

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 7 JUILLET 2020

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 6 OCTOBRE 2020

Sommaire

I.	Informations du président de la CME et du directeur général	6
II.	Point sur l'activité et information sur les surcoûts liés au COVID-19	10
III.	Préparation du projet médical de l'AP-HP	13
IV.	Conventions hospitalo-universitaires avec les établissements de santé d'intérêt collectif (ÉSPIC)	19
V.	Dispensation nominative des médicaments	21
VI.	Evolution des instances de recherche	23
VII.	Approbation des comptes rendus des CME des 19 mai et 9 juin 2020	24
VIII.	Questions diverses	24

CME du mardi 7 juillet 2020

Hôtel-de-Ville, 5 rue Lobéau, Paris 4^e, salle du Conseil de Paris

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME et du directeur général
2. Point sur l'activité et information sur les surcoûts liés au COVID-19 (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Didier FRANDJI)
3. Préparation du projet médical de l'AP-HP :
 - Méthode d'élaboration, calendrier et grandes lignes du projet médical (P^r Bahram BODAGHI)
 - Liens avec les territoires : échange avec le D^r Michèle GRANIER, présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France
4. Conventions hospitalo-universitaires avec les établissements de santé d'intérêt collectif (ÉSPIC) : état des lieux (M^{me} Hélène OPPETIT)
5. Dispensation nominative des médicaments (M. Renaud CATELAND, D^r Guy BENOÎT)
6. Évolution des instances de recherche (P^r Éric LE GUERN, M^{me} Florence FAVREL-FEUILLEDE)
7. Approbation des comptes rendus des CME des 19 mai et 9 juin 2020
8. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

- Avis sur les demandes de consultanat 2020-2021
- Avis sur les candidatures aux emplois de PHU offerts au recrutement
- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines médicales, pharmaceutiques, odontologiques nommés au 1^{er} septembre 2019

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Marc	HUMBERT
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
D ^r	Guy	BENOIT	D ^r	Éric	LE BIHAN
M ^{me}	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Rachel	LEVY
P ^r	Jacques	BODDAERT	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Olivier	BOURDON	D ^r	Émeline	MARLINGE
D ^r	Diane	BOUVRY	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Rafik	MASMOUDI
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Giovanna	MELICA
P ^r	Alain	CARIOU	D ^r	Vianney	MOURMAN
D ^r	Julie	CHOPART	P ^r	Yann	PARC
P ^r	Olivier	CLÉMENT	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Antoine	PELISSOLO
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Patrick	PELLOUX
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Claire	POYART
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r	Jean-Damien	RICARD
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Bruno	RIOU
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Rémi	SALOMON
M.	Julien	FLOURIOT	P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSE
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Caroline	SUBERBIELLE
D ^r	Bruno	GREFF	D ^r	Christophe	TRIVALLE
M ^{me}	Sophie	GUILLAUME	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
D ^r	Christian	GUY-COICHARD	D ^r	Noël	ZAHR
D ^r	Jean-François	HERMIEU			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

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

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

- M. Renaud CATELAND, directeur de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)
- M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE, directrice de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)

- M^{mes} Hélène OPPETIT, Coryse ARNAUD et M. Olivier TRÉTON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ et M. François CRÉMIEUX, directeurs généraux adjoints ;
- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général

- **Invités à cette séance :**

- D^r Michèle GRANIER, présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France
- D^r François LHOTE, président de la CME du centre hospitalier de Saint-Denis

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Élie AZOULAY, Thomas APARICIO, Jean-Yves ARTIGOU, Frédéric BATTEUX, Jean-Louis BEAUDEUX, Sébastien BEAUNE, Sophie BRANCHEREAU, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Cyril CHARRON, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALÈS, Vianney DESCROIX, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Mathilde DUVAL, Yann FLÉCHER, Bertrand GODEAU, Émelyne HAMELIN, Vincent JARLIER, Youcef KADRI, Lamia KERDJANA, Véronique LEBLOND, Michel LEJOYEUX, Louis MAMAN, Xavier MARIETTE, Salomé MASCARELL, Loïc MORVAN, Marie-Noëlle PERALDI-GARDIN, Nathalie PONS-KERJEAN, Louis PUYBASSET, Isabelle RIOM, Philippe RUSZNIEWSKI, Clara SALINO, Bérénice SCHELL, Johanna SEKRI, Thomas SIMILOWSKI, Ishai-Yaacov SITBON, Laurent TEILLET, Samir TINE ET Michel VAUBOURDOLLE.

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

Le président remercie la mairie de Paris d'accueillir la CME dans la salle du Conseil de Paris afin d'assurer le respect des règles de distanciation physique.

I. Informations du président de la CME

COVID

Si les indicateurs relatifs à la circulation du coronavirus en France sont plutôt rassurants à ce stade, la situation est parfois assez dramatique dans d'autres pays. La Catalogne a été contrainte de reconfiner sa population, tandis que le Portugal ou les pays du Maghreb sont en alerte. Les avions en provenance de ces pays sont susceptibles de propager le virus. Le risque d'une reprise de l'épidémie en France est réel. La vigilance est de mise et la rigueur dans l'application de l'obligation du port du masque devra sans doute être renforcée.

À ce jour, l'AP-HP compte 60 patients COVID en réanimation, contre 200 dans l'ensemble de l'Île-de-France, 600 patients infectés sont hospitalisés à l'AP-HP, pour 1 800 au plan régional. Ces chiffres continuent de baisser, mais un rebond n'est donc pas à exclure.

« Ségur de la santé »

Le nouveau premier ministre, M. Jean CASTEX, a déclaré que les travaux du « Ségur de la santé » devaient se conclure avant le 10 juillet. Ces conclusions sont très attendues.

S'agissant des grands projets bâtimentaires, notamment ceux de *l'hôpital Nord* et du *nouveau Garches*, **le président** estime probable une révision du plan d'investissement immobilier piloté par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), pour tenir compte des conséquences de la crise sanitaire et des actualités du monde hospitalier. Ce point sera évoqué ultérieurement en séance, puis traité dans les mois et les années à venir.

Informations du directeur général

Le directeur général souhaite la bienvenue au D^r Michèle GRANIER, qui siègera désormais au conseil de surveillance de l'AP-HP et jouera un rôle important dans l'approfondissement des relations entre l'AP-HP et les autres hôpitaux de la région Île-de-France.

Concernant le COVID-19, l'AP-HP est sollicitée par une commission d'enquête. Un travail considérable est en cours pour préparer les retours d'expérience (RETEX), dans chaque groupe hospitalier et au niveau central. Ce sujet sera sans doute à l'ordre du jour de la CME de la rentrée. Beaucoup d'enseignements pourront en être tirés. Le directeur général indique avoir été auditionné la veille par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale en présence des P^{rs} Bruno RIOU et Catherine PAUGAM. Les députés présents ont souligné, sur la base des réponses apportées conjointement avec le CHU de Strasbourg, que l'AP-HP avait su trouver les moyens pour répondre aux difficultés. Cela a aussi été l'occasion de défendre le concept des évacuations sanitaires qui a été attaqué au cours du précédent week-end par un rapport informel de la Fédération nationale des pompiers. La gestion de la crise est vivement critiquée dans ce document, au prétexte qu'elle n'a pas été pilotée par le ministère de l'Intérieur, mais par celui de la Santé, non pas par les préfets, mais par les agences régionales de santé (ARS) et non pas par les « rouges », mais par les « blancs ». Les difficultés, qui ont été réelles, ne doivent pas être niées,

notamment en ce qui concerne la saturation du 15, ont donné lieu à la mise en place de solutions impliquant l'ensemble des acteurs, dont les pompiers eux-mêmes que l'AP-HP a sollicités pour apporter des renforts. Le rapport de la Fédération nationale des pompiers relève donc plutôt d'une logique de règlement de compte que d'un véritable travail d'analyse. La prochaine étape sera l'audition en commission d'enquête sénatoriale, le 15 juillet.

Par ailleurs, l'AP-HP est impliquée dans la gestion de la crise en Guyane, à la fois dans le cadre de la convention passée depuis plusieurs années avec le centre hospitalier de Cayenne, dans le prolongement de plusieurs missions déjà réalisées, mais aussi au titre d'un juste retour des renforts en personnels que celui-ci a apporté à l'AP-HP lors du pic épidémique. Une mission sur place a été confiée aux P^{fs} Mathieu RAUX et Étienne GAYAT, tous deux anesthésistes-réanimateurs. Ils ont permis d'apporter des conseils pour organiser la gestion de la crise, alors que les personnels soignants guyanais accueillent une vague de patients avec retard, après avoir été mobilisés depuis plusieurs mois sur d'autres fronts épidémiques. Un appel au volontariat a été lancé en interne et au niveau national pour envoyer des renforts. Une trentaine de soignants est déjà sur place, mais le besoin est évalué à plusieurs centaines de personnels paramédicaux, et médicaux. Un système inspiré de COVISAN sera développé. Des évacuations sanitaires non COVID seront organisées de la Guyane vers la métropole afin de libérer des places en réanimation, puisque les prévisions sur la hauteur du pic épidémique, qui devrait être atteint au cours de la troisième semaine de juillet, indiquent que les capacités sanitaires locales seront dépassées.

Le projet de l'hôpital Nord a été présenté au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), au prix d'un travail considérable fourni au cours des six précédentes semaines, afin de le confronter aux enseignements du retour d'expérience (RETEX) de la crise. Il est proposé d'adapter le projet, y compris sur le plan capacitaire, sans perdre de temps car le concours est déjà ouvert. L'immense majorité de la communauté médicale concernée souhaite que l'on ne reparte pas à zéro concernant le choix du terrain et des architectes.

Le projet du « nouveau Garches » est au stade de la première phase de validation par le COPERMO. Des ajustements seront également proposés, sur le capacitaire et le nombre de chambres individuelles, dont certains requièrent une modification du plan local d'urbanisme (PLU). L'objectif est de perdre le moins de temps possible sur ces deux projets majeurs pour l'AP-HP.

Le directeur général annonce l'ouverture de négociations dès ce jour dans le cadre du « Ségur de la santé » au sujet des rémunérations des personnels non médicaux. M. Pierre-Emmanuel LECERF y assistera au nom de l'AP-HP.

Le P^r Sadek BELOUCIF annonce l'ouverture des négociations relatives aux rémunérations des personnels médicaux le 8 juillet à 16 heures.

Le D^r Christian GUY-COICHARD juge édulcorées les conclusions que le directeur général a présentées devant la commission de l'Assemblée nationale. À ce sujet, il donne lecture d'un communiqué du collectif inter-hôpitaux (CIH) paru ce jour :

« Le collectif inter-hôpitaux a pu suivre les travaux d'audition de la commission d'enquête de l'Assemblée et il s'étonne un petit peu du récit qui a été présenté. Le vécu des personnels de terrain ne correspond pas forcément au rapport qui en a été fait lors des auditions. La perception des personnels est claire : manque d'équipements de protection, dont des masques, manque de tests,

manque de certaines molécules, manque de lits ont marqué cet épisode. Les personnels ont manqué d'équipements de protection (masques, blouses, etc.). Les directives ont varié selon l'état des stocks. La crise n'a pas forcément été bien gérée. En revanche, la pénurie a été gérée, au moins pire. Des consignes de gestion parcimonieuses de certaines molécules ont été formulées à certains moments, orientant les prescriptions vers des procédures parfois dégradées, alternatives, de prise en charge. Dans de nombreux sites il a été pendant plus d'un mois impossible de tester les personnels ayant de la fièvre, alors même que cela a été réclamé par les personnels peu symptomatiques, les exposants à des chaînes de transmission intra et extra-hospitalières. Là encore, c'est une gestion de pénurie qu'il a fallu mettre en place. L'absence de lits de réanimation a été telle à certains endroits qu'il n'y a pas eu d'égalité de traitement entre les patients (...). Quant aux patients nécessitant hors COVID un recours aux soins, des interventions chirurgicales ont été déprogrammées et des usagers ont été confrontés au désarroi de ne plus avoir accès aux soins, notamment pour des pathologies chroniques. Le personnel n'a certes pas manqué pour les malades COVID, car il leur a été quasi intégralement consacré, délaissant de ce fait les autres soins pour les autres pathologies. Des renforts massifs d'étudiants et de professionnels extra-hospitaliers ont été nécessaires. Pour toutes ces raisons, le Collectif Inter Hôpitaux explique que ce sont les personnels qui ont tenu face à la crise, et non l'hôpital. Cela contredit les déclarations auto-satisfaites qui ont été faites devant l'Assemblée nationale ».

Le directeur général souhaite savoir à quelle phrase prononcée par lui la veille à l'Assemblée nationale s'oppose cette déclaration du collectif inter-hôpitaux, sachant qu'il a évoqué le manque de blouses. Il a également souligné qu'il aurait aimé doter de masques les infirmières dès le début de la crise et que cela n'a pas été possible en raison d'un manque de stock. Il rappelle qu'il aussi souligné rôle majeur du personnel.

Le D^r Christian GUY-COICHARD explique que la tonalité de l'intervention du directeur général lui a semblé très édulcorée, ce qui n'a, selon lui, pas manqué d'étonner certains députés connaissant les moyens de l'hôpital public.

Le directeur général rappelle qu'il a commencé son intervention en déclarant que l'AP-HP avait abordé la crise sanitaire dans les pires conditions possibles, formulation qui lui semble peu édulcorée.

Le D^r François SALACHAS confirme que la tonalité générale de l'audition du directeur général consistait à dire que l'hôpital avait tenu. Il appelle de ses vœux un travail d'inventaire sur les facteurs qui ont permis d'y parvenir. En ce qui concerne les effectifs, il note que les pistes d'amélioration mises en avant pour l'après-crise ont consisté à plaider pour une revalorisation des salaires des infirmières en réanimation, en raison leur haute technicité. Or on peut se demander si cette spécialité est celle qui connaît le plus de tensions actuellement, alors que l'on manque considérablement de personnels non médicaux dans nombre de spécialités, dont la pédiatrie et la gériatrie. Il ne comprend donc pas quelle est la vision de la direction. Il regrette de ne toujours pas disposer avant chaque séance de CME d'un état des lieux des lits ouverts, des personnels et des perspectives d'embauche. Ces différents éléments l'inquiètent.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ explique avoir cité en exemple le cas des infirmières en réanimation en réponse au rapporteur M. Éric CIOTTI qui s'interrogeait sur la possibilité de mettre en place des modes de valorisation spécifiques aux parcours professionnels des personnels paramédicaux. Cet exemple n'est qu'une des pistes possibles et n'exclut évidemment pas la reconnaissance, la valorisation des personnels non médicaux ni la possibilité d'offrir des perspectives d'évolution

(cadre, infirmiers en pratique avancée, formations). Il est important de proposer des profils de carrière qui participent à la fidélisation et l'exemple donné lors de l'audition allait dans ce sens.

Le P^r Bruno Riou souligne que le sujet des infirmières en réanimation a été évoqué en réponse à une députée qui suggérait d'augmenter le nombre de lits en réanimation, quand bien même ils ne seraient pas utiles, en s'inspirant notamment du cas de l'Allemagne où la plupart des lits de réanimation sont vides. C'est dans ce contexte qu'a été évoquée la possibilité d'identifier les infirmières ayant une compétence en réanimation afin d'entretenir leurs compétences tout au long de leur carrière même si elles ont changé de spécialité, ce qui permettrait de les mobiliser en cas de nouvelle crise nécessitant l'ouverture de lits en réanimation. Il s'agissait d'évoquer des solutions possibles et il invite les participants à écouter l'intégralité de l'audition.

Le directeur général signale une différence entre le texte qui a été adopté par la CME à propos du « Ségur de la santé » et celui adopté par le directoire, sans l'approbation du président de la CME. La majorité du directoire a approuvé un texte qui considère que la différenciation n'est pas un tabou, que ce soit pour les paramédicaux ou les médecins. Le Directoire la juge en effet souhaitable pour tenir compte des modes d'exercice, de la technicité et des contraintes, mais aussi pour pallier des difficultés de recrutement. Il comprend que certains soient contre mais on peut aussi considérer que certaines différences déterminées collectivement sont admises, par exemple avec le mécanisme de la nouvelle bonification indiciaire (NBI). Ces deux positions ressortent clairement des deux textes. Il donne l'exemple de l'ouverture de lits de soins critiques en pédiatrie qui a été difficile à réaliser parce que les infirmières touchaient la NBI si elles étaient en néonatalogie mais pas en réanimation pédiatrique. La même situation a pu se présenter en réanimation adulte. Il faut donc pouvoir répondre à cela, sans oublier les autres disciplines, mais il est dangereux de se retrouver avec un problème de reconnaissance dans certains secteurs.

Le président revient sur la divergence entre les textes adoptés par le directoire et la CME. La CME partage la conviction que la revalorisation des paramédicaux doit être très significative et générale, sans quoi on risque de voir s'attiser une forme de colère, avec une recrudescence des postes vacants, qui étaient déjà au nombre de 1 000 en février 2020, ce qui aurait un impact considérable si elle devait à nouveau être constatée à la fin de l'été. Il se prononce également en faveur d'une évolution des carrières, afin d'améliorer l'attractivité des métiers infirmiers par des pratiques avancées ou des délégations de tâches, pourvu que la valorisation associée soit substantielle, ce qui n'est pas le cas à ce jour. Enfin, l'attractivité d'un poste ne réside pas seulement dans la feuille de paie, mais aussi dans les conditions de travail et c'est grâce aux renforts que les infirmiers en réanimation et dans les unités COVID ont pu bénéficier des conditions de travail adaptées pendant la crise sanitaire. Ce n'est toujours pas le cas dans de nombreuses spécialités, dont la pédiatrie et la gériatrie.

Le P^r Bernard GRANGER a assisté à la quasi-totalité de l'audition en commission d'enquête et estime que ceux qui ont parlé au nom de l'AP-HP ont bien défendu le travail fait par l'institution, et bien répondu aux attaques dont elle a été la cible de la part d'un microbiologiste marseillais. Le directeur général lui a semblé très combatif et il invite les membres de la CME à écouter cette audition. Il a par ailleurs été frappé de voir que le directeur général du CHU de Strasbourg était accompagné du président de la CME, ce qui n'était pas le cas du directeur général de l'AP-HP. Sans remettre en cause le rôle du directeur médical de crise, cette présence aurait encore mieux représenté le corps médical de l'institution. Il salue la qualité des échanges et estime que l'institution a été bien défendue. En outre, il est choqué d'entendre que le directoire « a voté » un texte, alors qu'il s'agit d'une instance de concertation qui n'a pas à voter, sauf à quelques

exceptions, dont le projet d'établissement. La loi ne doit pas être contournée. Enfin, il demande à son tour le décompte des postes médicaux et paramédicaux non pourvus et des lits fermés en raison des difficultés de recrutement.

Le directeur général souligne que le président de la CME du CHU de Strasbourg était également le directeur médical de crise, un poste occupé à l'AP-HP par le P^r Bruno RIOU qui a participé à l'audition de la commission d'enquête. Il estime d'autre part difficile de demander à un collectif comme le directoire son avis sans procéder à un vote, sans quoi la décision incomberait au directeur général seul, ce qui lui semble peu démocratique. Il donne la parole à M. Didier FRANDJI au sujet des emplois vacants.

M. Didier FRANDJI indique qu'en prenant en compte les postes créés pour la prise en charge du COVID, l'AP-HP comptabilisait un manque de 350 équivalents temps plein (ÉTP) fin juin 2020 par rapport à juin 2019, et 788 ÉTP en les écartant du calcul.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que la chambre élue et représentative de l'AP-HP est la CME, bien que selon lui les modalités des votes y soient a-démocratique. C'est pourquoi il faut veiller à ce que le directoire ne prenne pas la main sur elle. S'il estime indispensable de défendre l'AP-HP, face notamment aux tentations ségrégationnistes qu'a favorisées la situation à Marseille, il souhaite que le RETEX de la crise sanitaire soit réalisé en associant tous les acteurs. Enfin, il juge nécessaire l'ouverture d'un vrai débat sur le futur hôpital Nord, la fermeture des hôpitaux de Bichat et Beaujon et le nouveau Garches. Il note que la réforme du COPERMO très attendue n'est plus d'actualité. D'après lui, la stratégie actuelle conduit à une réduction du nombre de lits, alors que la crise sanitaire a mis en évidence de forts besoins en capacitaire. Sans doute faudrait-il inventer un mode de régulation des lits « en accordéon », pour faire face à la survenue des crises, comme cela existe dans d'autres pays. Il faut donc bien anticiper les besoins à travers ces nouveaux projets.

II. Point sur l'activité et information sur les surcoûts liés au COVID-19

1. Point sur l'activité

M. Didier FRANDJI indique que les hospitalisations conventionnelles cumulées depuis le début 2020 étaient en baisse de 17,7 % à fin mai par rapport à l'année précédente, alors que les hospitalisations partielles cumulées étaient en recul de 20,3 %. Les hospitalisations en chirurgie ont baissé de 23 %, tandis que l'activité des Urgences accuse un retard de 24 %.

Si l'activité a chuté de 36 % sur le seul mois d'avril (- 53 % pour la chirurgie), le recul a été limité à 30 % en mai, puis à 12,6 % pour le mois de juin, ce qui traduit une reprise de la chirurgie et de la médecine. Le nombre de journées d'hospitalisation n'a toutefois baissé que de 17 % en mai. L'activité d'hospitalisation partielle a quant à elle baissé de 51 % en avril, de 38 % en mai et de 5 % en juin. On assiste donc à une nette reprise de l'activité post-COVID, comme l'illustre aussi le rebond de l'activité opératoire de 47 % entre avril et mai. L'activité des Urgences est la moins rapide à remonter, puisqu'elle est restée en retrait de 23 % par rapport à 2019 en avril comme en mai (- 35 % pour les urgences pédiatriques).

2. Les surcoûts du COVID

M. Didier FRANDJI explique que les surcoûts de la crise du COVID se décomposent ainsi :

- embauche de 9 000 renforts : 27 M€ ;
- recours à l'intérim : 14 M€ ;
- mobilisation exceptionnelle du personnel de l'AP-HP (gardes, astreintes, heures supplémentaires) : 77 M€ ;
- revalorisation exceptionnelle de rémunérations :
 - le versement l'indemnité pour travaux dangereux, incommodes ou insalubres (JD3) et de la prime de contagion à tout le personnel au mois d'avril ;
 - le versement de primes spécifiques pour les cadres au forfait : 6 M€ ;
 - la majoration de toutes les heures supplémentaires de 50 % ;
 - l'attribution de la prime COVID nationale de 1 500 € versée à l'ensemble du personnel à la fin du mois de mai : 122 M€.

Au total, le coût de la crise sanitaire en frais de personnel s'élève à près de 200 M€. S'ajoutent des coûts supplémentaires liés à la surconsommation de médicaments et de dispositifs médicaux, à hauteur de 14 M€ par mois, des dépenses hôtelières (43 M€), surcoût des repas, des prestations informatiques et des transports et de l'hébergement des personnels (près de 10 M€). Au total, le surcoût d'exploitation global s'élève à un peu plus de 270 M€.

En outre, les recettes ont été neutralisées dans leur dispositif traditionnel, puisqu'une grande partie des recettes de l'AP-HP est liée à celle de l'Assurance maladie, qui a mis en place jusqu'à la fin de l'année 2020 un système de garantie de financement. Le revenu de l'Institution sera au moins égal, quel que soit son niveau d'activité, aux recettes générées au titre de l'année 2019, soit pratiquement 300 M€ par mois. Pour les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux supplémentaires, dont le coût avoisine 600 M€ en année ordinaire, la garantie évoquée n'est en fait qu'une avance, ce qui induit un risque puisque ces postes devraient faire l'objet d'une sous-consommation en 2020, il est donc important de veiller au codage.

La tutelle a exceptionnellement délégué 90 % des crédits pour missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) en tout début d'exercice, ainsi que plusieurs crédits exceptionnels pour faire face aux surcoûts précédemment décrits, dont 107 M€ comme avance sur la prime COVID (ce poste sera remboursé à l'euro près) et 57 M€ de recettes exceptionnelles pour les surcoûts. Les dépenses de taxi et d'hébergement des personnels seront entièrement couvertes par l'Assurance maladie.

Pour les autres recettes de l'activité, le gouvernement a négocié le versement par les mutuelles d'une avance de 38 M€ par mois pour couvrir les frais qui relèvent du ticket modérateur. Cette avance sera comparée à l'activité réelle en fin d'année, or à ce jour le nombre de journées d'hospitalisation est en baisse.

Enfin, certaines recettes n'ont pas été perçues de mars à juin, comme des facturations de chambres particulières, les recettes de crèche, de self ou l'annulation de la redevance d'activité libérale au premier trimestre.

En synthèse, les dépenses d'exploitation courantes de l'AP-HP s'élèvent à 264 M€, dont 186 M€ ont déjà été couverts et 78 M€ restent à percevoir. Si les recettes sont totalement garanties par l'Assurance maladie, seule une avance de trésorerie a été perçue des mutuelles. De plus, les investissements nécessités par le COVID-19, notamment pour équiper des salles de réanimation supplémentaires, se sont élevés à 52 M€.

Le P^r Bernard GRANGER signale que la prime COVID n'a pas été perçue par tout le personnel de l'AP-HP. Parmi les exemples possibles : les personnels mobilisables à qui on a demandé de rester chez eux, n'en n'ont pas bénéficié, ou seulement de la moitié. Cette politique restrictive, variable selon les groupes hospitaliers (GH), est d'autant plus critiquable qu'elle fait l'objet d'un remboursement national.

Le directeur général rappelle les conditions d'attribution de la prime COVID, fixées par décret, qui ont été appliquées uniformément à l'AP-HP. Ainsi, la prime ne pouvait être perçue qu'au titre des périodes travaillées et ne pouvait pas être versée aux agents travaillant moins d'un mi-temps. Des ajustements ont toutefois été opérés au cas par cas, comme pour les psychologues exerçant un temps partiel à 49 %. Le décret n'a pas prévu de proratisation en fonction du temps travaillé, pour ceux qui ont exercé sur des périodes courtes mais les situations qui auraient été mal appréhendées peuvent être réexaminées.

M. Didier FRANDJI rappelle certains critères d'exclusion du dispositif liés à l'absentéisme et souligne que le versement de la prime est intervenu dès la fin mai avec des ajustements en juin.

Le directeur général remarque que la prime COVID n'a pas été conçue par le gouvernement comme une récompense, mais comme une compensation des risques et des sujétions qu'a occasionné la crise sanitaire.

Le D^r Christophe TRIVALLE observe que les agents qui ont été arrêtés pour avoir été infectés par le COVID, qui ont parfois subi des hospitalisations longues, n'ont de ce fait pas atteint le quota de 30 jours travaillés requis pour percevoir la prime. Ils ont parfois subi des pertes de salaire. Ils peuvent avoir l'impression d'une « triple peine ». C'est notamment le cas à l'hôpital Paul-Brousse.

Le directeur général doute les pertes de salaire évoquées. Les agents arrêtés parce qu'ils ont été malades du COVID, ou parce qu'ils ont été suspectés de l'être, ont été placés sous un régime assimilé à celui de l'activité, dès les premières évictions survenues à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) fin janvier 2020. Ils n'ont donc subi aucune perte au titre de la prime de service, des jours de carence ou de la prime COVID. Cette règle a peut-être été mal appliquée à certains agents.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle que le COVID-19 devait être reconnu comme maladie professionnelle, ce qui semble beaucoup moins automatique qu'annoncé.

Le P^r Yann PARC se déclare surpris par le fait que le rebond de l'activité générale soit aussi faible, car, selon lui, on devrait non seulement revenir rapidement à un niveau d'activité normal, mais en plus bénéficier d'un effet de rattrapage sur les mois passés. Il l'attribue à la persistance de difficultés structurelles, dont l'insuffisance du nombre d'anesthésistes en bloc opératoire. Dans son service, quatre à six patients sont reportés chaque jour faute de personnel suffisant. Il rappelle l'urgence de réactiver les efforts d'attractivité pour pourvoir les postes ouverts.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne l'iniquité d'attribution de la médaille COVID à certains agents pour leur engagement au cours de la crise sanitaire, alors que d'autres, dans les mêmes services ne l'ont pas reçue. Selon lui, il aurait mieux valu ne rien faire que d'introduire une telle discrimination au sein des services. Il souhaite connaître les critères de son attribution.

Le directeur général rappelle qu'il existe un contingent de personnels hospitaliers fléché pour la légion d'honneur et la médaille du mérite au sein duquel des noms auraient été demandé à l'AP-HP. Il n'est pas au courant de l'existence d'une autre médaille.

Le président confirme avoir eu des retours partagés sur l'attribution de la prime COVID au niveau national.

M. Julien FLOURIOT demande si les économies réalisées par l'AP-HP en recourant à des étudiants médicaux ou paramédicaux, à la place de professionnels diplômés ont été chiffrées.

Le directeur général indique que le recours à ces renforts n'a pas visé à faire des économies puisque l'on a fait appel à des étudiants, en leur versant un salaire, uniquement lorsqu'un professionnel diplômé n'était pas disponible. Une grande énergie a été déployée pour appeler tous les soignants disponibles quel que soit leur situation. Concernant l'attribution de la prime COVID, il comprend les critères mais considère que dans des circonstances aussi exceptionnelles, les professionnels ont fourni des efforts importants, ont parfois connu des temps de trajets très longs, n'ont pas compté leurs heures, dans un contexte de confinement familial. Tout ceci leur a certainement généré des difficultés et des dépenses supplémentaires. Plutôt que de compenser cette situation au cas par cas, la proposition d'une telle prime modulable en fonction des zones les plus touchées, lui a semblé être la moins mauvaise des solutions.

Le P^r Bruno Riou précise que 4 500 étudiants de santé, toutes catégories confondues, ont été mobilisés. Il leur rend hommage en estimant que l'AP-HP n'aurait pas pu faire face à la crise comme elle l'a fait sans leur engagement exceptionnel. La conférence des doyens leur a promis de faire tous les efforts pour les aider à obtenir leur diplôme ou passer à l'année supérieure. Ils sont « montés au front » sans qu'à aucun moment il n'ait été question d'argent.

III. Préparation du projet médical de l'AP-HP

Le président rappelle qu'il incombe à la CME d'écrire le projet médical de l'AP-HP, en lien avec la direction et dans une logique de concertation. Il a confié la coordination de la démarche au P^r Bahram BODAGHI, avec l'appui de M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN et le P^r Frédéric BATTEUX, de la direction de la stratégie et de la transformation (DST).

Parmi les axes prioritaires, **le président** souhaite qu'une place particulière soit donnée au territoire, qui constitue le 4^e pilier du « Ségur de la santé ». À cet égard, la présence en séance du D^r Michèle GRANIER, présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France, présidente de la CME de l'hôpital Sud-Francilien, et membre du conseil de surveillance de l'AP-HP est particulièrement importante. Elle est accompagnée du D^r François LHOTE, président de la CME du centre hospitalier de Saint-Denis. Ils représentent l'organisation des centres hospitaliers d'Île de France en groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour voir comment l'AP-HP pour s'articuler avec eux.

La gériatrie est également un axe prioritaire du projet médical. **Le président** a reçu la veille un groupe de gériatres, dont certains sont présents à la CME de ce jour. À la lumière de la crise COVID, il souhaite absolument considérer les difficultés de cette spécialité et y trouver des solutions pour améliorer la prise en charge des patients les plus âgés dans toutes les composantes de la filière : gériatrie aiguë, soins de suite et de réadaptation (SSR), soins de longue durée (SLD), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) et médecine de ville.

La psychiatrie est un autre axe prioritaire du projet médical, ainsi que la recherche et l'enseignement. La recherche constitue l'un des facteurs d'attractivité du CHU, aussi bien pour les professions médicales que paramédicales, doit faire l'objet d'une démarche concertée avec les doyens.

1. Méthode d'élaboration, calendrier et grandes lignes du projet médical (P^r Bahram BODAGHI)

Le P^r Bahram BODAGHI indique que le projet médical en cours d'élaboration, dont la précédente occurrence a été adoptée sous la mandature du P^r Loïc CAPRON, a initialement conçu pour la période 2020-2024, mais pourrait être exécuté, du fait de la crise sanitaire, sur la période 2021-2025.

Le projet médical est la contribution médicale au projet d'établissement. Il a été lancé en 2019 par la DST, en lien avec la précédente CME, poursuivi avec la nouvelle CME, puis interrompu par la crise sanitaire, avant de reprendre en juin 2020. La sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT) s'est réunie à deux reprises, le 13 mars et le 26 juin. Il comporte 18 pages et de nombreuses annexes, consultables sur le site de la CME. Sans être révolutionnaire, il doit tenir compte des événements survenus depuis le mois de janvier.

Cette démarche est encadrée réglementairement et s'intègre dans le projet global de l'AP-HP intégrant d'autres volets (ressources humaines, relations internationales, recherche, système d'information...). Il doit également prendre en compte les projets médicaux des départements médico-universitaires (DMU) et la stratégie des groupes hospitalo-universitaires (GHU). Le rapport du P^r Olivier CLARIS prévoit un renforcement du rôle de la CME dans la stratégie médicale, sans doute prochainement appuyé par les conclusions du « Ségur de la santé ».

Une synthèse des grandes orientations a été établie sur la base des travaux préparatoires, les contributions des collégiales, la démarche dite « *oikeïosis* », les conférences stratégiques et budgétaires des GHU et les premiers RETEX de la crise COVID.

Le calendrier d'élaboration du projet médical est très contraint. Il implique la réunion des commissions et sous-commissions de la CME, ainsi que des acteurs de la CME, entre juillet et septembre. Une première version sera rédigée en octobre, enrichie ensuite par des échanges avec les CME locales, les doyens et les collégiales. La présentation du projet médical au directoire interviendra en novembre-décembre, et donnera lieu à une discussion en vue d'une synthèse avec le projet d'établissement. Enfin, le projet médical sera présenté au conseil de surveillance, sans doute en janvier 2021, avant validation définitive du projet d'établissement.

Le projet médical doit être court, structuré autour de points clés, adapté au changement de paradigme hérité du COVID-19, ambitieux dans la définition de la stratégie médicale, respectueux du nouveau plan de transformation de l'AP-HP donnant plus d'autonomie aux GHU et déclinable au niveau central tout en préservant la cohérence transversale de l'AP-HP au niveau du territoire francilien. Il comporte trois parties : les grands axes transversaux (gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, chirurgie, l'attractivité des carrières...), les thématiques et les projets médicaux des GHU.

À l'image de ce qui a été fait à Lille ou Lyon, le plan stratégique est la « vitrine » de chaque CHU répondant aux exigences des patients et des acteurs de soins.

Le **président** souligne le travail attendu de la part des sous-commissions de la CME. Il souhaite entamer une réflexion avec les partenaires du territoire.

2. Liens avec les territoires

Le D^r Michèle GRANIER remercie la CME de l'associer à sa réflexion, car le projet médical du CHU francilien ne saurait être élaboré sans tenir compte du territoire.

Si à la fin du XIX^e siècle, 60 % de la population francilienne habitait Paris *intra-muros*, ce taux a été ramené à 18,4 % en 2014, après une longue phase de stabilité jusqu'au début des années 1960. Il faut donc penser à Paris mais aussi aux territoires alentours.

Pour y parvenir, le projet régional de santé a été établi pour l'Île-de-France sur la période 2018-2022 afin d'améliorer la prise en charge des patients franciliens. Il s'agit d'adapter l'offre de soins, de formation, d'enseignement et de recherche à la démographie actuelle, d'améliorer l'attractivité de la région Ile-de-France pour tous les métiers de la santé et d'intégrer la modification en profondeur du rapport au travail de l'ensemble des personnels de santé.

L'Île-de-France compte 16 groupements hospitaliers de territoire (GHT) dont 7 en petite couronne. Chacun d'eux s'est structuré et élabore son propre projet médical. La « nouvelle AP-HP » comportant 6 GHU doit à terme parvenir à s'articuler avec les GHT.

Des conventions constitutives ont été établies depuis 2015 entre les GHT, dont certains disposent d'une direction commune, et les GHU, mais certaines sont toujours en cours de rédaction en 2020. Certains GHT emploient des universitaires, comme le centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) qui en compte 30, le GHT Île-de-France Sud (5), le GHT de Versailles (7) et le GHT de Pontoise (1).

Les conventions constitutives ont débouché sur la mise en commun d'assistants spécialistes partagés (ASP) dont le nombre est passé de 15 à 92 entre 2014 et 2019, avec 135 candidatures en 2020. Cette démarche s'avère très fédératrice et chaque président de CME doit la promouvoir auprès des chefs de service pour qu'ils en parlent à leurs internes dont les dossiers sont en général de qualité. Il existe aussi des assistants de recherche partagés entre l'AP-HP et les GHT depuis 2019, dont le nombre est passé de 4 à 17 en 2020. Cette formule permet de renforcer les capacités de recherche des GHT, dont les moyens sont en général limités.

92 % des assistants partagés entre 2014 et 2018 sont restés dans la région Île-de-France, ce qui était l'un des objectifs du dispositif. Ils sont recrutés majoritairement en centre hospitalier (51 %) et en CHU (32 %). Plus de 30 % des assistants ont été nommés praticien hospitalier (PH).

S'agissant de la recherche, 18 des 34 CH d'Île-de-France bénéficient de crédits pour missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) grâce à leurs scores dans le système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) et le système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC). Vingt établissements interviennent dans la gouvernance du groupement inter-régional pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI). Il existe cependant un sujet d'inquiétude à propos des futurs modes de financement de la recherche, avec une remise en cause du calcul des crédits MERRI défavorable aux petits établissements.

Les relations entre l'AP-HP et les GHT ont déjà connu plusieurs étapes. En 2016, les GHT ont été créés avec la constitution de conventions d'association avec le CHU francilien. Certains parcours patients ont été modélisés par filière : cancer (grand hôpital de l'est parisien [GHEF] et Pitié-Salpêtrière), cardiologie (Pontoise et HEGP), le trouble des apprentissages (centre hospitalier sud

francilien [CHSF] et Bicêtre). En janvier 2018, un séminaire sur « les territoires, nouvelle donne pour les partenariats hospitaliers en Île-de-France » a été organisé avec 4 ateliers. Enfin, en 2019, la réflexion est relancée avec la création d'un groupe contact entre l'ARS, l'AP-HP et l'Université à l'occasion du lancement du projet « nouvelle AP-HP ». Il s'agit donc d'une préoccupation permanente et le projet médical est une belle opportunité.

En tant que pédiatre en néonatalogie, le D^r Michèle GRANIER a participé à la réflexion sur la meilleure prise en charge des bébés et de leurs mères. Après quatre ans de travail avec l'ARS, tous les « bébés du miracle », essentiellement des grands prématurés, bénéficient d'une qualité de prise en charge de même qualité partout en Île-de-France.

Elle souhaite donc concevoir une politique de coopération entre le CHU et les GHT favorisant une meilleure connaissance des besoins et des atouts de chacun ; une offre de soins de qualité répondant aux besoins territoriaux pour organiser le parcours du patient au plus près de son lieu de vie ; une graduation concertée des soins du territoire aux GHT et vers le CHU ; un développement de la coopération pour un meilleur accès à la recherche et à l'innovation dans tout le territoire francilien.

Le président remercie le D^r Michèle GRANIER pour sa présentation, qui montre notamment que l'organisation du CHU ne s'est pas suffisamment adaptée au mouvement centrifuge de la population sur le territoire de l'Île-de-France. Il en résulte des iniquités d'accès aux soins qu'il faut désormais corriger. Il confirme qu'une bonne coopération repose d'abord sur une bonne connaissance mutuelle des acteurs. Il espère multiplier les occasions de rencontre et de réflexion partagée. Les assistants partagés sont un moyen puissant pour créer du lien et leur multiplication va dans le bon sens. Enfin, il souhaite que la coopération entre les GHT et le CHU s'appuie sur les universitaires, qui constituent l'un des facteurs d'attractivité majeurs de l'AP-HP. À cet égard, la répartition des stages d'internes est un véritable enjeu – elle est d'ailleurs très problématique en médecine générale. Sans doute faut-il aussi créer des postes partagés pour des praticiens seniors. Le projet médical constitue une réelle opportunité de relancer la dynamique de la coopération entre CHU et GHT sur le territoire francilien.

Le P^r Bruno Riou souligne que l'Île-de-France est la seule région où le CHU n'est pas membre constituant d'un GHT. Le directoire a suggéré dans le cadre du « Ségur », un changement de la loi sur ce point. Il confirme que les assistants spécialistes partagés (ASP), investissement massif de l'ARS, connaissent un vrai succès. C'est moins le cas pour les assistants partagés en recherche clinique parce que l'ARS d'Île-de-France a limité initialement leur recrutement en 2019 à l'oncologie, ce qui a changé en 2020. S'agissant des internes, les établissements ressentent tous une pénurie. C'est l'effet du développement de la réforme du 3^e cycle de la médecine générale, beaucoup d'internes qui occupaient des postes hospitaliers en médecine générale exercent désormais en ville. Le même phénomène pourrait se répéter pour les spécialités les plus ambulatoires. En outre, en tant que doyen, il ne souhaite pas disperser les personnels universitaires, qu'ils soient ou non titulaires, y compris dans le CHU où s'opère un mouvement de regroupement en équipes universitaires. En effet, le fait de poster un universitaire isolé dans un GHT revient au même que de l'isoler au sein du CHU. La conférence des doyens porte l'idée de créer des postes de chefs de clinique assistants territoriaux financés par des ressources propres (notamment via l'ARS), mais cela a jusqu'à présent été refusé systématiquement par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI). Heureusement, la situation évolue et certaines expérimentations ont été lancées dans plusieurs régions. Contrairement à la création d'un poste universitaire titulaire supplémentaire, celle d'un chef de

clinique assistants (CCA) pendant deux ans n'entraîne pas de surcoût important en terme de retraite.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si une évaluation de la mise en œuvre du précédent projet médical (2015-2019) a été réalisée. Les sources d'inspiration pour le nouveau projet médical lui semble discutables qu'il s'agisse de la démarche dite « *oikéiosis* », des projets de DMU ou du rapport du P^r Olivier CLARIS qui a été remis en question lors des travaux du « Ségur ».

Le président indique que son prédécesseur, le P^r Noël GARABÉDIAN a sollicité les collégiales sur le projet médical il y a environ un an. Leurs contributions vont être reconsidérées à la lumière des enseignements de la crise sanitaire et du « Ségur de la santé ». Les GHU seront aussi consultés, afin de tendre vers une cohérence institutionnelle. Ce projet médical fera l'objet d'un suivi au sein des différentes commissions et sous-commissions et qu'un point d'étape soit réalisé une fois par an en CME plénière, notamment en ce qui concerne les axes prioritaires.

Le P^r Bruno RIOU indique sur ce dernier point avoir demandé que le « rapport CLARIS » soit accompagné d'un préambule précisant qu'il ne concerne pas le CHU, conformément d'ailleurs à la lettre de mission donnée par M^{me} Agnès BUZYN à ses auteurs, dont il n'a pas été tenu compte.

Le président ajoute que le ministre de la Santé, M. Olivier VÉRAN, a demandé un complément au « rapport CLARIS » portant sur une douzaine d'items, auquel la CME a contribué. Ce document sera mis à disposition sur le site de la CME.

Le D^r Patrick PELLOUX estime que les soins non programmés constituent un enjeu stratégique majeur, qui mobilise fortement le monde libéral et qui ne doit pas être omis par les prochains projets stratégiques. Alors que la naissance des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) donne lieu à des financements importants de la part de l'ARS, il est anormal que l'AP-HP soit seule à remplir des missions d'accès aux soins, comme les fibroscopies, et parfois à des heures indues, sans que cela soit reconnu au niveau régional. Alors que les maisons médicales de santé vont se multiplier dans les prochains mois, il ne faut pas que l'AP-HP soit tenue à l'écart de cette dynamique, ce qui serait non seulement coûteux pour le contribuable et ridicule. Pour rappel, cet enjeu relève de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) qu'il préside et qui est prête à faire des propositions.

Le président confirme compter sur la contribution de cette commission.

Le P^r Frédéric BATTEUX souligne qu'il incombe à la CME de définir les axes stratégiques et transversaux du projet médical. Elle doit le faire en intégrant non seulement la dimension territoriale, mais également les nouvelles organisations en GHU, qui sont très structurantes. Dans la mesure où le dernier projet d'établissement couvre la période 2015-2019, il est urgent que l'AP-HP se dote au plus vite d'un nouveau projet stratégique fort.

Le P^r Emmanuel MARTINOD constate qu'il est dans l'air du temps de parler des territoires, sans que pour autant cette dimension progresse beaucoup. Il confirme que le travail avec les GHT dépend pour l'instant beaucoup d'initiatives humaines ponctuelles et appelle de ses vœux une articulation plus forte. La question de l'universitarisation se pose, comme pour certains établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC), car ce n'est pas toujours une réussite. La création de postes de CCA partagés pourrait effectivement constituer une première expérimentation. Par ailleurs, un état des lieux relatif aux internes en Île-de-France doit être fait. Une fois ces deux sujets traités, on

pourra effectivement s'interroger sur ce qu'il est possible de faire avec les territoires. Il assure à ce propos que tous les présidents de CME de la Seine-Saint-Denis, comme lui, sont désireux de relancer cette démarche, quitte à la reprendre à partir de zéro, en l'inscrivant dans le plan stratégique.

Le P^r Bernard GRANGER estime que l'exercice du projet médical est très artificiel, ce que prouve la situation actuelle, puisque l'absence de plan stratégique depuis 2019 n'est pas si problématique ; il suggère de ne pas y consacrer trop de temps et rappelle que chaque année on promet vainement un rapport de suivi du plan médical, qui n'est jamais réalisé. Il est convaincu que quasiment aucun membre de la CME ne serait capable de citer l'un des axes du précédent projet médical. Un sujet majeur comme la réorganisation de l'AP-HP appelle une réactivité bien supérieure à l'établissement d'un projet stratégique tous les cinq ans.

Le P^r Bahram BODAGHI estime que l'essentiel est que le nouveau projet médical ne soit pas le dernier.

Le président convient qu'il existe un décalage entre ce qui a été écrit et ce qui a été fait. Il reconnaît un manque de réactivité dans l'ajustement du projet médical mais observe cependant que ce qui s'est passé au cours des trois derniers mois atteste d'une réelle réactivité de la CME, face à une situation qui ne pouvait en aucun cas être anticipée dans les plans. Toutefois, il est indispensable pour les soignants de planifier l'évolution à 5 et 10 ans de l'offre de soins, sans en céder l'organisation au seul ministère de la Santé ou à l'Administration. Il se reconnaît notamment dans la démarche pluriannuelle de structuration qu'a présentée le D^r Michèle GRANIER. Le fait, par exemple, de manquer de radiologues ou de manipulateurs radio dans un hôpital est un problème que la CME se doit de contribuer à éviter, en lien avec les autres acteurs (tutelles, universités, directions, hôpitaux). Il ne s'agit donc pour lui pas d'une perte de temps mais il faudra sûrement procéder différemment de ce qui a été fait ces quinze dernières années.

Le P^r Jean-Claude CAREL remercie le D^r Michèle GRANIER pour sa présentation et confirme que la création de postes d'assistants partagés a offert des parcours très intéressants à de nombreux jeunes en post-internat, tout en resserrant les liens entre les GHT et le CHU. Il faut cependant construire la suite de ces parcours professionnels, autour de praticiens statutaires gardant cette double appartenance à plus long terme.

Le D^r Michèle GRANIER prône pour la création de postes de PH partagés. Or, au préalable, il faudrait déterminer qui de l'AP-HP ou des établissements créerait ces postes. En outre, tous les assistants partagés ne souhaitent pas forcément tous continuer à bénéficier d'une double appartenance. S'agissant de l'universitarisation, elle explique que s'il est vain de créer un poste de PU-PH isolé dans un établissement qui n'est pas universitaire. Il est en revanche pertinent de créer une véritable équipe universitaire - avec un PU-PH, un MCU-PH, un ou deux CCA et des internes, pour développer une dynamique aussi bien dans le service que dans l'hôpital. Il ne s'agirait pas de prendre des postes sur le quota attribué à l'AP-HP, mais d'obtenir du ministère qu'il en crée de nouveaux. Ce point est en discussion avec le P^r Didier SAMUEL, doyen de la faculté de médecine de Paris-Sud.

Le P^r Bruno Riou en appelle au réalisme en matière de création de postes de PU-PH, car il n'y en a pas eu depuis une dizaine d'années. Par exemple pour les personnels strictement universitaires, l'Université ne parvient pas à faire face et finit par convertir des postes de maître de conférences en ingénieur. Le budget de l'Université a été pratiquement aussi laminé que celui de l'hôpital. Si

l'on peut espérer une amélioration de la situation à l'hôpital après la crise du COVID, ce ne sera pas le cas pour la recherche en santé, qui suscite peu d'intérêt.

Le P^r Laurent MANDELBROT, qui a contribué à la création d'un réseau de périnatalité local et un centre de suivi prénatal dans le Val-d'Oise et les Hauts-de-Seine, plaide pour un renforcement des hôpitaux *extra muros*, notamment en Seine-Saint-Denis afin de les dimensionner par rapport au futur hôpital Nord, afin qu'une collaboration efficace puisse être mise en place, en vue d'une amélioration de la prise en charge des populations.

Le directeur général s'engage à communiquer une série d'indicateurs significatifs sur la réalisation du plan stratégique, afin d'en permettre un suivi pertinent. Pour illustrer l'utilité du cadrage volontariste offert par le projet médical, il rappelle que la part des chirurgies ambulatoires est passée de 23 % en 2014 à 42 % pendant la durée du plan, pour un objectif de 45 %, alors même que cette dynamique semblait auparavant enrayée. C'est le fruit de nombreux investissements et de réorganisations qui sont intervenus après cette inscription dans ce plan stratégique. D'autre part, si l'objectif fixé en 2014 concernant le temps de passage aux urgences n'a pas été totalement atteint, un réel progrès a été accompli. Par de nombreux aspects, le paysage de l'AP-HP en 2020 n'est pas celui de 2014 en raison d'éléments imprévisibles mais aussi grâce à certains éléments anticipés et volontaristes. Il est nécessaire de fixer des objectifs de démographie médicale par spécialité, sans quoi nous ne pourrions plus répondre à la demande. Il faut aussi anticiper l'impact de la génétique, pour éviter de disposer d'une plateforme de pointe tout en étant incapable de proposer des consultations génétiques. Il est possible de faire intelligemment et utilement un plan stratégique.

S'agissant de la présentation du D^r Michèle GRANIER et des relations entre les GHT et l'AP-HP, **le directeur général** souligne le caractère volontariste de la démarche, qui est soutenue par les pouvoirs publics et l'ARS, consistant à créer des postes partagés en partant de zéro. Il confirme la nécessité de construire l'étape d'après, qui pourrait être la création de départements communs, une voie qui avait été envisagée lors de la création des départements médico-universitaires (DMU) et dont les conditions de réussite doivent être réfléchies.

IV. Conventions hospitalo-universitaires avec les établissements de santé d'intérêt collectif (ÉSPIC)

M^{me} Hélène OPPETIT indique que les conventions d'association conclues avec un CHU permettent à un établissement public de santé, ou à un ÉSPIC, de se voir affecter une ressource hospitalo-universitaire. Les textes exigent une convention tripartite entre le CHU, l'établissement d'accueil et le doyen. Cette convention est soumise pour avis aux instances du CHU.

Les conventions d'association visent à doter de postes universitaires les services formateurs et performants en termes de recherche, hors CHU. Elles tiennent compte de l'organisation de l'offre de soins avec la spécialisation d'établissements hors CHU sur certaines disciplines : centres de lutte contre le cancer, établissements publics de santé spécialisés (psychiatrie). Elles permettent de conforter le rôle de pivot infrarégional de certains centres hospitaliers (Poissy, Versailles, CHSF...), d'augmenter les cohortes de patients susceptibles d'être inclus dans les protocoles de recherche et de déterminer une affectation hospitalière pour un personnel universitaire quand les sites du CHU ne disposent pas de la discipline concernée.

Les postes HU titulaires affectés hors AP-HP sont passés de 93 à 140 entre 2009 et 2019 (+ 52 %), soit une progression de 51 à 76 postes pour les établissements publics et de 42 à 64 postes pour les ÉSPIC. La progression est particulièrement marquée au CHIC (de 7 à 18 postes) au Quinze-Vingts (de 7 à 11 postes) à Sainte-Anne (de 14 à 20 postes) et dans certains établissements privés comme Curie (de 5 à 13 postes) l'institut Gustave-Roussy (IGR) (de 13 à 21 postes) et Saint-Joseph (de 2 à 6 postes).

L'universitarisation des ÉSPIC s'accompagne d'une augmentation du nombre d'internes en volume, mais pas en proportion. L'augmentation du nombre d'internes sur les 10 dernières années dans les ÉSPIC a été concentrée sur 3 établissements (+ 70 à Saint-Joseph, + 35 à l'IGR et + 30 à l'Institut mutualiste Montsouris [IMM]), mais sans augmentation proportionnelle de la part des internes dans les ÉSPIC par rapport à l'ensemble des internes d'Île-de-France qui a baissé de 11,4 % à 10 % entre 2014 et 2019. Les établissements publics de santé, hors CHU, sont ceux qui bénéficient le moins de la progression du nombre d'internes en Île-de-France, avec une diminution de la proportion d'internes dans les établissements publics hors CHU passant de 27 % en 2014 à 22,7 % en 2019.

Il a été proposé à la CME de revoir l'ensemble du dispositif conventionnel qui date parfois de plusieurs décennies. Certaines détaillent le programme de coopération et les ressources mais elles se sont beaucoup allégées avec le temps. Les modifications récentes sont intervenues par voie d'avenant rajoutant des praticiens sans prendre en compte les départs ni présenter une évaluation du fonctionnement de la convention et des programmes de coopération sur lesquelles elles s'appuient. L'objectif est donc de proposer une convention-cadre précisant le projet médical, de recherche et de filières patients avec des avenants pour l'affectation des postes HU afin de suivre le nombre de personnes affectées et des disciplines concernées. Ces politiques d'association seront régulièrement évaluées présentés par la gouvernance des GHU en CME et au directoire.

Parmi les annexes, figure le cas particulier de la fondation ophtalmologique Rothschild (FOR) initialement liée à l'AP-HP pour 5 ans. Aujourd'hui caduc, le dispositif de mise à disposition du personnel sans affectation doit être revu. À ce jour, on compte 48 hospitalo-universitaires en médecine et 40 en chirurgie, avec une répartition équilibrée entre le public et le privé.

Le président souligne que cette présentation prolonge la précédente sur la territorialité. Il rappelle que les ÉSPIC font partie du service public hospitalier. Les conventions sont un moyen de parvenir à assurer la permanence des soins évoquée précédemment par le D^r Patrick PELLOUX, car la complémentarité est préférable à la concurrence, surtout lorsque celle-ci est déloyale, en raison notamment des écarts de revenus existant entre les ÉSPIC et l'hôpital public. On peut espérer que le « Ségur » y remédiera en partie. Il s'agit d'un enjeu majeur d'attractivité partagé avec l'ARS et les partenaires de l'AP-HP.

Le P^r Bernard GRANGER indique que plusieurs PU-PH ont quitté récemment l'université dans laquelle il enseigne pour rejoindre des établissements hors AP-HP. S'il admet que ce type de transfert puisse être une solution pour résoudre des problèmes relationnels, il indique avoir été frappé par leur rapidité et par l'absence totale d'information de la CME de l'AP-HP en amont. Dans le cas évoqué, c'est la CME de l'hôpital Foch qui aurait mis fin à ce projet d'intégration. Il regrette qu'à l'AP-HP l'avis de la CME soit souvent demandé a posteriori et souhaite une procédure plus opérante.

M^{me} Hélène OPPETIT précise que chaque année ces sujets sont bien examinés en CME.

Le directeur général confirme que chaque année ce sujet est évoqué en CME mais de manière pas totalement satisfaisante c'est pour cela que cette remise à plat est nécessaire. Pour l'instant, l'état des lieux consiste à les retrouver dans les archives. Certaines anciennes conventions associatives, comme celle des Quinze-Vingts, sont tapées à la machine avec du papier carbone, n'ont plus rien à voir avec la réalité actuelle. Le Directoire a donc estimé qu'il serait pertinent de commencer par mettre à jour les conventions qui présentent le plus d'enjeux.

Le P^r Bruno Riou relativise l'importance du sujet, qui est très hétérogène. Il souligne que l'employeur principal des HU est l'Université et que les doyens, qui sont signataires des conventions, mènent une politique universitaire. La CME n'a pas son avis à donner sur les coopérations avec les centres de lutte contre le cancer dans la mesure où leur création est antérieure à la loi de 1958 instaurant les CHU, de sorte qu'aucune convention particulière n'est requise. D'autre part, certaines conventions sont motivées soit par le fait que la faculté de médecine a un territoire hospitalier insuffisant, comme la convention entre l'université Versailles-Saint-Quentin (UVSQ) avec l'hôpital Foch, soit parce qu'il existe une relation particulière avec une raison universitaire de recherche, comme entre Paris Saclay et l'hôpital Marie-Lannelongue, ou entre Sorbonne Université et l'hôpital des Quinze-Vingts qui est adossé à l'Institut de la vision, un des leaders mondiaux dans sa spécialité. Bien que les points de discordance portent sur un nombre de postes limité, il est raisonnable de revoir toutes les conventions associatives, en acceptant qu'il existe parfois des divergences entre la politique du doyen et la politique de la CME. Conformément à la loi, on demande parfois un avis à la CME concernant un poste hôpitalo-universitaire affecté hors CHU, plaçant le rapporteur en difficulté, sauf pour les centres de lutte contre le cancer. Il y a au final peu de postes réellement source d'agacement entre l'AP-HP, le doyen et la CME. En revanche, le nombre de postes gelés parce que les HU sont partis en disponibilité, qui ne cesse d'augmenter, constitue un enjeu nettement plus important, car le ministère refuse de recruter des remplaçants pendant deux à trois ans.

Le P^r Bahram BODAGHI rappelle que les conventions conclues avec la FOR et les Quinze-Vingts ont été signées très favorablement à l'époque, ces structures se sont beaucoup développées avec une liberté différente de celle de l'AP-HP.

V. Dispensation nominative des médicaments

M. Renaud CATELAND indique que 4 200 lits sont actuellement déployés en dispensation individuelle nominative (DIN), et cela de façon très hétérogène, tant du point de vue des techniques de dispensation, avec de la production manuelle et de la production automatisée par reconditionnement ou sur-conditionnement, que du point de vue des rythmes de dispensation ou des références conditionnées.

Un grand nombre de projets de déploiement et de robotisation de la DIN ont émané des GH depuis 2016/2017, avec la plupart du temps une production centralisée sur l'une des pharmacies du GH et une dispensation localisée sur les différentes pharmacies à usage intérieur (PUI). Le service approvisionnement et distribution (SAD) de l'agence générale d'approvisionnement en produits de santé (AGEPS) est sollicité pour caler le circuit logistique et mettre en place une centralisation de la production.

L'objectif est d'atteindre 6 000 à 6 500 lits déployés en DIN, soit 80 % des lits éligibles des établissements candidats, et selon une doctrine consistant à exclure les lits de réanimation, des Urgences, de soins intensifs, ainsi que les lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) d'une durée inférieure à 48 ou 72 heures.

Un projet institutionnel de DIN est un projet de développement de la qualité en matière de prise en charge médicamenteuse, car la DIN automatisée permet de réduire les erreurs médicamenteuses en fournissant le bon médicament, au bon patient, au bon moment, de la dispensation jusqu'à l'administration. Cela libère du temps pharmaceutique pour développer l'analyse pharmaceutique et la pharmacie clinique. Ce système favorise la qualité du soin, car le temps infirmier est libéré pour le consacrer directement au soin et au patient. C'est également un enjeu de qualité de vie au travail, en sécurisant le travail infirmier et en allégeant la charge mentale.

Les projets se multiplient dans tous les GH, dès lors, la généralisation de la DIN à l'AP-HP doit être coordonnée centralement pour éviter une généralisation dispersée. Cette centralisation permet d'économiser sur le nombre de robots de production de doses unitaires en obtenant de meilleurs taux d'utilisation avec un passage en organisation industrielle. Les ressources, notamment humaines, consacrées à la maintenance et au pilotage des robots de production sont optimisées tout comme les études et gestion de projet. Elle permet d'harmoniser et de rationaliser les pratiques des différents métiers, en faisant émerger un référentiel commun acceptable par le plus grand nombre et en recentrant les préparateurs sur des activités à plus forte valeur pharmaceutique.

Le projet consiste à concentrer la production de doses unitaires sur la plateforme de Nanterre, dont les robots de production seront alimentés par des robots de stockage à la boîte en cours de réception au SAD. Les robots de production découpent les blisters et conditionnent les doses unitaires avant que celles-ci soient regroupées dans des conditionnements secondaires qui sont stockés dans des automates de stockage qui préparent les commandes des PUI. De leur côté, les GH reçoivent un flux de conditionnements en doses unitaires qui vient alimenter les robots de dispensation nominatifs qui restent dans les PUI des GH, tandis que le flux de préparation à la boîte est maintenu pour les établissements ou services qui le nécessitent.

Cette solution est équilibrée entre harmonisation et souplesse. Elle nécessite de choisir un fournisseur unique pour garantir l'interopérabilité, de définir un référentiel commun à produire permettant d'assurer un taux de couverture des besoins locaux suffisant, sans être inflationniste, et d'harmoniser les pratiques de dispensation, tout en respectant la liberté de prescription.

Le projet présenté représente un investissement d'1 M€. Il se déroulera en trois phases : remplacement des automates obsolètes (2020-2021), automatisation de la DIN manuelle actuelle (2021-2022) et déploiement global (2022-2023).

M. Guy BENOÎT signale que le projet de DIN a été conçu en concertation avec les services concernés, notamment la pédiatrie et de la gériatrie. Il est soutenu par la collégiale par ce qu'il est légitime que la préparation des doses unitaires, qui relève d'une logique industrielle, soit opérée au niveau de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS). Encore faut-il que la dynamique impulsée soit suivie au niveau des GH et des hôpitaux, ainsi qu'en matière d'informatisation, car le projet doit être relié à ORBIS. Il peut notamment contribuer à renforcer

l'attractivité des postes de préparateur de commandes, pour lesquels les difficultés de recrutement sont prégnantes.

Le président salue ce projet ambitieux source de sécurité mais retient les précautions proposées, car la mise en œuvre des systèmes de dispensation automatique peut s'avérer problématique, comme dans le cas du logiciel de prescription informatique PHEDRA.

VI. Évolution des instances de recherche

Le P^r Éric LE GUERN rappelle que les séminaires *dit « oikēiosis »* ont été l'occasion de faire, en 2019, le double constat de l'existence d'un nombre très important de comités et de commission s'intéressant à la Recherche et de la nécessité de renforcer l'articulation entre le niveau central et celui des futurs GHU. Il y avait notamment redondance, au niveau AP-HP entre la sous-commission innovation recherche université (SIRU) et le comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP), avec une diminution de l'adhésion aux réunions. Au niveau des GHU, on a observé les mêmes doublons entre la commission recherche et le comité local de recherche biomédicale et de santé (CLRBS) qui est son équivalent à dominante universitaire. L'idée est donc née de créer au sein des futurs GHU une commission de recherche unique, puisque certains GHU avaient déjà fusionné les deux instances, rattachée à la CME pour définir une politique recherche avec comme outil essentiel, l'intéressement.

La restructuration des instances de recherche a suivi celle de la « *nouvelle AP-HP* », en profitant de la superposition des périmètres des GH et des universités. Désormais, les présidents et vice-présidents de la commission recherche locale sont désignés par la CMEL. Cette sous-commission de la CME comprend les référents recherche des DMU, les responsables des structures supports de la recherche. Elle comprend des membres permanents dont le rôle est de se prononcer sur la politique de soutien à la recherche du GHU, mais également des membres invités représentants de l'université et des établissements publics à caractère scientifique et technologiques (ÉPST) partenaires invités en fonction de l'ordre du jour. Au niveau central, la fusion de la SIRU et de la coordination médicale de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) pour créer la commission recherche et innovation de l'AP-HP (CRI). Cette commission est composée de référents recherche de manière à créer du lien avec les représentants centraux et locaux. Les missions de la CRI recouvrent l'ensemble des champs de la recherche biomédicale de l'AP-HP, dont la définition des grands axes stratégiques de la politique de recherche et de l'innovation de l'AP-HP, participation à la définition de la politique de soutien à la recherche (intéressement, appels à projets internes, prix de la recherche, chaires, et l'abondement Carnot, etc.) et le renforcement de l'attractivité des carrières à l'AP-HP par la recherche avec comme cibles les internes et CCA/AHU. La fondation pour la recherche clinique de l'AP-HP a conduit avec succès des campagnes de dons en faveur de la recherche clinique à l'AP-HP, notamment à l'occasion de la crise sanitaire. Le nombre des instances de recherche a donc été réduit après l'effort de simplification présenté.

Le président souligne que la commission recherche et innovation de la CME n'a pas été fusionnée : elle s'est simplement associée à la DRCI. Il faudra faire en sorte que la recherche soit dynamique au sein des DMU, en lien avec les CME locales.

Le P^r René ADAM salue l'effort de simplification opéré, compte tenu du nombre manifestement excessif des commissions et du temps qu'elles mobilisent, comme en témoigne le fait que beaucoup de projets ne commencent que deux ans après avoir été acceptés. De plus, les

évaluations financières des projets sont bien souvent insuffisantes. L'accumulation des délais nuit à la compétitivité de la recherche au sein de l'AP-HP, y compris par rapport à d'autres CHU, alors même que celle-ci est éminente. Il espère donc que cet effort de simplification se poursuivra pour écourter les délais de mise en œuvre des projets.

Le P^r Yann PARC regrette le circuit parfois long et l'implication d'organismes de recherche extérieurs à l'AP-HP qui aboutit parfois à faire porter des projets par d'autres CHU afin d'éviter des délais de traitement trop longs.

VII. Approbation des comptes rendus des CME des 19 mai et 9 juin 2020

Les comptes rendus des CME des 19 mai et 9 juin 2020 sont approuvés à l'unanimité.

VIII. Questions diverses

1. Documentation médicale et scientifique

Le D^r Vianney MOURMAN annonce qu'un nouveau portail d'accès à l'information médicale est en cours de mise en place, en remplacement de l'ancien dont la maintenance s'est avérée impossible. Le pôle de documentation a réalisé un travail considérable sur les abonnements aux revues scientifiques, ce qui a permis de limiter à seulement une vingtaine, le nombre de titres qui ne sont pas consultables en ligne. On compte 40 éditeurs, plusieurs bases de données et environ un million de téléchargement par titre en contexte intégral. Le nouveau site permet une recherche personnalisable à partir d'une interface unique. Des limiteurs sont proposés pour chaque résultat ainsi qu'un résolveur de lien permettant un accès direct au texte intégral. Il donne accès à la consultation en direct plus de 10 000 revues et à plusieurs bases de données. Un accès à distance, à partir de son domicile est possible sur demande. Le lien du site présenté apparaîtra sur celui de la CME et sera davantage visible sur les sites internet et intranet de l'AP-HP.

2. Recrutement des praticiens hospitaliers contractuels (PHC)

Le D^r Bruno GREFF demande si les PHC sont systématiquement recrutés au 4^e échelon plus 10 %. Il souhaite savoir si une note générale existe ou si ce point est laissé à la négociation locale.

M. Olivier TRETON renvoie sur ce point à une note datant de trois ou quatre ans, qui indique qu'un recrutement au quatrième échelon plus 10 % n'est possible sans dérogation particulière que pour les anesthésistes, les chirurgiens et les urgentistes. Pour les autres, l'obtention d'une dérogation est nécessaire au niveau central ; elle est très souvent accordée pour les disciplines en tension, notamment en gériatrie.

Le D^r Émeline MARLINGE souhaiterait prendre connaissance de la note évoquée, car on lui a toujours opposé qu'il était impossible de recruter à un tel niveau en gériatrie, comme en psychiatrie.

Le D^r Patrick PELLOUX confirme ce point et se souvient de s'être opposé à l'instauration d'une grille de recrutement inégalitaire entre les spécialités. Ce type d'approche ne saurait être une solution pour pallier le manque d'attractivité de l'AP-HP.

Le P^r Sadek BELOUCIF explique que la fusion des trois premiers échelons fait désormais partie du package minimum dans le cadre des discussions du « Ségur de la santé ». Le 4^e échelon deviendra le premier échelon de PH.

Le D^r Émeline MARLINGE regrette que les PH qui seront nommés cette année après 3 ans d'exercice n'obtiennent pas d'évolution puisqu'ils seront nommés sur l'ancien échelon 4, ce qui est un dû.

Le D^r Julie CHOPART explique qu'en tant que gériatre et spécialiste en médecine palliative, elle est praticien hospitalier contractuel (PHC) à l'échelon 1. Malgré sa demande de progression exprimée depuis un an, elle n'obtient pas de réponse de la direction des ressources humaines.

Le P^r Sadek BELOUCIF évoque une tension entre les directives de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et leur applicabilité à l'AP-HP, par exemple en ce qui concerne la prise en compte de l'ancienneté et de l'expérience des médecins en cumul emploi-retraite, qu'ils soient H ou HU. Il regrette que beaucoup de HU se voient en effet proposer par l'AP-HP un redémarrage à l'échelon 1.

Le président comprend ces inquiétudes et propose à M. Olivier TRÉTON de traiter le sujet ou d'en parler lors de la prochaine CME.

Le P^r Bruno RIOU observe que les PHC quittent l'AP-HP pour rejoindre des établissements extérieurs qui leur proposent assez systématiquement l'échelon 4 plus 10 %. Le mode dérogatoire mis en œuvre à l'AP-HP n'est pas suffisamment attractif.

3. Médecins étrangers

Le D^r Bruno GREFF évoque le fait qu'une collègue étrangère bénéficie encore d'un visa étudiant et non d'un visa de travail, dans l'attente, semble-t-il, de la délivrance d'une attestation par l'AP-HP requise par la préfecture. Cette situation ne l'autorise à percevoir que 60 % d'un salaire d'assistant, alors qu'elle ne peut pas accéder à ses ressources dans son pays d'origine, le Liban. Il souhaite savoir vers qui se tourner.

M. Olivier TRÉTON répond que la délivrance d'un visa de travail dépend d'une concertation au cas par cas au niveau local, entre la direction des affaires médicales des GHU et les préfectures de département, lesquelles ont des délais de traitement très variables. Le retour vers le pays d'origine est parfois requis entre l'obtention d'un visa étudiant et celle d'un visa de travail.

La séance est levée à 19 heures 30.