

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 3 NOVEMBRE 2020**

APPROUVÉ PAR LA CME DU 9 FÉVRIER 2021

Sommaire

I. Informations du président de la CME	6
II. Point sur les discussions « post-Ségur »	7
III. Politique du logement de l'AP-HP	13
IV. Délégations de compétences de la CME aux CME locales et du président de la CME aux présidents des CMEL	14
V. Covid-19 : participation de la CME à la réunion bihebdomadaire « Infos crise » organisée par la direction générale	Erreur ! Signet non défini.
VI. Questions diverses	18

CME du mardi 3 novembre 2020

Séance en visioconférence

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

16H30 – 18H00

1. Informations du président de la CME
2. Point sur les discussions « post-Ségur » (M. Pierre-Emmanuel LECERF)
3. Point sur le logement (M. Pierre-Emmanuel LECERF)
4. Délibération sur les délégations de compétences de la CME aux CMEL et information sur les délégations de compétences du président de la CME aux présidents de CMEL (P^r Rémi SALOMON)

18H00 – 19H00

5. Covid-19 : participation de la CME à la réunion bihebdomadaire « Infos crise » organisée par la direction générale

19H00 – 19H30

6. Derniers échanges, approbation du compte rendu de la CME du 6 octobre 2020 et questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur le recrutement principal de chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux dans les établissements liés par convention avec l'AP-HP, au titre de de l'année universitaire 2020/2021.

- Assistent à la séance :

• **Avec voix délibérative :**

P ^r	Véronique	ABADIE	D ^r	Bruno	GREFF
P ^r	René	ADAM	M ^{me}	Sophie	GUILLAUME
D ^r	Marie	ANTIGNAC	D ^r	Jean-François	HERMIEU
P ^r	Thomas	APARICIO	D ^r	Éric	LE BIHAN
D ^r	Sébastien	BEAUNE	P ^r	Véronique	LEBLOND
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Guy	BENOIT	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Jacques	BODDAERT	D ^r	Rafik	MASMOUDI
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Olivier	BOURDON	D ^r	Giovanna	MELICA
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Stefan	NERAAL
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Jean-Claude	CAREL	P ^r	Antoine	PELISSOLO
P ^r	Alain	CARIOU	D ^r	Patrick	PELLOUX
D ^r	Julie	CHOPART	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
P ^r	Olivier	CLÉMENT	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Jean-Damien	RICARD
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	D ^r	Nathalie	RICOME
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Vianney	DESCROIX	P ^r	Thomas	SIMILOWSKI
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D ^r	Mathilde	DUVAL	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
M.	Julien	FLOURIOT	D ^r	Caroline	SUBERBIELLE
M.	Jean-Eudes	FONTAN	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Sandra	FOURNIER	D ^r	Christophe	TRIVALLE
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Michel	VAUBOURDOLLE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Noël	ZAHR

• **Avec voix consultative :**

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P^r Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M^{me} Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

- **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 et M. Patrick CHANSON, directrice de la communication
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie et de la transformation
- M. Didier FRANDJI, directeur des finances.

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Philippe ANRACT, Jean-Yves ARTIGOU, Élie AZOULAY, Frédéric BATTEUX, Jean-Louis BEAUDEUX, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Cyril CHARRON, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALÈS, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Georges ESTEPHAN, Thierry FAILLOT, Yann FLÉCHER, Michèle GRANIER, Christian GUY-COICHARD, Émelyne HAMELIN, Sandrine HOUZÉ, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Jean-Louis LAPLANCHE, Michel LEJOYEUX, Louis MAMAN, Xavier MARIETTE, Salomé MASCARELL, Loïc MORVAN, Louis PUYBASSET, Virginie SIGURET-DEPASSE, Isabelle RIOM, Philippe RUSZNIEWSKI, Clara SALINO, Bérénice SCHELL, Johanna SEKRI et Samir TINE.

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

I. Informations du président de la CME

La réunion est organisée en visio-conférence, avec toutefois la présence en salle des instances de quelques présidents de sous-commissions, membres de la CME et membres de la direction. La direction générale organisant une réunion de la cellule de crise « Infos COVID » à 18 heures, la CME sera suspendue le temps de cette réunion, à laquelle les membres de la CME sont invités à participer. La la CME reprendra après la réunion de crise.

Nouveaux membres de la CME

La CME accueille trois nouveaux membres. Les D^{rs} Lamia KERDJANA et Émeline MARLINGE, qui ont quitté le statut de personnels hospitaliers temporaires ou non-titulaires, sont remplacées dans ce collège par leurs suppléants, les D^{rs} Nathalie RICOME, pharmacien à Paul-Brousse, et Stefan NERAAL, urgentiste au SAMU 75 à Necker et au service d'accueil des urgences (SAU) de Cochin. M^{me} Karine VIRETTE a, par ailleurs, été élue par la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) pour la représenter à la CME. M^{me} VIRETTE est aide-soignante au groupe hospitalo-universitaire (GHU) Paris-Sorbonne, dans le département médico-universitaire (DMU) « alliance réanimation, cardiologie, chirurgie cardio thoracique et vasculaire, médecine interne, métabolisme endocrinologie, diabétologie et nutrition » (ARCHIMEDE).

Situation COVID-19

Le président partage les inquiétudes déjà exprimées au sujet des effets du confinement, qui est assez léger avec la crainte qu'il soit insuffisant, ce qui pourrait complexifier la situation à l'AP-HP. Cela ne pourra être objectivé que vers mi-novembre. La déprogrammation et les reports de soins qui, contrairement au mois de mars, ne concernent pas massivement l'activité du bloc opératoire, touchent également d'autres activités médicales. Cela pose des questions sur les effets de ces reports de soins, d'autant que certains patients ne sont pas venus à l'hôpital par crainte d'être contaminés ou de « déranger » les professionnels de santé. Des patients beaucoup plus gravement malades se sont depuis présentés mais avec des conséquences sur l'activité des services encore actuelles. Des messages ont été rediffusés pour inciter les patients à venir, en rappelant que les déprogrammations ne s'effectuent qu'à l'initiative des médecins et que les conditions de sécurité des soins dans les hôpitaux sont renforcées. Des choix devront toutefois intervenir à nouveau quant aux reports de soins. Les chirurgiens y travaillent déjà, en prévoyant des paliers de déprogrammation en fonction des besoins en capacitaires pour accueillir les patients atteints de la COVID. Pour la médecine, la réflexion a été engagée plus récemment pour déterminer les modalités de priorisation au sein des différentes disciplines, en tenant compte des aspects éthiques.

Un groupe de réflexion éthique vient de se constituer sous la responsabilité de M. Nicolas CASTOLDI, nommé directeur délégué auprès du directeur général de l'AP-HP. M. CASTOLDI a été membre du cabinet de M^{me} Frédérique VIDAL, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Au niveau local, deux référents - un médical et un paramédical- ont été nommés au chaque GHU. Au niveau central, le comité d'orientation de la démarche éthique (CODE) de l'AP-HP mis en place en 2017 et coordonné par le D^r Sophie CROZIER, continue ses travaux. Il peut être saisi par le groupe de liaison éthique. Ce groupe, en lien avec la CME, est un lieu de partage et de mise en commun des recommandations et des lignes directrices définies dans les GHU. Il réunit des membres de la communauté médicale désignés par le président de la

CME afin de représenter les disciplines les plus concernées : la gériatrie (D^r Olivier DRUNAT), la chirurgie (P^r Philippe ANRACT), la réanimation (P^r Élie AZOULAY), les soins palliatifs (D^r Vianney MOURMAN), l'oncologie (P^r François GOLDWASSER) et les SAU (P^r Dominique PATERON). Un représentant des spécialités médicales et un représentant des activités de transplantation compléteront prochainement le groupe. La première réunion de ce groupe de liaison se tiendra le 6 novembre.

Le directeur général tient à remercier l'ensemble de la communauté de l'AP-HP qui se mobilise dans des conditions au moins aussi difficiles que celles connues lors de la première vague au printemps. Si le nombre de patients est à ce stade moindre, le contexte est sans doute encore plus tendu. Le directeur général tient ainsi à saluer l'engagement de tous.

Le P^r Bruno Riou précise que la conférence des doyens de santé d'Île-de-France s'est réunie le 2 novembre et a validé un texte sur la mobilisation des étudiants en santé dans le cadre de la crise sanitaire et du confinement. Ce texte, qui est valable pour l'ensemble des étudiants, excepté les étudiants infirmiers et paramédicaux, qui avaient déjà été mobilisés, sera mis à la disposition des membres de la CME car envoyé le jour-même à son président.

Le président propose de rendre ce texte accessible sur le site de la CME. Il ajoute, s'agissant de la crise actuelle, que les mesures de confinement et de gestes barrières font l'objet d'une adhésion contrastée de la part de la population, ce qui risque d'entraîner un pic très élevé dans quelques semaines. Selon les analyses de l'institut Pasteur, le taux de reproduction est d'environ 1,4 ou 1,6 actuellement, alors qu'il était passé de 3 à 0,7 au moment du premier confinement. Le maintien de tels niveaux, rend l'accueil de l'ensemble des patients plus difficile, d'autant que les transferts inter-régions et que les renforts extérieurs sont désormais exclus. Plus le pic sera haut, plus le délai pour retrouver une activité normale sera long. Ces deux incertitudes, sur la hauteur du pic et la durée de la décroissance, devraient être mieux connues mi-novembre.

II. Point sur les discussions « post-Ségur »

Le président rappelle que, dans le cadre des mesures du « Ségur de la santé », le directeur général a proposé la participation de la CME aux discussions menées avec les organisations syndicales paramédicales. Un groupe composé de 10 membres de la CME a ainsi participé à 4 réunions, les 8, 14 et 23 octobre et 2 novembre.

Le directeur général souligne que l'objectif est d'essayer de construire avec les organisations syndicales le projet social des prochaines années, intégrant non seulement les mesures du « Ségur de la santé », mais également un volet logement, les mesures déjà prises à l'AP-HP ou la vision des effectifs des prochaines années. C'est la première fois que des réunions se tiennent dans ce type de format, sur la base la plus consensuelle possible afin de se donner des objectifs et d'opérer des choix sans négliger aucun des trois acteurs. L'enjeu est de pouvoir mettre en œuvre le plus rapidement possible des mesures ayant un impact sur le pouvoir d'achat, les effectifs et les organisations de travail, avec l'objectif d'améliorer l'attractivité et de fidéliser les équipes. Ce format de discussion est donc intéressant. Il s'agit donc de travailler sur des sujets transversaux tels que les organisations de travail médicales et paramédicales, les attendus vis-à-vis des patients et leur traduction en termes de temps de travail et d'organisation. Il s'agira de déterminer les moyens les plus satisfaisants possible pour le service du patient et les conditions de travail des médecins et des personnels paramédicaux.

M. Pierre-Emmanuel LECERF explique que ces réunions comptent trois délégations représentant les directions, les organisations syndicales et la communauté médicale. Des mesures nationales ont commencé à être mises en œuvre « post-Ségur » à deux niveaux : d'une part la revalorisation indiciaire pour tous, avec une première tranche de 90 € en septembre et une deuxième tranche annoncée pour le 1^{er} décembre 2020, et d'autre part pour le personnel soignant, principalement les infirmiers, les personnels paramédicaux spécialisés et les aides-soignants, une revalorisation des grilles.

Pour financer leur projet social, le « Ségur de la santé » a par ailleurs intégré des mesures à la main des établissements portant sur les organisations du temps de travail, la formation ou encore les carrières. Le projet social de l'AP-HP s'inscrit donc dans ce cadre de mesures. Il ne se limite pas à la mise en œuvre des mesures du Ségur, mais doit traiter des sujets d'attractivité propres à l'AP-HP liées aux missions du CHU, notamment l'enseignement et la formation, et des conditions de vie, avec notamment l'éloignement entre lieu de résidence et lieu de travail, le coût de la vie et le coût du logement. Le budget d'1 Md€ au niveau national est à la main des établissements qui s'en emparent pour financer un projet social. Le projet social de l'AP-HP s'inscrit également dans le cadre du projet d'établissement dans son ensemble.

Les principaux thèmes discutés concernent les mesures de recrutement, de fidélisation, de formation et d'évolution de carrière. Ce projet social doit s'inscrire au cœur des missions du CHU : « soigner, chercher et former ». Il s'appuie sur un préalable, qui est le niveau des effectifs. Il ne faut, à cet égard, pas seulement se fixer un niveau cible, notamment pour le personnel paramédical, mais s'assurer que les outils qui seront mis en œuvre permettront de le satisfaire. Aujourd'hui, malgré une masse salariale qui offre un certain nombre de postes, tous ces postes ne sont pas pourvus malgré la disponibilité du budget correspondant. Il s'agit donc de recruter mieux, en travaillant sur les viviers de recrutement à court et moyen termes *via* l'augmentation des promotions paramédicales issues des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), le financement de la formation initiale d'étudiants aux moyens limités contre un engagement de servir, l'augmentation des promotions professionnelles, ou encore la conversion de contrats à durée déterminée (CDD) en personnels permanents.

Un travail devra également être mené sur l'organisation des temps de travail dans un contexte où les expérimentations au sein des équipes permettent de mieux recruter et de mieux fidéliser le personnel paramédical. En outre, le « Ségur de la santé » propose d'offrir aux personnels qui le souhaiteraient des heures supplémentaires revalorisées dans le cadre d'un régime optionnel d'heures supplémentaires planifié à l'avance pour sécuriser les plannings. Les heures supplémentaires permettent donc de compenser certaines vacances de postes compte tenu des difficultés de recrutement rencontrées en Île-de-France et constituent un levier salarial.

L'objectif de ces actions très concrètes est ainsi d'augmenter les effectifs de l'AP-HP, de développer la formation et les perspectives de carrière. **M. Pierre-Emmanuel LECERF** espère ainsi que les contributions de l'ensemble des délégations pourront être formalisées afin de servir de base au projet social de l'AP-HP.

Le président confirme que ces sujets sont majeurs pour l'institution, en particulier celui de l'attractivité. Au-delà des différents leviers évoqués, la qualité de l'encadrement, médical ou paramédical, constitue un facteur important de l'attractivité. Les conditions de travail peuvent en effet se dégrader du seul fait d'une problématique d'ambiance de travail. Un plan d'action spécifique sur ce sujet est ainsi nécessaire, y compris pour l'encadrement de nuit. L'encadrement doit être libéré de certaines tâches administratives et être davantage présent sur le terrain auprès

des équipes qui se sont souvent rajeunies ces dernières années compte tenu du *turn-over*. Un travail devra également être mené auprès de l'encadrement supérieur et des directions de soins sur la qualité des recrutements et la gestion des personnels. Les discussions menées jusqu'à présent ont été très riches. Les membres de la délégation de la CME ont pu s'exprimer et partager différents constats. Les corrections apportées sur les documents de travail seront partagées avec la CME et un avis global de la délégation de la CME sera également rédigé.

Le président précise qu'il est notamment proposé de revoir l'organisation du temps de travail des personnels paramédicaux et de passer de 7 heures 36 en 8 heures, ce qui améliorerait l'attractivité en assurant des week-ends pleins. Ce sujet s'articulera avec l'objectif fixé en termes d'effectifs. Les débats portent également sur la concordance des temps médicaux et paramédicaux dont l'analyse s'effectue à l'échelle des services. Plusieurs propositions ont été envisagées : privilégier les sorties avant midi, caler les horaires de prescription, lier la prime d'engagement collectif à certains indicateurs.

M. Pierre-Emmanuel LECERF rappelle que le point de départ est une proposition des organisations syndicales visant à tester une organisation du temps de travail en 8 heures. Une journée de 8 heures permettrait en effet d'augmenter les temps de repos, de favoriser des week-ends pleins toutes les deux semaines et de renforcer les temps de transmission en renforçant le collectif. L'expérimentation de cette organisation implique de mettre à disposition des services, qui font ce choix, des emplois supplémentaires. L'ensemble des sujets d'organisation doivent en parallèle être examinés, y compris celui de la concordance des temps médicaux et paramédicaux, voire entre les temps d'un service et l'organisation des plateaux médico-techniques. Il s'agit par exemple du sujet des prescriptions d'un service en lien avec le laboratoire de l'hôpital, ou avec l'imagerie. Il a été proposé à chaque service qui s'engagerait dans cette démarche d'expérimentation en 8 heures, une charte sur la concordance des temps à laquelle s'adoserait cette nouvelle organisation.

M. Sylvain DUCROZ indique que ce schéma horaire doit être initié par les services, en laissant les chefs de service et cadres s'en saisir et présenter leur nouvelle organisation. Cette heure de travail supplémentaire devra, en effet, être utile et adaptée aux besoins de chaque service pour répondre à la difficulté que le service a déjà identifiées. Il s'agit donc d'un levier neuf proposé en réponse à un sujet ancien. Les conseils de service seront, à cet égard, mobilisés.

Le président souligne que cette démarche donne un sens aux conseils de service et favorise le développement d'un espace de discussion entre tous les membres du personnel. Cette expérimentation concernerait au début 10 % des services. Il souligne par ailleurs que le projet social, qui reposerait sur un accord entre les organisations syndicales paramédicales et la direction, sera également soumis à l'avis de la CME.

Le directeur général précise que l'objectif est avant tout de parvenir à un accord entre les différentes parties engagées dans les discussions. Ensuite, certains points feront l'objet d'un accord avec les organisations syndicales, avant de soumettre les différents éléments qui fondent le projet d'établissement à l'avis de la CME.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si le passage en 8 heures entraînera un passage à 40 heures hebdomadaires pour les effectifs déjà présents ou si des recrutements seront nécessaires. Il souligne par ailleurs que si les heures supplémentaires sont indispensables, notamment dans la période actuelle, il faudrait sécuriser leur application voire les circonscrire à un seul service ou

hôpital, car certains agents en assurent parfois au sein de plusieurs établissements ce qui peut poser problème.

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique que la proposition d'un passage en 8 heures s'inscrit dans le cadre actuel de l'organisation du temps de travail soit une semaine en 4 jours et une semaine en 5 jours. L'agent peut décider d'effectuer des heures supplémentaires, mais ceci n'est pas lié à la proposition de 8 heures, cette proposition s'entendant à équivalents temps plein (ÉTP) constants.

M. Sylvain DUCROZ indique, s'agissant des heures supplémentaires réalisées au sein de plusieurs établissements, qu'il existe une certaine tolérance. En revanche, ce qui pose davantage problème, est qu'un certain nombre d'agents de l'AP-HP effectuent des missions en intérim dans d'autres établissements. La proposition actuelle consiste donc à majorer de 50 % les heures supplémentaires. L'objectif consistera donc à récupérer du temps de travail supplémentaire, à redonner des gains de rémunération aux agents et à réintégrer un certain nombre d'entre eux, afin qu'ils travaillent à 100 % dans le cadre sécurisé de l'AP-HP qu'ils connaissent.

M. Guy BENOÎT note qu'un certain nombre de mesures (« déprécarisation », accès au logement, ascenseur social...) ont déjà été proposées en 2015. Il demande si la direction considère qu'elles n'ont pas fonctionné. Dans ce cas, et s'il s'agit-il seulement d'un problème d'argent, il doute de la capacité de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à pallier à l'avenir les difficultés rencontrées jusqu'à présent en dépit d'une bonne volonté de la direction.

Le directeur général indique que certaines mesures ont bien fonctionné et d'autres moins. La « déprécarisation », par exemple, a eu un impact important pour les infirmières. La plupart des infirmières sont aujourd'hui « stagiaires » dès leur embauche, alors qu'il y a cinq ans, elles commençaient par un contrat à durée déterminée (CDD). En revanche, il n'y a pas eu d'évolution pour les aides-soignantes et les autres catégories. L'AP-HP a toutefois assumé son choix de commencer par la « stagiarisation des infirmières. La « déprécarisation » a également été très efficace pour les assistants de recherche clinique (ARC) et les techniciens d'études cliniques (TEC), en commençant par le niveau central, puis les GH. Cela reste un sujet permanent pour éviter de reconstituer des poches de précarité. Ce travail n'a pas été mené pour les aides-soignants, ce qui peut s'expliquer par les tensions de recrutement plus fortes chez les infirmiers ou par des échecs liés à des titularisations trop précoces d'aides-soignants. Un retour à la « stagiarisation » immédiate signifierait également qu'il serait mis fin au stage en cas de difficultés ce qui est parfois plus compliqué à manier.

Concernant le logement, le parc a été augmenté de 1 000 logements en cinq ans mais cela ne couvre pas tous les besoins car le rapport entre la demande et l'offre est d'un pour quatre. Une piste serait de pouvoir utiliser une partie de la reprise de la dette pour consacrer plus de moyens à la politique de logement.

Quant à l'ONDAM, les mesures « Ségur de la santé » sont intégrées dedans. Des sommes sont, à cet égard, directement fléchées vers les revalorisations salariales. D'autres peuvent également servir à financer ce type de mesures ; c'est sur ce point que portent les débats actuels.

Le P^r Antoine PELISSOLO note, à propos de l'attractivité, qu'elle est très liée, au-delà du salaire, aux conditions de travail, ce qui renvoie à la charge de travail. Dans de nombreux services, les effectifs cibles des personnels soignants sont insuffisants. S'y ajoutent des problématiques d'absentéisme (congé maladie, maternité...), ce qui accentue la charge de travail des personnels présents. Il trouve anormal de demander à une infirmière de travailler plus parce que sa collègue est absente.

Si ces difficultés sont connues, il propose que le tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER) et les effectifs cibles par service soient évoqués lors des discussions en cours. Il est difficile d'attirer des personnels, et encore plus de les fidéliser, si les conditions de travail sont dégradées.

Le directeur général confirme qu'il est anormal que les absences liées aux congés maternité ne soient pas systématiquement remplacées. La direction est favorable à ce remplacement pour les paramédicaux. Les emplois nécessaires pour y parvenir ont été inclus dans le TPER à partir du calcul du nombre de congés maternité. Il n'y a toutefois pas eu de traduction concrète, car cette décision a été prise dans un contexte de difficultés de recrutement qui ont abouti à un niveau d'effectifs inférieur au TPER.

Les nouvelles organisations de travail proposées se traduisent par plus d'effectifs par service. C'est pour cela que l'objectif est de développer un schéma expérimental, dans les services qui se lanceront dans la démarche, en déterminant le nombre d'emplois supplémentaires à affecter pour compenser le chevauchement plus important des équipes. Cette mesure devrait avoir un impact tant sur l'attractivité que sur l'absentéisme. Une baisse de l'absentéisme permettrait à terme de diminuer les dépenses d'intérim et de s'inscrire dans un cercle plus vertueux. Il est donc important de tester ces mesures, non pas à moyens constants mais avec une partie des moyens ainsi dégagés.

L'enjeu de la charge de travail est bien connu et une réflexion doit être menée en gardant à l'esprit l'organisation et le bon fonctionnement du service. À défaut, des demandes de moyens considérables pourraient s'exprimer sans pour autant aboutir à une réelle amélioration. Un consensus doit ainsi être trouvé sur les méthodes pertinentes pour évaluer la charge de travail et la satisfaire.

Le P^r Antoine PELISSOLO s'interroge sur les solutions envisagées pour pallier les arrêts maladie de longue durée, qui sont parfois plus longs que les congés maternité.

Le directeur général reconnaît que cette difficulté se pose également, mais propose de totalement franchir la première étape consacrée aux congés maternité, ajoutant qu'un travail sera également mené sur les congés maternité des médecins.

Le D^r François SALACHAS note, s'agissant des crèches, que de nouveaux accords entre la mairie de Paris et l'AP-HP ont été signés, ce qui s'est traduit par une économie de 50 M€ pour l'AP-HP, au prix d'une augmentation du tarif à la charge des personnels, ces tarifs pouvant dans certains cas être doublés voire triplés. Dans un contexte de stagnation des salaires, il s'agit d'un élément supplémentaire dégradant l'attractivité de l'institution.

Le D^r François SALACHAS estime que le fait de mettre en doute la capacité des personnels à évaluer leur charge de travail quotidienne pose une question idéologique, dans un contexte où ce sont eux, avec les patients, qui subissent en premier lieu les conséquences du manque d'effectifs. Sur ce point, il faut respecter les personnels dans leur expertise de terrain pour définir leurs besoins et partir de cette base, sans pour autant exclure de mobiliser un avis extérieur.

Le D^r François SALACHAS fait remarquer qu'il n'a par ailleurs pas été répondu à la question de savoir si l'ONDAM allait permettre à l'AP-HP de mener à bien les projets de recrutement nécessaires. L'AP-HP pourrait exprimer un avis sur l'ONDAM nécessaire pour mener à bien ses projets. Les projections d'embauches sont évoquées, ce qui est très positif, car ceci laisse penser que des

moyens seront mis en œuvre pour atteindre les objectifs fixés. Il faut toutefois intégrer la dimension du nombre de lits actuellement ouverts à l'AP-HP et des projections possibles pour relancer l'ensemble du spectre d'activités de l'institution, dans un contexte où le dernier état des lieux fait état de 17 % de lits fermés.

Le directeur général précise que l'objectif n'était pas d'économiser sur la question des crèches, mais de les conventionner avec la caisse d'allocations familiales car elles ne l'étaient pas, contrairement aux autres crèches. Ce conventionnement a permis d'obtenir des financements en fonctionnement et en subvention mais a entraîné de manière automatique la mise en œuvre de la tarification prévue par les textes, plus élevé qu'avant. Cette mesure a toutefois été accompagnée d'une aide qui compensait le coût supplémentaire pour les personnels présentant les plus bas salaires, avec une progressivité *via* le système de chèques emploi service. Si l'utilisation de ces chèques doit être simplifiée, l'objectif n'était en tout cas pas de mettre à contribution les agents, mais de conventionner les crèches afin de toucher des subventions d'investissement, ce qui a d'ailleurs permis de rénover les crèches de Necker ou d'Henri-Mondor.

Le directeur général confirme que le respect est partagé et considère que poser la problématique de la charge de travail ne constitue pas un manque de respect à l'égard des personnels. Il ajoute qu'il est difficile de comparer sa propre charge de travail par rapport à celle d'autres équipes, et qu'il peut être utile de comprendre pourquoi dans deux services différents, l'attractivité peut être très disparate pour des raisons indépendantes de la charge de travail.

Le P^r Jean-Damien RICARD estime que le travail sur la concordance des temps doit être mené par service, mais souligne que les départements médico-universitaires (DMU) peuvent constituer un échelon intéressant pour améliorer la dynamique, notamment managériale, si le dimensionnement et le périmètre s'y prêtent.

Le D^r Patrick PELLOUX salue la démarche engagée, mais souhaite savoir si un consensus a été trouvé avec les organisations syndicales, et demande si des recrutements ont récemment été opérés. Il souhaiterait par ailleurs savoir si les critères d'attractivité de l'AP-HP vis-à-vis des jeunes ont été identifiés.

Le directeur général indique que les discussions sont engagées, mais qu'elles n'ont pas encore abouti à un consensus, les échanges étant en cours. S'agissant des aspirations des jeunes, il propose d'y revenir ultérieurement, le sujet méritant davantage de développements.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise, s'agissant des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), que le bon déroulement et l'encadrement des périodes de stage, y compris en 1^{ère} ou 2^e année, constituent souvent des éléments déclencheurs de recrutement.

Le président ajoute que les médecins devraient être plus présents dans les Ifsi, comme cela était le cas dans le passé. Il remarque que les stagiaires des Ifsi ont peu d'interaction au sein des services, alors que les chefs de service devraient pouvoir, avec le cadre de proximité, présenter le service aux candidats potentiels. Les étudiants devraient, de la même manière, avoir un temps d'échange avec les médecins.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise qu'une expérimentation de service sanitaire est menée auprès des plateformes COVIDOM et COVISAN. À COVIDOM, l'encadrement du service sanitaire n'est pas assuré uniquement par un cadre infirmier, mais également par des médecins. Les premiers résultats de cette expérimentation de 3 semaines seront connus dans quelques jours, avec un

encadrement partagé entre un cadre et un médecin, et une évaluation du stage commune. Le portfolio de l'élève sera ainsi alimenté par ce double dialogue. Ce bilan sera donc utile.

Le D^r François SALACHAS se félicite que les chefs de service s'impliquent, mais constate que se pose la question du temps dont disposent les équipes pour former les élèves. La situation est à cet égard très difficile au sein des services en sous-effectif. La fameuse « empreinte » que les étudiants en médecine ont dans leur service quand ils choisissent une spécialité est la même pour les élèves infirmiers, encore faut-il qu'ils aient des encadrants suffisamment disponibles.

III. Politique du logement de l'AP-HP (M. Pierre-Emmanuel LECERF)

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique qu'un document approfondi a été mis à disposition sur le site de la CME.

M. Sylvain DUCROZ indique que le parc de logements de l'AP-HP compte 9 207 logements. L'augmentation depuis cinq ans a été permise par la conclusion de baux emphytéotiques supplémentaires et la conclusion de conventions de réservation avec un certain nombre d'offres. 500 logements ont ainsi été proposés dans des conventions de réservation avec la mairie de Paris, dont l'attribution s'est achevée cette année. S'agissant des types de logements, les logements du domaine public, qui sont dans le périmètre des hôpitaux, sont les plus simples à gérer. Les baux emphytéotiques et les conventions de réservation présentent pour leur part moins de souplesse, puisqu'au-delà de l'attribution par l'AP-HP, une commission doit être réunie par le gestionnaire. Au fur et à mesure de la fin des baux emphytéotiques, des logements basculent dans le domaine privé, avec une gestion plus souple pour l'AP-HP.

Une question avait été posée sur l'occupation de ces logements. Un focus a été effectué sur le domaine privé, qui représente 3 000 logements. L'occupation actuelle par famille de métiers reflète largement la composition de l'AP-HP. La moitié de ces logements sont en effet occupés par des soignants, 9 % par des administratifs, 10 % par des personnels de la filière technique/logistique et 12 % par des retraités. Les logements pour nécessité absolue de service (6 %) sont attribués en contrepartie de gardes administratives ou techniques. Des démarches de récupération sont par ailleurs en cours. Des retraités peuvent occuper à juste titre des logements dans le domaine privé, en fonction du bail qu'ils ont signé initialement, de leur âge et de leurs conditions de revenus. Les actions de reprise commencent d'abord par une démarche amiable et dans 2/3 des cas, le logement est ainsi récupéré. Une action contentieuse, puis une procédure d'expulsion sont ensuite engagées. Depuis deux ans, 82 logements ont été libérés dans ce cadre, compte tenu de la lourdeur de ces procédures.

La demande de logements progresse, avec une hausse de 18 % en 2019. Au total, 2 354 demandes ont été enregistrées en 2019, dont 87 % de premières demandes. 1/3 de ces demandes émanent de familles monoparentales. Près de 70 % des demandeurs sont issus des trois professions suivantes : aide-soignant, infirmier et agent hospitalier. 683 attributions ont eu lieu en 2019, soit une hausse de 34 % par rapport à 2018, ce qui correspond à un tiers des demandes. Les propositions sont mieux ciblées que par le passé. L'AP-HP a proposé 2 190 logements, dont 1 306 ont été acceptés par les agents mais seulement 683 par les bailleurs. La répartition des attributions par site est proportionnelle aux demandes. L'essentiel des demandes concerne les arrondissements de l'est parisien.

M. Pierre-Emmanuel LECERF insiste sur la progression enregistrée en 2019, tant en création de logements qu'en création de colocations, l'objectif étant de mettre à disposition le maximum de

surfaces disponibles sur la base du parc existant. Le logement est en effet un levier majeur pour le recrutement, hors sorties d'Ifsi. Les 250 recrutements hors sortie d'école évoqués au mois de septembre étaient en effet notamment déclenchés par des propositions de logement, notamment pour les jeunes issus d'une autre région que l'Île-de-France. Beaucoup de ces logements ont une vocation temporaire. Il s'agit de solutions rapides nécessitant de petites surfaces activées plus facilement au sein du parc existant. Les attributions restent néanmoins insuffisantes par rapport à la demande de logements pérennes. Les actions doivent ainsi être renforcées, car la demande est forte, le coût du logement a progressé ces dernières années et il constitue un élément d'attractivité et de fidélisation. Dans le cadre d'un sondage réalisé auprès des cadres qui recrutaient, le logement est seulement cité comme le 7^e atout mis en avant à l'AP-HP, car l'institution n'est pas certaine de pouvoir proposer un logement à un agent à horizon trois ou quatre ans. Il est ainsi essentiel de davantage communiquer autour de la politique de logement et d'augmenter le parc et les propositions de logement, afin qu'il devienne un véritable facteur de recrutement et de fidélisation. L'AP-HP propose des loyers très sociaux, à 9 € le m², là où le loyer en petite couronne est plutôt de 19 € le m² en logement intermédiaire.

Pour atteindre ces objectifs, les perspectives 2020-2021 prévoient de raccourcir les processus de gestion au sein de l'AP-HP, ainsi que les délais de travaux de rafraîchissement avant de les proposer, les délais de visite et les délais de reprise des logements qui étaient sous baux emphytéotiques. Ces actions permettraient de mettre à disposition 500 logements supplémentaires au cours des deux ans à venir. L'objectif est également d'identifier des propositions de logement dans le parc existant hors AP-HP. Il ne s'agit pas de construire des logements sur le foncier existant, mais de mobiliser le parc en construction par des bailleurs de logements sociaux ou de logements intermédiaires. L'AP-HP pourrait ainsi réserver directement des logements auprès d'eux ou acquérir des droits de réservation pour y loger des personnels. Enfin, l'AP-HP se fera par ailleurs aider d'une mission du ministère du logement.

IV. Délégations de compétences de la CME aux CME locales (CMEL) et du président de la CME aux présidents des CMEL (P^r Rémi SALOMON)

Le président rappelle qu'un exposé des motifs a été préparé pour la CME du 10 mars dernier. Le tableau des délégations de compétences avait été adopté lors de la CME du 2 avril 2019, au cours de la mandature précédente. Les projets de délégations de compétences ont également été communiqués.

S'agissant des principes généraux, relèvent du président de CME et de la CME, la stratégie médicale de l'AP-HP, le cadrage de la politique médicale et notamment la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU), le plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RH-PM), la qualité de vie au travail (QVT), effectifs...) et la solidarité inter-GH. Les déclinaisons locales de ces sujets sont traitées par les présidents de CMEL et les CMEL. Des délégations larges de compétences sont accordées respectivement par le président de la CME et la CME aux présidents de CMEL et aux CMEL.

Au niveau de la CME, conformément au règlement intérieur de 2016, sont déjà déléguées les créations, modifications et suppressions des services ou des unités fonctionnelles. La révision des effectifs a déjà été très largement déconcentrée en 2015 et sa phase centrale a été allégée en 2019. Subsistent au niveau de la CME : la lettre de cadrage, la cohérence avec le projet médical de l'AP-HP et la proposition de la liste finale des postes au directeur général. La gestion individuelle

des praticiens hospitaliers contractuels (PHC), assistants et attachés est déjà en pratique déconcentrée.

Au niveau du président de CME, les avis sur les questions à caractère individuel sont pour la plupart déjà déconcentrées. Deux changements principaux sont proposés. Le premier concerne la délégation de la gestion individuelle des praticiens hospitaliers (PH) temps plein et temps partiel (période probatoire, détachements, disponibilités, prolongations...), sauf pour les sanctions disciplinaires qui continueront à être traitées au niveau central. S'agissant du processus de nomination des chefs de service, le président de CME a fait sienne la position de la précédente CME, qui a toujours été très claire et tient en trois points :

- 1) le PCME délègue son pouvoir de proposition aux PCMEL ;
- 2) en cas de désaccord local entre le PCMEL et le directeur de DMU, la compétence remonte au PCME, qui propose le chef de service au directeur général : cette procédure est prévue par le décret du 7 janvier 2020 ;
- 3) un mécanisme de recours doit être prévu en cas de désaccord local sur saisine du PCME par la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) locale ou centrale : ce point reste aujourd'hui à régler. Le président juge qu'il s'agit d'un point fondamental au regard de l'importance qu'il accorde au plan dit « RH-PM », lequel n'est à ce jour encore que très imparfaitement entré dans les faits.

C'est pourquoi il a été proposé en bureau de CME la constitution d'un groupe de travail qui devra faire des propositions sur ce dernier point à la CME du 3 décembre, sans que cela ne retarde pour autant la signature de la décision de délégation aux PCMEL en ce qui concerne toutes les autres compétences.

Ce groupe de travail sera constitué de :

- quatre hospitalo-universitaires : deux présidents de CMEL dont le P^r Thomas SIMIŁOWSKI, et deux directeurs de DMU siégeant à la CME (dont le président de la sous-commission *Vie hospitalière & attractivité* [CVHA], le P^r Jean-Damien RICARD) ;
- quatre praticiens hospitaliers : les deux vice-présidents de la CVHA, soit les D^{rs} Juliette PAVIE et Jean-François HERMIEU, et deux membres de CVH locale (CVHL), le D^r Anne GERVAIS, coprésidente de la CVHL de Paris-Nord qui a co-animé avec le P^r Catherine BOILEAU le groupe de travail de la précédente CME sur ce sujet, et le D^r Brigitte BADER-MEUNIER, présidente de la CVHL du GHU Paris. Centre.

Les P^{rs} Serge HERSON, conciliateur médical de l'AP-HP, et Bernard GRANGER, membre de l'instance nationale de médiation, seront invités aux réunions du groupe.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI signale que le P^r Claire POYART participera également au groupe de travail au titre des présidents de CMEL.

Le président indique qu'il reste ainsi un directeur ou une directrice de DMU à désigner. Il poursuit en indiquant que, conformément à la modification du règlement intérieur de l'AP-HP qui a été approuvé à l'unanimité lors de la CME du 9 juin dernier, le président de CME peut déléguer ses compétences au moyen d'une décision qu'il signe après en avoir informé la CME et le directoire. Quant à la CME, elle peut déléguer ses compétences par une délibération adoptée à la majorité absolue. C'est donc à ce vote qu'il sera procédé à bulletin secret et à la majorité absolue des membres présents par voie électronique après les débats.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI se félicite, au nom des présidents de CMEL, de l'avancement de ce dossier, qui concrétise la restructuration de l'AP-HP en créant pleinement les GH par ces délégations de compétences. La constitution d'un groupe de travail sur les nominations de chefs de service est également positive. Il tient toutefois à rappeler que la quasi-totalité des nominations s'effectue dans la sérénité, sans soulever de difficulté particulière. Le groupe de travail devra, à cet égard, définir ce qu'est une difficulté dans le cadre de ce processus. Il espère que des chiffres pourront être communiqués au groupe de travail afin de quantifier l'impact de cette délégation (nombre de nominations de chefs de service dans les différents GH et sites hospitaliers, fréquence de nominations...)

Le président fait observer que, en pratique, quasiment tout est déjà délégué et il s'agit uniquement de le reconnaître formellement. Il reconnaît que les problèmes restent rares, mais qu'ils doivent être traités pour progresser. Des données chiffrées pourront également être communiquées.

La réunion de la CME s'interrompt pour permettre la réunion de crise « Infos Covid » à laquelle les membres de la CME sont invités à se connecter. Au terme de la réunion de crise, la séance de la CME reprend.

V. Délégations de compétences de la CME aux CME locales (CMEL) et du président de la CME aux présidents des CMEL (P^r Rémi SALOMON) – suite

Le président propose de reprendre les échanges au sujet des délégations de compétences de la CME aux CME locales (CMEL) et du président de la CME aux présidents des CMEL car le temps de discussion a été trop rapide avant l'interruption.

Le P^r Bernard GRANGER se félicite de la possibilité de voter à bulletin secret car cette évolution aura un impact fort sur le fonctionnement de l'AP-HP. Il s'agit, à son sens, d'une étape vers un fonctionnement plus fluide avec une prise de décisions au plus près du terrain. Il note toutefois que la CME centrale et son président devraient conserver un rôle de recours quand les difficultés ne peuvent être résolues au niveau local, ajoutant que ce point devrait être formalisé. *A contrario*, la délégation pourrait parfois s'étendre jusqu'aux DMU et services, avec la plus grande autonomie possible accordée à chaque niveau compte-tenu du principe de subsidiarité. Si plus d'autonomie est accordée aux CMEL, il ne faut toutefois pas aboutir à un éclatement de l'AP-HP. Il faut donc trouver le juste équilibre. Cette mesure est positive mais certaines précautions sont nécessaires. Certains modèles comme les hôpitaux magnétiques ou l'hôpital de Valenciennes, qui octroie une large autonomie aux pôles et une rapidité des procédures administratives, pourraient inspirer l'organisation de l'AP-HP. La délégation proposée aujourd'hui ne simplifiera sans doute pas toutes les procédures actuelles. Il remercie le président pour sa participation au groupe de travail qui a été créé.

Le président distingue déconcentration et délégation. Il reconnaît que le service pourrait être le lieu, sinon de la décision, du moins de la réflexion, tout en appelant à veiller à ce que les délégations n'induisent pas un risque de déconnexion entre les décisions prises au niveau central et les actions déployées au sein des GH. Les niveaux de subsidiarité pourraient effectivement intégrer les DMU et les services, mais ceci ressort du niveau local. Le président observe en tout cas que la délégation de compétences proposée du niveau central au niveau local correspond globalement à ce qui se fait depuis des années, s'agissant finalement d'une simple formalisation juridique. Il signale par ailleurs que le vote a été lancé mais que, compte tenu des difficultés du

vote électronique, tout le monde n'a pas encore pu voter. Il propose de le laisser ouvert jusqu'au lendemain.

Le P^r Bernard GRANGER note qu'il est prévu une évaluation à un an, mais suggère que les modalités de cette évaluation soient d'ores et déjà formalisées.

Le président reconnaît qu'une évaluation des délégations de compétence est pertinente à la fin de l'année 2021 et qu'elle pourrait peut-être même s'étendre à la nouvelle gouvernance en intégrant les DMU. Même si la crise sanitaire se poursuit, les travaux de la CME devront avancer. Il rappelle que la délégation est une possibilité et qu'elle peut théoriquement être reprise mais, en pratique, cela semble peu concevable sauf dysfonctionnement particulièrement grave. Il souhaite donc que toutes les garanties soient prises pour que l'exercice soit concluant.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si les problèmes sont si limités que cela, estimant que certaines difficultés pourraient ne pas être identifiées.

Le président regrette que, en effet, certains cas difficiles, même si cela est relativement rare, ne sont pas anticipés. Il note toutefois que le plan RH-PM induit une vraie évolution dans la nomination des chefs de service. L'évolution générale de ce texte pourra continuer à être portée avec les CMEL.

Le P^r Claire POYART note, s'agissant du dernier point de délégation qui ne sera pas voté aujourd'hui, que certaines restructurations sont dépendantes de décisions qui doivent être prises rapidement. Elle souligne que des décisions prises en accord avec les directeurs de DMU, le président de la CMEL, le doyen et la direction du GH ne doivent pas retarder des projets restructurants pour un GH dès lors que ceux-ci ont été validés.

Le président précise que le 3 décembre, il ne s'agira pas d'un vote, mais d'une décision de délégation du président de CME aux présidents de CMEL. Le groupe de travail aura cependant un rôle important afin que cette décision de délégation soit prise dans les meilleures conditions.

M. Guy BENOÎT rappelle que les projets restructurants doivent s'inscrire dans la politique générale de santé de l'AP-HP validée par le président de CME et le directeur général. Personne n'a intérêt à retarder des projets structurants validés par tous.

Le président observe qu'il reste du ressort de la CME centrale de se prononcer sur les projets restructurants supra-GH. La stratégie médicale centrale reste une prérogative de la CME centrale mais s'il s'agit d'un projet purement intra-GH ce sont les instances et la gouvernance locale qui ont la main.

Le directeur général note qu'au-delà de l'évaluation, le renouvellement des directeurs de DMU permettra d'examiner comment les services ont été managés. Il insiste sur le parallélisme du mouvement entre CME et la gouvernance du Siège vers les sites en responsabilisant le niveau local, tout en appréhendant au mieux les enjeux stratégiques, sans se limiter pour cela au seul cadre des nominations. Dans quelques mois une évaluation permettra de comprendre le rôle du siège dont les missions ont beaucoup changé ces derniers mois.

Le président rappelle qu'en matière de stratégie médicale, la révision des effectifs reste de la compétence de la CME centrale. La réunion qui y est consacrée doit également être l'occasion de mener une réflexion sur la stratégie médicale, même si les effectifs ont été fortement

déconcentrés. Le président ajoute qu'il conviendrait même d'aller un peu plus loin dans l'analyse de la démographie médicale, discipline par discipline et GH par GH.

Le P^r Bruno RIOU insiste sur l'effet nombre. En divisant par six, comme le nombre de GH, il est possible d'auditionner les chefs de service en lien avec le doyen qui peut alors évoquer les projets universitaires. Cette division du travail et cette plus grande proximité sont positives puisqu'auparavant il n'y avait pas de telles possibilités de discussion en CME pour les renouvellements de chefs de service.

Le D^r Christophe TRIVALLE estime que la question de la délégation est fondamentale et qu'il est important de déléguer tant au niveau médical (CME/CMEL) qu'au niveau administratif (direction centrale/direction de GHU). La prise de responsabilité locale doit toutefois être conciliée avec le principe de l'unicité de l'AP-HP. Il faut trouver le juste équilibre.

Un vote en ligne a été effectué le mardi 3 novembre et a été clôturé le mercredi 4 novembre.

Résultats du vote : la CME a approuvé à la majorité absolue par 41 voix pour, 11 contre et 5 bulletins blancs la délibération de compétence aux CMEL.

VI. Questions diverses

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite obtenir des précisions sur la polémique relative à la fermeture des urgences de l'Hôtel-Dieu.

Le directeur général observe que les polémiques sont constantes s'agissant de l'organisation de l'Hôtel-Dieu. Dans un contexte où 25 % du service des urgences de Cochin passent par l'Hôtel-Dieu et où les passages aux urgences diminuent, il a été décidé que l'activité d'urgence serait assurée dans les prochaines semaines par le SAU de Cochin. Cela qui permet de réaffecter des personnels non médicaux et médicaux vers les unités de soins qui viennent d'ouvrir, tout en laissant un médecin urgentiste sur place dans la journée pour être en appui des activités médicales de l'Hôtel-Dieu et en assurant les transferts si nécessaire. L'activité de dépistage sera par ailleurs développée et un centre de tests rapides sera intégré. Ce projet a été partagé avec l'équipe qui adhère au projet. M. Pierre LAURENT et M^{me} Laurence COHEN, deux sénateurs, ont toutefois publié ce jour un communiqué pour s'insurger contre cette mesure pourtant décidée collégalement. Il souligne que la décision de ne pas transformer l'Hôtel-Dieu en un grand centre de réanimation s'explique par la volonté unanime d'ouvrir ou de transformer des lits à proximité immédiate des unités de réanimation déjà existantes, plutôt qu'installer une réanimation dans un hôpital qui ne s'y prête pas.

Le P^r Alain CARIOU confirme que la réflexion menée vise à utiliser à bon escient toutes les ressources et compétences au moment opportun. Ce projet permettra de redéployer des personnels compétents en soins critiques vers Cochin dans un contexte où le site de l'Hôtel-Dieu sera centré sur l'ambulatoire, le dépistage et l'aide à la recherche.

Le P^r Claire POYART précise avoir assisté à la réunion du 2 novembre sur le sujet et souligne que la compréhension des équipes est très importante et elle les en remercie. Elle rappelle que leur accompagnement et leur valorisation seront fondamentaux et espère que l'AP-HP sera à la hauteur de ces attentes.

Le P^r Bruno RIOU invite à cet égard les urgentistes à se garder de donner des conseils aux anesthésistes-réanimateurs et aux réanimateurs médicaux sur la manière dont ils doivent exercer.

Le directeur général rappelle que l'Hôtel-Dieu, qui est conservé, est un hôpital essentiellement ambulatoire (unité médico-judiciaire [UMJ], psychiatrie, quelques lits portes) qui a l'avantage d'être adaptable bien plus facilement qu'un hôpital qui devrait gérer un nombre de lits ou assurer l'aval des urgences. Il peut en effet se transformer en lieu de crise en cas d'attentat pour prendre en charge les urgences médico-psychologiques ou encore en un centre de dépistage en période COVID. Cette capacité d'adaptation devrait être revendiquée et conforter l'identité de cet hôpital, dont l'adaptabilité est une force, plutôt que de considérer chaque évolution comme une trahison.

La séance est levée à 19 heures 30.