

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 6 OCTOBRE 2020**

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 1^{er} DÉCEMBRE 2020

Sommaire

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Échange avec M. Aurélien ROUSSEAU, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France	8
III.	Tableau des postes vacants et lits fermés à l'AP-HP par groupe hospitalier	16
IV.	Partie « Attractivité » du projet médical : proposition de la sous-commission <i>Vie hospitalière et attractivité</i> (CVHA)	20
V.	Déploiement du dossier médical partagé (DMP) dans ORBIS	24
VI.	Approbation des comptes rendus des CME des 7 juillet et 8 septembre 2020	27
VII.	Questions diverses	28

CME du mardi 6 octobre 2020

Salle des instances & visioconférence

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME
2. Échange avec M. Aurélien ROUSSEAU, directeur général de l'agence régionale de santé
3. Tableau des postes vacants et lits fermés à l'AP-HP par groupe hospitalier (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Sylvain DUCROZ)
4. Partie « Attractivité » du projet médical : proposition de la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* (P^r Jean-Damien RICARD, D^{rs} Juliette PAVIE et Jean-François HERMIEU, M^{me} Hélène OPPETIT)
5. Déploiement du dossier médical partagé dans ORBIS (D^r Laurent TRÉLUYER, P^r Hubert DUCOU LE POINTE)
6. Approbation des comptes rendus des CME des 7 juillet et 8 septembre 2020
7. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

- Avis sur le détachement d'une PU-PH

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	D ^r	Lamia	KERDJANA
D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
D ^r	Fadi	BDEOUI	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Véronique	LEBLOND
M.	Guy	BENOÎT	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Michel	LEJOYEUX
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Olivier	BOURDON	D ^r	Émeline	MARLINGE
D ^r	Diane	BOUVRY	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
D ^r	Cyril	CHARRON	D ^r	Giovanna	MELICA
D ^r	Julie	CHOPART	P ^r	Yann	PARC
P ^r	Yves	COHEN	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Patrick	PELLOUX
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Jean-Damien	RICARD
D ^r	Thierry	FAILLOT	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Vincent	FROCHOT	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Bertrand	GODEAU	P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
D ^r	Bruno	GREFF	D ^r	Christophe	TRIVALLE
M ^{me}	Sophie	GUILLAUME	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
D ^r	Jean-François	HERMIEU	D ^r	Michel	VAUBOURDOLLE
P ^r	Sandrine	HOUZÉ			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P^r Louis MAMAN, directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie
- P^r Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical

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

- 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

• ***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^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- M^{me} Véronique DROUET, adjointe au directeur de la communication
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information

- M. Didier FRANDJI, directeur des finances.

• **Invité :**

- M. Aurélie ROUSSEAU, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)

• **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)

• **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Thomas APARICIO, Élie AZOULAY, Jean-Yves ARTIGOU, Frédéric BATTEUX, Jean-Louis BEAUDEUX, Sébastien BEAUNE, Jacques BODDAERT, Sophie BRANCHEREAU, Emmanuel BUI QUOC, Jean-Claude CAREL, Alain CARIOU, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Olivier CLÉMENT, Jean-Philippe DAVID, Sonia DELAPORTE-CERCEAU, Solenn DE POURTALÈS, Vianney DESCROIX, Margaux DUMONT, Mathilde DUVAL, Jacques DURANTEAU, Georges ESTEPHAN, Yann FLÉCHER, Julien FLOURIOT, Jean-Eudes FONTAN, Sandra FOURNIER, Christian GUY-COICHARD, Émelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Rachel LÉVY, Laurent MANDELBROT, Salomé MASCARELL, Rafik MASMOUDI, Vianney MOURMAN, Loïc MORVAN, Antoine PELISSOLO, Nathalie PONS-KERJEAN, Louis PUYBASSET, Isabelle RIOM, Clara SALINO, Bérénice SCHELL, Johanna SEKRI, Thomas SIMILOWSKI, Ishai-Yaacov SITBON, Caroline SUBERBIELLE, Laurent TEILLET, Samir TINE et Noël ZAHR

La séance s'ouvre à 16 heures 30, en format restreint doublé en visio-conférence, sous la présidence du P^r Rémi SALOMON.

La CME a rendu un hommage au P^r Bernard DEBRÉ, ancien chef du service d'urologie de l'hôpital Cochin, décédé le 13 septembre 2020 à l'âge de 75 ans.

I. Informations du président de la CME

Composition de la CME

Le président propose que le D^r Michèle GRANIER, présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France, devienne invitée permanente de la CME. Dans le contexte de préparation du projet médical, la notion de territoire constituera un axe fort et sa présence serait particulièrement utile aux débats de la CME. Elle serait également un symbole fort de la volonté d'ouverture de la CME vers ses partenaires franciliens. Cette proposition est validée et le D^r Michèle GRANIER sera donc invitée à la prochaine séance de la CME.

Directoires des 15 et 29 septembre 2020

Le président informe la CME des principaux sujets abordés lors des directoires des 15 et 29 septembre 2020 : négociations « post-Ségur », point sur le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatrique et les réanimations pédiatriques, service d'accès aux soins (SAS), fondation de l'AP-HP pour la recherche, affaires domaniales et vente du Siège. Les sujets médicaux devront être présentés prochainement en CME.

Suites du « Ségur de la santé »

Dans le cadre de la négociation « post-Ségur » entre la direction générale et les organisations syndicales, le directeur général a souhaité qu'une délégation de la CME et le représentant de la conférence des doyens participent à ces échanges. Il rappelle que la CME n'a pas vocation à signer un accord entre la direction générale et les syndicats, mais elle participera aux échanges sur les sujets qui concernent aussi la communauté médicale. Il rappelle que la CME, dans le cadre de sa contribution au « Ségur de la santé » s'est prononcée pour une plus grande association des paramédicaux à tous les niveaux de la gouvernance, l'élection du président de la commission centrale des soins à l'instar du président de la CME, et sa représentation au directoire. La CME associera également les paramédicaux aux travaux de ses sous-commissions. Dans le même esprit, il a suggéré au directeur général d'associer des représentants de la commission des soins aux discussions « post-Ségur ». Les sujets qui seront abordés lors de ces discussions sont nombreux, mais pas encore clairement définis. Parmi eux, devraient figurer : l'organisation du temps de travail, la concordance des temps, la prime d'intéressement collectif, le diagnostic des besoins en personnel. La 1^{ère} réunion aura lieu le 8 octobre et sera suivie d'une réunion par semaine jusqu'à mi-novembre. Malgré ce calendrier contraint, la CME essaiera d'être présente autant que possible.

Le P^r Bruno RIOU représentera la conférence des doyens d'Île-de-France lors de ces discussions. La délégation de la CME sera composée de la manière suivante : P^r Rémi SALOMON (président de la CME), D^r Diane BOUVRY (vice-présidente de la CME), P^r Claire POYART (présidente de CMEL), D^r Jean-Philippe DAVID (représentant les vice-présidents des CMEL), P^r Sophie BRANCHEREAU (représentante des chirurgiens), P^r Sandrine HOUZÉ (représentante des biologistes), D^r François SALACHAS (représentant des praticiens hospitaliers), D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU (représentante des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs), D^r Émeline MARLINGE (représentante des praticiens non titulaires).

Au terme des discussions, dont la CME sera régulièrement informée, celle-ci donnera son avis sur les propositions qui entreraient dans son domaine de compétences. Le président a commencé à rencontrer les représentants des organisations syndicales afin de connaître leurs attentes mais à ce stade, leur enthousiasme semble modéré. De la même façon que la CME est invitée à la table des discussions, le président de la CME a proposé que la commission centrale des soins participe également aux échanges, mais cette proposition n'a pour le moment pas été retenue.

Le directeur général, évoque la situation particulière des sages-femmes, qui siègent à la CME en tant que profession médicale et ne peuvent pas être représentées par les représentants du personnel. Il suggère qu'une des deux sages-femmes de la CME participe à ces négociations, car il serait regrettable qu'elles soient écartées. Il fera la même proposition aux organisations syndicales.

Le président accepte cette proposition et rappelle que la composition de la délégation de la CME a été contrainte par le nombre. Parmi les 15 collègues composant la CME tous ne seront pas représentés dans le cadre de ces négociations.

Révision 2021 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH)

Le président rappelle que la révision des effectifs de PH est largement déconcentrée depuis 2016 et que la phase centrale de la procédure a été notablement allégée en 2019, année au cours de laquelle l'enveloppe centrale de redéploiement a disparu, ce qui peut d'ailleurs se discuter. La CME se réserve toutefois la possibilité d'assurer la cohérence globale de la révision des effectifs avec la stratégie médicale de l'institution et continue de proposer au directeur général la liste finale des postes. Pour l'année 2021, la procédure prévoit que le groupe restreint de la CME rencontre les groupes hospitaliers (GH) pour échanger sur leurs révisions, les 5 et 10 novembre.

Le P^r Bernard GRANGER souhaite connaître la composition du groupe restreint.

Le président indique que le groupe restreint est composé sur le modèle des années précédents : président et vice-présidente de la CME, présidents de des sous-commissions *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA) et *Hôpital, ville, territoire* (CHVT), représentants de la CME pour la médecine, la chirurgie, la biologie, la radiologie, la pharmacie, l'anesthésie, la psychiatrie et la gériatrie. La composition nominative de ce groupe est en cours de finalisation et elle pourra être diffusée d'ici la fin de la semaine.

COVID

Le président fait état de la montée lente mais régulière des hospitalisations des patients atteints du COVID-19, dont le rythme semble s'être accéléré au cours des dernières 24 heures. Les équipes expriment un fort sentiment d'épuisement et de découragement. Malgré la campagne de recrutement très positive, il reste encore des postes paramédicaux vacants. À cette ambiance particulièrement difficile s'ajoute l'obligation de commencer à déprogrammer certaines hospitalisations. Il semblerait que le Président de la République ait été en visite à l'hôpital Rothschild dans la matinée.

M. Aurélien ROUSSEAU, directeur général de l'agence régionale d'Île-de-France (ARSIF) précise que le Président de la République était en visite dans le 12^e arrondissement pour la journée nationale des aidants auprès de la plateforme « handicap répit des aidants », rue Santerre, en face de l'entrée de l'hôpital Rothschild. Un certain nombre de soignants de l'hôpital a souhaité le rencontrer. Il a échangé avec eux pendant une vingtaine de minutes et cela a été relayé dans les medias. Un certain nombre de sujets qui ont été abordés le seront également dans la discussion qui va suivre avec la CME (recrutements, postes vacants, deuxième vague, vitesse de sortie des projets de « Ségur de la santé »).

Le président estime que ces échanges entre le Président de la République et les soignants témoignent de la forte tension existant dans le monde hospitalier à ce jour.

Le directeur général rappelle que 35 % des 500 lits de réanimation de l'AP-HP étaient occupés par des patients COVID en fin de semaine précédente mais ce chiffre est désormais de 40 % dans toute l'Île-de-France. L'AP-HP poursuit sa pression sur la déprogrammation qui a commencé une semaine plus tôt. La durée moyenne de séjour qui avait diminué augmente désormais et se rapproche de celle connue au printemps, avec la même typologie de patients. Le temps de doublement qui était de 26 jours est passé à 11 jours et remonte à 15 jours. Les perspectives sont moins rapides qu'au printemps, mais restent impressionnantes. La question des lits ouverts et fermés et des recrutements sera abordée ultérieurement au cours de la réunion.

II. Échange avec M. Aurélien ROUSSEAU, directeur général de l'agence régionale de santé

Le président remercie le directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) de participer à cette réunion malgré la lourdeur de ses journées. Il rappelle que M. ROUSSEAU a un jour déclaré devant la CME que face aux énormes défis sanitaires hospitaliers, hospitalo-universitaires et socio-démographiques de la région francilienne, l'AP-HP représentait une chance. Le président pense que la crise du coronavirus n'aura pu que le conforter dans ce point de vue. Cette crise est intervenue alors que l'hôpital public et notamment l'AP-HP étaient eux-mêmes en crise. Depuis, les mesures du « Ségur de la santé » ont été annoncées, dont il n'est pas question d'ignorer les avancées. Cependant, la principale inquiétude de la CME concerne encore et toujours les problèmes d'effectifs en personnels et de recrutement, donc d'attractivité. Le président pense être fidèle à la pensée largement partagée de la communauté médicale en disant que la solution à ces problèmes repose certes sur les salaires, qui en Île-de-France restent sans commune mesure avec le coût du logement, mais que cela est loin de suffire. Comme le montrent actuellement de nombreux signaux, les personnels continuent de partir, car le problème des conditions de travail n'a pas été résolu. Beaucoup de choses peuvent contribuer à l'amélioration des conditions de travail, mais la chose essentielle concerne les effectifs : les gens partent parce que les effectifs sont insuffisants et entraînent surcharges de travail, insatisfaction sur la manière d'exercer son métier « à l'arrache », impossibilité de prendre ses jours de repos et d'organiser sa vie familiale, impossibilité de prendre des jours de formation pour enrichir son parcours professionnel, *turn over* si élevé que les « anciens » sur lesquels on peut s'appuyer n'ont souvent pas plus que quelques années d'ancienneté. La conséquence se fait sentir sur le fonctionnement des équipes et la qualité même des soins. Aux problèmes d'attractivité et à la crise du coronavirus s'ajoute un certain nombre de déséquilibres que connaît la région. Les solutions ne sont pas évidentes, mais il s'agit de questions de fond à ne pas éluder. C'est pourquoi le président a proposé au directeur général de l'ARSIF de construire son intervention autour du thème de l'AP-HP dans son territoire.

M. Aurélien Rousseau présente tout d'abord ses excuses car sa venue sur place a été compliquée. Les chiffres du jour en matière de dynamique de l'épidémie et d'entrées en réanimation sont préoccupants. À ce jour, 2 430 personnes sont hospitalisées avec le COVID en Île-de-France, dont 460 en réanimation, avec une répartition identique à celle que la région a connue entre l'AP-HP et le reste des établissements. La répartition en dehors de l'AP-HP entre les hôpitaux publics et les établissements privés a toutefois évolué. La veille, 37 % des lits de réanimation étaient occupés par des patients atteints du COVID. En une journée, ce chiffre est monté à plus de 40 %. La tension est montée d'un cran et n'est pas seulement liée aux nouveaux patients, mais également à la prise en charge de personne dont la situation s'est dégradée au cours de la dernière période.

Aujourd'hui, seules trois régions ont une vitesse de doublement inférieure à trois semaines : Île-de-France, Hauts-de-France et Pays-de-la Loire. La préoccupation maximale porte sur les Hauts-de-France et l'Île-de-France. Si les grandes métropoles comme Bordeaux et Marseille connaissent un certain tassement des entrées en réanimation, ce n'est pas cas en Île-de-France. Les éléments sur l'incidence continuent à augmenter, avec un passage en zone d'alerte maximale à Paris, alors même que le nombre de tests baisse légèrement.

La comparabilité de cette situation avec les éléments de la première vague est difficile à faire. Les tests étaient beaucoup moins nombreux : le taux d'incidence qui est aujourd'hui supérieur à 500 chez les 20-30 ans à Paris est difficile à comparer à celui des mois de février et de mars. Des leçons doivent être tirées de la première vague, des actions doivent être mises en œuvre, notamment en déclinant les mesures émanant du « Ségur » dans un contexte où l'épidémie aura un impact très important. Il est nécessaire de montrer rapidement que des actions concrètes se passent et que certaines mesures du « Ségur », qui peuvent sembler éloignées des préoccupations quotidiennes, peuvent avoir un effet très concret, par exemple pour le logement.

Premières conséquences de la crise

La crise du COVID est arrivée dans une situation de tension, de colère, de conflit, avec une problématique de lits vacants et un sujet d'attractivité auquel toute l'Île-de-France est confrontée. Si ce sujet a une acuité particulière à l'AP-HP, car il touche davantage les paramédicaux qu'ailleurs, la question de l'attractivité médicale est le quotidien des hôpitaux généraux franciliens. La crise pèse donc sur un système déjà en grande difficulté : il partage le sentiment collectif de crainte d'arriver à une situation de saturation et d'épuisement du système. Les indicateurs en termes de demande de disponibilité, de congé, de nombre d'arrêts sont significatifs.

Cette crise met en lumière certains sujets qui n'avaient pas été identifiés et ne fait qu'exacerber des sujets qui étaient au cœur des mobilisations sociales qui ont lieu depuis plus d'un an. Le sujet des ressources humaines sera encore plus au cœur de la deuxième vague, car une partie des outils et des renforts mis en place dans l'urgence risque de ne pas pouvoir être mobilisée, dans la mesure où l'épidémie touche des régions qui étaient pourvoyeuses de soignants.

Cette crise permet toutefois de faire progresser plus rapidement et de faire fructifier ce qui a été éprouvé pendant la première vague. D'un point de vue national, la crise du COVID est arrivée à la suite d'une mobilisation qui a conduit à des annonces jugées insuffisantes en 2018 et 2019. Elle a permis la mobilisation de la nation en soutien à l'hôpital public dans des proportions inconnues au cours des 20 dernières années. Le Ségur de la santé a fait objet d'un protocole d'accord signé avec les organisations syndicales. Les crédits sont inscrits au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) actuellement discuté au Parlement. Il ne s'agit pas d'effets d'annonce, mais de la mise en œuvre d'un accord.

À titre d'exemple, la première partie de l'augmentation de rémunération a été versée à l'AP-HP avec la paie de septembre et la deuxième le sera en mars 2021. Les questions du capacitaire et de la trajectoire des ressources humaines ne sont plus des sujets tabous. Il a indiqué notamment à l'occasion du contrat « zéro brancard » être prêt à rouvrir ce sujet. Des éléments reviennent régulièrement sur l'idée de pouvoir assurer le droit à la formation et à la progression salariale. Certaines mesures relatives à la carrière et à l'engagement dans la carrière publique sont actées.

Il souligne que la reprise d'un tiers de la dette hospitalière aura un impact très important. Le directeur général de l'AP-HP a évoqué l'hypothèse d'affecter une partie de cette ressource dégagée pour lancer des opérations permettant de relancer la construction de logements sociaux destinés aux soignants ou des investissements du quotidien pour renforcer la qualité de vie au travail. La libération d'un tiers de la dette de l'AP-HP au cours de l'année 2021 est très importante,

et dégagera des marges de manœuvre nouvelles. Si tout n'est pas encore cadré par des textes, le gouvernement a donné son feu vert pour commencer à prioriser les actions et nourrir le travail au niveau national.

Cette crise a contribué à libérer ces capacités et à franchir des étapes que le « rapport de force » n'avait pas permis d'obtenir. À l'échelle régionale, elle a également permis de franchir quelques étapes importantes. L'ARS a essayé d'appliquer un principe de transparence et d'équité dans la contribution à la prise en charge des malades COVID dans la région. Depuis le début de l'épidémie, l'ARS a partagé les éléments de stratégie et a aligné la contribution entre les différents acteurs public/privé, privé lucratif/non lucratif. Cela a demandé des efforts mais les acteurs reconnaissent que le partage d'informations et la meilleure connaissance des uns et des autres sont essentiels. L'Île-de-France est la région dans laquelle l'ouverture de lits de réanimation portés par le privé est la plus notable (18 % par le privé lucratif, 9 % par le privé non lucratif, plus de 40 % par AP-HP). Tous les secteurs ont été mis à contribution et le corollaire décidé était une compensation intégrale des surcoûts c'est pourquoi l'ARS a déployé rapidement les crédits. Ce principe de transparence et d'équité doit être préservé à toutes forces : un groupe de travail essaie actuellement de définir une doctrine régionale pour accompagner les paliers et la déprogrammation à laquelle il sera nécessaire d'avoir recours. Afin de permettre à un établissement de prendre ces décisions lourdes, il est nécessaire de savoir ce que font les autres et de poser une doctrine régionale, non pas élaborée par la seule ARS, mais par un groupe d'experts réunissant notamment des directeurs médicaux de crise qui ont vécu cette période.

Cette crise a également permis d'alléger certains niveaux de contrôle et de rendre tous les acteurs plus agiles. Son souhait est d'identifier les sujets sur lesquels cette agilité de temps de crise peut être projetée en temps normal, avec plus de confiance accordée aux acteurs. Il pense notamment à la médicalisation du pilotage de la crise et au rôle des directeurs médicaux de crise dans tous les établissements de santé. Cette crise a également montré la puissance des outils de coopération, notamment aux opérations lourdes et complexes de transfert de patients vers d'autres régions, qui ont nécessité un dialogue entre les réanimateurs pour identifier et prioriser les patients. Cela n'aurait pas pu se faire sans les premières semaines de crise, qui ont permis d'établir un fort degré de confiance. Le CHU a joué son rôle en diffusant les doctrines et en partageant les bonnes pratiques (délai de réanimation, médicaments réanimatoires...)

Il est nécessaire de capitaliser sur ces éléments. La capacité du système à projeter en temps normal ce qui a été inventé en temps de crise sera déterminante, notamment, une série de dispositifs de solidarité régionale comme pour la régulation des lits de psychiatrie lorsque la Seine-Saint-Denis a dû faire face à une tension très forte au début de l'été.

Rôle du CHU dans le territoire

Dans le cadre de l'élaboration du projet médical de l'AP-HP, la définition de la place et du rôle du CHU dans la région doit être partagée et ne peut pas venir uniquement de l'ARS. Elle ne pourra avoir une transcription réelle que si chaque acteur y trouve un intérêt. La crise doit permettre de sortir d'un jeu de rôles dans lequel chaque acteur s'est enfermé, par exemple, le projet régional de santé de l'ARS, en vigueur depuis le mois de juillet 2018 ne consacre aucune de ses pages à la question du CHU dans la région. Elle est pourtant fondamentale et ne doit pas être réglée par la seule ARS mais avec les universitaires, les doyens, les équipes médicales de chaque établissement.

Il faudra être plus inventif qu'ailleurs. Selon les textes du code de la santé publique relatifs aux CHU, « *le CHU concourt à aider en termes de ressources humaines médicales les autres établissements de la région* », mais sur le terrain les choses sont différentes car le CHU est également un hôpital de proximité dans de nombreux territoires de la région et il ne sera pas

possible de projeter des modèles tels quels sur l'Île-de-France. Le CHU n'est pas uniforme et les sujets se posent différemment selon les plaques territoriales. Un travail est en cours en Seine-Saint-Denis entre l'hôpital Avicenne et les hôpitaux publics du département, ou encore entre l'hôpital Henri-Mondor et le centre hospitalier intercommunal de Créteil et de Villeneuve-Saint-Georges. Il faut réussir à la fois à obtenir des principes généraux et des transcriptions territoriales différentes.

L'hospitalisation publique en Île-de-France ne peut pas se faire concurrence à elle-même et l'objectif est de conserver les médecins et les paramédicaux en Île-de-France. Toutefois, chaque décision prise par un établissement impacte les autres. Au-delà du succès des d'assistants ou praticiens partagés, il faut montrer à ceux qui arrivent ou sont susceptibles de rejoindre les hôpitaux publics qu'ils peuvent avoir des modalités d'exercice intéressantes et diversifiées, sans être assignés à une fonction et un territoire. Sur la base de projets médicaux et pédagogiques cohérents et solides, l'ARS est prête à construire sur le sujet. Pour attirer de jeunes professionnels, il faut réussir à conserver en Île-de-France ceux qui y sont formés : c'est notamment le sujet de l'internat mené par le P^r Bruno Riou aux côtés de l'ARS, dont il salue l'investissement. L'ARS a porté en 2019 des propositions au niveau national dont certaines ont été retenues, notamment sur la différenciation salariale ou le logement.

Enfin, les élus départementaux exigent la création d'un CHU du sud de l'Île-de-France ou encore dans le Val-d'Oise. Ces demandes ne peuvent pas être balayées d'un revers de main car la dynamique démographique ne se joue pas dans le cœur de la région et que l'inscription dans une dynamique universitaire, qui peut prendre des formes très variées, est un facteur d'attractivité. Le sujet d'un grand nombre des hôpitaux généraux est bien l'attractivité, davantage médicale que paramédicale. Un des enjeux est de réaliser cette irrigation, au-delà du seul sujet politique et réponse au « droit des territoires à un CHU. Il faut avoir une masse critique suffisante pour que les équipes universitaires atteignent un niveau d'excellence et il n'est pas pertinent de placer un universitaire seul dans un hôpital général. Ce sujet se pose avec beaucoup d'acuité en Île-de-France, avec une inégale répartition du nombre de postes universitaires entre les universités intra et extra-parisiennes. Il faut sortir de cet affrontement vain et utiliser les outils existants tels que les PHRC, les assistants partagés, les DMU. Le dispositif peut être gagnant pour chacun et ne pas se limiter à une demande de générosité adressée aux CHU, en organisant une gradation et un recours permettant d'avoir une attractivité globale pour l'Île-de-France. Les chiffres montrent que les professionnels que l'on réussit à garder dès le début, restent.

Le président remercie le directeur général de l'ARS et invite les présidents de CME locale à intervenir.

Le P^r Emmanuel MARTINOD remercie le directeur général de l'ARS d'avoir évoqué les sujets de l'attractivité, de l'équité, du territoire et de la Seine-Saint-Denis. En tant que président de la CMEL des hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis, il souhaite souligner que ce territoire est fortement concerné par toutes les problématiques actuelles de notre système de santé qui ont conduit aux mouvements de fin 2019 et au « Ségur de la santé ». Par ailleurs, ce territoire a été frappé de plein fouet par la première vague de l'épidémie COVID-19. Cette situation a mis en lumière de nombreuses difficultés. Celle de l'attractivité est commune à l'ensemble de l'Île-de-France, mais elle est encore plus criante dans le territoire de la Seine-Saint-Denis. Les dernières statistiques montrent que la population de Seine-Saint-Denis approche les 2 millions, comme celle de Paris *intra-muros*. Aujourd'hui, le stade de l'équité n'est absolument pas atteint. Même si la notion de territoire transparaît dans les débats avec l'AP-HP, l'ARS et les tutelles, ces discussions restent au stade incantatoire et la fragilité des équipes demeure. Ce territoire est une terre de contrastes : au-delà de l'image de précarité, c'est un avant tout un territoire d'innovation. Le

directeur général de l'ARS a évoqué les différentes crises qui ont secoué l'hôpital et qui perdurent, notamment en psychiatrie. Ces crises se succèdent car les équipes sont fragilisées à chaque départ de personnel, ce qui met tout le système en danger. Le premier ministre a annoncé des propositions de fidélisation de certaines professions dans ce territoire (magistrats, policiers, professeurs des écoles) mais la santé a été oubliée. Le point 4 du « Ségur » était normalement consacré aux territoires, mais les potentielles avancées sont difficiles à visualiser. Le directeur général de l'ARS Île-de-France a commandé un rapport sur les problématiques de la Seine-Saint-Denis dont les conclusions sont très attendues.

Le P^r Emmanuel MARTINOD propose que les mesures envisagées pour les magistrats, policiers et professeurs des écoles soient étendues aux professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Il espère l'annonce de mesures régionales favorisant l'équité. L'AP-HP a réalisé de nombreux investissements sur ce territoire et notamment à l'hôpital Avicenne mais attend des avancées sur le plan humain, car une crise majeure se profile. Le directeur général de l'ARS Île-de-France a été mis en copie d'un courrier adressé à M. Jean CASTEX par neuf parlementaires de Seine-Saint-Denis de toutes origines politiques, sénateurs et députés qui tirent la sonnette d'alarme. Il demande ce que l'ARS compte faire de manière très concrète pour le territoire de la Seine-Saint-Denis.

M. Aurélien ROUSSEAU confirme que le sujet de la Seine-Saint-Denis fait partie des annonces relevant du plan d'État « Plus fort en Seine-Saint-Denis » présenté par M. Édouard PHILIPPE il y a un an et des annonces complémentaires de M. Jean CASTEX. La reconstruction de l'hôpital de Montfermeil en est un exemple fort, de même que les crédits dégagés pour la rénovation des urgences de Montreuil, Aulnay-sous-Bois et à Saint-Denis. Il souligne également les efforts réalisés sur la psychiatrie avec un hôpital de jour à Saint-Denis et des investissements à Ville-Évrard. Lors de sa venue en Seine-Saint-Denis il y a dix jours, le premier ministre a évoqué l'évolution du projet de l'hôpital Nord. Bien qu'il soit parfois considéré comme un hôpital extraterritorial, il va s'inscrire dans l'offre de soins séquanodionysienne. La reprise de la dette hospitalière permet de revoir certains projets comme le pôle mère-enfant dans le cadre de la restructuration Avicenne - Jean-Verdier. Le point sur la rémunération n'a pas été oublié. Les réflexions ont été approfondies pour améliorer la reconnaissance de la rémunération, notamment pour certains métiers en tension. Aujourd'hui, un enseignant ou un greffier qui travaille en Seine-Saint-Denis rêve surtout d'exercer à Paris ou dans le Val-de-Marne. Il en va différemment pour les personnels de santé, qui, s'ils veulent partir, le font vers la province. Le *turn over* est moins fort en Seine-Saint-Denis qu'ailleurs. La grande crainte est de mettre des mesures en place qui risqueraient de déstabiliser le reste des territoires, qui sont également sous tension. Cela explique l'approche retenue par métiers et filières en tension. Il défend la position consistant à renforcer globalement la présence de personnels médicaux et paramédicaux en Île-de-France. Dans les financements nationaux et régionaux, la Seine-Saint-Denis est le premier département destinataire de crédits. Par ailleurs, les éléments de surmortalité se jouent également beaucoup dans la faiblesse du dispositif de promotion, de prévention et de premiers recours. Les crédits consacrés aux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières ou ambulatoires et à la mission d'intérêt général (MIG) pour la précarité sont massivement augmentés cette année pour le territoire de la Seine-Saint-Denis, car il est erroné de penser que les éléments de surmortalités se sont uniquement joués à l'hôpital. Les personnes sont souvent décédées avant d'arriver dans les services de réanimation. Ce sujet est un élément de discrimination et d'inégalité très violent et représente aux yeux du directeur général de l'ARS Île-de-France la principale « claque » de cette épidémie et celui sur lequel l'ARS a une responsabilité directe. L'ARS a d'ores et déjà engagé des moyens complémentaires importants sur ce sujet et se heurte là encore à celui des ressources humaines. Qu'il s'agisse de financements nationaux ou régionaux, ils seront importants dans des projets hospitaliers et dans des sujets de prévention, de promotion de la santé et de santé communautaire. L'approche

ressources humaines se fait essentiellement par secteur ou par sujet en tension, sans faire un sujet spécifique Seine-Saint-Denis au risque de déstabiliser le reste de la région. Enfin, en Seine-Saint-Denis, les hôpitaux généraux ont davantage de liens avec l'hospitalisation privée qu'avec l'AP-HP : il est nécessaire de remettre l'hospitalisation publique dans une dynamique réelle de coopération en Seine-Saint-Denis, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande ce que peut faire l'ARS Île-de-France, en dehors des actions sur le logement, pour améliorer l'attractivité du personnel médical et non médical. Il souhaite savoir si les ARS bénéficient d'une certaine liberté pour compenser le coût de la vie et attirer les infirmiers et les médecins en Île-de-France. Il demande si l'ARS Île-de-France sait combien il manque de médecins et de personnels non médicaux dans la région et ce qui peut être proposé pour le futur et former tels médecins pour telles spécialités en fonction des territoires.

Le D^r Patrick PELLOUX demande à l'ARS de ne pas oublier les autres malades « non-COVID » et rappelle la nécessité d'assurer la permanence des soins. La problématique est importante pour les médecins de l'AP-HP et hors AP-HP et pose problème au sein des services d'urgences. L'offre de soin étant en train de diminuer, certains malades prennent la structuration des urgences pour une permanence de soins. Il demande comment éviter l'abandon des malades « non-COVID » et comment mieux faire coopérer les systèmes. L'AP-HP et les services publics donnent l'impression de se mobiliser par rapport à l'évolution de l'épidémie, mais les établissements privés lucratifs poursuivent leurs activités. Il est nécessaire de travailler tous ensemble sur la problématique et que chacun prenne sa part de travail. La mobilisation des réanimations ne doit pas se faire uniquement dans le service public. Si les établissements privés ne peuvent pas assurer la réanimation, ils peuvent au minimum assurer l'aval de la réanimation.

M. Aurélien ROUSSEAU répond à la première remarque en estimant que l'ARS se situe sur une ligne de crête politique. Le statut de la fonction publique obéit au respect de l'égalité. Lorsqu'il a porté devant le ministère et les directeurs généraux d'ARS la nécessité d'avoir une rémunération complémentaire en Île-de-France afin de pallier la différence de niveau de vie constatée, sa suggestion a remporté un succès d'estime, car l'idée de payer davantage les fonctionnaires à Paris qu'ailleurs est insupportable. Le « Ségur » prévoit un certain nombre d'outils devant permettre de développer des réponses spécifiques à l'échelle de l'AP-HP. Il prévoit ainsi la possibilité de négocier des accords sur la question de l'intéressement en laissant une grande marge aux établissements. Il prévoit la possibilité d'avoir des dispositifs de majoration différents d'un établissement à l'autre sur les heures supplémentaires. Le terrain de négociations est ouvert avec le principe d'un accord majoritaire. Un enjeu majeur du Ségur est de laisser aux établissements la possibilité de trouver des propositions et des solutions à leur échelle. Ceci peut avoir un impact financier non négligeable (intéressement, heures supplémentaires, monétisation des comptes épargne-temps [CET]). Le centre de gravité de ces outils se situera au niveau des établissements et il ne sait pas quel sera le rôle dévolu aux ARS par les textes qui sont en cours de rédaction. Il est toutefois important que ce travail s'engage d'ores et déjà à l'AP-HP. Cela signifie d'accepter de la différenciation, ce qui n'est pas simple.

Il ne partage pas les propos du D^r Patrick PELLOUX sur la coopération entre le public et le privé. Les chiffres confirment que le privé a directement contribué à la prise en charge des patients.

M. Aurélien ROUSSEAU a donné l'instruction de déprogrammation le 7 mars 2020 : dans les jours qui ont suivi, il recevait des messages de médecins d'hôpitaux publics et d'hôpitaux privés qui s'insurgeaient contre la poursuite d'activité respectivement dans les hôpitaux privés ou les hôpitaux publics. Le sujet sera encore plus compliqué dans la phase qui s'ouvre et c'est pour cela que l'ARS a donné des garanties de compensation en termes de rémunération. Au pic de l'épidémie dans la semaine du 30 mars, l'ensemble du système de santé était tourné vers un seul

objectif. Au-delà de la question financière et des ressources pour l'établissement, la déprogrammation est un acte lourd et personne ne souhaite déprogrammer une nouvelle fois des patients. La seule solution est le partage d'une doctrine claire élaborée par les médecins. Cette doctrine ne sera pas monitorée par l'ARS : les établissements s'adapteront aux lignes directrices. Il espère que ce qui a été réalisé au cours de la première vague sera également tenu dans cette deuxième vague. Dans cette deuxième vague, il est nécessaire de mieux réussir le lien avec la médecine de ville. Lors de la première vague, le système de santé a vécu dans la crainte que les cabinets de ville deviennent eux-mêmes des clusters, en l'absence d'équipements de protection individuelle. Des liens ont pu être noués entre les communautés professionnelles territoriales de santé et les hôpitaux, qui n'existaient pas auparavant. En Seine-Saint-Denis, un très bon protocole a été élaboré avec les maisons de santé de ville sur les sorties d'hospitalisation. Il est important de capitaliser de telles initiatives. La mobilisation de la ville sera différente de celle de la première vague et réduira le report sur les urgences. Aujourd'hui, 4 % de l'activité des urgences est liée au COVID, alors même que l'incidence est forte. Cela signifie que le premier recours de ville joue bien son rôle de prise en charge de ces patients. Il est conscient de la difficulté à maintenir ce principe de transparence et d'équité mais l'ARS se mobilisera fortement pour que tous les secteurs contribuent équitablement à la prise en charge des patients COVID.

Le P^r Bernard GRANGER demande comment le directeur général de l'ARSIF envisage la trajectoire budgétaire de l'AP-HP au cours des prochaines années.

M. Aurélien ROUSSEAU indique qu'il est très difficile d'envisager le niveau d'atterrissage de l'AP-HP sur l'année 2020. Le conseil de surveillance a évoqué l'intégralité des crédits qui ont été délégués par l'ARS afin de faire face au surcoût. Il estime qu'il faudra repartir à zéro pour définir la trajectoire financière pluriannuelle de l'AP-HP. La baisse d'activité, les problématiques de codage et le système de garantie de recettes vont fortement dégrader la situation financière, et notamment sa capacité d'autofinancement. La reprise de la dette hospitalière doit être une vraie bouffée d'oxygène et ne doit pas seulement servir à compenser les conséquences de la crise sanitaire. Avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'ARS a pour objectif d'avoir un système de prise en charge des surcoûts et des moindres recettes le plus large possible pour que les outils déployés par le « Ségur » soient de vrais outils positifs qui ne servent pas à combler des pertes. Une partie de ces mesures est un investissement pour retrouver de l'attractivité, et donc de l'activité et des ressources. Sous l'éclairage de la crise ou non, certains projets sont retravaillés, comme l'hôpital Nord, ce qui amènera l'AP-HP à revoir sa trajectoire d'investissement.

Le directeur général estime que ces échanges éclairent parfaitement les enjeux auxquels l'AP-HP est confrontée pour continuer à être en dynamique de projet pour les soins, l'amélioration de la prise en charge ou l'évolution médicale. Les sujets sont nombreux et l'objectif de l'AP-HP est de pouvoir les mettre en œuvre. L'AP-HP doit faire en sorte que ces projets ne soient pas limités par les problématiques de recrutements et de départs : le projet social de l'AP-HP pour les prochaines années est lié au projet médical et de cette combinaison résulteront des projets convaincants et partagés.

Le D^r François SALACHAS s'enquiert de la vision de l'ARS sur l'avenir de la gouvernance dans les hôpitaux publics en général et à l'AP-HP en particulier. Un des piliers du « Ségur » portait sur l'organisation et la gouvernance. La question est ouverte, car un appel à manifestation publique d'intérêt devrait paraître. Il demande au directeur général de l'ARS Île-de-France d'éclairer la CME sur son calendrier et sur les modalités de réponse à cet appel d'offres que l'AP-HP pourrait saisir.

M. Aurélien ROUSSEAU confirme le principe de pouvoir mener des expérimentations sur le rééquilibrage de la gouvernance au sein des établissements publics. Des dispositions législatives et réglementaires visant à cadrer le lancement de ces expérimentations sont annoncées d'ici la fin de

l'année. Dans un rapport demandé par la précédente ministre de la Santé sur les ressources humaines à l'hôpital, il a formulé des propositions sur les évolutions de la gouvernance. Une partie d'entre elles sont reprises dans le « Ségur ». Dans la même période, des contributions du directoire de l'AP-HP ont été faites sur ces sujets. La crise a montré que le guide d'un établissement est son projet médical, qui doit également être un projet social. La gouvernance la plus à même de mettre cela en place sera la plus efficace. La crise a montré que des compétences techniques étaient essentielles pour mettre en place le projet médical souhaité par les médecins et que le dialogue permettait de ne pas s'enfermer dans le jeu de rôles qui se joue parfois à l'hôpital. Lorsqu'un projet doit être déployé rapidement à l'échelle d'un service, il doit trouver un appui rapide pour le déployer et cela nécessite une autonomie et une agilité à l'échelle des établissements. Ceci est un élément de base du projet « nouvelle AP-HP » porté par le directeur général, qui a comme d'autres projets été percuté par la crise du Covid. Cette revendication est encore plus forte au sortir de la crise. Le ministre de la Santé a indiqué qu'il était nécessaire d'aller aussi loin que possible sur ces sujets. Si l'AP-HP est porteuse de propositions, d'innovations et d'expérimentation, elles pourront être portées au niveau national.

M. Guy BENOÎT rappelle que le nerf de la guerre est l'attractivité. Pendant plusieurs années, il a été dit que la variable d'ajustement était le personnel non médical. Depuis 2010, l'AP-HP a augmenté son activité de 10 %, avec un personnel médical équivalent et environ moins 8 % de personnel non médical. Il ne comprend pas que le directeur général de l'ARS Île-de-France n'ait pas entendu les alertes lancées par la communauté médicale. Il s'inquiète de la capacité à inverser la tendance, dans la mesure où l'aboutissement des projets est annoncé dans 5 ou 10 ans. Le personnel attend des changements immédiats. Il demande comment attirer aujourd'hui des professionnels dans les actuelles conditions de travail dégradées.

M. Aurélien ROUSSEAU doute que le délai d'aboutissement des projets évoqués soit de 5 ou 10 ans. Des actes concrets ont abouti comme le versement sur la paie de septembre de 90 € pour les personnels non médicaux. Les mesures du « Ségur » ne sont pas uniquement des mesures d'investissement dans de la pierre ou du matériel, mais doivent permettre des améliorations très concrètes. Des mesures sont prévues et financées au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) actuellement discuté au Parlement et devront se déployer très rapidement. Elles ne viendront pas toutes d'en haut et chacun devra assurer une part de risque. Une partie de ces mesures nécessitera de faire des propositions conjointes à l'échelle des établissements pour les déployer. Les mesures sur le niveau de rémunération des personnels non médicaux ont fait l'objet d'un accord avec les organisations syndicales. Cela ne suffira pas à améliorer fortement l'attractivité, car l'enjeu majeur est celui de la qualité de vie au travail ou des investissements du quotidien. Cela dépendra de la manière dont les établissements s'organiseront pour faire arriver les crédits dans les services pour répondre aux sujets du quotidien. Il s'agit d'un exercice collectif de responsabilité.

Le président assure que la CME prendra sa part de responsabilités. La CME est très motivée pour participer et faire des propositions dans la phase « post-Ségur », comme elle l'a fait avant sur les nombreuses questions qui se posent concernant l'organisation des services, la gestion des carrières, la manière d'envisager le travail en équipe, le rapprochement avec les paramédicaux. Parmi tout ce qui fait l'attractivité, figurent la charge de travail et les effectifs. La CME suit avec attention le PLFSS. Au nom de la CME, il remercie chaleureusement le directeur général de l'ARS Île-de-France d'avoir consacré une heure à des questions importantes, qui inquiètent pour l'avenir. Tous espèrent sortir de cette crise sans que l'hôpital en soit davantage fragilisé, mais au contraire qu'il puisse en tirer le meilleur parti.

III. Tableau des postes vacants et lits fermés à l'AP-HP

M. Pierre-Emmanuel LECERF signale qu'à la suite de la présentation en bureau de CME, des informations ont été ajoutées quant à l'évolution des effectifs sur les métiers en tension à compter de 2016 et à l'absentéisme. Il complétera cette présentation avec des données relatives à l'activité du mois de septembre 2020.

Métiers en tension

Plusieurs catégories ont été ciblées dans l'analyse de l'évolution des effectifs sur les principaux métiers en tension, avec en creux les postes budgétés restés vacants. La plus importante numériquement, est celle des infirmiers diplômés d'État (IDE), en isolant les données concernant les 2 700 contrats d'IDE ou de faisant fonction venus en renfort, pour ne pas fausser la courbe. Le décrochage constaté en début d'année 2020 était de près de 1 000 équivalents temps plein (ÉTP) *versus* 2016 et 2017, avec une perte de près de 500 emplois chaque année entre janvier 2018 et janvier 2020. Cette perte s'est traduite, malgré un recours accru à l'intérim et aux heures supplémentaires, par une sous-consommation de la masse salariale de l'AP-HP. Depuis le début d'année 2020, en début de crise, l'AP-HP a constaté un rebond fort au mois de mars résultant des premières campagnes de recrutement sur de plus petites promotions sortant d'institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) qui ont permis d'avoir un taux de recrutement dans ces écoles plus élevé que les années précédentes. Un net changement a eu lieu pendant l'été, grâce à un rattrapage des recrutements qui a permis à l'AP-HP de se positionner quasiment au niveau des effectifs de septembre 2019. Jusqu'à cette date, les ÉTP d'IDE étaient systématiquement plus bas que sur la même période en 2019 et surtout par rapport à la réalité budgétaire des recrutements possibles. Après un fort décrochage en début d'année, l'AP-HP a pu combler l'écart et est aujourd'hui à 350 à 400 postes encore inscrits au budget, mais non pourvus, contre 800 postes avant l'été. 420 recrutements sont prévus d'ici la fin de l'année, à la fois pérennes avec mises en stage et temporaires liés au rebond épidémique et au besoin de réarmer des lits COVID. Depuis l'été, l'AP-HP bénéficie d'un net rebond du recrutement qu'elle doit pérenniser d'ici la fin de l'année, car les sorties d'école prévues d'ici là sont peu nombreuses. Quelques sorties en décembre permettront d'obtenir des recrutements mais l'AP-HP continue à recruter hors école, avec 231 de personnes déjà expérimentées, via des mutations. En 2019, seuls 55 recrutements avaient été réalisés hors sorties d'école. Les efforts doivent se poursuivre.

M. Sylvain DUCROZ présente l'évolution des effectifs des autres métiers en tension. Le métier dont l'évolution est la plus défavorable à l'AP-HP est celui des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE). Ce métier est en forte perte d'attractivité et la demande de ces professionnels de voir leur statut revalorisé est forte. L'AP-HP perd chaque année une dizaine de professionnels formés, soit 50 depuis 2016. Il y a peu de mesures internes pour rendre cette profession attractive : l'AP-HP finance les candidats au départ à l'école d'infirmiers de blocs opératoires et les recrute à la sortie d'école avec un engagement de servir. La difficulté est aujourd'hui de convaincre les professionnels de suivre cette formation. La seule modalité permettant de compenser cette perte d'attractivité est d'employer des faisant-fonction d'IBODE dans les blocs opératoires, ce qui incite peu ceux qui voudraient s'engager. L'évolution des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) est en revanche favorable, alors qu'elle était la plus critique il y a trois ans. Les effectifs actuels sont supérieurs à ceux des cinq dernières années grâce à une modification statutaire et à une revalorisation de la grille des IADE depuis le début de l'année 2018. Les effectifs de fin d'année seront très proches de l'objectif.

La situation des manipulateurs radio a connu des difficultés chaque année depuis 2016, avec la perte de plus d'une centaine de professionnels. La mise en place d'une rémunération des étudiants dès leur première année à l'école permet de tirer des bénéfices à partir de la sortie

d'école, grâce à l'engagement de servir qui accompagne le financement des études. À mi-2020, l'effectif est supérieur à celui de 2019 et l'AP-HP espère récupérer un niveau d'effectif proche de celui des années précédentes. Enfin, le cas des masseurs-kinésithérapeutes est similaire. Le financement des études et l'engagement de servir permet d'avoir un effectif 2020 au même niveau que celui de 2017 et de pourvoir largement une partie des postes vacants, en étant supérieur à l'objectif fixé. L'AP-HP espère ainsi récupérer dès 2021 l'effectif de l'année 2016. De nombreux dispositifs ont été ouverts pour cette profession en tension : accès au libéral, emploi de professionnels d'activité adaptée pour faire fonction de manipulateurs kinésithérapeutes.

Absentéisme

M. Sylvain Ducroz présente l'absentéisme tout motif mois par mois depuis la fin de l'année 2019 ainsi que la part de l'absentéisme liée à la maladie ordinaire, qui est celui qui évolue le plus rapidement. On constate une hausse importante de l'absentéisme au mois d'avril 2020, qui décroît depuis mais lentement. Le niveau d'absentéisme habituel est d'environ 8,2 %, et il était de 8,9 % au mois d'août. Un point d'absentéisme représente globalement 2 jours de travail sur l'année. Sur la profession des IDE, les variations d'absentéisme étaient beaucoup moins importantes sur la période COVID.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que ce point sur l'absentéisme est important, car la notion de recrutement fait référence à du personnel payé par l'AP-HP, mais qui n'est pas nécessairement au lit du patient. Il est nécessaire d'examiner si l'évolution de l'absentéisme crée une moindre présence des effectifs au lit du patient, alors même qu'ils ont augmenté. Le ressenti peut dès lors être moins positif que l'examen des courbes de recrutement. Par ailleurs, les phases hautes de recrutement s'accompagnent de phases hautes de formation continue pour la mise en poste. Les personnes recrutées au mois de septembre ne sont pas donc pas nécessairement autonomes au lit des patients. Leur renfort au sein des équipes se fera sentir plutôt à partir du mois d'octobre au mieux.

En raison du rebond épidémique et de la nécessité de réarmer des lits de médecine et de réanimation COVID, l'AP-HP a décidé de relancer ses fichiers de renfort au niveau de la cellule de renfort RH du Siège, au-delà des efforts réalisés par les groupes hospitaliers pour rappeler et recruter des personnels temporairement pour venir en renfort des équipes. Depuis le 15 septembre, l'AP-HP enregistre une nette accélération des propositions de candidatures dans les groupes hospitaliers. À ce jour 240 candidatures de renfort soignant ont été envoyées dans les GH, dont près de 79 IDE dont 1 IADE. L'essentiel des renforts concerne les aides-soignants, plus facile à trouver que les IDE. Il espère que ce flux ne se tarira pas trop vite. L'AP-HP a également lancé un certain nombre de renforts non soignants, qui avaient été utiles pour réussir la montée en puissance des hôpitaux et de leur capacité de recrutement pendant la phase aiguë de la première vague. Il est nécessaire de renforcer les équipes administratives, logistiques, celles des centres de prélèvements, les enquêteurs, des centres de diagnostic.

Situation des lits à l'AP-HP

L'évolution du nombre de lits est très perturbée cette année, car une grande partie des lits a été fermée en mars et avril, en lien avec la déprogrammation et le redéploiement de personnel pour monter des unités COVID, plus requérantes en personnel que d'autres unités. Il a été nécessaire pour redéployer le personnel de fermer davantage de lits que l'on en a ouvert au bénéfice du COVID. Entre les lits fermés pour désinfection, les chambres doubles devenues chambres simples et les lits fermés pour des raisons de manque de personnels notamment redéployés dans les services COVID, on constate une nette augmentation au printemps qui diminue ensuite légèrement, en raison de la politique d'admission en chambre simple qui prive l'AP-HP d'une partie de son

capacitaire tout au long de la fin du printemps et de l'été. On constate toutefois un rebond en août puis un nombre de lits fermés au mois de septembre 2020 supérieur de 7 points à celui de septembre 2019. Néanmoins, de plus en plus d'hôpitaux rouvrent des lits en chambre double, ce qui explique l'augmentation des lits ouverts, même si cela ne suffit pas. À la fin de la crise COVID, plusieurs unités ont été fermées pour des raisons de travaux, étaient prévus au printemps et ont dû être réalisés durant l'été. Les fermetures de lits sont donc en nette diminution depuis la crise, mais le niveau de lits fermés reste cependant élevé. La question se posera de manière encore plus criante avec le rebond épidémique et l'augmentation des hospitalisations COVID qui nécessite de redéployer du personnel et de fermer, voire de déprogrammer. Pour le mois de septembre, ces fermetures de lits n'ont pas de conséquences si négatives sur l'activité. Par rapport aux mois post-COVID, on constate une nette reprise de l'activité à l'AP-HP. Alors que l'activité de juin 2020 était inférieure de 16 % à celle de juin 2019, de 11 % en juillet 2019 et de 6 % en août, aujourd'hui, l'hospitalisation conventionnelle est inférieure de 2,6 % à celle de septembre 2019 et l'hospitalisation partielle est supérieure de 1,9 %. Depuis la crise, il s'agit de la première fois où un indicateur est en augmentation par rapport 2019. Ces données très récentes seront analysées par groupe hospitalier.

Le président suppose que l'AP-HP est toujours en phase de rattrapage de l'activité qui a été décalée sur le printemps, avec des files actives importantes et parfois des pathologies plus lourdes. Il estime que la formation des élèves sortants d'école pour intégrer la réanimation en soins critiques prend au moins deux mois. Si de jeunes infirmiers sont mis en situation trop tôt, cela risque de les faire partir rapidement.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que sur les 500 ÉTP d'IDE supplémentaires depuis le mois de mars, 183 sont en réanimation adulte et 54 en réanimation pédiatrique.

Le P^r Yann PARC relève toujours un décalage entre les propos de la direction et le ressenti du terrain. La direction parle de faciliter la rémunération des IDE qui souhaiteraient devenir IBODE, mais localement, l'AP-HP ne facilite pas le départ de ceux qui souhaiteraient se former. L'information de cette facilitation de financement doit arriver jusqu'aux directions des ressources humaines (DRH) des hôpitaux.

M. Sylvain DUCROZ confirme l'existence de difficulté supplémentaire, notamment sur les IBODE, pas pour des raisons financières mais de remplacement. Ce sont des IDE qui exercent déjà en bloc opératoire et leur départ est difficilement accepté dans la mesure où il est souvent difficile de les remplacer pendant leur formation.

Le P^r Yann PARC ajoute que le risque est de voir partir ailleurs ces IDE qui se voient refuser le financement de leurs études.

M. Pierre-Emmanuel LECERF évoque également une crise des vocations chez les IBODE par rapport aux IADE, dont la rémunération et le statut sont plus avantageux. De fait, parmi les IDE, les candidats pour les écoles d'IADE sont plus nombreux que pour les écoles d'IBODE.

M. Sylvain DUCROZ confirme que toutes les études promotionnelles sont financées pour les IADE et IBODE qui ont réussi les concours de l'AP-HP depuis deux ou trois ans.

M. Guy BENOÎT note que la cible des IDE en 2020 est nettement inférieure à celle des effectifs 2017 et 2018. Il suppose que ces projections répondent aux difficultés de recrutement mais il demande si l'AP-HP a la volonté de revenir aux effectifs de 2016 et 2017.

M. Pierre-Emmanuel LECERF répond que le plan global de financement pluriannuel vise à recréer dans les 5 ans les 1 000 ÉTP perdus et de reprendre tous les postes vacants. Au regard du potentiel de sortie des Ifsi, il n'est pas envisageable de les récupérer immédiatement. Une partie

des recrutements se fera à partir de la sortie des IFSI 2020 (2 400 sorties), en tablant sur taux de prise de 60 à 65 %.

M. Guy BENOÎT estime que donc que le blocage de la masse salariale et la diminution de 600 à 700 postes de personnel non médical en 2018 était donc une erreur.

M. Pierre-Emmanuel LECERF explique que la diminution des effectifs en 2018 ne s'est pas opérée sur la masse salariale des IDE. La présentation de l'exécution budgétaire a montré que la masse salariale budgétée était supérieure de 20 M€ à la masse salariale exécutée, par l'effet des postes vacants. Les suppressions d'effectifs ont concerné les équipes administratives, mais la sous-exécution de masse salariale constatée à la fin de l'exercice 2018, malgré les heures supplémentaires et le relèvement de l'intérim a concerné les postes IDE.

Le directeur général rappelle que lorsque l'AP-HP a frôlé les 200 M€ de déficit, il lui a été demandé pour engager un retour à l'équilibre de réaliser des suppressions d'emplois. La direction a exposé à la CME sur quoi elles portaient. Voici un an, il a expliqué que l'effet des mesures annoncées permettait à l'AP-HP de ne plus avoir à faire de suppressions d'emploi sur le personnel soignant dans les 5 ans à venir. Entre temps, l'AP-HP a été confrontée à des difficultés de recrutement. L'AP-HP se focalise sur le recrutement et la fidélisation, afin de retarder le turn-over ne serait-ce que de quelques mois, notamment dans les périodes pendant lesquelles les espoirs de sorties d'IFSI ne sont pas à la hauteur des attentes.

M. Pierre-Emmanuel LECERF confirme que les courbes décrochent fortement en janvier.

Le D^r Christophe TRIVALLE note que l'objectif est de combler le déficit de 1 000 IDE, or le budget dépensé en intérim et en heures supplémentaires équivaut à 2 350 ÉTP d'IDE. Les besoins sont donc peut-être supérieurs à 1 000 IDE. Concernant le nombre de lits à l'AP-HP (20 000 lits), 3 500 étaient fermés en août. Il reste 2500 lits fermés pour travaux ou par manque de personnels, ce qui reste impressionnant.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que le budget de l'intérim du personnel non médical est de 35 M€. Il correspond à 700 ÉTP IDE et non à 2 300.

Le D^r François SALACHAS rappelle que la confiance au sein de cette CME est basée sur la transparence, mais également sur le fait que chacun « retrouve ses petits ». Il ne comprend pas les discordances existant entre les données en central et dans les différents groupes hospitaliers. Chaque CME locale établit un bilan des ressources humaines : de mémoire, le dernier bilan de Sorbonne Université faisait état de 260 personnels et celui de Paris nord 288. Soit les données sont fausses, soit elles ne sont pas remontées correctement en central. La CME doit savoir combien d'ÉTP manquent. Concernant les lits fermés, il avait compris en bureau que 29 % des lits étaient fermés en août, or il entend qu'il y en a 38 %. Il demande au final, quel est le pourcentage de lits fermés sur le capacitaire de l'AP-HP et s'il est vraiment impossible de savoir combien de chambres à un ou deux lits il y a à l'AP-HP, mis à part la situation spécifique de la gériatrie. La transparence des chiffres doit s'améliorer.

M. Pierre-Emmanuel LECERF répond qu'une estimation générale des chambres doubles et simples est réalisée au niveau du Siège, qui ne dispose pas de données actualisées remontées sur le nombre de lits situés dans les chambres doubles et simples. Concernant les postes vacants, pour le Siège, le nombre de postes vacants est la différence entre le niveau des effectifs actuels et le niveau des effectifs budgétés : 18 250 postes sont budgétés cette année et 17 813 effectifs sont recrutés et payés en septembre, soit environ 400 postes vacants. Au sein des groupes hospitaliers, sur la base des tableaux des emplois, on peut avoir plus de postes, mais la masse salariale ne suit pas nécessairement derrière. Le budget sur 5 ans vise à recréer des emplois progressivement, tous les postes ne sont pas budgétés cette année.

Le D^r François SALACHAS en déduit que l'information selon laquelle les groupes hospitaliers peuvent recruter n'est pas disponible.

M. Pierre-Emmanuel LECERF explique qu'il faut toujours raisonner en entrée/sorties. Il y a toujours un nombre de postes publiés (260 pour La Pitié-Salpêtrière et 300 pour l'hôpital Nord, par exemple), mais des départs génèrent un budget pour recruter. Le système des postes vacants doit fonctionner sur le principe d'une masse salariale disponible pour recruter jusqu'à un certain niveau. L'AP-HP ne dispose pas du budget nécessaire pour aller au-delà de la masse salariale disponible. Les postes vacants traduisent le nombre de postes budgétés mais non pourvus. La vision donnée dans les groupes hospitaliers ou dans les services est le nombre de postes faisant l'objet d'une fiche de poste, pour lesquels on a une volonté de recruter, avec une masse salariale en progression sur plusieurs années. Il propose de réaliser un point lors d'une prochaine CME pour préciser le décompte.

Le président souhaite que la CME puisse disposer d'une trajectoire sur les années à venir.

Le P^r Xavier MARIETTE demande pour quelle raison ces chiffres ne correspondent pas au ressenti sur le terrain. Il est nécessaire de donner les chiffres par groupe hospitalier. À la CME locale de Paris-Saclay, le nombre de postes vacants n'a jamais semblé aussi important dans l'ensemble des services. Cette remontée des effectifs annoncée n'est pas visible sur le terrain. La confiance sera rétablie lorsque l'on aura compris pourquoi. Le nombre de lits fermés dans des services de réanimation qui en auront besoin pour le COVID est important. Il suppose que l'AP-HP considère les congés de maternité et les congés parentaux comme des postes non vacants alors que les professionnels ne sont de fait pas en poste.

M. Pierre-Emmanuel LECERF confirme que dès lors que l'absentéisme augmente, il y a moins de personnel au lit du patient, même s'ils sont dans les effectifs. Cela peut induire un différentiel de perception très important. Il fournira les chiffres pluriannuels par groupe hospitalier pour la prochaine CME.

IV. Partie « Attractivité » du projet médical : proposition de la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité (CVHA)*

Le P^r Jean-Damien RICARD indique que le projet dit « ressources humaines – personnel médical » (RH-PM) s'inscrit dans le projet d'établissement 2021-2025 dans le contexte d'une réorganisation de l'offre de soins avec une structuration en 6 grands groupes hospitalo-universitaires (GHU) à AP-HP et en 16 groupements hospitaliers de territoire (GHT) dans la région. Par ailleurs, l'évolution des métiers crée un contexte concurrentiel accru qui met en tension certaines disciplines, alors que les pouvoirs publics s'engagent dans une réforme profonde de l'exercice professionnel médical fondée sur le décloisonnement et des évolutions du parcours professionnel.

Ce nouveau plan RH-PM se décline en trois axes.

Axe 1 : accompagner les équipes médicales dans l'évolution de l'organisation hospitalière et des métiers :

- développer les compétences managériales des responsables de service et de la gouvernance des départements médico-universitaires (DMU) ;
- poursuivre la politique de conciliation médicale : le P^r Dominique ISRAËL-BIET a la tâche d'harmoniser les recours et saisines des sous-commissions *Vie hospitalière (CVH)* locales, car la CVHA et le terrain ont identifié le besoin d'accompagner ces professionnels avec une formation, en lien avec la direction des affaires médicales ;

- favoriser la coopération et le travail des équipes médicales et paramédicales avec des appels à volontariat d'un service expérimentateur par groupe hospitalo-universitaire sur la concordance des temps médicaux et non médicaux, définition de nouvelles organisations en fonction du développement des pratiques avancées et des protocoles de coopération ;
- favoriser l'égalité professionnelle femme-homme, notamment dans l'accèsion aux responsabilités mais pas seulement ;
- intégrer une politique de qualité de vie au travail (QVT) dans les projets de service et de DMU et proposer une politique de QVT spécifique pour les internes ;
- améliorer le dispositif de suivi médical des médecins.

Axe 2 : promouvoir une politique d'attractivité et de fidélisation des carrières médicales à l'AP-HP

- décliner les dispositifs d'attractivité prévus dans les différents plans ;
- valoriser les parcours professionnels diversifiés au sein de l'AP-HP avec la possibilité de missions complémentaires, projets qualité, accréditation en équipe, postes d'accueil, et communiquer sur les forces de l'AP-HP en offre de formation et description des carrières à l'AP-HP avec un livret préexistant à actualiser ;
- développer les outils de participation des personnels au travers des retours d'expérience, ou baromètre social permettant une large association aux projets de service ;
- analyser l'évolution démographique des différentes disciplines en tenant compte des évolutions de prise en charge/technologique afin de déterminer les besoins en compétences médicales dans les 5 à 10 ans ;
- développer une évaluation très en amont des besoins (outils d'analyse, indicateurs de ressources humaines, suivi démographique des disciplines, analyse du turn-over, des raisons des départs...) ;
- évaluer les conséquences de la réforme du 3^e cycle sur les organisations hospitalières avec la mise en place des docteurs juniors, analyser les effets de la réforme pour la médecine générale) et identifier les facteurs d'attractivité spécifiques ;
- accompagner les secondes parties de carrière médicale et les demandes de reconversion professionnelle notamment avec les bilans de compétences ;
- rénover le cadre de la formation : dans le cadre des mesures prévues par le « Ségur de la santé », mettre en place des comptes individuels de formation, promouvoir et financer la formation continue, développer le *e-learning*.

Axe 3 : renforcer et évaluer la politique de partenariat du CHU avec les établissements franciliens :

- évaluer avec les universités les conventions d'association du CHU avec les établissements publics et privés en formalisant les éléments du partenariat (projet médical et de recherche, filières patients...) ;
- évaluer avec l'ARS et les établissements partenaires les dispositifs d'assistants partagés, assistants ville-hôpital, assistants de recherche clinique ;
- co-construire avec l'ARS des outils permettant une allocation de la ressource junior accompagnant les nouveaux enjeux ;
- co-construire des parcours professionnels avec les GHT environnants.

Le président remarque que les propositions de la CVHA ne nécessitent pas nécessairement beaucoup de budget, s'agissant de la manière de concevoir une carrière, de travail en équipe, de fonction de chef de service ou de *manager*, de formation, de mobilité des parcours. Nombre de ces sujets ont été traités par la CME précédente ; il est à présent nécessaire d'aller plus loin en mettant en œuvre des actions concrètes. Le *challenge* est important et engage des changements quasiment culturels. La CVHA et la CME doivent réussir collectivement.

Le P^r Jean-Damien RICARD souligne la chance qu'a la CVHA de travailler avec des CHV locales très motivées, qui pourront réaliser des enquêtes et des travaux. La collaboration entre la CVHA centrale et les CVH locales sera fructueuse et sera un atout majeur pour mener ces réformes à bien.

Le P^r Claire POYART est satisfaite de voir des actions qui vont dans le sens de l'histoire et qui rendront l'AP-HP plus attractive. Elle demande comment favoriser, développer et promouvoir l'égalité femmes/hommes, quels seront les moyens d'action. Maintenant, les hôpitaux sont composés à plus de 60 % de femmes.

Le P^r Jean-Damien RICARD répond qu'un groupe de travail mené par M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général, sur ce sujet et fera des propositions à la CVHA. En tant que chef de service, chacun a la responsabilité de promouvoir les femmes dans ces postes et de les encourager.

Le président confirme la nécessité pour cette mandature de faire des propositions très concrètes sur le sujet. Le D^r Marie ANTIGNAC avait manifesté son intérêt sur le sujet et pourrait participer aux travaux si elle le souhaite. Les femmes comme les hommes de la CME peuvent faire des propositions concrètes.

Le P^r Bruno Riou précise que l'action consistant à formaliser les éléments de partenariat entre le CHU et les établissements publics et privés ne concerne pas les ressources universitaires de la médecine générale. Par ailleurs, il suppose que les « juniors » mentionnés dans « *la co-construction avec l'ARS pour les allocations de la ressource junior* » sont les étudiants, et précise en ce cas qu'ils relèvent des doyens qui ont été oubliés. Enfin, concernant l'évolution des ressources démographiques, tant qu'il n'y aura pas eu un ordre du ministère demandant à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) de réaliser une évaluation des besoins démographiques nationaux, par région et par spécialité, l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) continuera à reconduire tous les ans quasiment à l'identique les propositions de l'année précédente, mettant en péril certaines spécialités.

Le président confirme que la demande doit venir du ministère, mais estime que c'est à la CME de tirer la sonnette d'alarme. La question de la démographie médicale est centrale et doit être abordée rapidement.

Le D^r Marie ANTIGNAC souhaite davantage d'équité femmes-hommes dans les représentations de la CME. Avant la crise COVID, le président avait suggéré la mise en place d'un groupe de travail sur ce thème particulier. Il n'en a plus été question et elle demande s'il est nécessaire de se joindre au groupe de travail fait par le P^r Jean-Damien RICARD ou si un groupe de travail spécifique sera mis en place.

Le président ne souhaite pas multiplier les groupes de travail. Compte tenu des missions et de la feuille de route de la CVHA, le président est certain que le D^r Marie ANTIGNAC sera la bienvenue pour l'intégrer.

Le D^r Jean-François HERMIEU attire l'attention du directeur général sur l'ambition de ce programme et espère qu'il ne restera pas lettre morte. Pour avancer, la CVHA a besoin de son soutien plein et entier.

Le directeur général se souvient avoir lancé à la fin de l'année 2015, au sein du directoire de l'époque, un mouvement permettant à la CME d'enfin pouvoir travailler sur ces thèmes et ne plus avoir à supporter des problématiques en matière de conflictualité et de ressources humaines. En écoutant les propositions exposées au nom du groupe par le P^r Jean-Damien RICARD, il trouve un

écho assez fort à un certain nombre de thèmes que la direction de l'AP-HP souhaite pouvoir traiter en présence des communautés médicale et paramédicale. Il apporte son entier soutien à la démarche et souhaite avancer avec les différents acteurs et faire le lien sur cet important chantier qui s'ouvre à eux. Ils seront écoutés et entendus.

Le P^r Bernard GRANGER remercie la CVHA de l'ampleur et de la qualité de ce plan. Il rappelle que le plan RH-PM de fin 2015 est survenu dans les circonstances tragiques du suicide du P^r Jean-Louis MÉGNIEN, qui a mis l'accent sur les dysfonctionnements évoqués par le directeur général. Dans ce domaine, beaucoup a été fait, mais beaucoup reste à faire. De nombreuses situations conflictuelles ne sont pas encore réglées selon des procédures suffisamment objectives et équilibrées. Le dispositif s'est enrichi avec les médiateurs régionaux et au plan national. Le plan présenté met l'accent sur la formation, car on ne s'improvise pas conciliateur ou médiateur. Il espère que les moyens seront donnés pour assurer cette formation. Il espère également que les moyens seront donnés pour l'ensemble des efforts de formation qui devront permettre à l'AP-HP de rattraper un certain retard.

Le président reconnaît avoir dit dans le préambule qu'il était peu question de budget, mais qu'il en est quand même un peu question. Lorsque l'on compare ce que les grandes entreprises investissent dans les ressources humaines et dans la formation des personnels, l'AP-HP fait pâle figure en matière de financement.

Le D^r Cyril CHARRON salue l'ambition de ce plan, tout en regrettant qu'il évoque peu les spécialités en tension. Il évoque notamment les spécialités à garde, dont un des principaux sujets reste la rémunération. Le fait que les jeunes praticiens hospitaliers ou les jeunes assistants soient payés moins de 16 euros de l'heure pour une garde de nuit ou un dimanche est réellement problématique. Il est difficile de conserver des chefs de clinique valables, formés par l'AP-HP et compétents. Dans son établissement, deux jeunes chefs de clinique très brillants en radiologie interventionnelle partent, appelés par les sirènes du privé et de l'argent, alors qu'ils souhaiteraient rester, mais on ne peut pas les payer à cause du blocage des échelons et du système de recrutement du public. Il demande ce que compte faire l'AP-HP pour revaloriser ces spécialités à garde. Le premier plan RH-PM prévoyait que le salaire ne faisait pas tout dans la qualité de vie, mais c'est néanmoins un élément majeur d'attractivité. Arrivé à un certain âge, il devient compliqué et peu motivant de faire des gardes dans ce contexte.

M. Olivier TRÉTON indique que le paiement des gardes est une question de rémunération nationale et statutaire qui a été posée lors du « Ségur ». La conférence des directeurs généraux avait fait une proposition afin d'améliorer le paiement de la garde, qui consistait à aligner le paiement des gardes des hospitaliers sur celle des hospitalo-universitaires. Cette proposition n'a pas été retenue, car l'utilisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) majorée à 1 010 € lui a été préférée. La question de la rémunération des gardes est liée à une réglementation nationale et il est difficile d'y déroger. Sur les spécialités en tension, la rémunération des anesthésistes au plafond de la rémunération possible en tant que praticien hospitalier contractuel (PHC) est en vigueur et un nouveau texte permet en interne d'élargir la question des disciplines en tension à d'autres disciplines au sein de l'AP-HP. L'AP-HP compte utiliser au maximum les évolutions nées du « Ségur » pour améliorer l'attractivité médicale sur les métiers à garde. Le niveau de la garde n'a malheureusement pas été retenu comme pouvant être majoré dans les avancées du « Ségur ».

Le P^r Bruno Riou explique que les représentations syndicales des praticiens hospitaliers n'ont pas privilégié la pénibilité de la garde, qui occupe deux tiers du nycthémère consommé la nuit, le samedi et le dimanche. Elles ont privilégié l'ensemble de leurs mandants à la minorité qui prend des gardes. Il n'est pas certain que cette solution soit la bonne.

Le D^r Cyril CHARRON rappelle que certains hôpitaux publics payent les gardes au-delà de la recommandation nationale et c'est aussi une volonté de l'AP-HP de ne pas le faire. On peut comprendre que les négociations du Ségur aient privilégié la masse à la faible part de professionnels qui réalisent des gardes. D'autres solutions existent pour mieux payer les praticiens hospitaliers en inscrivant, par exemple, 5 présences dans les tableaux de service afin de donner des plages additionnelles et de revaloriser la garde. C'est notamment le cas pour l'anesthésie, mais d'autres spécialités pourraient également le faire. Il est facile de se réfugier derrière la réglementation nationale. L'État a bien compris que l'AP-HP rencontrait des difficultés d'attractivité et de fidélisation de ses jeunes et a accordé des sommes importantes. La garde est un vrai sujet pour la permanence des soins et la crise du COVID a montré sa grande utilité. Il est compliqué de faire 24 heures d'affilée et de faire des gardes de nuit. Ce sujet est très important pour réussir à garder les jeunes médecins car un chef de clinique assistant (CCA) qui réalise 4 à 5 gardes par mois perd 1000 € nets lorsqu'il devient jeune PH.

Le P^r Bruno Riou précise que payer davantage la garde se fait à certains endroits, mais cela reste une manœuvre illégale.

M. François CRÉMIEUX confirme que l'AP-HP ne peut pas se réfugier derrière la réglementation nationale sur tous les sujets. Si le problème est celui-là, il est possible de faire bouger collectivement cette réglementation. Tant que l'on n'est pas en période de négociations, la direction est généralement plus ou moins d'accord sur les situations, les disciplines et les conditions de travail les plus compliquées. En revanche, elle est d'accord sur le fait qu'il existe des disparités entre disciplines, typologies d'activité, entre lieux géographiques d'exercice et entre générations. Dès que l'on entre dans des phases de négociation, on est confronté au fait que la tendance collective est de ramener ces différences au plus petit dénominateur commun et de faire en sorte que l'on transforme la reconnaissance et la rémunération des différences en la reconnaissance et la rémunération étale et pour tous, pour d'autres très bons arguments d'équité entre les disciplines, toutes indispensables à la bonne prise en charge d'un patient dans sa globalité. Alors qu'une période de discussion collective va s'ouvrir au sein de l'AP-HP dans les prochains jours, si l'on arrive à mettre sur la table une objectivation des difficultés rencontrées pour recruter, fidéliser ou motiver les personnels et que l'on puisse la transformer en éléments de différenciation – pas uniquement salariale, – l'AP-HP pourra, soit en interne soit en faisant évoluer la doctrine au niveau national, pousser à ce que les différences d'exercice reconnues collectivement soient financées.

Le D^r Patrick PELLOUX précise qu'au moment des négociations du Ségur, les deux syndicats qui ont signé avec deux psychiatres, ont choisi d'augmenter l'indemnité d'exercice public exclusif. Les principaux syndicats qui s'occupent des gardes dans le collectif *Avenir hospitalier* n'étaient pas autour de la table. Il y a eu une entourloupe, et il insiste sur le fait qu'au niveau de la région, certains établissements multiplient par 3 ou 4 l'indemnité de garde. Ce n'est pas légal, mais les trésoriers payeurs laissent faire. Actuellement, il existe un dumping inquiétant sur la rémunération des gardes. La commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) a commencé à examiner les actions qui pourraient être rapidement engagées : mieux rémunérer la présence les samedis et les dimanches. De nombreux praticiens hospitaliers s'inquiètent du fait que leur visite et leur contre-visite des samedis et dimanches ne sont pas tenues ni récupérées. Il espère que des négociations auront lieu sur la rémunération de la garde de nuit. D'autre part, il signale un dumping effrayant de l'intérim, avec des gardes payées de 1 500 à 2 500 €. Le système est en roue libre et nécessite de tous se réunir autour de la table au niveau national. L'AP-HP doit absolument réussir à faire quelque chose rapidement.

Le P^r Sadek BELOUCIF s'insurge contre l'utilisation du terme « entourloupe ». Selon lui, le D^r Patrick PELLOUX sait parfaitement que le nombre de syndicats signataires n'est pas de deux mais de trois, et qu'ils sont majoritaires selon les critères de représentativité des dernières élections. Toutes les spécialités médicales y sont représentées, y compris celles qui sont à garde. La loi française veut qu'une négociation syndicale soit conclue par un accord majoritaire. Il n'accepte pas ces propos polémiques.

Le D^r Christophe TRIVALLE indique que la rémunération des gardes a été longtemps débattue au sein des discussions du « Ségur ». Du jour au lendemain, le ministre M. Olivier VÉRAN a bloqué la négociation. Le choix qui a été fait est plus large et discutable. Il est toujours possible de remettre le sujet sur la table. Il regrette que le plan d'attractivité du projet médical ne place pas le service au centre de la réflexion, car il faut attirer les professionnels au sein des services et les mettre davantage en avant.

Le P^r Sadek BELOUCIF indique que M. Olivier VÉRAN n'a pas bloqué toutes les négociations.

Le P^r Bernard GRANGER précise que ce ne sont pas deux psychiatres qui ont signé des accords, car le syndicat national des médecins des hôpitaux publics (SNAM-HP) présidé par le P^r Sadek BELOUCIF a également signé, alors qu'il est anesthésiste-réanimateur. Il rappelle par ailleurs que les psychiatres assurent des gardes et il lui arrive encore d'en faire.

V. Déploiement du dossier médical partagé (DMP) dans ORBIS

Le D^r Laurent TRÉLUYER rappelle que le DMP est le carnet de santé numérique du patient. Ce projet a été repris par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) voici 3 ans. Tout bénéficiaire du régime de sécurité sociale, et tout patient et citoyen français, peut bénéficier d'un DMP. Il permet à un patient de partager ses données médicales avec un professionnel de santé, en ville ou à l'hôpital, lors d'une consultation médicale ou en cas d'urgence. Le DMP est géré par le patient : les professionnels de santé autorisés par le patient peuvent ajouter tous types de documents jugés pertinents dans le cadre de leur prise en charge du patient. Le patient peut également ajouter des informations utiles à son suivi. Le DMP ne remplacera pas ORBIS à l'AP-HP. Le DMP est simple à créer dans les pharmacies, chez l'ensemble des professionnels de santé, les accueils des organismes de Sécurité sociale. Il peut être créé en ligne. À partir du 1^{er} janvier 2022, toute personne résidant en France aura un DMP.

Ce service est sécurisé et respecte le principe de confidentialité, car l'accord du patient est nécessaire pour la création et la consultation par un professionnel de santé. Le patient peut masquer une information, seul le médecin traitant et l'auteur du document pourront en prendre connaissance. Le mode « bris de glace » est appliqué pour un certain nombre de professionnels. La consultation du DMP se fait au travers d'une authentification forte et sécurisée. Un système de notification permet au patient, en cas de première consultation de son DMP par un professionnel de santé, d'être informé de l'ouverture de son DMP. Tous les actes réalisés sur le DMP sont tracés et conservés. Grâce au DMP, le professionnel de santé accède à un dossier médical, à la liste des personnes à contacter en cas d'urgence, peut gérer le DMP du patient en rendant invisible tout document jugé sensible pour le patient. Le DMP permet un partage des données de santé du patient entre la médecine et l'hôpital. Enfin, le professionnel de santé peut consulter l'historique des soins du patient. *A minima*, le DMP est alimenté de l'historique des données de remboursement sur 24 mois, de l'ensemble des médicaments délivrés par les pharmacies, de l'ensemble des consultations généralistes ou spécialisées, de l'ensemble des hospitalisations avec le code du programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Ces informations sont déjà présentes et chargées automatiquement pour tous les patients. Le professionnel de santé enrichit le DMP au fil de l'eau avec des synthèses médicales et différents comptes rendus.

Depuis ORBIS, l'alimentation du DMP d'un patient préalablement existant ne requiert pas l'accord du patient. Pour le moment, seul un document généré par ORBIS peut alimenter le DMP (ne sont donc pas exportables sur le DMP les comptes rendu d'anatomo-pathologie ou les documents scannés importés. Une amélioration du système est en cours pour inclure ces éléments. Pour le moment, il n'est pas encore possible de vérifier l'existence ou non d'un DMP ouvert sur ORBIS : cela est prévu pour le mois d'avril ou mai 2021. L'export se fait automatiquement à la validation du document après l'avoir enregistré. Tous les documents de la liste validés par le médecin sont insérés par défaut dans le DMP s'il n'y a pas d'action préalable.

La confidentialité est gérée par les professionnels de santé : pour ne pas envoyer un document dans le DMP du patient, il faut décocher la case DMP, cochée par défaut en cas de consultation d'annonce en cas de cancer ou d'autre maladie, etc. Afin de rendre le document visible ou non visible, quatre choix sont possibles dans le champ « masquage au moment de la validation ».

Au 9 août 2020, 12 % de la population francilienne bénéficiait d'un DMP, avec des variations suivant les départements. Le Val-de-Marne qui atteint 20 %, a été un département pilote. L'objectif est d'alimenter les DMP des patients préalablement ouverts sur l'ensemble du territoire national. L'AP-HP a mis le DMP en production au groupe hospitalo-universitaire (GHU) Henri-Mondor et sur une partie du GHU Paris-Saclay en novembre 2019. L'idée est de généraliser le DMP sur l'AP-HP en une seule fois en informant préalablement la CME, le directoire et les CME locales. Les professionnels autorisent les secrétaires médicaux et les différents médecins à accéder à la fonction DMP et d'habiliter tous les médecins et secrétaires médicales. Les documents d'information seront mis à disposition des patients et des flyers sont prévus pour les médecins. L'Assurance maladie met en place des documents permettant de déployer l'ensemble des DMP sur l'AP-HP.

Le président note que 12 % de la population francilienne bénéficiait d'un DMP au mois d'août, pour un objectif de 100 % en janvier 2022. Le *challenge* est important. Il serait intéressant de réaliser des évaluations avec les usagers et les partenaires du soin (ville, autres structures hospitalières...) afin de faire avancer ensemble l'utilisation de ce DMP. Il rappelle qu'il existe un véritable enjeu du DMP pour la biologie : les laboratoires de ville sont déjà fortement numérisés et les patients reçoivent les données numériques sur leur *smartphone*.

Le D^r Laurent TRÉLUYER confirme que le sujet pour la biologie hospitalière est de savoir quels résultats envoyer, car il n'est pas envisageable d'envoyer tous les résultats de biologie disponibles. La biologie pertinente est souvent reprise dans les comptes rendus d'hospitalisation mais il est bien prévu que les biologistes alimentent le DMP.

Le P^r Claire POYART rappelle que les médecins biologistes ont la possibilité de transmettre les examens de biologie réalisés à l'hôpital et via les consultations ou les centres de prélèvements aux patients via un applicatif.

Le D^r Laurent TRÉLUYER confirme que l'outil *Cyberlab* est en cours de déploiement et permet d'accéder aux différents résultats de biologie pour les consultations externes.

Le P^r Yann PARC demande vers quoi le document est exporté (*cloud* personnel du patient, carte vitale...) et s'il sera possible d'importer un document extérieur à l'AP-HP ou du DMP dans ORBIS.

Le D^r Laurent TRÉLUYER répond qu'il s'agit de la deuxième phase du projet. Pour le moment, les documents sont envoyés vers des serveurs gérés par l'Assurance maladie situés chez un hébergeur de données de santé (*Athos*). L'accès au DMP est possible dès maintenant, mais pas encore de manière très fluide, car il est nécessaire d'avoir une carte de personnel de santé (CPS), un lecteur de carte et d'y accéder en sortant d'ORBIS. L'AP-HP travaille avec son éditeur afin de pouvoir consulter le DMP en avril 2021 avec un lien contextuel dans ORBIS permettant de

connecter le professionnel directement au bon dossier patient. L'AP-HP a également demandé à l'éditeur d'ORBIS de prévenir les professionnels lorsqu'un nouveau document arrive dans le DMP. Les équipes travaillent encore sur le sujet de l'import direct de DMP dans ORBIS, qui est complexe. Pour le moment, il est nécessaire d'utiliser la fonction copier/importer dans ORBIS pour le faire.

Le P^r Hubert Ducou LE POINTE rappelle que l'application « monaphp.fr » pour les patients est une importante source d'informations pour le patient. Elle n'est pas suffisamment connue des médecins et des patients et une action de communication est peut-être nécessaire.

Le D^r Laurent TRÉLUYER ajoute que 15 000 patients étaient inscrits au début du mois de janvier 2020 et que le portail patient dépasse aujourd'hui 82 000. L'objectif est d'atteindre 100 000 inscriptions. Ce portail offre des fonctions intéressantes comme la pré-inscription administrative, l'accès aux comptes rendus, le paiement en ligne, les questionnaires médicaux. Plus de 1000 patients le consultent par jour.

Le P^r Sandrine Houzé précise que les résultats de biologie produits par les services hospitaliers remontent aujourd'hui dans ORBIS. *Cyberlab* n'est pas développé sur l'ensemble des sites de l'AP-HP ni pour la totalité des examens de biologie. Les échanges entre les établissements AP-HP et en dehors AP-HP sont inexistantes. Il est difficile pour les hôpitaux hors AP-HP de récupérer numériquement les résultats lorsqu'ils envoient à l'AP-HP des prélèvements pour des analyses d'expertise : le fax reste encore l'outil privilégié. La situation est identique pour les hôpitaux inter AP-HP qui ne sont pas reliés entre eux par *Lab to lab*. Les échanges via les outils numériques en sont à leurs balbutiements alors que tous les laboratoires de ville et les cliniques sont connectés à leurs plateaux techniques et récupèrent facilement les résultats.

VI. Motion de la CME

Le président propose à la CME une motion sur le modèle de celle approuvée récemment par la CMEL du GHU Sorbonne-Université, en soutien aux collègues diffamés, voire menacés sur les réseaux sociaux ou dans les commentaires en ligne d'articles de presse.

« Du fait de leur exposition médiatique, certains membres de notre communauté médicale font l'objet d'attaques personnelles, sur les réseaux sociaux et dans les rubriques "commentaires" d'articles de presse publiés en ligne, mais aussi directement par téléphone, courrier postal, ou courrier électronique. Ces attaques sont parfois ordurières, parfois d'une violence extrême, avec des menaces de sévices et des menaces de mort qui visent nos collègues eux-mêmes ou leurs familles. La CME de l'AP-HP et toute la communauté médicale qu'elle représente tiennent à dénoncer avec indignation ces agressions. Elles regrettent vivement qu'il soit tout simplement possible de tenir publiquement de tels propos, sans contrôle et sans risque. Elles souhaitent que les enquêtes qui ont pu être diligentées à l'encontre des auteurs de ces menaces aboutissent à des sanctions. Elles tiennent à assurer les collègues ainsi visés de leur soutien plein et entier et de leur amitié, dans des moments qui peuvent être très difficiles. »

Le directeur général salue cette démarche, tout en précisant qu'il n'y a pas que les médecins qui se font insulter sur les réseaux sociaux. Il suggère d'élargir cette condamnation.

Le P^r Bernard GRANGER suggère d'écrire « *certaines membres de notre communauté hospitalière* » plutôt que « *communauté médicale* ».

La motion ainsi modifiée est approuvée à l'unanimité de la CME.

VII. Approbation des comptes rendus des CME des 7 juillet et 8 septembre 2020

Les comptes rendus des CME des 7 juillet et 8 septembre 2020 sont approuvés à l'unanimité.

VIII. Questions diverses

Le D^r Thierry FAILLOT s'inquiète de la situation dans laquelle vont se trouver certains internes d'origine étrangère qui seront en fin de contrat de travail à la fin du semestre car sous le régime des diplômes de formation médicale spécialisé (DFMS) et de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA). Ils se trouveront dans l'impossibilité de regagner leur pays d'origine faute de moyens de transport. Il n'a pas connaissance du volume d'internes concernés. Il demande comment l'AP-HP peut les aider, car ils vont se retrouver sans travail, en situation administrative irrégulière et sans moyen de retour. Par ailleurs, les internes qui devaient les remplacer ne pourront peut-être pas arriver au début du semestre.

M. Olivier TRÉTON indique que l'AP-HP a eu pour le moment à traiter des situations de personnes venant du Liban et pour lesquelles un dispositif particulier leur permettant de rester en Île-de-France et au sein de l'AP-HP s'ils n'avaient pas de stage au Liban compte tenu de la destruction des hôpitaux à Beyrouth. Pour la grande majorité des autres internes étrangers, l'AP-HP n'a pas encore de données indiquant l'existence avérée d'un problème réel. Certaines inquiétudes ont été remontées. Dans les cas qui se présentent, l'AP-HP se met en relation avec leurs consulats pour trouver des solutions. Au cas par cas et selon les capacités de la cité universitaire, l'AP-HP demande un maintien dans leur logement, sachant que les nouveaux DFMS arrivent et que l'AP-HP est limitée par son contingent de places à la cité universitaire.

Le D^r François SALACHAS demande si des lits de réanimation sont actuellement fermés à l'AP-HP pour cause de manque de personnel.

M. François CRÉMIEUX confirme que c'est le cas en pédiatrie. Ils sont progressivement rouverts, car le nombre de paramédicaux suffisants a été recruté pour rouvrir tous les lits de pédiatrie. Le temps de formation ne permet toutefois pas de les rouvrir tous immédiatement. Concernant les lits de réanimation adulte, il n'y a globalement pas de lits fermés pour cause de manque de personnel, mais il est possible que certains lits soient fermés ici ou là. Leur dénombrement est d'autant plus difficile que le Siège a mutualisé le décompte des lits de réanimation et de surveillance continue. L'enjeu sera probablement d'ouvrir davantage de lits dans les semaines à venir, avec un arbitrage entre les programmations d'activité chirurgicale et l'ouverture de lits supplémentaires au-delà des 496 lits de réanimation et de surveillance continue dont dispose l'AP-HP.

Le directeur général précise que lorsque l'AP-HP dit qu'elle a « 200 patients qui représentent 40 % », il s'agit de 200 patients des 40 % de 500 lits qui représentent la capacité habituelle en lits de réanimation de l'AP-HP. L'enjeu sera bien d'en ouvrir de nouveau.

La séance est levée à 19 heures 40.