidifier et d'augmenter l'efficacité du système hospitalier, et de valoriser le rôle des infirmiers, des diététiciens et autres professionnels. Dernier point, il se dit favorable à ce que la CME apporte un soutien véhément au projet social, et non qu'elle se contente d'en prendre connaissance.

Le D^r Christophe TRIVALLE s'interroge sur le passage de la théorie à la pratique. Par ailleurs, il se dit choqué de voir que certains médecins soient opposés au protocole de coopération et aux IPA. Il y a plusieurs protocoles en gériatrie, le résultat est satisfaisant et tous essaient de pousser les infirmiers à suivre la formation de pratique avancée.

Le D^r Brigitte SOUDRIE remercie M. Pierre-Emmanuel LECERF pour ce projet social, car les cadres éprouvaient un sentiment de découragement. Le sujet des 8 heures a été accueilli avec enthousiasme, car les 7h36 ne fonctionnent pas, et beaucoup d'équipes sur place sont déjà en 8 heures de façon quasi bénévole. Par ailleurs, elle rejoint le D^r Christophe TRIVALLE, considérant que les pratiques avancées sont absolument nécessaires au monde du handicap, qui manque de médecins. De nombreux jeunes s'intéressent aux pratiques avancées et elle les encourage.

Le président précise que les pratiques avancées et les protocoles de coopération ne sont pas tout à fait le même sujet. Il n'y a pas eu de débat sur les protocoles de coopération du fait que le sujet est arrivé un peu tard. Or il est clair que celui-ci est nécessaire.

Le directeur général souhaite revenir sur trois points. En réponse à certaines critiques, il rappelle qu'il est prévu de dédier 200 postes fléchés aux IPA sans supprimer de postes d'infirmiers dans les services. Il ne s'agira pas de substitution. Au sujet des protocoles de coopération, il indique que la CME a déjà eu l'occasion de se prononcer en leur faveur. Un avis sera donné protocole par protocole, et si celui-ci n'est pas favorable, il n'y aura pas de protocole de coopération. En conclusion, personne ne prend de risque. Ensuite, cette phrase introduite à la dernière séance n'a comme conséquence que de dire que la CME considère légitime que la suite des protocoles de coopération puisse être des évolutions des décrets de compétence. Enfin, le directeur général considère que l'absence d'avis favorable affaiblira l'AP-HP, et qu'il sera plus difficile d'obtenir le budget pré-assuré. Il sera difficile de faire investir dans les ressources humaines de l'AP-HP si ce projet se semble soutenu que par la direction générale ou par un syndicat. Ce sera donc une aide pour sa concrétisation d'avoir un avis favorable franc.

Le P^r Bruno RIOU rappelle que même si certaines phrases peuvent ne pas convenir à certains, ce texte résulte d'un compromis entre les trois parties. De plus, la CME a envoyé une délégation pour la représenter et négocier l'ensemble. De leur côté, les doyens donnent un avis très favorable, de manière unanime.

Le P^r Claire POYART réitère le fait que c'est une expérience inédite et qui devra perdurer durant au moins les trois prochaines années. Elle remercie MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Sylvain DUCROZ, qui depuis deux mois, font un travail extraordinaire pour se mettre à l'écoute de tous.

Le président confirme mais ajoute que la route est encore longue. Il faudra adapter les effectifs année après année, et être attentif aux conditions de travail, notamment en assurant une bonne animation des équipes, que l'on soit chef de service ou cadre de proximité.

Le D^r Sonia CERCEAU demande plus de précisions sur l'objet du vote. Elle regrette l'inclusion de certains sujets non discutés quelques jours auparavant, et considère que les IPA et les protocoles de coopération sont des sujets à part entière. Elle comprend que les organisations syndicales veuillent le rajouter, mais il faut du temps pour en discuter.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI demande qui a rajouté cette phrase.

Le P^r Bruno RIOU répond qu'elle a été incluse lors de la dernière réunion, où les trois parties étaient représentées. Lui n'y était pas, mais il a reçu le texte et a donné son accord. Selon lui, ne pas voter serait équivalent à dire que la délégation n'a pas fait son travail.

Le D^r Sonia CERCEAU souligne qu'elle faisait partie de cette délégation et qu'elle n'a pas entendu cette discussion. Elle admet qu'elle n'a pas assisté au début de la dernière réunion car les délais de convocation étaient vraiment très courts pour se libérer facilement mais que ce texte représente beaucoup de temps de discussion et d'avancées sur les différents points abordés et que l'ajout au dernier moment d'un point aussi important est vraiment extrêmement décevant et gênant pour ce vote.

Le président demande à M. Pierre-Emmanuel LECERF si un amendement est possible.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que si un amendement sur ce point est effectué, d'autres le seront également. Un retrait a été demandé par la délégation médicale, sur le septième point du préambule. Ce point exprimait le souhait que la tripartite fonctionne sur le projet médical. Il n'a pas été souhaité par la délégation médicale que le mot « projet médical » figure, alors que la délégation tripartite, et donc les médecins, ont participé au projet social. Il alerte donc car il s'agit d'une question d'équilibre.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI rappelle qu'il a été demandé la remise en place de la formule « avis favorable » plutôt que « prend acte ». Il propose la formule « prend acte des points positifs et émet un avis très favorable. »

Le P^r Jacques DURANTEAU le souhaite également.

Le président valide cette formulation et propose un vote en ligne conjoint à bulletin secret. Il indique que M. Pierre-Emmanuel LECERF présentera le calendrier pour expliquer comment seront faites les différentes avancées. La prime d'engagement collectif et d'autres points seront discutés dans les premiers mois de l'année 2021.

Le président indique qu'en raison d'un problème technique, le lien électronique pour le vote n'est pas opérationnel immédiatement. Il propose soit un vote à main levée, soit un vote en ligne le lendemain matin auprès des personnes qui ont assisté à la séance et dont le résultat sera connu avant midi.

Un vote en ligne a donc effectué le mercredi 2 décembre.

Résultats du vote : la CME a approuvé par 43 voix pour, 7 contre et 3 bulletins blancs le projet social de l'AP-HP et la motion de la CME dans les termes suivants :

« Suite aux accords du Ségur, des financements nationaux supplémentaires sont prévus pour améliorer les organisations du temps de travail, renforcer les équipes de remplacement, proposer des contrats individuels d'heures supplémentaires majorées et mettre en œuvre une prime d'engagement collectif. Seuls les établissements publics qui auront trouvé un accord local pourront prétendre à ces crédits. À l'AP-HP, cet accord est intégré au projet social 2021-2025 soumis pour avis à la CME ce jour.

La CME a constitué une délégation pour participer à la concertation organisée par la direction générale avec les organisations syndicales au terme de laquelle ce texte est présenté aux instances. Elle se félicite de la richesse des échanges qui ont ainsi eu lieu avec les représentants syndicaux des personnels non médicaux.

Sans se substituer aux organisations syndicales à qui il reviendra notamment de donner leur accord sur les modifications de l'organisation du temps de travail, la CME prend acte des points positifs contenus dans ce projet et donne un avis favorable dans la mesure où des engagements y sont pris pour renforcer les effectifs des personnels paramédicaux, pour entamer une démarche d'évaluation des charges de travail, pour développer la formation et la promotion professionnelle, pour élargir et améliorer les perspectives d'évolution des carrières, et pour renforcer la place des équipes et des services dans les choix organisationnels.

La politique de baisse de la masse salariale de ces dernières années ayant aggravé les difficultés que connaissent les hôpitaux de l'AP-HP, la CME souhaite que le diagnostic sur la situation des effectifs de l'AP-HP démarre dès le 1er trimestre 2021. Un principe de subsidiarité, condition indispensable pour une amélioration en profondeur de l'organisation du travail, doit présider à

cette démarche : la démarche doit partir des services, qui sont les premiers acteurs du fonctionnement hospitalier, avec un état des lieux des postes vacants et des postes pourvus mais non occupés (arrêt de longue maladie, grossesse ou congés parental) fait par les cadres et chefs de service. Elle souhaite également qu'une réponse soit apportée par les pouvoirs publics au problème reconnu du coût de la vie en Île-de-France qui pèse lourdement sur l'attractivité des hôpitaux publics franciliens. »

VII. Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2021 (P^{TS} Jean-Damien RICARD et Bahram BODAGHI, M^{me} Hélène OPPETIT)

M^{me} H^{élène} O^{ppetit} présente pour approbation la révision des effectifs 2021, qui a été menée dans les GH depuis le mois de juin, et qui a fait l'objet de réunions en central avec la CME et la gouvernance des GH aux mois d'octobre et de novembre. C'est la première révision qui intègre la restructuration en GHU pour toute l'AP-HP, car il y avait encore l'année dernière, des sous-commissions représentant chaque GH. Cette fois, l'AP-HP Nord et l'AP-HP Saclay ont fait une seule sous-commission de la CMEL pour cette révision. Il a été noté une très forte implication des sous-commissions du temps et des effectifs médicaux (CTEM) locales dans l'harmonisation des procédures et dans l'audition des candidats, en lien avec les chefs de service et les directeurs de DMU. Enfin, ont été présentés en groupe restreint de la CME, les enjeux concernant les facteurs d'attractivité, la fidélisation, la répartition pluri-discipline et le taux de titularisation.

La révision est intégrée dans le cycle budgétaire en cours. Cette proposition de révision est historiquement élevée, ce qui montre que l'APHP n'a pas d'inquiétude à avoir en termes d'attractivité médicale. Elle comprend 378 postes, alors que la moyenne était d'environ 300 postes auparavant soit 25 % de plus que les précédentes. Ces demandes reflètent la part des GHU dans les effectifs globaux de l'APHP. On peut noter que les hôpitaux Henri-Mondor et San Salvador sont légèrement au-dessus dans la révision par rapport à leur part de PH sur l'ensemble de l'AP-HP.

La hausse de la révision des effectifs s'explique par des capacités nouvelles à fidéliser les praticiens de disciplines en tension. On note un retournement de tendance démographique des anesthésistes, la qualité des projets, notamment en gériatrie, en psychiatrie, dans différents GH ont permis de recruter sans problème, y compris dans ces disciplines. De même, l'universitarisation des services a joué un rôle ou, comme au sein des hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis (HUPSSD), ce qui peut favoriser l'investissement participe à l'attractivité et à la fidélisation des praticiens.

Une très forte augmentation du nombre d'anesthésistes et d'urgentistes a été constatée entre 2020 et 2021. Les disciplines en tension représentent 51 % de la révision, alors qu'elles s'élevaient à 42 % en 2020. Cette hausse montre que les GHU rattrapent leur retard sur cette discipline.

Sans surprise, la médecine représente les trois quarts de la révision, suivie de la chirurgie, de la biologie et de la pharmacie. À l'intérieur de la médecine, on retrouve la pneumologie, l'oncologie, les maladies infectieuses, la cardiologie, la médecine palliative et la génétique. Les besoins sont essentiellement des promotions internes, seuls 16 entrants à l'AP-HP par mutation ont été recensés. L'âge moyen est de 37 ans, et ces demandes sont très majoritairement pour des postes à temps plein : 14 % concernent des demandes de temps partiel. Pour les deux tiers, il s'agit de femmes.

Les enjeux de la révision des effectifs 2021 portent sur le financement. La hausse de la révision est déjà financée pour moitié dans la présentation des GH et dans leur budget. Un effort supplémentaire a été demandé pour compenser l'autre moitié, à l'exception des HUPSSD, car c'est la solidarité AP-HP qui financera des deux ou trois postes sans financement.

Par ailleurs, les enjeux de cette révision sont à mettre en perspective avec la mise en œuvre du « Ségur de la santé ». D'une part, l'évolution du taux de titulaires : l'AP-HP affiche 50 % de titulaires, contre une moyenne de 60 % dans les autres CHU. C'est un des enjeux du « Ségur » de nommer précocement les jeunes. Un deuxième enjeu est de réfléchir à la structuration des services PH avec les nouveaux contractuels, l'intégration au corps des PH plus rapidement en sortie d'internat, la simplification du concours, et enfin a été évoquée la fréquence de la publication des postes de PH, avec la proposition de 2 à 3 publications par an pour être plus réactif.

M^{me} Isabelle RIOM remarque qu'avec une entrée à un âge moyen de 37 ans, les personnels restent de 5 à 7 ans sur des postes d'attente – et ce, à condition de considérer les assistanats et clinicats comme des postes normaux dans une carrière. Il y a de fait une attractivité sur les postes de PH, mais seulement pour ceux qui n'ont pas été épuisés par une attente aussi longue avant de pouvoir être titularisés. Sur cette période, beaucoup ont pu obtenir une proposition du libéral, du privé, des établissements privés d'intérêt collectif, avec la promesse d'une plus grande stabilité car en tant que praticien hospitalier contractuel (PHC) il est impossible d'obtenir un prêt pour financer l'acquisition d'un logement sans un poste stable. Par ailleurs, si 50 % des personnels correspond à des titulaires, cela signifie que l'autre moitié est laissée sur des postes d'attente, sans perspective de vie possible à Paris.

Le président confirme et ajoute que c'est extrêmement frappant.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI confirme que c'est un combat mené depuis des années. Il demande à vérifier la médiane par rapport à la moyenne, car il y a un certain nombre de titularisations tardives qui peuvent tirer la moyenne anormalement vers le haut.

Le D^r François SALACHAS considère que les jeunes ne restent plus 4 ans dans l'attente d'une titularisation.

Mme Hélène OPPETIT explique que sur les effectifs depuis 4 à 5 ans, il existe une évolution de 1 % du nombre de PH et de 2,8 % des contractuels. Le débat n'est donc pas tout à fait le même que pour les personnels non médicaux.

Le président répond que cela pourrait arriver assez vite, car le mécontentement monte. La démographie médicale est un vrai sujet, qu'il faudra traiter.

Le P^r Bernard GRANGER rejoint le P^r Thomas SIMIŁOWSKI et considère qu'il faut se méfier des moyennes. Il est toujours plus souhaitable d'avoir des informations avec des médianes et des histogrammes. Il ne faut pas laisser les candidats attendre trop longtemps, parce que c'est un facteur de découragement. Il souhaite savoir si les nominations au fil de l'eau sont vraiment prévues. Certains partent, alors que s'ils avaient été nommés avec une procédure plus rapide, ils seraient probablement restés.

Mme Hélène OPPETIT répond que des négociations sont en cours sur ce sujet, entre les syndicats et les pouvoirs publics. L'idée est d'ouvrir des postes, même si aucun candidat n'est déclaré, et de nommer les intéressés dès qu'ils apparaissent.

Le président propose de voter pour la révision des effectifs.

La CME émet un avis favorable à la révision des effectifs 2021, à l'unanimité.

VIII. Approbation des comptes rendus des CME des 6 octobre et 3 novembre 2020

Le compte rendu de la CME du 6 octobre 2020 est approuvé à l'unanimité. Le compte rendu du 3 novembre n'étant pas encore disponible, son approbation est reportée à la CME du 12 janvier.

IX. Questions diverses

Le D^r Jean-François HERMIEU souhaite revenir sur l'incident d'ORBIS, survenu quelques jours auparavant. Cet événement a mis au jour un certain nombre de dysfonctionnements : difficulté de consulter sans papier et sans ORBIS, problèmes au bloc opératoire, où il fallait opérer des patients sans pouvoir consulter leur dossier. L'intérêt d'ORBIS n'est pas remis en cause, mais l'incident pose suffisamment de questions pour que certains membres des commissions informatiques lancent une enquête pour évaluer les dysfonctionnements auprès des utilisateurs. Cette enquête a eu un impact, puisque plus de 400 personnes ont répondu en peu de temps.

Il souhaite poser trois questions au D^r Laurent TRÉLUYER :

- Quelles sont les causes du dysfonctionnement généralisé d'ORBIS ?
- Quelles dispositions ont été prises pour éviter un nouvel incident ?
- Y a-t-il eu des conséquences dommageables pour des patients, consécutifs à cet incident ?

Le président indique que le D^r Laurent TRÉLUYER n'est plus présent et que ces questions lui seront soumises.

Le directeur général précise que l'incident ne concerne pas ORBIS, mais *Oracle Monde*. Une discussion est en cours pour en comprendre les causes et pour s'assurer que cela ne se reproduira plus. Il propose de prévoir un temps lors de la prochaine CME, afin de faire un point. De nombreux médecins ont été très gênés par l'incident, tout en reconnaissant qu'il y avait eu des progrès considérables. Cette panne semble avoir été à la fois plus grave qu'habituellement et accompagnée de dysfonctionnements moins fréquents qu'auparavant.

Le D^r Christophe TRIVALLE fait remarquer que les entreprises informatiques subissent des rachats et des reventes qui devraient conduire l'institution à se poser des questions.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ répond qu'en l'occurrence, la revente et la sous-traitance ne sont pas en cause, puisque le problème est venu d'*Oracle*.

Le D^r Patrick PELLOUX précise qu'une personne, qui travaillait dans l'entreprise détenant ORBIS, a lancé une alerte sur des failles très graves de leur système informatique. Il suggère de veiller à ce que cette entreprise ne se joue pas de l'AP-HP en opérant une transaction lucrative sans entretenir le logiciel.

Le président retient l'idée d'évoquer de manière plus approfondie le sujet lors d'une prochaine séance.

Le D^r Éric LE BIHAN revient sur le sujet du recrutement. Il considère la nouvelle grille plutôt intéressante pour les plus jeunes qui sont nommés à partir du mois d'octobre 2020. Cependant, il constate beaucoup de déception parmi certains praticiens hospitaliers qui ont été nommés il y a

4 ans. Le bénéfice des jeunes attirés par la nouvelle grille risque d'être annulé par le départ envisagé dans le privé de ceux actuellement présents.

M^{me} Isabelle RIOM remercie les participants ces quatre années de collaboration et pour l'accueil qui lui a été réservé à la table des débats. Elle espère avoir pu apporter sa contribution au dialogue au sein de l'instance.

Le président lui renouvelle ses remerciements.

Le D^r Christophe TRIVALLE précise que, pour le dysfonctionnement informatique, il parlait de la société *Dédalus*.

Le directeur général répond qu'AGFA a été rachetée mais que le dysfonctionnement ne concerne ni l'une ni l'autre de ces entreprises.

La séance est levée à 20 heures 15.