

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 12 JANVIER 2021

APPROUVÉ PAR LA CME DU 9 FÉVRIER 2021

Sommaire

| | | |
|------|--|----|
| I. | Informations du président de la CME | |
| | • - Rapport d'activité 2019 de l'AP-HP | |
| | • Point sur la vaccination anti-COVID | 6 |
| II. | Bilan 2019 des événements indésirables graves (ÉIG) et orientations 2020-2021 | 11 |
| III. | Expérimentation du service d'accès aux soins (SAS) à l'AP-HP | 14 |
| IV. | Bilan annuel du conseil scientifique et éthique de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP | 18 |
| V. | Présentation des calendriers des grands programmes immobiliers de l'AP-HP | 22 |
| VI. | Approbation des comptes rendus des CME des 3 novembre et 1 ^{er} décembre 2020 | 24 |
| VII. | Questions diverses | 24 |

CME du mardi 12 janvier 2021

La CME se tiendra en visioconférence

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME
 - Rapport d'activité 2019 de l'AP-HP
 - Point sur la vaccination anti-COVID (D^r Sandra FOURNIER)
2. Bilan 2019 des événements indésirables graves (ÉIG) et orientations 2020-2021 (P^r Christian RICHARD, M^{me} Christine GUÉRI, D^r Christine MANGIN)
3. Expérimentation du service d'accès aux soins (SAS) à l'AP-HP (D^r Erwan DEBUC)
4. Bilan annuel du conseil scientifique et éthique de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP (P^r Marie-France MAMZER)
5. Présentation des calendriers des grands programmes immobiliers de l'AP-HP (M. Didier FRANDJI)
6. Approbation des comptes rendus des CME des 3 novembre et 1^{er} décembre 2020
7. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis concernant l'engagement d'une procédure disciplinaire à l'encontre d'un praticien hospitalier

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

| | | | | | |
|-----------------|---------------|-------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| P ^r | Véronique | ABADIE | P ^r | Marc | HUMBERT |
| P ^r | René | ADAM | D ^r | Éric | LE BIHAN |
| D ^r | Marie | ANTIGNAC | P ^r | Éric | LE GUERN |
| P ^r | Thomas | APARICIO | P ^r | Michel | LEJOYEUX |
| P ^r | Jean-Yves | ARTIGOU | P ^r | Rachel | LEVY |
| P ^r | Élie | AZOULAY | P ^r | Laurent | MANDELBROT |
| D ^r | Sébastien | BEAUNE | P ^r | Xavier | MARIETTE |
| P ^r | Bahram | BODAGHI | P ^r | Emmanuel | MARTINOD |
| D ^r | Diane | BOUVRY | D ^r | Rafik | MASMOUDI |
| D ^r | Emmanuel | BUI QUOC | D ^r | Vianney | MOURMAN |
| P ^r | Jean-Claude | CAREL | D ^r | Stefan | NERAAL |
| P ^r | Alain | CARIOU | P ^r | Yann | PARC |
| D ^r | Cyril | CHARRON | D ^r | Juliette | PAVIE |
| D ^r | Julie | CHOPART | P ^r | Antoine | PELISSOLO |
| P ^r | Olivier | CLÉMENT | P ^r | Marie-Noëlle | PERALDI |
| P ^r | Yves | COHEN | P ^r | Nathalie | PONS-KERJEAN |
| P ^r | Anne | COUVELARD | P ^r | Claire | POYART |
| M ^{me} | Audrey | DARNIEAUD | P ^r | Jean-Damien | RICARD |
| D ^r | Sonia | DELAPORTE-CERCEAU | D ^r | Nathalie | RICOME |
| P ^r | Vianney | DESCROIX | D ^r | François | SALACHAS |
| P ^r | Jacques | DURANTEAU | P ^r | Rémi | SALOMON |
| D ^r | Georges | ESTEPHAN | P ^r | Virginie | SIGURET-DEPASSE |
| D ^r | Thierry | FAILLOT | P ^r | Thomas | SIMILOWSKI |
| M. | Julien | FLOURIOT | D ^r | Brigitte | SOUDRIE |
| M. | Jean-Eudes | FONTAN | P ^r | Laurent | TEILLET |
| P ^r | Bertrand | GODEAU | D ^r | Samir | TINE |
| P ^r | Bernard | GRANGER | D ^r | Christophe | TRIVALLE |
| D ^r | Bruno | GREFF | D ^r | Valéry | TROSINI-DESERT |
| M ^{me} | Sophie | GUILLAUME | D ^r | Michel | VAUBOURDOLLE |
| D ^r | Christian | GUY-COICHARD | M ^{me} | Karine | VIRETTE |
| D ^r | Jean-François | HERMIEU | D ^r | Noël | ZAHR |
| P ^r | Sandrine | HOUZÉ | | | |

• ***Avec voix consultative :***

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

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- D^r Michèle GRANIER, présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France
- M^{me} Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)

- **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. Didier FRANDJI, directeur de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP).

- **Invités**

- P^r Marie-France MAMZER, présidente du comité scientifique et éthique de l'entrepôt de données de santé (EDS)
- M^{me} Christine GUÉRI, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- P^r Christian RICHARD, coordonnateur AP-HP de la gestion des risques associés aux soins
- D^r Erwan DEBUC, chef du département urgences et soins non programmés AP-HP
- D^r Christine MANGIN, chef du service « risques et vigilances », département *Qualité, partenariat, patient*
- P^r Pierre CARLI, directeur médical du service d'aide médicale urgente (SAMU) de Paris
- P^r Frédéric ADNET, directeur médical du SAMU de Seine-Saint-Denis
- D^r Éric LECARPENTIER, directeur médical du SAMU du Val-de-Marne
- D^r Thomas LÆB, directeur médical du SAMU des Hauts-de-Seine
- M^{me} Hélène COULONJOU, directrice du pilotage stratégique, direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI)
- M^{me} Elisa SALAMENCA, responsable du département *Web, innovation, données* (WIND), direction des systèmes d'information (DSI)

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Philippe ANRACT, Jacques BODDAERT, Frédéric BATTEUX, Fadi BDEOUI, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Guy BENOÎT, Olivier BOURDON, Sophie BRANCHEREAU, Yves CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Jean-Philippe DAVID, Margaux DUMONT, Hubert DUCOU LE POINTE, Mathilde DUVAL, Yann FLÉCHER, Vincent FROCHOT, Émelyne HAMELIN, , Youcef KADRI, Jean-Louis LAPLANCHE, Véronique LEBLOND, Louis MAMAN, Salomé MASCARELL, Giovanna MELICA, Loïc MORVAN, Louis PUYBASSET, Solenn DE POURTALÈS, Loïc DE PONTUAL, Patrick PELLOUX, Isabelle RIOM, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, Clara SALINO, Ishai-Yaacov SITBON, Bérénice SCHELL, et Johanna SEKRI.

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

Le président présente à tous les participants ses meilleurs vœux pour cette nouvelle année. Il espère que chacun connaîtra des temps meilleurs d'ici quelques mois, notamment grâce au vaccin, qui concentre tous les espoirs. Quoi qu'il en soit, il y aura très certainement d'autres épreuves à traverser.

La CME a rendu un hommage au **P^r Guy MEYER**, chef du service de pneumologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), décédé le 9 décembre 2020 à l'âge de 62 ans.

I. Informations du président de la CME

Point sur la vaccination anti-COVID

Le D^r Sandra FOURNIER précise qu'un comité de pilotage (COPIL) vaccination se réunit au Siège de l'AP-HP depuis le mois de décembre ainsi que divers groupes de travail, concernant notamment les aspects de logistique, mise en œuvre, traçabilité et communication. De plus, chaque groupe hospitalo-universitaire dispose de son propre COPIL vaccination. Enfin, chaque site dispose d'un référent vaccination, qui organise tous les sujets autour de la vaccination.

La campagne a été lancée le 26 décembre 2020, avec les premières doses livrées à l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS). Par conséquent, les premiers patients de soins de longue durée (SLD) et les premiers professionnels de plus de cinquante ans ont été vaccinés dès le lendemain. Quelques vaccinations ont été réalisées dans les services de SLD entre Noël et le jour de l'An, à visée exploratoire, pour régler les aspects logistiques. Puis la vaccination s'est accélérée dans les premiers jours de janvier, avec une extension aux professionnels de plus de cinquante ans et l'ouverture du centre de l'Hôtel-Dieu dès le 2 janvier 2021. Au soir du 11 janvier, plus de 14 000 personnes ont été vaccinées, patients et professionnels confondus.

La campagne a débuté par les personnes âgées en long séjour ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) et les professionnels de ces structures. Désormais, la vaccination est étendue aux professionnels de plus de cinquante ans, aux patients de soins de suite et réadaptation (SSR) et aux patients dialysés chroniques suivis par l'AP-HP. À partir du 18 janvier la vaccination sera possible pour les personnes de plus de 75 ans, tous publics confondus.

Les agents de l'AP-HP sont vaccinés dans les services de santé au travail et dans les 40 centres de vaccination de l'AP-HP. La vaccination est accessible aux agents en prenant rendez-vous sur le site intranet de l'AP-HP. Les professionnels de santé de ville peuvent également y accéder, en consultant la liste des centres sur le site de l'ARS et en prenant rendez-vous par téléphone.

Le déroulement de la vaccination reste relativement cadré au niveau national. Le vaccin utilisé est celui développé par *Pfizer*. La procédure prévoit une première consultation permettant d'informer la personne, de s'assurer de l'absence de contre-indications et de recueillir le consentement. L'injection est pratiquée en intramusculaire et donne lieu à une surveillance de quinze minutes. Un rendez-vous est alors donné pour la deuxième injection, qu'il est recommandé de pratiquer dans un délai de trois semaines. Depuis le 11 janvier, cette recommandation a évolué : il est dorénavant préconisé de porter ce délai à six semaines, afin d'optimiser l'utilisation des doses de vaccins disponibles. En outre, un télé-suivi sera prochainement possible grâce à la mise à disposition de l'application COVIDOM-vaccin, actuellement en cours de finalisation.

Le nombre de personnes vaccinées est extrait du logiciel *Orbis*. Ces données requièrent une consolidation pour inclure les vaccinations réalisées dans les services de santé au travail, soit environ 2 000 agents à ajouter aux 12 000 personnes vaccinées recensées dans *Orbis*.

L'étude de la proportion entre les populations vaccinées - professionnels de l'AP-HP, professionnels de santé de ville et les patients – est en défaveur des patients. Par conséquent, il convient dorénavant de renforcer la vaccination des patients à risque parmi les files actives de patients suivis dans les hôpitaux, tels les patients dialysés, transplantés, suivis en hématologie ou en cancérologie et, plus généralement, ceux présentant des comorbidités. Les documents de référence sont disponibles sur [SharePoint](#).

Le président insiste sur l'enjeu que représente la vaccination. Il regrette les polémiques survenues durant les fêtes de fin d'année et souhaite une concentration des efforts pour accélérer le processus, notamment en faveur des patients les plus fragiles. L'hôpital s'engagera dans cet effort ; néanmoins, il ne pourra pas l'assumer seul. Il fait part de son inquiétude au sujet de la défiance envers la vaccination, qui reste très prégnante dans les équipes. Pour la combattre, il convient de renforcer l'information et de répondre aux questions des personnes réticentes, car cette réticence est souvent le fruit d'une méconnaissance plus que d'une conviction.

Le directeur général observe que le premier jour de vaccination a mis en lumière Mauricette, la première patiente vaccinée. Or, Jean-Jacques, un cardiologue de l'hôpital René-Muret, a également été vacciné ce jour-là. En effet, depuis le 27 décembre la direction générale plaide pour une ouverture rapide de la vaccination en dehors des ÉHPAD, et notamment au profit des professionnels de santé de plus de 50 ans, et non uniquement à ceux de plus de 65 ans avec facteur de risques, comme cela était le cas dans les ÉHPAD. Cette décision découle du constat que le nombre de patients prêts à être vaccinés ne serait pas suffisant, au regard des doses à utiliser dans un délai de trois jours. Par conséquent, un enjeu de montée en charge se posait. Cette demande formulée dès le 27 décembre a reçu une réponse favorable le 31 décembre au matin. Ainsi, le directeur général souhaite féliciter l'ensemble de l'AP-HP pour sa réactivité remarquable. Dans la journée du 31 décembre, une réunion s'est tenue avec la totalité des référents vaccinaux, pour donner le coup d'envoi de la vaccination et décider l'ouverture d'un certain nombre de centres dès le lundi 4 janvier 2021. Dans les faits, certains centres ont pu démarrer la vaccination en avance de phase. Tel a été le cas d'Ambroise-Paré et de l'Hôtel-Dieu. Dans la semaine qui a suivi, de nombreux centres se sont inscrits.

Il remercie en outre le personnel de l'AP-HP qui s'est mobilisé pour proposer dès le 2 janvier l'ouverture de la vaccination aux professionnels de ville qui a été réalisée, non seulement de façon symbolique auprès des dirigeants de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) et de l'Ordre des médecins, mais également de façon plus opérationnelle, comme le montrent les chiffres présentés par le D^r Sandra FOURNIER. Cette mobilisation a certes rencontré des problèmes d'ordre logistique et organisationnel. Pour autant, la montée en charge très rapide est à saluer et désormais à soutenir.

Le directeur général remercie enfin l'AGEPS pour son effort dans la livraison de doses vers de nombreux points de vaccination. Cet effort se poursuivra car l'AP-HP tiendra encore son rôle de plateforme d'alimentation des centres en vaccin *Pfizer*. Il convient de poursuivre la vaccination du personnel de l'AP-HP, en veillant à toucher l'ensemble des catégories de professionnels. En effet, il est probable que certaines catégories sont insuffisamment vaccinées par rapport à d'autres. Cet effort doit porter sur les deux ou trois semaines à venir. Quant à l'enjeu qui pèse sur les patients, il se précisera au fur et à mesure que les catégories seront identifiées. À ce jour, il subsiste une

incertitude sur le rythme de disponibilité des doses. Il convient donc de faire preuve de discipline dans le respect des priorités, même si la direction générale met tous ses efforts pour peser, autant que faire se peut, dans l'ordonnancement de ces priorités. La discipline est de rigueur afin d'éviter toute situation qui mettrait en doute la possibilité de vacciner certaines catégories dans d'autres hôpitaux ou dans d'autres régions. La mobilisation de l'AP-HP a logiquement été vécue de façon très intense, devant la nécessité et la réalisation effective d'un démarrage très rapide de la vaccination.

Le D^r Christophe TRIVALLE observe des problèmes de connexion sur le site internet national *Vaccin COVID*. Il demande s'ils sont dus au site national ou au système informatique de l'AP-HP.

Le directeur général explique que la responsabilité est renvoyée d'un service informatique à l'autre. C'est pourquoi des examens de terrain ont été menés le 12 janvier 2021 par des intervenants de l'assurance maladie dans cinq centres de l'AP-HP afin d'identifier les difficultés rencontrées. Quoi qu'il en soit, dès le mois de décembre, il a été identifié que le système d'information (SI) vaccination n'était pas adapté aux besoins de l'hôpital. Par conséquent, la situation est similaire à celle du dépistage, qui avait donné lieu à des développements plus adaptés aux acteurs de ville qu'à l'hôpital. Malheureusement, pour l'heure, c'est l'hôpital qui est davantage engagé dans la vaccination.

Le D^r Marie ANTIGNAC s'enquiert de la date de mise à place de *COVIDOM-Vaccin*.

Le D^r Sandra FOURNIER indique qu'elle ne peut pas donner de date précise. L'outil est en cours de finalisation.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ précise qu'il devrait être disponible entre le 15 et le 18 janvier 2021.

Le P^r Xavier MARIETTE remercie l'ensemble de l'AP-HP pour sa forte mobilisation. Il confirme l'enjeu représenté par les patients à risques. En effet, en dépit de la forte mobilisation constatée dans les centres de vaccination, il apparaît évident que les points de vaccination centralisés ne pourront pas absorber l'afflux de patients. C'est pourquoi il suggère de proposer la vaccination dans les services présentant des cohortes de patients à risques. En effet, ils connaissent leurs patients et pourraient aisément les vacciner pour soulager les points centraux de vaccination.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ explique que l'ouverture de nombreux centres de vaccination a permis de gérer le flux du personnel et des patients qui pouvaient prendre leur rendez-vous. Actuellement, ce flux tend à se réduire. De ce fait, les centres de vaccination affichent plus de 2 000 rendez-vous libres par jour. Par conséquent, il convient d'organiser une bascule en direction des patients hospitalisés. L'une des pistes envisagées prévoit de remplacer l'une des cinq lignes de boxes supplémentaires prévues dans les centres par des vacances par une équipe mobile. En effet, l'intervention de telles équipes est préférable à une dissémination des vaccins dans les autres services. Ainsi, les équipes mobiles identifiées par site pourraient se déplacer dans les différents services, selon une organisation préalable.

Le D^r Emmanuel Bui QUOC demande quand il pourrait être envisagé de proposer la vaccination aux agents de moins de cinquante ans.

Le président indique que les associations de patients s'émeuvent que l'on puisse donner la priorité aux professionnels de santé jeunes et bien portants, qui ne présentent pas d'autres

risques que celui d'être au contact de patients COVID. Il convient de garder cette remarque en tête pour la suite, afin de prévenir d'éventuelles polémiques.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ confirme que des voix s'élèvent pour demander d'étendre la vaccination aux moins de cinquante ans. Pour autant, au niveau national, la situation n'a pas évolué sur ce sujet. L'AP-HP disposerait d'environ 10 000 à 12 000 doses par semaine. Le décompte établi le 11 janvier 2021 faisait état de 13 000 doses utilisées en une semaine. Par conséquent, l'AP-HP n'a pas encore la possibilité d'ouvrir les vaccinations à l'ambulatorio, durant au moins les quinze jours à venir. Le choix arrêté en France est de proposer la vaccination aux personnes vulnérables, qui en tirent le plus grand bénéfice individuel et qui constituent la population qui doit être impérativement hospitalisée si le COVID se déclare. Il s'agit là de la ligne en vigueur et qu'il convient de respecter.

Le directeur général souligne qu'il a d'ores et déjà plaidé la cause des soignants de plus de 50 ans, et des personnes non hospitalisées ou non accueillies en ÉHPAD âgées de plus de 75 ans. Désormais, la discussion porte sur les files actives de patients à risques. La question des professionnels de moins de 50 ans, non porteurs de comorbidités, se pose bien-sûr ensuite.

Le P^r Thomas APARICIO confirme la forte demande des patients, notamment ceux atteints de cancers, qui reviennent régulièrement dans les structures de soins. Par conséquent, il est possible d'utiliser les structures de jour, comme celles dédiées aux chimiothérapies, qui sont très sécurisées, pour vacciner cette population. Cela représente un enjeu très important.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ signale que les collégiales de cancérologie et d'oncohématologie se sont réunies et finalisent un document de recommandations pour enclencher et prioriser la vaccination de ce type de patients.

Le président estime qu'il est normal de proposer rapidement la vaccination aux files actives les plus fragiles, dans les hôpitaux de l'AP-HP.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc conclue qu'avec le temps, tous les types de population quel que soit leur âge pourront être vaccinés en respectant les priorités à prendre en compte, mais sans attendre trop longtemps pour autant.

Le P^r Yann PARC observe que 160 000 personnes ont été vaccinées en 21 jours. Si ce rythme n'est pas accéléré, il faudra donc 23 ans pour vacciner la totalité de la population française. Il suggère donc de mettre en place des « vaccinodromes » afin d'atteindre l'objectif dans un délai raisonnable.

Le directeur général souligne que la courbe des vaccinations est exponentielle. En effet, sur les 130 000 vaccinés des trois dernières semaines, 100 000 l'ont été sur les sept derniers jours. Le nombre de centres augmente constamment. La discussion porte à Paris sur l'ouverture durant la semaine prochaine de 25 à 28 centres. De plus, les établissements de l'AP-HP n'ont pas vocation à prendre en charge la vaccination des personnes de plus de 75 ans qui seront dirigées vers des centres de vaccination dont l'ouverture est prévue le 18 janvier.

Le P^r Antoine PELISSOLO souhaite que les patients en psychiatrie ne soient pas oubliés, notamment ceux d'entre eux qui sont hospitalisés, souvent dans des chambres à deux, voire trois lits et présentent en grande proportion des comorbidités à risques.

Le directeur général souligne que les catégories de patients à risques sont définies au-delà de l'AP-HP. Par conséquent, l'AP-HP ne pourra pas instaurer ses propres priorités, hors de ces catégories.

Le président indique que 900 000 patients ont été inclus dans le dispositif COVIDOM. Le P^r Patrick JOURDAIN souhaite que le corps médical accompagne les patients pour l'inscription sur la plateforme. Il conviendrait notamment de les aider à activer leur compte avant leur sortie de l'hôpital. En effet, l'utilisation de COVIDOM réduit grandement le taux de passage aux urgences des patients COVID. Cet outil de télémédecine s'avère par conséquent très efficace.

Projet social

Le président rappelle que ce projet, qui a été approuvé lors de la dernière séance, donnera lieu à de nouvelles réunions tripartites pour discuter de ses modalités de mise en œuvre. Ces réunions (qui auront lieu les 21 janvier, 5 février et 15 février) évoqueront successivement trois sujets : les modalités de mise en place de la prime d'engagement collectif, la méthode d'évaluation de la charge de travail et la politique du logement. Il ne sera pas possible de mobiliser dix membres de la CME pour chacune de ces réunions, aussi il veillera à ce qu'au moins deux membres par thématique y participent.

AGOSPAP

L'association pour la gestion des œuvres sociales des administrations parisiennes (AGOSPAP) gère les œuvres sociales des administrations parisiennes. Elle a été fondée par la Ville de Paris et l'AP-HP. Elle est dotée d'une assemblée générale et d'un conseil d'administration, dans lesquels la CME est représentée. C'est pourquoi il convient de désigner deux membres pour assister aux trois séances annuelles du conseil d'administration et aux deux assemblées générales.

M^{me} Sophie GUILLAUME et le D^r Thierry FAILLOT se portent volontaires.

M^{me} Sophie GUILLAUME et le D^r Thierry FAILLOT sont désignés à l'unanimité pour représenter la CME au conseil d'administration et à l'assemblée générale de l'AGOSPAP.

Directoire du 5 janvier 2021

Cette séance a notamment permis d'évoquer les projets immobiliers de l'AP-HP sur lesquels M. FRANDJI va revenir. Le sujet de la chirurgie cardiaque de l'AP-HP a aussi été évoqué, et notamment les difficultés de la démographie médicale de cette discipline et son problème d'attractivité. Une réflexion approfondie doit être menée sur ce sujet complexe qui requiert de réunir tous les acteurs. La sous-commission *Structures* et stratégie de la CME n'existant plus, il revient désormais à la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT) de s'emparer de ce sujet dans les prochaines semaines, en collaboration avec la direction de la stratégie et de la transformation, dans le cadre des restructurations à venir.

Certaines des questions de restructuration relèvent en premier lieu des GHU concernés, quand elles se limitent à un seul groupe hospitalo-universitaire. En revanche, d'autres doivent être traitées à l'échelle de l'AP-HP. En l'occurrence, le sujet de la chirurgie cardiaque concerne plusieurs GHU. À cet égard, le président indique que, lors d'un échange qu'il a eu avec le syndicat Sud-Santé, les représentants des personnels non médicaux ont exprimés leur souhait d'être associés aux réflexions menées en amont des restructurations en raison des conséquences qu'elles ont aussi sur les paramédicaux.

Rapport d'activité 2019 de l'AP-HP

Le président indique que le rapport proposé est un document très formel, qui a essentiellement une visée de communication. Par conséquent, il propose, comme les années précédentes, de l'approuver sans présentation puisque les membres de la CME ont pu en prendre connaissance sur le site de la CME. En outre, il a déjà été approuvé à l'unanimité par le conseil de surveillance le 18 décembre 2020, qui l'a assorti d'un rapport d'observation.

Le P^r Bernard GRANGER, représentant de la CME au conseil de surveillance, précise que ce rapport n'a soulevé que peu de remarques lors du conseil de surveillance.

Le rapport d'activité 2019 de l'AP-HP est approuvé à l'unanimité.

Le directeur général présente à tous les membres de la CME ses meilleurs vœux. Il s'enquiert d'éventuelles questions qui le concerneraient.

II. Bilan 2019 des événements indésirables graves (ÉIG) et orientations 2020-2021 (P^r Christian RICHARD, D^r Christine MANGIN)

Le président rappelle qu'il s'agit d'un sujet d'importance auquel il a souhaité consacrer un vrai temps d'échange. Il remercie le P^r Christian RICHARD pour son engagement institutionnel en matière de qualité et sécurité des soins à travers ses deux mandats de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et pour avoir accepté de prolonger un peu son mandat dans l'attente de la nomination de son successeur. Il reste président de la commission de coordination des vigilances et des risques sanitaires (COVIRIS) dans le cadre de son consultanat. Il consacre aussi une partie de son consultanat pour renforcer la présence médicale auprès des personnes âgées à Paul-Doumer, ce qui mérite d'être salué.

Le D^r Christine MANGIN rappelle la définition d'un événement indésirable grave (ÉIG) qui doit répondre à plusieurs critères : ne pas être en lien avec la pathologie, être inattendu, relever d'une erreur, être considéré comme grave, c'est-à-dire mettre en jeu le pronostic vital ou être à l'origine d'un handicap définitif, ce dernier point étant le plus délicat à identifier.

Le nombre de signalements a augmenté depuis le début de l'obligation de signalement. Toutefois, avec 123 signalements, l'année 2019 présente une certaine stabilité par rapport à 2018. Cependant, il convient d'insister sur le nombre d'événements indésirables non déclarés. Ces derniers se révèlent lors de réclamations indemnitaires ultérieures. Ils doivent faire l'objet d'une attention particulière au regard de leur contexte conflictuel.

Les signalements présentent une grande hétérogénéité selon les hôpitaux de l'AP-HP, tant en nombre absolu qu'en proportion par rapport au nombre de journées d'hospitalisation. Deux types d'événements sont particulièrement suivis : les erreurs médicamenteuses graves et les erreurs au bloc opératoire. Or certains sites avec bloc opératoire ne signalent aucun ÉIG et sans aucun signalement il n'est pas possible de travailler pour y améliorer la sécurité. Quant aux établissements de soins de suite ou de longue durée, ils présentent des résultats moins probants.

Par ailleurs, il reste malaisé de comparer les résultats de l'AP-HP avec ceux d'autres CHU, par manque de publication de données. Toutefois, une enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins (ENÉIS) a été menée en 2004, en 2009 et en 2019. Son champ est plus large, comprenant également les complications connues et les prolongations d'hospitalisation. Pour autant, les résultats présentant un facteur de 1 pour 100 pour l'AP-HP qui

confirme la situation de sous-déclaration. On dénombre 30 réclamations indemnitaires en 2019, soit plus de 10 % des ÉIG déclarés. Elles sont quasiment systématiques au service d'accueil des urgences (SAU). En chirurgie notamment digestive, les oublis de compresse restent problématiques.

Certains secteurs voient leurs signalements augmenter en 2019. Tel est le cas du SAMU, en raison de la mise en place du comité qualité et de l'événement de Strasbourg. La réanimation est également concernée. *A contrario*, d'autres secteurs sont en baisse. Les signalements d'ÉIG font l'objet d'une vigilance sanitaire pour plus de la moitié d'entre eux.

Les ÉIG de l'AP-HP concernent des décès pour 48 % des cas à l'inverse de la proportion présente dans le bilan de la Haute Autorité de santé (HAS). Par conséquent, l'AP-HP détecte plus d'événements que de décès, ce qui est très positif. 209 analyses d'ÉIG sont exploitables depuis 2017. Elles révèlent que 62 % des ÉIG sont jugés évitables par les équipes. Ces analyses présentent un niveau de qualité très satisfaisant par rapport aux données de la HAS, grâce à leur caractère systémique et approfondi. En revanche, le nombre d'analyses transmises diminue en 2019. Il n'est pas possible d'identifier si cette baisse est liée à des analyses non faites ou si le caractère extrêmement chronophage de l'exercice décourage les équipes de toute transmission. Cette situation de sous-déclaration et de retard dans la transmission requiert un accompagnement accru des établissements, principalement ceux qui présentent peu de signalements, afin d'identifier la cause des retards et leur apporter de l'aide. Ainsi, l'objectif fixé pour 2021 est une augmentation des signalements et une réduction des temps de transmission des analyses à trois mois.

La typologie des événements se concentre depuis trois ans sur le médicament et sur le dispositif médical. Les erreurs médicamenteuses graves sont bien identifiées et ont été multipliées par sept en quatre ans. Ces erreurs sont récupérées de façon satisfaisante puisque le taux de décès est de 33 %. En outre, elles se concentrent de façon tendancielle sur l'anesthésie tant en 2019 qu'en 2020. Parmi les dispositifs concernés, figurent en première place la gestion des dispositifs de *monitoring* cardiovasculaire et les oublis de compresses. Par conséquent, les médicaments et les dispositifs médicaux restent les deux thématiques majeures. La prise en charge médicamenteuse lors d'une anesthésie constitue un processus à risque. Elle fera l'objet d'une action ciblée, la visite de risque au bloc opératoire. Au regard des cas liés à une allergie médicamenteuse, le bracelet rouge « allergie » sera déployé sur l'ensemble de l'AP-HP. En outre, certains dispositifs médicaux connaissent des événements récurrents, entraînant notamment des embolies gazeuses, qui s'avèrent systématiques en dépit de recommandations écrites. Il convient d'en connaître les causes. Quant à la gestion des alarmes, elle fera l'objet de recommandations qui s'appuient sur celles de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) validée par les deux principales sociétés savantes. Enfin, un *webinaire* consacré aux dispositifs médicaux de l'AP-HP sera organisé le mardi 2 février 2021.

Le directeur général juge utile qu'un message conjoint du président de CME et du directeur général souligne l'importance des déclarations. L'évolution très positive des ÉIG a connu une pause anormale en 2019, après le déploiement d'efforts significatifs de sensibilisation ou concernant le principe de non-sanction. Certes, il s'agit d'un sujet délicat. L'augmentation des déclarations a été commentée par certains comme l'illustration de la dégradation des soins. Il s'agit au contraire du phénomène inverse et du signe d'une bonne attention au soin qui a permis de mettre en place des actions, tel le déploiement du bracelet allergie. C'est pourquoi il convient de soutenir ces déclarations, y compris les moins exhaustives, afin d'éviter au maximum les déclarations tardives réalisées après une action judiciaire ou l'appel d'un journaliste.

Le président approuve la proposition du directeur général de procéder à un rappel. Le métier des praticiens est difficile et peut présenter des conséquences graves. Pour autant, il convient de réagir promptement à une erreur pour éviter qu'elle ne se reproduise. En outre, les erreurs commises sont souvent multifactorielles, impliquant souvent plusieurs équipes. Par conséquent, il convient de mener collégalement une analyse pour prendre les mesures correctives appropriées.

Le P^r Virginie SIGURET-DEPASSE souligne la difficulté rencontrée en pratique pour faire comprendre l'intérêt de déclarer les erreurs, dans un objectif pédagogique, notamment concernant les anticoagulants qui constituent une classe médicamenteuse qui tue fréquemment, représentant la première cause d'iatrogénie médicamenteuse, et dont la moitié des accidents pourrait être évitée. Cela est difficile alors que l'intérêt de telles déclarations est évident : il s'agit de comprendre les causes de l'accident pour éviter qu'il ne se reproduise. Elle souhaite savoir si les centres de pharmacovigilance sont associés aux déclarations.

Le D^r Christine MANGIN confirme que ces centres sont informés des erreurs médicamenteuses. En retour, ils transmettent les informations dont ils pourraient disposer. Elle souligne que pour chaque événement, l'analyse de la pharmacovigilance est requise dans le dossier.

Le P^r Virginie SIGURET-DEPASSE estime que la sous-déclaration des accidents est très répandue, en dépit des précautions prises pour écarter toute crainte de sanction disciplinaire.

Le président souligne que la communication avec les patients est également très difficile sur ces sujets. Pour autant, l'effort de transparence est le meilleur moyen d'éviter une éventuelle suite procédurale. Au-delà de la déclaration qui s'inscrit dans une démarche analytique, il convient de ne pas négliger la communication en direction des patients. Quoi qu'il en soit, la déclaration doit être encouragée, quelles que soient les difficultés. Il s'engage avec le directeur général à rappeler le bien-fondé de cette démarche.

Le P^r Christian RICHARD souhaite que l'institution se montre positive vis-à-vis d'une telle démarche et rappelle la responsabilité conjointe de la CME et de la direction générale. Au-delà de l'exemple des anticoagulants, beaucoup de sujets médicamenteux peuvent donner lieu à analyse. Ce travail doit beaucoup aux équipes locales des différents hôpitaux et aux équipes qualité des GH, comprenant les coordonnateurs de gestion des risques. Ces derniers sont les interlocuteurs des différents services qui sont amenés à produire de telles déclarations. Il tient à saluer l'implication et la coordination qui n'ont fait que croître ces dernières années dans les hôpitaux. Par ailleurs, face au constat de l'hétérogénéité des déclarations, il milite pour un renforcement de la formation à ce sujet. De telles formations existent dans les établissements et dans les universités en direction des étudiants en médecine et des internes, afin de les sensibiliser.

Ce travail est particulièrement partagé entre tous les professionnels de santé. Les analyses s'appuient sur des revues de morbi-mortalité (RMM), conduites conjointement par des médecins et des paramédicaux, riches d'enseignement. Il convient d'insister sur l'identification du nombre de RMM pratiquées dans les services, car elles permettent l'émergence de recommandations à l'impact local, ou à portée plus générale, qui font avancer la qualité et la sécurité. La prise en charge médicamenteuse et les dispositifs médicaux doivent être considérés comme des sujets de préoccupation majeure, car ils révèlent un problème d'organisation et de contrôle dans un travail de collaboration entre les différents acteurs.

Le président souligne que les équipes du terrain doivent mener une réflexion conjointe sur le sujet, à l'échelle de chaque GHU. Il rappelle que la problématique des ÉIG, suivie par la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS &

CAPCU) s'inscrit dans la qualité des soins au cœur de la mission de la CME. Il remercie le D^r Christine MANGIN pour son travail et confirme qu'une communication aura lieu prochainement sur ce sujet.

III. Expérimentation du service d'accès aux soins (SAS) à l'AP-HP (D^r Erwan DEBUC)

Le président précise qu'il a convié à cet échange les responsables des SAMU : les P^r Pierre CARLI (SAMU 75) et Frédéric ADNET (SAMU 93) et les D^{rs} Éric LECARPENTIER (SAMU 94) et Thomas LÆB (SAMU 92).

Le D^r Erwan DEBUC explique que le service d'accès aux soins (SAS) est une expérimentation qui répondra prochainement à une demande nationale. Il s'agit de disposer d'un service d'accès à distance à toute demande de soins, ou toute question de santé, au travers d'un guichet unique joignable par téléphone, visant à satisfaire la demande de soins urgents et non programmés au sens large du terme. Cela nécessitera un partenariat entre acteurs libéraux et services hospitaliers.

L'accès est rendu possible par une plateforme de régulation téléphonique dématérialisée qui regroupe l'aide médicale d'urgence (le SAMU) et les soins non programmés ambulatoires, actuellement en voie de structuration, ainsi qu'une plateforme digitale nationale qui sera mise à la disposition des professionnels de santé pour mettre en exergue les disponibilités de soins non programmés. Cette dernière plateforme fait actuellement l'objet de discussions pour la mettre à disposition du grand public, pour faciliter l'accès à l'offre de soins et à la prise de rendez-vous.

Le SAS dispose d'un numéro d'appel commun auquel répondent des assistants de régulation médicale (ARM) avec pour objectif de répondre, pour 95 % de ces appels, en moins de trente secondes, afin de pouvoir prendre en charge les urgences vitales. Ce niveau ARM SAS *front-office* de niveau 1 constitue une régulation commune entre la ville et l'hôpital. En cas d'urgence vitale, l'appel est géré par les ARM de niveau 1 comme ils le font actuellement au niveau des SAMU.

Une fois qualifié, l'appel est basculé – en niveau 2 – soit vers la filière SAMU pour environ 40 % du flux, soit vers la filière des soins non programmés pour le reste des appels. Ces deux filières travaillent de façon autonome, avec toutefois des passerelles possibles entre elles. La filière AMU est déjà structurée ; celle des soins non programmés reste à organiser. Elle prévoit un accueil des appels par un opérateur de soins non programmés (OSNP), qui constitue un nouveau métier entre l'ARM et le secrétariat médical et qui travaille avec un médecin régulateur libéral, qui renvoie ensuite vers les effecteurs de terrain. Ce schéma défini au niveau national fera l'objet de tests dans différentes structures.

Les bénéfices attendus comprennent : une fluidification du parcours de soin, notamment pour le soin non programmé, un traitement rapide des appels avec un objectif élevé de qualité et une régulation médicale en médecine générale pour les soins non programmés, y compris durant les jours ouvrés, avec une forte visibilité. La répartition des soins non programmés constitue l'élément inédit du dispositif. Elle était jusque-là assurée par les services des urgences or, la part transférée à cette régulation est actuellement estimée à 30 %. Enfin, un meilleur contrôle des transports sanitaires est attendu, accompagné d'une diminution des interventions de véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV).

Ce dispositif sera porté conjointement par la médecine de ville et la médecine d'urgence. Chaque filière doit être autonome dans sa structuration, même si des liens sont possibles entre les deux. En outre, le SAS ne doit pas être le passage obligé de tout soin. Il sera le passage de substitution si le patient ne peut joindre son médecin traitant ou emprunter son parcours de soin habituel. Le

SAS sera donc un complément et pas un substitutif. Le passage par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les autres effecteurs reste préférable.

Une expérimentation aura lieu dès janvier 2021 sur 22 sites pilotes, qui couvrent la moitié de la population française. Une évaluation est prévue au deuxième ou au troisième trimestre pour un déploiement national en 2022. Le projet présente de forts enjeux tels que le choix d'une organisation et d'une gouvernance commune entre la ville et l'hôpital, le recrutement en nombre suffisant et la formation de professionnels qui réguleront le dispositif tels les ARM de niveau 1, les OSNP, les médecins régulateurs médicaux ou la structuration de l'offre de soins non programmés par territoire pour faire face à la forte demande des patients et organiser leur parcours de soins.

Le projet de l'AP-HP porte sur les structures parisiennes et les 4 SAMU de la petite couronne, en collaboration avec l'union régionale des professionnels de santé (URPS) de l'Île-de-France et quatre associations de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et répond au cadre fixé au niveau national. En revanche, contrairement aux autres sites, le projet de l'Île-de-France présente une taille plus importante et constitue une proposition supra-départementale. Pour autant, le niveau N1 se situera au niveau du SAMU du département du patient, avec une possibilité de débord dès l'entrée du dispositif, en cas de crise. Ainsi, le projet présente la capacité technique de répondre à la masse d'appels. Néanmoins, il requiert de procéder à des recrutements et de gérer le flux.

Le niveau *back-office* N2 reste au niveau départemental puis territorial afin d'apporter la réponse la plus proche du domicile du patient, tant pour la filière aide médicale urgente (AMU) que pour la filière des soins non programmés. Ainsi, le niveau départemental est privilégié, voire le niveau territorial avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), même si ces dernières sont inégalement développées en fonction de leur localisation.

S'agissant du niveau 1, l'hôpital est préparé à l'exercice. Il conviendra toutefois de prévoir les effectifs adaptés au flux. S'agissant des soins non programmés, il convient d'identifier la place dévolue à l'hôpital dans le dispositif et de s'interroger sur l'impact du SAS sur les activités hospitalières. En effet, les structures disposant d'un SAMU seront chargées de l'accueil de niveau 1, qui aura par conséquent un impact organisationnel et en ressources humaines. De plus, il convient d'évaluer l'impact financier de la baisse du flux aux urgences. Ces services connaissent actuellement une réforme de leurs financements qui seront désormais corrélés à la typologie de patients et non plus au seul volume du flux. Par ailleurs, la réflexion doit porter sur les éventuelles menaces que ce dispositif fait peser sur les services de spécialité. Il convient en effet d'identifier quelle peut être la place des consultations et des hospitalisations comme effecteurs du SAS, en mettant à disposition sur la plateforme nationale les plages de disponibilité des services par spécialité et par territoire de santé.

Le président souligne l'importance de ce sujet au regard de la forte augmentation des passages aux urgences depuis vingt ans, qui met les professionnels en difficulté pour l'accueil des patients ou l'activation des filières d'aval. Il s'enquiert des possibilités pour un patient orienté vers la médecine de ville de rejoindre à nouveau les urgences, si l'évolution de son état le nécessite ou s'il a été victime d'une erreur d'appréciation.

Le D^r Erwan DEBUC explique que l'accès aux urgences n'est pas pour l'heure soumis à un passage obligé ou bloquant par le SAS. Par conséquent, le patient peut encore se présenter de lui-même aux urgences ou être adressé par un praticien. Cette possibilité sera toujours offerte. De plus, au niveau N2 du SAS, un appel orienté vers les soins non programmés peut à tout moment basculer

de façon prioritaire vers les ARM AMU. Quoi qu'il en soit, il convient de pousser la réflexion sur les possibilités d'entrée à l'hôpital au niveau N2 des soins non programmés, en rendant suffisamment lisible l'offre de soins de l'hôpital.

Le président comprend que l'enjeu majeur est de redonner à la médecine de ville la place qui lui revient dans la permanence des soins et dont elle s'est peu à peu désinvestie au fil des années.

Le D^r Erwan DEBUC confirme que l'ambition est de renforcer la structuration de la médecine de ville, idée qui présidait déjà à la création des CPTS.

Le P^r Pierre CARLI souligne que le projet présenté ce jour est l'expérimentation d'une mise en place au niveau national, entre le troisième trimestre 2021 et le début de l'année 2022. Par conséquent, il est demandé à l'AP-HP de mobiliser sur son territoire les moyens pour transformer le système actuel en profondeur pour les dix années à venir. Il souhaite préciser l'impact de la mise en place du SAS pour l'hôpital. En effet, la structuration proposée de l'offre de soins non programmés en ville modifiera le centre de gravité de l'orientation des patients. De la même manière que certains patients se présentent aujourd'hui aux urgences par méconnaissance du parcours de soins approprié, des appels en direction de la plateforme ou du SAS pourront demain être réorientés vers des activités de l'hôpital qui ne relèvent pas des urgences mais des soins non programmés, sous forme de rendez-vous à 24 ou 48 heures. Cette possibilité permettrait de développer les filières spécialisées (gériatrie, pédiatrie, etc.). Cet effet n'est pas négligeable et replace l'AP-HP dans son rôle d'hôpital de référence. Par ailleurs, il existe une véritable difficulté de gestion de la communauté des appels, puisqu'ils seront en totalité réceptionnés par l'AP-HP qui aura obligation de décrocher en moins de trente secondes. L'enjeu porte donc sur la rapidité et sur l'homogénéité de la réponse, sujets qui se sont trouvés au cœur de la crise COVID.

Le D^r Éric LECARPENTIER souligne que l'importance du dispositif repose sur la rapidité de prise en charge de l'appelant et sur la qualification immédiate de l'appel, pour orienter l'urgence vers la partie AMU alors que les soins non programmés font l'objet d'une filière spécifique qui reste à mettre en place. En outre, le SAS représente une véritable opportunité de redonner à la ville l'organisation du soin non programmé mais également à l'hôpital pour lui apporter des admissions supplémentaires sur des actions peu connues du grand public dans des filières de soins spécialisés.

Le D^r Thomas LOEB partage cette vision et estime que ce changement d'organisation constitue une petite révolution. En effet, la mise en place du SAS donne l'occasion à la médecine de ville de se réapproprier une partie de l'activité dont l'hôpital s'était chargé depuis plusieurs années.

Le D^r Christophe TRIVALLE comprend la finalité du projet mais il s'interroge car la création du SAS lui semble constituer le rajout d'une étape supplémentaire dans l'accès au SAMU. Il estime que le dispositif de soins non programmés en ville est à ce jour totalement inexistant, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) n'existe plus et le nouveau métier d'opérateur de soins non programmés (OSNP) reste à créer. Il s'interroge quant au rôle de l'hôpital et craint que le dispositif rate son objectif, puisque même s'il n'est plus hospitalo-centré, il dirigerait de facto les patients vers l'hôpital.

Le président souligne que l'objectif de ce dispositif est bel et bien de faire tenir à la médecine de ville un rôle qu'elle ne jouait pas jusqu'à présent.

Le D^r Christophe TRIVALLE comprend cet objectif. Il s'inquiète de l'absence actuelle et totale de la médecine de ville dans le soin non programmé.

Le P^r Pierre CARLI explique que ce projet a donné lieu à des échanges nourris au niveau des CPTS et à la consultation d'associations départementales regroupant la permanence des soins et, de ce fait, toutes les composantes de la médecine de ville. Par conséquent, le travail de fond engagé est proprement inédit, même si son résultat ne peut pas être totalement assuré. De plus, la crise COVID a été l'occasion d'une collaboration sans précédent avec la médecine générale et la médecine de ville. Elle a permis d'expérimenter la possibilité de créer des parcours de soin communs. Par conséquent, le dialogue existe bel et bien entre la ville et l'hôpital sur le terrain, même s'il est différent pour chacun des quatre départements considérés, en raison de l'historique des territoires. Quoi qu'il en soit, ce dialogue est extrêmement puissant, d'une façon totalement inédite.

Le président souligne que les acteurs de la médecine de ville se montrent extrêmement motivés et souhaite savoir si cela suscite l'espoir du P^r Pierre CARLI.

Le P^r Pierre CARLI confirme que cet engagement est une grande leçon tirée de la gestion de la crise de la COVID puisque l'engagement de la médecine de ville a permis d'éviter un afflux massif de patients vers les urgences et de réussir un appui mutuel efficace. En outre, le projet présenté ce jour a été sérieusement préparé, pendant un an et demi, avec l'ensemble des partenaires et s'est conclu par un rapport remis à la ministre de la Santé. Le SAS constitue l'une des mesures d'application issues de ses conclusions. Pour la première fois l'occasion est donnée de mesurer l'impact sur les urgences hospitalières du travail conjoint de l'hôpital et de la médecine de ville en grande cohérence et en complémentarité. Par conséquent, le système de gouvernance pressenti se justifie pleinement, notamment en exerçant des responsabilités de contrôle mutuel en dépit de la séparation des filières concernant le traitement technique des patients dont chacun a la charge.

Le D^r Erwan DEBUC confirme que la crainte de départ portait sur la capacité de la médecine de ville à pleinement s'engager dans un tel dispositif. Or les acteurs de l'hôpital ont été très étonnés de l'implication et du nombre des partenaires partie prenantes. En effet, la majorité des acteurs de ville souhaitent participer au SAS et ont répondu présents pour cette expérimentation.

Le directeur général confirme que toutes les questions et remarques sont les bienvenues afin de discuter de ce projet. Par ailleurs, plusieurs rapports et plusieurs réflexions ont été menés sur le sujet. La crise de la COVID -19, notamment la création de COVIDOM, a montré la capacité à répartir la prise en charge des patients de manière équilibrée entre l'hôpital et la médecine de ville. La moitié des médecins généralistes d'Île-de-France a suivi des patients COVID à domicile durant le premier confinement. De plus, il convient de développer dans un deuxième temps des solutions de téléconsultation, au travers du SAS ou de *Télédom*. De telles solutions répondraient à la problématique de patients qui composent le 15 ou se présentent aux urgences par méconnaissance du bon interlocuteur. C'est pourquoi la plus-value du poste d'OSNP résidera dans leur connaissance de l'offre de soins de leur territoire et la possibilité d'accéder aux agendas des praticiens. S'agissant des différentes disciplines, certains sujets seront délicats à traiter dans le cadre du SAS. En effet, il anticipe une forte demande de recours à la psychiatrie, sujet d'ores et déjà identifiés comme sensible dans la mise en place de ce dispositif.

Le D^r Erwan DEBUC confirme que la psychiatrie, comme d'autres spécialités, comme la pédiatrie amènera les praticiens de ville à se positionner. Les territoires présentent une offre de soin très inégale qu'il convient de mettre en exergue pour identifier les carences éventuelles.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que la psychiatrie fait l'objet d'une organisation sectorisée et que l'AP-HP participe grandement à l'offre de soins. Par conséquent, il serait judicieux d'associer au

projet la collégiale de la psychiatrie de l'AP-HP, afin qu'elle puisse dans un bref délai organiser une offre de soins non programmés. Il convient également de travailler en collaboration avec les différents secteurs, car la question la plus prégnante aujourd'hui est celle du délai d'obtention d'un premier rendez-vous. La centralisation des appels proposée par le SAS pourrait constituer une réponse très adaptée.

Le D^r Erwan DEBUC souligne que cette proposition rejoint l'esprit d'une vision transversale du dispositif. De plus, il confirme le souhait d'associer les collégiales au projet.

Le président remercie le D^r Erwan DEBUC pour la présentation de ce sujet et les directeurs des différents SAMU d'Île-de-France pour leur participation à cette discussion. Il partage l'espoir exprimé de voir ce projet se mettre en place de manière satisfaisante pour l'hôpital et pour la médecine de ville.

IV. Bilan annuel du conseil scientifique et éthique de l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP (P^r Marie-France MAMZER)

Le P^r Marie-France MAMZER indique que l'EDS arrive désormais à maturité, à l'issue d'un long processus qui a permis de prendre conscience des difficultés rencontrées par les chercheurs tout au long de leur parcours de recherche, jusqu'à l'accès effectif aux données de santé. Elle souhaite présenter un bilan des deux dernières années pour remettre en perspective l'activité de 2020, d'autant que cette année particulière a connu un événement majeur : la révision de la gouvernance de l'EDS à l'initiative de la CME précédente pour renforcer la présence médicale au sein du comité scientifique et éthique (CSE) et l'interdisciplinarité.

La nouvelle gouvernance de l'EDS illustre un mode de fonctionnement qui a gagné en fluidité, sans pour autant aplanir toutes les difficultés. 20 projets ont été examinés par le CSE en 2017, dont 19 ont reçu un avis favorable, en 2018, la totalité des 27 projets présentés a reçu un tel avis, ils étaient au nombre de 34 en 2019 et de 95 en 2020, dont 60 liés à la Covid -19. Ces derniers projets sont encore en cours de traitement. Un seul recevra très probablement un avis défavorable.

Le comité de pilotage stratégique de l'EDS a été placé en amont du CSE, pour permettre à ce dernier d'être davantage force de propositions en matière de gouvernance. En outre, un Comité utilisateurs composé de coordinateurs EDS et de *data scientists* est chargé de remonter les questions techniques. Il existe une coordination direction des systèmes d'information (DSI) – délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) et des « cafés *data* » qui permettent aux utilisateurs de se familiariser avec les données de santé. Dans ces groupes, la représentation médicale est importante.

Le comité scientifique et éthique veille à la loyauté de l'information donnée au patient et au respect de la confidentialité des données personnelles, à la compatibilité des traitements de données envisagés avec les règles de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), à l'acceptabilité des pratiques par les professionnels et l'adéquation des compétences de ses membres avec les besoins, en introduisant notamment des professionnels de l'intelligence artificielle.

Le CSE a également pour vocation de proposer au comité de pilotage ou à la CME des évolutions relatives à la gouvernance ou à l'accessibilité des données. Il tient compte de diverses contraintes comme le respect des droits des patients et des principes du règlement général sur la protection des données (RGPD) ; les attentes des cliniciens chercheurs et de leurs partenaires, tant

académiques que privés ; l'attractivité croissante depuis l'autorisation de la CNIL de janvier 2017 ; le fort enrichissement du contenu lié à l'intégration constante de nouvelles données dans un environnement technique qui a été réévalué et permet de répondre plus aisément à certaines questions. Dans leur nouveau format, les règles d'accès proposées sont plus accessibles et favorisent l'accès aux données. Il conviendrait de renforcer l'intervention de la communauté médicale dans leur élaboration, afin d'en conforter le bien-fondé.

Les règles d'accès aux données répondent à des principes généraux. Tout agent de l'AP-HP a accès aux données, sous réserve d'une formation et d'un engagement à respecter les règles préalables. Les professionnels de santé ayant contribué à la production des données concernées doivent être informés de leur utilisation en lien avec les collégiales. Il convient de veiller à la proportionnalité des données transmises, dans le seul environnement technique de l'AP-HP et sans transfert. Il est interdit de croiser des données avec des bases de données extérieures, sans accord préalable de la CNIL. Il est interdit de tenter de ré-identifier les patients à partir de ces données. Il doit être fait mention des équipes en charge de l'EDS de l'AP-HP dans toute publication, en qualité de soutien à la recherche concernée.

Il est également demandé de respecter des règles d'accès à l'EDS quant au périmètre de l'équipe de soins. En effet, il est primordial d'informer le responsable de l'équipe de soins de cet usage. Il convient également de vérifier la conformité du traitement auprès du référent de protection des données pour satisfaire à l'engagement de l'AP-HP de respect des méthodologies de référence CNIL et faire inscrire ce traitement au registre général des traitements de l'AP-HP. Toutefois, le dispositif d'information sur ce sujet n'est pas complètement déployé à ce jour. Enfin, le partage des données personnelles de santé est possible avec les seuls professionnels ayant participé à la prise en charge des patients concernés par la recherche. Le CSE n'est pas concerné par ces projets de recherche qui sont circonscrits au périmètre de l'équipe de soins, à l'exception des cas de partenariat externe envisagé par le porteur et qui font de ce fait l'objet d'une convention qui doit passer devant le CSE.

Quant aux recherches hors équipe de soins, l'identification et l'information des professionnels ayant contribué à la production des données sont exigées. À ce sujet, un travail très intéressant a été mené par la collégiale de médecine interne sur les contours et les finalités des traitements de données envisagées. La faisabilité réglementaire, méthodologique et pratique du projet de recherche dit être confirmée par l'unité de recherche clinique du site (URC). Si la recherche n'entre pas dans le cadre de l'une des méthodologies de référence, le projet doit être soumis à la CNIL avec l'appui de l'URC. Quoi qu'il en soit, le CSE est toujours destinataire d'une demande.

De ce fait, la crise COVID-19 a permis de souder l'équipe du CSE autour d'une activité qui s'est intensifiée. Les professionnels des URC, de la DRCl et des départements d'information médicale (DIM) et de la DSI centrale s'engagent à respecter les mêmes engagements ayant accès aux données « pseudonymisées ». Une disposition récente permet aux URC d'évaluer la faisabilité des projets, de préparer les réponses aux appels à projets, de contribuer à la création d'espaces de travail et au traitement des données. Enfin, la DSI centrale intègre les données dans l'EDS, prépare les données nécessaires aux recherches, développe des solutions applicatives, contribue au contrôle qualité et supprime les données des patients exerçant leur droit d'opposition.

Les règles d'accès des partenariats extérieurs sont surveillées. Les projets de recherche peuvent impliquer un partenaire extérieur, à l'exclusion des sociétés d'assurance et des organismes financiers. Un professionnel de santé de l'AP-HP doit être associé à la recherche en qualité de responsable. Toute recherche associant un partenaire extérieur fait l'objet d'un contrat incluant

une clause de protection des données. Aucune exportation de données n'est possible, sauf exception visée par le CSE. Enfin, le processus de validation des demandes d'accès comprend plusieurs étapes : une analyse pluridisciplinaire du projet avant sa rédaction, un accompagnement par la DRCI, la rédaction du projet avec un kit de demande, la décision du CSE après évaluation, la création de l'espace sécurisé du projet, l'analyse des données réalisée sur la plateforme de l'AP-HP avec les accompagnements nécessaires.

Le président remercie le P^r Marie-France MAMZER pour son action sur ce sujet complexe, qui nécessite de protéger les données et de garantir le secret médical tout en répondant aux attentes des cliniciens et des chercheurs. Ce dossier technique n'est à ce jour qu'imparfaitement résolu.

Le directeur général remercie le P^r Marie-France MAMZER pour ce travail et pour l'accélération des évolutions entreprises. Le semestre qui s'ouvre constitue une période-clef pour enrichir l'EDS, faire connaître ses potentialités et développer les moyens d'interrogation en profitant des dernières technologies. Il s'agit d'un outil majeur pour la recherche clinique – le suivi de la crise sanitaire en a été un exemple probant – et un sujet prioritaire de ce début d'année.

Le président signale que l'avis de la CME est requis concernant la charte d'utilisation de l'EDS. Il demande aux sous-commissions *Recherche* et *Numérique* d'instruire le document au préalable. Ainsi, la CME pourrait rendre un avis éclairé à la prochaine séance.

Le président ajoute que le partage des données pose la question de la propriété en quelque sorte intellectuelle de la donnée par rapport au temps consacré par le praticien pour la produire, puis pour obtenir le consentement de son patient au sujet de son exploitation. Les professionnels de santé sont nombreux à avoir exprimé une telle préoccupation. En effet, si la position de l'AP-HP est enviable avec la mise à disposition d'un tel outil qui permet le partage des données issues de 39 hôpitaux et donne ainsi une très grande force d'analyse, qui s'est avérée très utile dans la gestion de la crise COVID, l'inquiétude reste grande chez les praticiens quant à la protection des données. Toutefois, les mesures prises par le CSE d'information et d'association aux recherches des responsables d'équipe de soin sont de nature à les rassurer sur l'exploitation des données. Il convient de poursuivre dans ce sens, sans oublier les patients.

Le P^r Laurent MANDELBROT salue l'effort de l'EDS à associer à ce travail les cliniciens chercheurs et les collégiales. Il observe que les URC auront la possibilité de gérer les données de recherche clinique. Or toutes les données ne sont pas disponibles sur ORBIS. Par conséquent, la recherche aura besoin de recourir à d'autres supports et de définir ce qui devra passer par les URC ou restera au sein des services.

Le P^r Marie-France MAMZER souligne que les demandes sont de plus en plus nombreuses pour l'ouverture d'un espace sécurisé sur un serveur de l'AP-HP pour pouvoir ajouter des données qui ne sont pas disponibles dans l'entrepôt. Or de telles demandes posent problème. En effet, si la recherche est menée dans le cadre des équipes de soin, le chaînage nominatif est possiblement réalisable par les personnes au contact des patients. Néanmoins, le plus souvent, les demandes de rapprochement de données concernent un fichier préexistant et des données plus actuelles conservées dans l'entrepôt. De tels rapprochements ne sont pas admis par le cadre réglementaire, et nécessitent une autorisation CNIL qui complexifie le processus. Par ailleurs, l'autorisation de la CNIL n'est accordée pour l'utilisation des données qu'à la condition que le patient ait été préalablement informé du projet d'exploitation des données avec la capacité de s'opposer à un tel projet. Ce dispositif est actif depuis 2017. Par conséquent, des recherches faisant intervenir des données antérieures nécessitent une demande de dérogation à la CNIL.

Le P^r Éric LE GUERN souligne l'importance d'une formation pour l'utilisation de l'outil, qui reste complexe en dépit de sa convivialité.

Le P^r Marie-France MAMZER indique que pour l'heure ce sujet reste à construire collectivement.

Le président demande à la sous-commission *Numérique* de se saisir du sujet.

Le D^r François SALACHAS souhaite connaître les prérogatives des équipes de soins qui ont produit les données. Ces équipes doivent être informées des projets de recherche mais il souhaite savoir si elles peuvent de ce fait s'opposer à un éventuel projet d'exploitation des données qu'elles ont produites.

Le P^r Marie-France MAMZER confirme qu'il s'agit d'une démarche d'information. Toutefois, le CSE ne maîtrise pas la réaction des collègues par rapport à une telle information. Quoi qu'il en soit, aucune opposition d'un chef de service n'est jusque-là parvenue au comité qui s'attendait à en recevoir. Si tel devait être le cas, il conviendrait d'organiser une médiation, pour ramener la confiance et dissiper le sentiment de dépossession d'une forme de propriété intellectuelle, que pourrait refléter un tel refus.

Le président sollicite l'avis des membres de sous-commission *Numérique*.

Le D^r Cyril CHARRON estime que la problématique soulevée par l'EDS concerne sa diffusion, la formation et le maillage au niveau des GHU qui semble, au vu des travaux de la commission numérique, relativement inégal. En effet, certains référents, présents à la création de l'EDS, sont aujourd'hui à la retraite. Par conséquent, l'aide apportée aux utilisateurs et la sensibilisation pourraient être assurées par les responsables de recherche des DMU. À côté de la recherche institutionnelle multicentrique, une autre est possible, notamment par les internes qui peuvent réaliser des tests sur les données de service. Ce sujet a été identifié en commission numérique et au comité de pilotage de l'EDS ; il fait l'objet d'un groupe de travail de la commission numérique, qui devrait rendre ses conclusions dans quelques semaines.

Le P^r Sandrine Houzé indique que la commission numérique de la CME et celle de la CMEL du GHU Nord ont relevé un problème de qualité des données remontées, en raison de disparité de normes en fonction des sites, notamment en biologie. En effet, les automates utilisés, varient sur chaque site et imposent des normes différentes. Par conséquent, il est très complexe de faire correspondre ces normes. De ce fait, les biologistes sont très peu impliqués dans l'EDS. Ils déplorent la non-reconnaissance de la propriété de leurs données ainsi que les problèmes d'accès rencontrés, en l'absence d'un clinicien comme chef de projet.

Le P^r Marie-France MAMZER rappelle que les règles initiales étaient injustes envers les activités transversales (radiologie, biologie, etc.). Désormais, ce défaut a été rattrapé et ces professionnels disposent des mêmes droits d'accès que leurs collègues des autres disciplines. Une enquête est actuellement en cours pour identifier ce type de difficultés et la DSI ainsi que le département innovation s'appuieront sur ces constats pour faire progresser la qualité des données.

Le président souligne l'importance de la qualité des données.

V. Présentation des calendriers des grands programmes immobiliers de l'AP-HP (M. Didier FRANDJI)

Le **président** indique que ces grands projets ont été présentés au conseil de surveillance et au directoire. Le projet de l'hôpital nord sera abordé en particulier lors de la prochaine séance de la CME.

M. Didier FRANDJI présente un point d'étape des projets en cours.

Pôle femme-enfant de l'hôpital Avicenne

Ce projet a connu en 2020 sa dernière phase d'arbitrage sur les aspects programmatiques. Le projet du nouveau Jean-Verdier, mené en parallèle, rencontre des difficultés d'implantation. Le marché de travaux du pôle femme-enfant a été publié. Un dialogue compétitif s'est ouvert en décembre 2020 pour s'achever en fin 2021. La phase de travaux est prévue de janvier 2023 à janvier 2025 pour une ouverture au premier trimestre 2025.

Partie hospitalière de l'Hôtel-Dieu

La polémique au sujet des constructions dans les cours de la rue d'Arcole a conduit à une révision des permis de construire. Les événements de l'année 2020 (crise sanitaire, élections municipales) ont retardé la reprise de ce projet qui fera l'objet d'études en 2021. Pour autant, des destructions ont été entreprises dans les cours et une mise à nu des étages pour retirer les matériaux indésirables, telle l'amiante. Les études se poursuivent pour répondre aux différentes demandes de la mairie de Paris concernant la hauteur des bâtiments, les matériaux utilisés et leur caractère réversible. Par ailleurs, des fouilles archéologiques sont menées au préalable du chantier. Enfin, le nouveau permis sera déposé au troisième trimestre 2021 pour un démarrage des travaux en avril 2022 et l'ouverture de la partie dite « Arcole » en septembre 2024.

Opération Lariboisière

Ce projet a bien progressé en 2020. Toutefois, l'appel d'offres lancé après l'obtention du permis de construire de décembre 2019 est resté infructueux du fait des projets en cours en Île-de-France (jeux olympiques, Grand-Paris). Pour autant, la livraison est toujours prévue pour 2025. Dans l'attente, le bâtiment Morax a été réceptionné en novembre 2020. Il est désormais en service. Quant aux destructions préalables à la construction des nouveaux bâtiments, elles ont débuté et s'achèveront à la fin du deuxième trimestre 2021.

Nouveau Garches

Ce projet prévoit l'implantation de l'hôpital de Garches sur l'emprise de l'hôpital Ambroise-Paré. Le projet a été déclaré éligible au processus de l'ex-comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) le 24 septembre 2019. Malheureusement, la crise sanitaire a retardé l'instruction du projet. C'est pourquoi il convient de reprendre les discussions avec les tutelles au regard de l'évolution du processus COPERMO, devenu depuis le comité national d'investissement en santé (CNIS). Les études demandées en phase 1 du COPERMO ont été réalisées. Par ailleurs, le capacitaire a été revu.

Campus du Grand Paris Nord

Ce projet a reçu un avis favorable du COPERMO en décembre 2016. Il est entré dans la phase d'analyse des offres du concours d'architecture, pour une désignation du lauréat en mars 2021. En outre, un retour d'expérience (RETEX) COVID-19 a été mené. Par ailleurs, un arbitrage interministériel a conduit à une augmentation du capacitaire de 80 lits. Une déclaration d'utilité publique doit être déposée d'ici quelques jours. Enfin, une promesse de vente du terrain a été signée avec *Peugeot société anonyme* (PSA) en décembre 2020. La livraison est prévue pour le dernier trimestre 2028.

Le président observe que la réforme du COPERMO est motivée par une volonté de déconcentration du gouvernement en direction des régions. Il s'enquiert des conséquences d'une telle réforme pour le financement des projets de l'AP-HP.

M. Didier FRANDJI indique que cette évolution aura peu d'impact pour les projets de l'AP-HP. En effet, ces derniers se situent au-dessus des seuils fixés par la nouvelle réglementation. Dans ces conditions, ces projets sont instruits à l'échelon national, qui évoluera également mais dans une moindre mesure. Toutefois, les instructions seront légèrement modifiées pour Avicenne, dont le financement sera davantage concerné par le niveau régional.

Le P^r Sandrine Houzé regrette que la présentation de ces projets ne mentionne pas les impacts sur l'activité hospitalière prévue dans ces bâtiments ni les projets médicaux associés.

Le président partage cette préoccupation pour les projets médicaux associés à de tels projets architecturaux. Toutefois, il rappelle que le point de ce jour est une revue succincte. Elle sera suivie au fil des séances de présentations par projet qui permettront des échanges plus nourris.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU partage cette préoccupation notamment pour le devenir du capacitaire et le projet Paris-Nord. De plus, elle s'étonne que les cessions immobilières n'aient pas été évoquées, notamment celle de l'hôtel Scipion qui financerait les travaux de l'Hôtel-Dieu.

Le président confirme que la question du capacitaire sera abordée dès la séance de février.

M. Didier FRANDJI confirme que la cession de l'hôtel Scipion est en cours de finalisation ce qui oblige à une certaine réserve.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que le projet de l'Hôtel-Dieu a été retardé de quatre ans, selon les informations qui viennent d'être données. Il s'enquiert de l'éventuel dépassement budgétaire. Il souhaite également connaître la date de livraison du nouveau Siège.

M. Didier FRANDJI rappelle que le projet de l'Hôtel-Dieu fait l'objet d'un réexamen budgétaire à l'aune des demandes de la mairie, visant à baisser la hauteur des immeubles et à modifier certains matériaux. Ces éléments auront un impact sur la distribution des locaux, sans pour autant modifier le projet médical associé. Par conséquent, l'ensemble de ces contraintes nécessitera un réexamen du budget dont les résultats ne seront connus qu'à la fin du premier trimestre 2021. Quant à l'opération du Siège, elle se poursuit normalement. Elle ne concerne que la création de bureaux ; il s'agit donc d'un projet nettement plus simple. La livraison est prévue pour le premier semestre 2022. De même, les travaux de Sainte-Perrine se poursuivent normalement.

Le D^r Christophe TRIVALLE s'enquiert du coût des travaux du nouveau Siège.

M. Didier FRANDJI précise que ce budget est bloqué par l'appel d'offres aux alentours de 40 M€.

Le P^r Virginie SIGURET-DEPASSE observe que la première livraison de bâtiments de Lariboisière concerne des bureaux et des services techniques.

M. Didier FRANDJI confirme que cette livraison satisfait à l'obligation de relocaliser les services techniques qui étaient jusque-là dans les bâtiments longeant la gare du Nord. De plus, le service d'anatomo-pathologie a intégré le dernier étage du bâtiment Morax.

VI. Approbation des comptes rendus des CME des 3 novembre et 1^{er} décembre 2020

L'approbation du compte rendu de la CME du 3 novembre 2020 est reportée.

Le compte rendu de la CME du 1^{er} décembre 2020 est approuvé à l'unanimité.

VII. Questions diverses

Grève des praticiens hospitaliers

Le D^r Cyril CHARRON indique que la grève illimitée des praticiens hospitaliers a débuté le 11 janvier 2021 à l'appel d'un syndicat. Cette grève est diversement suivie. Elle dénonce l'inégalité dans les carrières, induite par la publication récente de deux décrets. En effet, si un effort est consenti sur les débuts et fins de carrière, tel n'est pas le cas pour les praticiens en milieu de carrière, notamment pour ceux de 40 à 50 ans. Une déclaration a été rédigée et a été bien accueillie par l'ensemble des praticiens hospitaliers (PH) membres de la CME. Il donne lecture de la déclaration suivante :

« Les décrets modifiant les échelons de la grille des émoluments des praticiens hospitaliers (fusion des quatre premiers échelons pour les PH nouvellement nommés et création de trois échelons supplémentaires en fin de carrière) est un effort notable et inédit pour les PH en début et en fin de carrière mais ne concerne pas la majorité des praticiens hospitaliers actuellement en poste à l'hôpital public.

En effet, nous constatons une réelle iniquité du déroulé de carrière avec une perte d'ancienneté de quatre ans pour les praticiens déjà nommés par rapport aux nouveaux entrants. Par ailleurs, pour une grande majorité de ces praticiens, il sera impossible, compte tenu de leur âge de nomination, d'atteindre les derniers échelons de la grille.

L'ensemble des communautés médicales pense que, malgré les discours annoncés lors du « Ségur de la santé », il n'est pas suffisamment tenu compte de la situation des praticiens hospitaliers du service public qui se sont pourtant pleinement engagés depuis plusieurs années dans la carrière.

Le plan "Investir" pour l'hôpital 2019 et les accords du Ségur ne répondent pas, aux yeux de l'ensemble des praticiens de l'hôpital, aux défis de l'attractivité et de la fidélisation.

Trop de praticiens, qu'ils soient en milieu de carrière ou qu'ils subissent la pénibilité de la permanence des soins en sont les oubliés. Or ils représentent les forces vives et l'ossature médicale de nos hôpitaux.

Nous souhaitons vous alerter sur la situation sociale dégradée au sein de nos établissements. Les praticiens, comme l'ensemble des soignants, ont un besoin urgent d'être reconnus et soutenus sans réserve. Le malaise dans notre communauté médicale grandit toujours. Or les éléments jusqu'alors proposés ne suffisent pas à entrevoir une amélioration notable sur l'attractivité, les conditions d'exercice et la qualité de vie au travail des praticiens hospitaliers fidèles à l'hôpital public.

Nous souhaitons donc que l'ensemble de ces sujets soit clarifié et qu'un premier signal soit rapidement envoyé en appliquant à tous la nouvelle grille des praticiens hospitaliers. En effet, indépendamment de l'indemnité du service public hospitalier, la refonte de cette grille doit être perçue par tous les praticiens, sans exception, comme un facteur majeur de cohésion, d'attractivité et de fidélisation médicale des hôpitaux publics. »

Le D^r Diane BOUVRY souligne que les praticiens font remonter de nombreuses demandes pour que la CME prenne en compte la situation générée par cette réforme. En effet, le caractère inéquitable de cette dernière peut créer des tensions au sein des équipes et poser un problème de fidélisation à moyen terme. Quoi qu'il en soit, tout le personnel reconnaît qu'il s'agit d'une réelle avancée, en particulier pour les praticiens en début de carrière.

Le D^r François SALACHAS considère que cette réforme constitue un effort pour attirer les jeunes PH vers l'hôpital public. Toutefois, elle ne change pas fondamentalement la situation, et notamment la forte concurrence des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) vis-à-vis de l'AP-HP, qui est de plus en plus prégnante et inquiète les PH plus matures, dont les conditions de travail sont impactées par le délitement des équipes médicales. Il craint que le personnel médical subisse la même perte d'attractivité que le personnel non médical. Si cette perte d'attractivité n'est pas encore totalement irréversible, elle est bien réelle. Il souhaite que cet appel du terrain soit entendu. Il est lassé de voir que de tels arguments ne sont pas pris en considération. En effet, l'AP-HP encourt le risque de voir ses PH expérimentés rejoindre les ÉSPIC, où ils seront mieux traités. Il y a dix ans, une étude avait conclu que les PH ne quitteraient jamais l'AP-HP. Il ne tient pas à tenir un tel pari car la situation a évolué et les sources d'inquiétude sont grandes. C'est pourquoi la CME doit se positionner sur le risque réel de voir l'AP-HP perdre la colonne vertébrale médicale de ses services hospitaliers.

Le P^r Véronique ABADIE signale avoir été alertée de la situation des PH de son service, qui sont des personnes raisonnables. Ils lui ont fait part de la nécessité pour eux de travailler nettement plus longtemps du fait des dispositions du décret. Soit la réforme a été mal comprise soit elle comporte des erreurs. Si les désavantages des PH en milieu de carrière sont confirmés, il convient de soutenir ces agents, pour éviter les tensions dans les services et le découragement de ce personnel compétent et pleinement engagé. La réaction ne doit pas tarder pour éviter que le malaise ne s'intensifie et échappe à tout contrôle.

Le P^r Bernard GRANGER souligne que le « Ségur de la santé » n'a pas apporté le ballon d'oxygène attendu pour les PH. Tel est également le cas des autres catégories de professionnels. De plus, il existe également des départs de PU-PH, même si leur nombre est plus limité, en raison du manque d'attractivité des carrières hospitalo-universitaires. En dépit des manifestations de soutien, les données objectives confirment la tendance du personnel paramédical toutes spécialités confondues (psychomotriciens, psychologues, orthophonistes, etc.) à quitter l'hôpital. Ce phénomène atteint le cœur de la qualité des soins, qui repose autant sur ces professions que sur les médecins. Cette grève est donc légitime. Il a lui-même pris position, notamment contre la loi HPSP. Ce qui a été dit à cette époque s'est malheureusement vérifié et la crise qui s'est alors

installée n'a pas du tout été enrayée par les avancées du « Ségur de la santé ». Par conséquent, il revient à la CME de lancer des alertes pour lutter contre le dépérissement de l'institution.

Le président partage ce qui a été dit et soutient les revendications. Il estime toutefois que les problèmes d'attractivité ne se limitent pas à la question des salaires. Bien que la revalorisation des salaires induite par la publication du décret n'ait pas été négligeable, elle laisse les praticiens de milieu de carrière avec un sentiment d'iniquité et crée des frustrations. De plus, elle ne résout pas les problèmes d'écart de rémunération avec les ÉSPIC. Les praticiens actuellement en grève ne sont pas dans la revendication permanente mais ils ont aujourd'hui le sentiment d'avoir été oubliés par les revalorisations salariales.

Le D^r Bruno GREFF souligne que les jeunes PH voient leur rémunération et leur ancienneté dépassées par celles des praticiens nouvellement nommés. C'est pourquoi l'objectif de la grève est le reclassement de tous les PH selon les mêmes règles d'ancienneté sans décalage. Il soulève par ailleurs un problème de paramétrage des jours de grèves dans l'outil *MedTime*. En effet, un jour de grève entraîne une sorte de double peine avec une retenue sur salaire et aucun décompte dans les obligations de service. Ce point déjà vainement évoqué en GHU, relèverait d'une compétence centrale, c'est pourquoi il convient de le porter aujourd'hui devant la CME.

M^{me} Hélène OPPETIT se saisit du sujet et va l'instruire avec son équipe.

Le P^r Claire POYART confirme le départ vers d'autres structures de certains PU-PH. Elle alerte également quant au manque d'attractivité du statut des MCU-PH, qui travaillent en laboratoire de biologie, du fait notamment de la raréfaction des promotions vers le statut de PU-PH.

Le président estime que la CME ne peut pas négliger le sujet de la grève ni celui de l'attractivité des carrières hospitalières ou hospitalo-universitaires. Il propose donc la motion suivante :

« Préoccupée de façon générale par le problème d'attractivité de l'hôpital public, et plus particulièrement pour le personnel médical H et HU, la CME de l'AP-HP attire l'attention du ministre de la santé sur le malaise créé dans le corps des praticiens hospitaliers par les modalités retenues pour la revalorisation de leur grille salariale. »

Le D^r Vianney DESCROIX souhaite que le terme « attractivité » soit remplacé par celui de « fidélisation » au regard de la population concernée.

Le D^r François SALACHAS rappelle que le « Ségur de la santé » a beaucoup ménagé les cliniques privées puisque le différentiel de salaire des infirmiers n'est que de 20 €. Dans ces conditions, il est impossible d'attirer le personnel vers l'hôpital public. Il souligne l'importance du terme de fidélisation, en raison du caractère structurant du personnel expérimenté au sein des équipes. C'est pourquoi la fidélisation est cruciale pour la pérennité de l'hôpital public. Il déplore qu'une telle notion reste inconnue des pouvoirs publics.

Le P^r Véronique ABADIE souhaite que le terme « attire l'attention » soit remplacé par celui de « soutient », pour donner plus de force à la position de la CME.

Le D^r François SALACHAS partage cet avis.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU souligne que les Ph nommés les années précédentes par écrasement des 3 premières années d'ancienneté se voient dépassés par les nouveaux arrivants ce qui suscite de l'incompréhension.. De plus, la fin de grille nécessite de rester en poste très

tardivement. Ce qui ne sera pas possible pour de nombreux praticiens. Par conséquent, une telle mesure n'est pas réaliste, il convient que la CME s'engage sur ce sujet pour en souligner le caractère problématique.

Le D^r Éric LE BIHAN souligne que le ministre de la santé a annoncé lors d'une séance de questions/réponses à l'assemblée nationale que la rémunération des praticiens hospitaliers ne posait pas de problème au regard des dispositions du décret. Il convient d'exprimer le soutien de la CME aux PH par un communiqué moins laconique que la phrase proposée.

Le P^r Bernard GRANGER propose de rajouter « et soutient leurs revendications » en fin de texte.

La motion est modifiée de la façon suivante :

« Préoccupée de façon générale par le problème d'attractivité de l'hôpital public, et plus particulièrement pour la fidélisation du personnel médical H et HU, la CME de l'AP-HP attire l'attention du ministre de la Santé sur le malaise créé dans le corps des praticiens hospitaliers par les modalités retenues pour la revalorisation de leur grille salariale et soutient leurs revendications. »

La motion est approuvée à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 45.