

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 12 OCTOBRE 2021**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 2021**

## Sommaire

1. Informations du président de la CME	6
2. Plan d'action pour la protection des données	12
3. Avis sur un protocole de coopération portant sur le thème « investigation et prise en charge des patients allergiques par l'infirmière avec ou sans télémédecine »	15
4. Politique de coopération territoriale :	17
- Avis sur la convention entre le groupe hospitalier AP-HP Hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis et l'établissement public de santé mentale de Ville-Évrard	17
- Groupement de coopération sanitaire – Institut fédératif de cancérologie du Nord-Est parisien	18
- Révision des conventions d'association hospitalo-universitaires	19
- Assistants de recherche partagés	21
5. Avis sur le bilan social 2020 :	23
- Focus sur les personnels des disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques	23
- Focus sur les sage-femmes	24
6. Réforme du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds	25
7. Approbation du compte rendu de la CME du 14 septembre 2021	25
8. Questions diverses	25

# CME du mardi 12 octobre 2021

16h30 – 19h30

## Ordre du jour

### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Plan d'action pour la protection des données (M<sup>me</sup> Donatienne BLIN)
3. Avis sur un protocole de coopération portant sur le thème « investigation et prise en charge des patients allergiques par l'infirmière avec ou sans télémédecine » (D<sup>r</sup> Bruno GREFF)
4. Politique de coopération territoriale :
  - Avis sur la convention entre le groupe hospitalier AP-HP. Hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis et l'établissement public de santé mentale de Ville-Évrard (P<sup>r</sup> Emmanuel MARTINOD, M. Pascal DE WILDE)
  - Révision des conventions d'association hospitalo-universitaires (P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI, M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT)
  - Assistants de recherche partagés (P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI, M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT)
5. Avis sur le bilan social 2020 :
  - Focus sur les personnels des disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques (M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, M. Olivier TRÉTON)
  - Focus sur les sages-femmes (M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, M. Olivier TRÉTON)
6. Réforme du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds (M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT)
7. Approbation du compte rendu de la CME du 14 septembre 2021
8. 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 l'année universitaire 2021-2022

**- Assistent à la séance :**

• ***Avec voix délibérative :***

P <sup>r</sup>	Véronique	ABADIE	P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER
P <sup>r</sup>	René	ADAM	D <sup>r</sup>	Bruno	GREFF
D <sup>r</sup>	Marie	ANTIGNAC	M <sup>me</sup>	Sophie	GUILLAUME
D <sup>r</sup>	Thomas	APARICIO	D <sup>r</sup>	Christian	GUY-COICHARD
P <sup>r</sup>	Elie	AZOULAY	P <sup>r</sup>	Agnès	HARTEMANN
P <sup>r</sup>	Frédéric	BATTEUX	D <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU
D <sup>r</sup>	Fadi	BDEOUI	P <sup>r</sup>	Sandrine	HOUZÉ
D <sup>r</sup>	Sébastien	BEAUNE	P <sup>r</sup>	Jean-Louis	LAPLANCHE
D <sup>r</sup>	Guy	BENOIT	D <sup>r</sup>	Éric	LE BIHAN
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Rachel	LEVY
P <sup>r</sup>	Olivier	BOURDON	P <sup>r</sup>	Laurent	MANDELBROT
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	P <sup>r</sup>	Xavier	MARIETTE
D <sup>r</sup>	Donia	BOUZID	D <sup>r</sup>	Rafik	MASMOUDI
M <sup>me</sup>	Leila	BOUZLAFA	D <sup>r</sup>	Giovanna	MELICA
P <sup>r</sup>	Sophie	BRANCHEREAU	P <sup>r</sup>	Yann	PARC
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	M.	Louis-Paul	PATY
P <sup>r</sup>	Jean-Claude	CAREL	P <sup>r</sup>	Antoine	PELISSOLO
P <sup>r</sup>	Alain	CARIOU	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	D <sup>r</sup>	Nathalie	PONS-KERJEAN
D <sup>r</sup>	Julie	CHOPART	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
P <sup>r</sup>	Olivier	CLÉMENT	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
P <sup>r</sup>	Yves	COHEN	D <sup>r</sup>	Nathalie	RICOME
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
M <sup>me</sup>	Audrey	DARNIEAUD	P <sup>r</sup>	Thomas	SIMILOWSKI
D <sup>r</sup>	Jean-Philippe	DAVID	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D <sup>r</sup>	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D <sup>r</sup>	Brigitte	SOUDRIE
P <sup>r</sup>	Hubert	DUCOU LE POINTE	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
P <sup>r</sup>	Jacques	DURANTEAU	D <sup>r</sup>	Samir	TINE
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
M.	Julien	FLOURIOT	D <sup>r</sup>	Valéry	TROSINI-DESERT
P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P<sup>r</sup> Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- P<sup>r</sup> Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- D<sup>r</sup> Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'Île de France (ARSIF)
- M<sup>me</sup> Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

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

- M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN, P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ, M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeurs généraux adjoints ;
- M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT et M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie et de la transformation (DST)
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information (DSI)
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

- **Invités**

- M. Milan LAZAREVIC, directeur adjoint de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI)
- M<sup>me</sup> Donatienne BLIN, déléguée à la protection des données (DSI)
- M. Pascal DE WILDE, directeur du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis (HUPSSD)

- **Secrétariat de la CME :**

- M<sup>me</sup> Coryse ARNAUD (DPQAM)
- M<sup>me</sup> Déborah ENTE (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M<sup>me</sup> et MM., P<sup>rs</sup> et D<sup>rs</sup> Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Jean-Yves ARTIGOU, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Yves-Hervé CASTIER, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALES, Vianney DESCROIX, Margaux DUMONT, Mathilde DUVAL, Thierry FAILLOT, Vincent FROCHOT, Émelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Éric LE GUERN, Michel LEJOYEUX, Emmanuel MARTINOD, Salomé MASCARELL, Vianney MOURMAN, Stefan NERAAL, Juliette PAVIE, Marie-Noëlle PERALDI, Louis PUYBASSET, François SALACHAS, Clara SALINO, Virginie SIGURET-DEPASSE, Michel VAUBOURDOLLE, et Noël ZAHR.

*La séance s'ouvre à 16 heures 30, sous la présidence du P<sup>r</sup> Rémi SALOMON.*

## **1. Informations du président de la CME**

### **Situation du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Tenon**

**Le président** souhaite revenir sur les suites apportées par l'AP-HP aux plaintes déposées par des patientes à l'encontre du P<sup>r</sup> Émile DARAI, chef du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Tenon. Immédiatement, la direction de l'AP-HP et la gouvernance locale ont décidé de missionner une commission d'enquête dont il convient d'attendre les résultats, prévus fin octobre.

**Le P<sup>r</sup> Laurent MANDELROT** confirme que les accusations de violences à l'encontre du P<sup>r</sup> Émile DARAI font l'objet d'une enquête dont il faut maintenant attendre les résultats. Cette affaire produit deux effets : auprès des patientes qui la vivent comme un événement anxiogène et auprès des professionnels qui craignent d'être montrés du doigt et d'être soupçonnés de maltraitance. Au nom de la discipline de gynécologie-obstétrique, il souhaite rappeler que tous les membres du service sont extrêmement vigilants face aux plaintes et aux retours négatifs. Toutes les réclamations déposées directement auprès du service ou de la direction sont traitées en temps réel. Laisser entendre que la question n'aurait pas été prise en compte est ressenti comme une atteinte forte aux différents chefs de service. Cette affaire dépasse le seul cadre de l'AP-HP car les principes éthiques s'appliquent à tous les domaines de la médecine. Cependant, l'examen gynécologique, peut-être plus que d'autres examens cliniques, nécessite d'obtenir le consentement de la patiente. Pour répondre aux attentes des professionnels et des patientes, un travail sur l'information doit être mené. Même si la rédaction d'une charte ne réglera pas tous les problèmes, le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) sera attentif à ce travail.

**Le président** ajoute que l'AP-HP a été interpellée sur cette question par M<sup>me</sup> Anne HIDALGO, présidente du conseil de surveillance. En réponse, la volonté d'avancer sur cette question avec la collégiale de gynécologie-obstétrique a été affirmée, pour que les patientes soient prises en charge dans les meilleures conditions.

**Le directeur général** confirme que cette affaire affecte les professionnels et les patientes et il était donc important de lancer une mission d'enquête. Elle a été diligentée par la gouvernance du groupe hospitalo-universitaire (GHU) avec l'accord du président de la CME et du directeur général de l'AP-HP. La période intermédiaire actuelle, en attendant les résultats de cette enquête, est sensible. Confirmant les termes du message qu'il a envoyé à tous le 8 octobre dernier, le directeur général rappelle qu'il est important de respecter les étapes de l'enquête tout en se montrant totalement transparent sur les événements. Dans cette affaire, le nombre de témoignages est important même s'il est sans commune mesure avec le nombre de patientes suivies par le service. Ils sont de nature diverse mais concordants et pointent des difficultés que le chef de service a lui-même reconnu dans un courrier qu'il a adressé au directeur général et dans lequel il reconnaît avoir mal pris en compte certains points. L'objectif est désormais de faire la lumière sur cette affaire et de prendre les décisions individuelles et/ou d'organisation qui concernent le service lui-même. Cette affaire semble aussi montrer qu'il existe des points faibles, ce qui justifie que des travaux soient lancés avec la collégiale. Pour ce qui concerne plus globalement les réclamations, d'ailleurs au-delà de la gynécologie-obstétrique, il importe aussi de prendre en compte l'ensemble des signaux faibles pour éviter toute dégradation de la situation. Le directeur général indique que toutes les parties prenantes œuvrent dans le même sens pour éclairer la situation, prendre les bonnes décisions et consolider les bonnes pratiques.

**Le président** indique que, au-delà de cette affaire, c'est l'occasion de mener une réflexion plus large sur la prise en compte et le traitement des réclamations.

**M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME** souhaite associer la collégiale des sages-femmes à la réflexion car la discipline concerne autant les obstétriciens-gynécologues que les sages-femmes. Des plaintes sont parfois exprimées concernant les soins en salles d'accouchement et elle demande par conséquent que la réflexion soit commune.

**Le P<sup>r</sup> Thomas SIMILOWSKI** confirme que le traumatisme né de cette affaire est très important pour l'ensemble des équipes mais aussi pour les équipes d'anesthésie et de radiologie. Avec le doyen Bruno RIOU et la direction du groupe hospitalier, une longue réunion d'explication a été organisée vendredi 8 octobre pour expliquer la situation et soutenir les équipes. Un soutien institutionnel de l'AP-HP a été déployé avec l'aide de M<sup>me</sup> Laurence SARTON. Tous les moyens ont été mis en place pour que les professionnels aient la possibilité de s'exprimer et d'être rassurés le cas échéant. Cette aide psychologique vise à répondre à la souffrance des équipes.

**M<sup>me</sup> Audrey DARNIEAUD** s'associe à la demande de M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME et souhaite que la collégiale des sages-femmes se joigne aux travaux qui viennent d'être lancés.

**M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME** ajoute qu'il existe depuis trois ans un diplôme interuniversitaire intitulé « *prise en charge des violences faites aux femmes, vers la bientraitance* ».

**Le directeur général** précise que les sages-femmes coordinatrices seront conviées à la réunion qui se tiendra le 21 octobre. Si cela n'est pas encore fait, le contact sera pris très rapidement avec la collégiale.

### **Crise des ressources humaines**

**Le président** évoque la crise des ressources humaines, qui touche principalement les infirmiers aussi bien dans la plupart des services de l'AP-HP, que dans d'autres structures. Il constate que le nombre de « lits brancards » dans les services d'urgence, c'est-à-dire sans lits d'aval, augmente de manière assez significative. Par ailleurs, il craint que la situation de pénurie d'infirmiers retentisse sur les effectifs en poste dont la charge sera alourdie, ce qui pourrait les pousser vers un départ et ne ferait qu'aggraver les difficultés qui sont déjà extrêmement importantes.

Le président appelle donc tout un chacun à se montrer particulièrement attentif à ce que disent les équipes. Il conseille de se mettre à l'écoute de leurs difficultés et à faire le maximum pour les préserver car, face au marathon qui s'annonce, il faut absolument ménager les troupes.

En pédiatrie, cette crise des ressources humaines pose des problèmes importants car elle est corrélée à des fermetures de lits et aux épidémies hivernales qui ont commencé depuis une dizaine de jours. L'affluence dans les services d'urgence augmente assez vite avec les bronchiolites qui sont pour moitié dues au virus respiratoire syncytial (VRS) mais d'autres virus circulent également. Les gastro-entérites augmentent tout comme les infections de la sphère oto-rhino-laryngologique, ce qui entraîne un afflux très important dans les services d'urgence et une difficulté à trouver des places de réanimation. Les réanimations sont quasi-pleines depuis quelques jours ainsi que les unités de soins continus. La difficulté la plus grande concerne l'aval car, en pédiatrie générale, de nombreux pré-adolescents et adolescents sont hospitalisés pour une détérioration de leur santé mentale (tentatives de suicide, troubles sévères du comportement alimentaire, etc.). C'est une difficulté supplémentaire pour la pédiatrie générale car 20 % à 25 % des lits sont occupés par ces jeunes patients avec des durées de séjour qui peuvent être longues. De plus, cette situation est particulièrement difficile pour des équipes qui ne sont pas spécialisées

en pédopsychiatrie et cela concerne toute la France. La présidente de la Société française de pédiatrie, le P<sup>F</sup> Christèle GRAS - LE GUEN, indique que le taux d'occupation des lits de pédiatrie générale par des adolescents relevant de la pédopsychiatrie est de 50 %.

La conjonction de ces éléments fait craindre de grandes difficultés pour absorber le flux des nourrissons atteints de bronchiolites. En novembre 2019, il avait fallu transférer 27 nourrissons loin de Paris et la crainte est que cette difficulté se reproduise en 2021. À l'instar de l'organisation mise en place pour la crise Covid-19, le président a donc suggéré que soit mise en place une structure de type cellule de crise avec, à sa tête, un directeur médical de crise central. Avec le directeur général, ils ont nommé le P<sup>F</sup> Ricardo CARBAJAL à cette fin. Des directeurs médicaux de crise seront aussi désignés sur chaque site disposant d'un service de pédiatrie. L'organisation doit aussi se coordonner à l'échelle de la région et des directeurs médicaux de crise sont en cours d'identification dans tous les hôpitaux pédiatriques franciliens. Les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatriques sont dorénavant coordonnées même s'il n'existe pas de centralisation. Il ajoute que les P<sup>S</sup> Frédéric BATTEUX et Pierre-Henri JARREAU travaillent depuis l'hiver dernier à un plan d'augmentation du capacitaire qu'il n'a pas encore été nécessaire de déployer. Au moment où ce plan a été élaboré (février 2021), la situation n'était pas aussi préoccupante qu'aujourd'hui mais toutes les actions du plan visent à anticiper une possible crise.

**Le directeur général** indique qu'il est sur le point de se rendre en Arménie pour 48 heures avec plusieurs professionnels, notamment chirurgiens, qui sont intervenus par solidarité dans ce pays après la guerre. L'objectif est d'y poursuivre la coopération.

Il indique que, après le mouvement de grève des sages-femmes du 7 octobre dernier, une rencontre a été organisée avec la collégiale et avec M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME. Suite à cette rencontre, il est prévu de procéder à une réévaluation de toutes les maquettes organisationnelles dans une première série de maternités et de services, y compris d'urgence d'abord dans les sites du nord et de l'est de la région, là où les difficultés sont les plus fortes. Un référent sage-femme sera également réinstallé au Siège comme cela était le cas par le passé.

Concernant la tension sur les effectifs, la pénurie de ressources concerne tout autant l'AP-HP que les Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC), les centres de lutte contre le cancer, les établissements de santé et les structures médico-sociales. Dans toutes ces structures, les tensions sont très fortes avec 10 à 15 % de lits fermés, un sous-effectif et une forte tension sur les effectifs de nuit et parfois aussi une tension dans les blocs opératoires et en salle. Certains de ces établissements commencent à soupçonner l'AP-HP de faire du dumping puisque, depuis la rentrée, l'AP-HP concentre ses efforts pour rendre l'institution attractive. En effet, des actions sont menées sur deux fronts : concernant le recrutement pour réduire l'écart par rapport à la cible, même si cet écart ne pourra pas être totalement comblé, et concernant l'organisation notamment pour gagner des jours et des nuits tout en traitant le mieux possible les patients.

Le directeur général ajoute que le jury de l'appel à projets pour la conclusion d'un bail à construction de 80 ans portant sur les bâtiments du siège de l'AP-HP s'est réuni le mercredi 6 octobre 2021 et a retenu cinq candidats. Un représentant de la CME était présent dans ce jury. Pendant les mois à venir, ces candidats devront finaliser leur offre pour qu'elle soit la plus avantageuse possible pour l'AP-HP. Une grande partie de la somme récoltée permettra de financer des investissements.

**Le président** indique qu'il est prévu d'aborder la situation des sages-femmes lors du point sur le bilan social.



**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** souhaite revenir sur la situation de manque de lits. Depuis vingt ans les urgentistes alertent sur la situation de pénurie de lits d'aval sans que le problème ne soit résolu. Cette situation a de grandes chances de se pérenniser car elle arrange finalement un certain nombre de personnes puisque l'objectif de fermeture de lits est un objectif constant. La crise a conduit à « tirer sur la corde » et à surtout ne pas changer de politique. Le « Ségur de la santé » a permis d'accorder des augmentations de salaires mais qui demeurent insuffisantes vu le travail effectué par l'ensemble des personnels. Il est convaincu que la situation n'évoluera pas tant que le management, qui est totalement désuet et souvent n'écoute pas les personnels, ne changera pas. La nouvelle réponse systématique à tout problème est désormais de nommer un directeur de crise. Il prend l'exemple de la chirurgie orthopédique : la situation est tellement tendue aujourd'hui que, pour ces urgences, les équipes ne peuvent qu'administrer des antibiotiques et mettre une attelle avant de renvoyer vers les urgences. Il en est de même pour la psychiatrie. Or, si le problème n'est pas pris à bras le corps, le danger est qu'il se pérennise. Il pensait que le discours du « quoi qu'il en coûte » allait permettre de s'en sortir mais il n'y croit plus car, si une épidémie importante était enregistrée pendant l'hiver, le bateau pourrait couler.

**Le président** confirme que le problème des lits d'aval n'est pas nouveau. Ce qui est observé aujourd'hui est la résultante d'une politique qui est menée depuis de nombreuses années. Aujourd'hui, l'AP-HP se situe en dessous de la ligne de flottaison avec des postes vacants et un budget pour recruter mais une pénurie de candidats. Il partage aussi la remarque portant sur le management car, lors de ses rencontres avec les équipes, il a souvent le sentiment d'un hiatus entre ce qui se dit en central et ce qui se vit dans les services. Il est donc essentiel que l'encadrement soit à l'écoute des équipes lorsqu'elles évoquent leur épuisement ou leur lassitude face à des plannings instables et à une charge de travail excessive. Le président insiste pour que chacun se mette à l'écoute des équipes même si une solution immédiate ne pourra pas être proposée, car les écouter et les entendre est de nature à contribuer à envisager un autre avenir. Cependant, il faudra aussi des budgets et des moyens sauf à ce que la réponse s'arrête assez vite. Le « Ségur de la santé » représente certes des investissements importants, mais les conditions de travail restent un problème. La crainte, qui est partagée par tous est que, si la pente n'est pas remontée et si le système de santé s'effondre, le coût qui en sera payé par la nation sera plus important.

**M. Guy BENOÎT** ne souhaite pas être redondant mais pense utile de marteler certains messages. Comme il l'a déjà dit en directoire, il a connu l'époque où les directeurs et directeurs adjoints assuraient les fonctions d'administrateurs de garde, puis des cadres ont été mis en première ligne. Dans certains groupes hospitaliers, ces cadres sont payés 500 € par jour, ce qui est loin de l'augmentation de 183 € par mois. Au-delà de la rémunération, les infirmiers diplômés d'État (IDE) n'acceptent plus et ne supportent plus d'être déplacés « comme des pions » et de connaître des plannings instables. Aussi, il ne suffira pas de créer des postes tant que les conditions de travail resteront pénibles et que le travail sera mal payé. L'écart entre l'augmentation accordée lors du « Ségur » et le montant d'une garde pour un cadre ou le montant de la rémunération des professionnels libéraux doit être pris en compte. Si le gouvernement ne règle pas non plus la question de la pénibilité du travail de nuit, cette tension ne pourra pas être levée car les personnels n'accepteront plus de travailler un week-end sur deux. L'AP-HP est au pied du mur et les beaux discours ne suffiront plus. Comme le secteur de la restauration qui peine à trouver des salariés, il faut que l'hôpital accepte de payer davantage ses personnels et améliore les conditions de travail. Il pense qu'il faut une vraie révolution culturelle sur le métier d'IDE sur le plan de la considération, du management et de la rémunération.

**Le P<sup>r</sup> Antoine PELISSOLO** ajoute que la situation de la psychiatrie adulte et enfant est également très préoccupante et s'est aggravée au cours des derniers mois. Les durées de séjour aux urgences

atteignent des niveaux record (avec une moyenne de 5 à 6 jours à Henri-Mondor). Il ne sait pas comment mais il faut absolument que la communauté médicale alerte les pouvoirs publics et lui fasse toucher du doigt que la situation actuelle est un danger. En effet, les soins sont dégradés et les équipes sont contraintes de signer la sortie de malades qui devraient être hospitalisés compte tenu du risque suicidaire ou hétéro-agressif. Il n'a malheureusement aucune solution miracle à avancer mais il souligne que de nombreux lits sont fermés en région parisienne et il n'est donc pas possible de réorienter des malades. Si la situation n'est pas prise en compte à sa juste valeur, l'institution court des risques médico-légaux.

**Le directeur général** reconnaît que les difficultés actuelles tiennent à des problèmes structurels qui ont été révélés de longue date. Cependant, il estime que le lien entre cette tension et le niveau des rémunérations est sans doute moins marqué qu'il ne l'a été par le passé. Les augmentations octroyées par le *Ségur de la santé* dépassent désormais 200 € mensuels depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2021 pour les infirmiers et l'impact des heures supplémentaires a été fort ces derniers mois. Les difficultés tiennent plutôt à un phénomène de fatigue, à l'organisation des services et au management médical, paramédical et administratif. Par ailleurs, pour répondre aux remarques sur les lits brancards, des mesures volontaristes ont été prises avec un certain succès pour réserver des lits à l'aval des urgences.

**Le président** confirme son inquiétude, notamment car il n'existe pas de solution simple à proposer. Cela étant, une nouvelle fois, il rappelle qu'il est essentiel de passer du temps auprès des équipes que l'on soit cadre, directeur, chef de service, etc. afin d'écouter ce qu'ils ont à dire.

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** reconnaît que la situation est extrêmement difficile mais ces difficultés seront allégées si les équipes se soudent autour d'un esprit collectif sans opposer les catégories les unes aux autres. La situation de crise existe : elle est indéniable et elle est visible dans tous les services. Il faudra donc faire preuve d'imagination, d'agilité sur les organisations pour faire en sorte que les malades soient pris en charge le mieux possible. C'est ce qui est proposé en pédiatrie avec un plan qui permet de réserver des lits en prévision de l'épidémie qui s'annonce. La réponse apportée est régionale et mobilise l'ensemble des acteurs. C'est vraiment dans ces situations difficiles que le collectif permet de s'en sortir comme la crise Covid-19 l'a démontré. Toutes les initiatives prises pour constituer une direction médicale de crise vont donc dans le bon sens car, face à une situation singulière, les réponses apportées doivent l'être également.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** souhaiterait obtenir un état des lieux précis des lits fermés. Un bilan a été présenté à fin août 2021, puis quelques données supplémentaires ont été données en septembre 2021, mais ces informations ne sont pas toujours comparables avec parfois des éléments en pourcentage et d'autres en nombre de lits. Il souhaiterait donc disposer d'un bilan complet détaillant le nombre de lits et précisant les services concernés. Cette cartographie serait utile pour dresser un véritable état des lieux et pointer les risques, notamment à l'approche des épidémies hivernales.

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** indique que la vision est très précise en pédiatrie, quasiment au lit près, puisque la décision a été prise d'augmenter le nombre de lits justement pour faire face aux épidémies hivernales. Toutes les informations sont répertoriées dans les plans « épidémies hivernales » service par service et hôpital par hôpital. L'objectif est d'augmenter le capacitaire en soins critiques et en lits d'aval et surtout en anticipation d'une épidémie qui arrive avec 15 jours d'avance. Plus globalement, le bilan relatif au nombre de lits par service peut être communiqué aux membres de la CME. Le bilan présenté lors de la dernière réunion était certes partiel mais celui-ci est désormais complet et exhaustif.

**Le président** ajoute que cette crise devra être gérée sur la durée compte tenu de la carence de candidats. M. Pierre-Emmanuel LECERF expliquera pourquoi les jeunes diplômés n'ont pas rejoint l'AP-HP aussitôt après avoir obtenu leur diplôme. Certains d'entre eux ont fait le choix de rejoindre des centres de vaccination. D'autres se tournent d'emblée vers l'intérim, ce qui est un véritable problème pour les services d'autant que le choix d'un intérim de courte durée ne permet pas de former les professionnels correctement. D'autres candidats encore s'accordent un temps de pause avant de rejoindre un service. Si c'est le cas, l'AP-HP peut espérer quelques recrutements dans le courant de l'hiver, mais ensuite il faudra attendre la prochaine sortie d'école en juillet 2022.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** confirme que l'AP-HP a lancé de nombreuses actions pour recruter davantage de candidats de la promotion de juillet 2021 qui était très limitée en nombre, ce qui explique aussi les tensions observées en Île-de-France et en France. Des contrats d'allocations d'études ont été proposés pour permettre de fidéliser en amont des étudiants. Grâce à l'accord signé dans le cadre du projet social avec les organisations syndicales, les contrats d'allocations d'études proposés par l'AP-HP sont les plus généreux d'Île-de-France (à hauteur de 9 000 € pour les étudiants qui acceptent de prendre un poste de nuit). À l'institut Gustave-Roussy, 30 % des postes de nuit sont vacants, ce qui conduit l'institut à rapatrier dans l'urgence une partie des hospitalisations de jour dans des services d'hospitalisation conventionnelle dont les lits ont fermé. Dernièrement, 350 étudiants ne répondaient pas aux sollicitations de l'AP-HP mais ce nombre a été ramené à 200. L'AP-HP ne faiblit pas dans ses efforts et participe à tous les salons infirmiers et à toutes les procédures de recrutement en ligne. Cependant, les candidats sont très peu nombreux. D'ailleurs, le 11 octobre, le ministère de la Santé indiquait dans un message adressé à tous les centres hospitalo-universitaires que les centres de vaccination commençaient aussi à rencontrer des problèmes de recrutement alors qu'ils empêchaient jusque-là nos recrutements avec une rémunération de 220 € la demi-journée. Au final, 160 futurs diplômés pourraient potentiellement être recrutés en décembre 2021 après leurs épreuves de rattrapage. Ensuite, il faudra attendre la sortie du mois de mars qui comptera environ 300 diplômés et la fermeture de nombreux centres de vaccination pourrait être un facteur favorisant.

Concernant l'intérim comme sur le sujet de la nuit, des réponses nationales doivent sans doute être portées. Pour ce qui concerne la nuit, comme tous les signaux d'alerte convergent, il est possible qu'une action nationale soit envisagée. Sur l'intérim, il ne voit pas d'autres solutions qu'une interdiction d'exercice intérimaire pour les jeunes sortant d'école pendant une durée donnée. Si cette décision doit être portée par une loi, la mesure ne pourra pas être appliquée cette année et pourrait même ne jamais se concrétiser. Si la mesure est réglementaire, les modalités seront peut-être plus simples. Tout comme l'intérim médical a fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics, il est essentiel de porter une attention aussi forte à l'intérim paramédical. De plus, l'attraction de l'intérim ne concerne pas que le métier infirmier car il a été identifié sur le marché des contrats pour des manipulateurs de radiologie à 90 €/heure alors que les marchés d'intérim à l'AP-HP sont de 16 à 18 €/de l'heure. Ce n'est pas spécifiquement l'AP-HP qui nourrit le marché de l'intérim mais toutes les structures de santé.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** relève qu'un constat alarmant est fait à chaque CME sans voir de leur d'espoir. Il est sidéré de voir que le thème du soin et de l'hôpital n'est pas du tout abordé par les politiques alors que la campagne présidentielle est lancée. Peut-être que les candidats pensent que le « Ségur de la santé » a été le geste qui a permis de tout régler ou du moins ayant permis de donner bonne conscience aux dirigeants mais c'est peut-être aussi que l'hôpital ne parle pas assez fort. Alors que ces difficultés ne concernent pas que l'AP-HP, il conviendrait de porter ce message plus fermement auprès des responsables politiques. M<sup>me</sup> Anne HIDALGO a proposé que le salaire des enseignants soit doublé mais n'a rien proposé pour les soignants, comme si leur tour était

passé. Pourtant, ce qu'il faut promouvoir, c'est bel et bien un choc d'attractivité sauf à ne jamais redresser la situation.

**Le président** rejoint ce point de vue mais souhaite aussi réfléchir à la manière de communiquer sur cette question car la communication peut être à double tranchant. Cela étant, il est convaincu que dans les jours ou semaines à venir, le sujet sera abordé. La presse commence à en parler. Il n'est pas possible de traverser une crise sanitaire de cette ampleur et que les problèmes du système de santé ne soient pas abordés pendant la campagne électorale. Des signaux doivent remonter. Par ailleurs, pour rebondir sur les propos de M. Pierre-Emmanuel LECERF, il se réjouit si le travail de nuit est un sujet pris en compte avec, à la clé, une réelle revalorisation, ce qui constituerait déjà un signal fort.

### **Autres actualités**

Le président fait part du départ du D<sup>r</sup> Stefan NERAAL de l'AP-HP le 1<sup>er</sup> novembre pour rejoindre le CHU de Rennes. Au nom de la CME, il le remercie pour son investissement pour la collectivité. Il a siégé dans le collège des internes lors de la précédente mandature avant de siéger dans le collège des contractuels. Il a aussi fait partie du groupe de professionnels qui a rejoint les Antilles cet été pour prêter main-forte aux équipes locales.

Il informe également du départ de la CME du D<sup>r</sup> Donia BOUZID, qui représente les contractuels hospitalo-universitaires (HU). Comme il s'agit de la dernière représentante de ce collège, il conviendra de procéder à de nouvelles élections partielles pour désigner de nouveaux représentants.

Deux lettres de mission ont été co-signées par le président de la CME et le directeur général pour, d'une part, confier au P<sup>r</sup> Sophie BRANCHEREAU le soin de conduire et piloter le projet de la nouvelle école de chirurgie et, d'autre part, pour désigner le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ comme nouveau directeur médical de l'école de chirurgie en remplacement du P<sup>r</sup> Pascal FRILEUX.

Par lettre de mission, la présidence de la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux (COMÉDIMS) a été confiée au P<sup>r</sup> Stéphane MOULY, chef de service de médecine interne de l'hôpital Lariboisière. Toutes ces lettres de mission sont consultables sur le site de la CME.

## **2. Plan d'action pour la protection des données**

**M<sup>me</sup> Donatienne BUN** indique que son intervention a pour but de présenter son activité en tant que déléguée à la protection des données (DPO, *data protection officer*) ou déléguée à la protection des données de l'AP-HP. Selon la définition de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), le DPO est le chef d'orchestre de la conformité réglementaire au terme du Règlement général de la protection des données personnelles (RGPD). Il pilote la conformité réglementaire et les différents chantiers de conformité de l'organisme, de contrôler et d'auditer en interne le respect de cette réglementation par l'ensemble des métiers, d'informer et de conseiller l'organisme dans son ensemble mais aussi ses métiers, et d'être le point de contact de l'autorité de contrôle, de la CNIL et de coopérer avec elle. Cette autorité administrative indépendante a des pouvoirs de contrôle et peut auditer les organismes sur site ou sur pièces. Elle a également un pouvoir de sanctions publiques ou financières qui peuvent toucher l'image. L'AP-HP n'est pas concernée par les sanctions financières, lesquelles visent essentiellement le secteur privé mais elles peuvent être conséquentes et représenter jusqu'à 4 % du chiffre d'affaires. Pour l'AP-HP, l'enjeu de la conformité est un enjeu éthique en termes de confiance et d'image vis-à-vis des usagers.

L'équipe de l'AP-HP dédiée à ces questions est composée de quatre personnes situées au siège : une directrice, une adjointe, une chargée de recherche et un chargé de suivi des réclamations des patients. Cette équipe rattachée à la DSI a des liens fonctionnels quotidiens avec la direction des affaires juridiques (DAJ), notamment pour les contrats mais aussi les plaintes de la CNIL.

Au quotidien, cette équipe conseille, alerte, émet des recommandations et effectue des revues de conformité. Ces revues sont des processus permettant de vérifier la conformité réglementaire du traitement. Elles incluent des analyses d'impact qui balayent les conditions de sécurité et les conditions dans lesquelles les données seront traitées.

Le RGPD est un règlement européen. En France, il s'ajoute à la loi *Informatique et liberté* qui s'intéresse aux aspects que le RGPD ne traite pas. Ce sont donc deux corpus réglementaires et législatifs qu'il faut superposer et analyser en parallèle.

Les principes fondateurs de la protection des données personnelles sont les suivants : la collecte des données doit avoir une finalité bien déterminée ; elle ne doit porter que sur les données nécessaires ; la durée de conservation des données personnelles doit être limitée dans le temps ; la protection et la confidentialité des données doivent être garanties ; les droits des personnes (patients, agents, usagers) doivent être garantis. Une adresse mail dédiée permet de s'adresser au DPO ou aux référents sur site pour traiter les demandes dans un délai d'un mois.

Les données traitées par l'AP-HP sont identifiées comme des données sensibles, notamment compte tenu du caractère stratégique de sa position dans le cadre du dispositif de dépistage pour lequel l'AP-HP a assuré la sous-traitance pour le compte du ministère de la Santé. En temps normal, les données manipulées par l'AP-HP sont déjà considérées comme sensibles au sens de la réglementation. De fait, l'AP-HP a fait l'objet de plusieurs audits : cinq depuis le début de l'année, le dernier audit de la CNIL faisant suite à la récente violation de données. La CNIL vient ainsi régulièrement contrôler l'AP-HP dans ses locaux et dans des délais courts. Ces audits entraînent beaucoup de travail de la part des équipes qui doivent remettre les pièces démontrant la bonne conformité de l'AP-HP. La CNIL continuera d'auditer l'AP-HP compte tenu des données sensibles qu'elle manipule pendant cette période particulière.

Dans le domaine de la conformité, plusieurs chantiers prioritaires ont déjà été menés depuis le renforcement de l'équipe DPO en janvier 2021. Le premier a concerné les plaintes CNIL qui sont aujourd'hui toutes traitées. Pour répondre à une obligation de transparence, l'information des patients a été mise à jour sur le site internet de l'AP-HP ainsi que l'information des salariés sur l'intranet. La procédure de confidentialité renforcée a été mise en place ; elle se déploie à la demande des patients pour permettre une prise en charge sous une identité fictive. Elle permet notamment de griser certains dossiers. Concernant la conformité imminente et les témoins de connexion (*cookies*), plusieurs réunions des instances collégiales ont été organisées pour décider du caractère illégitime ou non de l'accès aux dossiers patients. La commission d'accès aux dossiers des patients (CADP) est l'instance dédiée à la pré-qualification des accès illégitimes aux dossiers patients tandis que la commission des accès aux données patients et échanges (CADOPE) autorise ou non les demandes d'accès dans le respect de la confidentialité et de la gestion des habilitations. Plusieurs formations ont été dispensées auprès des référents et le chantier formation se poursuit, notamment au sein de la direction des systèmes d'information (DSI) en novembre. Plusieurs modèles de contrats ont été diffusés avec l'accord de la direction des affaires juridiques, ce qui permet de fluidifier le processus et d'améliorer la rapidité de conformité d'un traitement. La charte informatique a été réécrite avec l'aide de la sous-commission *Numérique* de la CME pour renforcer la sensibilisation dans le cadre d'une utilisation conforme des données.

Les chantiers prioritaires qui restent à mener concernent la sensibilisation, la formation et la communication, la gouvernance et les procédures, la cartographie et la conformité générale des traitements.

**Le président** confirme que le sujet de la conformité est un sujet extrêmement sensible comme l'actualité le démontre.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** souhaite porter à la connaissance de la DPO un exemple rencontré récemment. Il s'agit d'une patiente reçue en consultation pour une chirurgie de plusieurs heures faisant courir un risque hémorragique. Cette patiente atteinte d'une drépanocytose était suivie dans un autre hôpital de l'AP-HP. Pourtant, pour sa consultation d'anesthésie, il n'avait aucune information sur sa maladie dans le dossier ORBIS. Il a pu joindre la praticienne hospitalière en charge de cette patiente mais celle-ci n'avait pas accès au dossier de l'hôpital Beaujon et n'avait de ce fait pas conscience de l'intervention prévue ni de sa gravité. S'il n'avait pas pris le temps de faire ces recherches, un accident aurait pu se produire lors de la chirurgie. Après concertation multidisciplinaire, la décision a été prise d'ajourner l'opération. Il souhaite donc savoir comment obtenir des informations sur le dossier d'un patient, en particulier pour les disciplines transversales. Il ajoute par ailleurs que les secrétaires d'anesthésie qui prennent rendez-vous de chambre implantable dans son service n'ont pas eu les droits pendant 15 jours et qu'il a donc dû les suppléer pendant tout ce temps car étant le seul à avoir les droits transversaux.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** est très surpris par ce témoignage car, dès lors qu'il n'y a pas de doublon, le médecin a accès à tout le dossier ORBIS s'il est pris en charge.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** assure qu'il n'y avait pas de doublon. Il s'en est assuré avec sa collègue de médecine interne de l'autre hôpital de l'AP-HP. Il rencontre d'ailleurs fréquemment ce problème en interne dans son site.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** maintient qu'un tel blocage est impossible informatiquement. Le problème doit tenir à un autre problème de filtre ou de droits médicaux. Alors qu'il reçoit des patients venant de sites différents, il obtient toujours les dossiers sans aucun problème.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** estime que le sujet doit être aussi étudié pour éviter que des données puissent être consultées par n'importe qui. Par exemple, il suffit d'aller se faire vacciner aux urgences de Bichat pour que l'on puisse accéder au dossier personnel. Il convient donc de trouver un équilibre entre l'accès pour effectuer correctement son travail et l'accès qui permet de protéger les données personnelles. C'est sur ce juste équilibre qu'il faut travailler avec M<sup>me</sup> Donatienne BLIN.

**M<sup>me</sup> Donatienne BLIN** confirme que tout l'enjeu est de concilier les exigences de la CNIL et la continuité de l'activité. Pour cela, il faut définir précisément dans quels cas les accès doivent être donnés.

**Le P<sup>r</sup> Hubert DUCOU LE POINTE** remercie les membres de la CME qui ont accepté de travailler sur ce sujet avec M<sup>me</sup> Donatienne BLIN pour formuler des propositions concrètes et protéger les patients tout en diffusant l'information au sein de la communauté des praticiens.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** demande que cette réflexion n'oublie pas les besoins des disciplines transversales, notamment l'anesthésie-réanimation. Sans ces informations, un accident peut survenir. S'il n'y a pas d'anesthésiste-réanimateur dans cette commission, il se porte volontaire pour participer aux travaux.

**Le P<sup>r</sup> Hubert DUCOU LE POINTE** signale que tous les volontaires sont les bienvenus. Il revient sur le principe du « bris de glace » qui sera promu pour accéder aux informations. Cependant, il sera

contrôlé et en cas d'utilisations inappropriées des sanctions seront prises à l'encontre des médecins.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** indique que l'intérêt d'ORBIS est bien d'avoir accès à la totalité d'un dossier médical. Les restrictions posées sur les rendez-vous ont entraîné des difficultés, qui sont désormais résolues. Comme pour les disciplines transversales, en tant que référent vaccination, il peut être gêné de n'avoir accès qu'aux informations relatives à la vaccination pour tracer les effets secondaires. Sans ces informations, il est impossible de donner un avis et d'interpréter la réaction. Cet exemple montre qu'il faudrait fixer les limites aux bons endroits. Il préfère donc que l'on sanctionne ceux qui utilisent ces informations de manière non appropriée plutôt que de restreindre l'accès *a priori*.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** considère quant à lui que la prévention est préférable à la réponse curative. Par exemple il peut être problématique de donner accès à une information sur la sérologie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) d'un patient ou sa sexualité.

**Le P<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** vérifiera la configuration du compte du D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN, pour cette situation, plusieurs explications étant envisageables. Il est notamment possible que la patiente ait demandé une certaine confidentialité sur son dossier.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** répond que ce n'était pas le cas.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** indique qu'il faut aussi vérifier si la patiente a été admise dans le service en amont de la consultation. Pour répondre à la deuxième remarque portant sur la prise de rendez-vous, la limitation faisant suite à une mise en demeure de la CNIL et à un dépôt d'une plainte. Dans ce domaine, un travail doit être mené pour trouver où mettre le curseur.

### **3. Avis sur un protocole de coopération portant sur le thème « investigation et prise en charge des patients allergiques par l'infirmière avec ou sans télémédecine »**

**Le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY** explique que l'AP-HP peut désormais valider ses propres protocoles de coopération et les mettre en œuvre après avis formel de la CME et de la commission des soins.

Un comité de pilotage mensuel a été mis en place dans lequel siègent des représentants de la CME. L'administration instruit au préalable les protocoles et requiert l'avis d'experts notamment auprès des collégiales et spécialités concernées.

La CME doit donner ce jour son premier avis sur un protocole de coopération. Écrit il y a plusieurs années et remis à jour récemment, ce protocole a déjà suivi le processus de validation de la Haute autorité de santé. Cependant, ce processus de validation n'avait pas abouti en raison d'un changement des procédures. Chaque dossier donne donc désormais lieu à la nomination d'un ou plusieurs rapporteurs de la CME. Pour ce premier protocole, c'est le D<sup>r</sup> Bruno GREFF qui est rapporteur et le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY le remercie pour le sérieux avec lequel il a participé aux travaux d'instruction du dossier.

**Le D<sup>r</sup> Bruno GREFF** rappelle que ce protocole soumis à la Haute Autorité de santé (HAS) en novembre 2018 concerne la prise en charge des patients en pré-consultation et consultation d'allergologie pédiatrique. Les actes délégués concernent la pré-consultation infirmière qui précède immédiatement la consultation médicale, la consultation de suivi et la réalisation de tests cutanés en général demandés lors de la consultation médicale. Le protocole définit précisément les actes délégués et les critères d'analyse. Les objectifs, indications et modalités sont bien définis, notamment pour ce qui concerne la formation, les lieux d'exercice et le respect de la confidentialité. Le protocole propose une cartographie des risques détaillée assortie de toutes les actions préventives nécessaires.

La commission des soins a été consultée sur le protocole. La concertation de la CME a eu lieu dans la deuxième quinzaine de septembre. L'audition du promoteur a eu lieu le 5 octobre.

Les remarques émises concernent essentiellement la prise en charge initiale lors des consultations de diagnostic, et particulièrement pour les formes sévères. Pour les instances consultées, le champ de la délégation semblait un peu large. Des questions ont porté sur la place des puéricultrices et le rôle des diététiciennes dans la prise en charge des allergies alimentaires. Quelques questions ont été posées sur les procédures d'urgence en cas de réaction anaphylactique en consultation ou en pré-consultation.

Toutes ces remarques ont été adressées et ont fait l'objet de modifications du protocole. Dans la mesure où l'ensemble de ces remarques ont été intégrées, le comité de pilotage recommande à la CME de rendre un avis favorable.

**Le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY** ajoute que les membres de la CME peuvent participer au comité de pilotage même s'ils n'en font pas partie ou adresser leurs remarques par écrit puisque le protocole leur est envoyé en amont. Elle rappelle que les protocoles sont, en général, écrits par des équipes très spécialisées mais qu'ensuite n'importe quelle équipe de l'AP-HP, après autorisation de l'établissement, peut l'appliquer. La rédaction de ce protocole est tout à fait correcte et ne pose pas de problème en termes de qualité et de sécurité des soins.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** indique que le domaine de l'allergologie pédiatrique est un domaine dans lequel l'accès aux soins est catastrophique en raison de la pénurie d'équipes impliquées et de capacité de prise en charge. Les allergies alimentaires et pulmonaires chez l'enfant sont importantes et les besoins de santé sont considérables. Or, l'offre de soins est très faible, mais plus importante en secteur 2. Il souhaite donc que ce protocole de coopération puisse être validé pour élargir l'offre de soins. De plus, ce protocole s'appuie sur l'équipe médicale de Necker de haut niveau et, une fois adopté, ce protocole sera transposable à d'autres équipes de l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** ne souhaite pas que soit avancé l'argument de la pénurie dans l'accès aux soins pour demander que ce protocole soit validé. Si le seul argument est celui de la pénurie, cela revient à accepter un soin dégradé. Elle émet aussi des réserves sur ce protocole car la consultation médicale ne suit pas systématiquement la consultation infirmière. Parfois, la consultation médicale est décalée. Pourtant, même s'il existe une pénurie dans cette discipline, les patients devront être vus à un moment donné par un médecin. Par ailleurs, pour les allergies graves, elle considère que ce n'est pas d'abord aux infirmiers de voir les patients. Les infirmiers n'ont pas l'expertise pour identifier une allergie au curare en anesthésie par exemple. Pour ces allergies graves, il faut absolument une consultation médicale complète. Or, dans le protocole sur lequel la CME est invitée à se prononcer, le champ d'application va de la rhinite au choc allergique. Elle souhaite également savoir si l'application du protocole signifie que les infirmiers seront plus nombreux pour gérer les consultations.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** ne peut pas laisser dire que la qualité est dégradée par le protocole de coopération. Le protocole de coopération est au contraire une amélioration de la qualité de la prise en charge. La pénurie n'est pas là pour justifier la médiocrité de la prise en charge mais pour justifier la très grande qualité. Par ailleurs, le protocole précise clairement que les patients qui ont des formes d'allergies graves ou des formes d'allergies particulières pourront accéder à une consultation médicale de manière accélérée grâce à ce protocole.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** note cependant que c'est ainsi que le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL a introduit son intervention en rappelant que l'accès à l'allergologie était très limité, la liant de fait au protocole de coopération.



**Le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY** souligne que la situation de pénurie, le besoin d'accélération de la file d'active et la diminution du temps médical sont des arguments qui ont été avancés par l'administration lors du comité de pilotage mais ce n'est pas le discours du promoteur qui met d'abord en avant une amélioration de la qualité des soins, avec plus de temps pour expliquer aux patients les allergies et proposer des consultations de suivi plus rapprochées. En outre, les allergies sévères ont été retirées du champ de compétence du protocole de coopération.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** indique qu'elle n'avait pas reçu le protocole modifié, ce qui explique certaines de ses questions. Par ailleurs, ses remarques ne signifient pas qu'elle s'oppose systématiquement aux protocoles. Certains sont en place dans son service et elle reconnaît qu'ils sont extrêmement utiles. Elle souhaite également savoir si des effectifs infirmiers supplémentaires sont accordés pour mettre en place ces protocoles.

**Le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY** atteste qu'il existe des personnels dédiés pour les protocoles de coopération.

**Le D<sup>r</sup> Éric Le BIHAN** s'étonne que l'accès à l'allergologie soit plus facile en secteur 2 qu'en secteur public. En tant que membre de la commission d'activité libérale il souhaite avoir des éléments.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** précise qu'il ne parlait pas de l'activité libérale à l'hôpital mais dans l'ensemble le territoire.

**Le D<sup>r</sup> Sophie de CHAMBINE** confirme que les allergies médicamenteuses, comme celle au curare, sont bien exclues de la pré-consultation, ainsi que les allergies graves.

**Le D<sup>r</sup> Bruno GREFF** indique que la plupart des éléments soulevés par le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU sont pris en compte par le protocole qui indique que la pré-consultation doit précéder immédiatement la consultation médicale. En revanche, les consultations de suivi peuvent avoir lieu à distance. Les formes graves sont exclues. L'inclusion se fait à l'initiative du délégant et les mécanismes de contrôle et d'évaluation de la qualité du protocole incluent une revue de dossiers hebdomadaire des patients inclus. Le médecin dispose ainsi d'un retour sur la consultation par le biais d'un compte rendu de consultation.

*La CME rend un avis favorable à l'unanimité auquel seront adjoints les commentaires du D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU.*

#### **4. Politique de coopération territoriale**

##### **Avis sur la convention entre le groupe hospitalier AP-HP. Hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis et l'établissement public de santé mentale de Ville-Évrard**

**Le D<sup>r</sup> Samir TINE** précise que l'établissement public de santé mentale de Ville-Évrard (ÉPSVÉ) est situé à Neuilly-sur-Marne en Seine-Saint-Denis. Il assure une responsabilité populationnelle en termes de soins psychiatriques et de santé mentale dans une grande moitié sud du département, la partie nord-est étant sous la responsabilité de l'hôpital Robert-Ballanger. La convention vise à tisser des liens forts entre les trois hôpitaux du groupe hospitalier et Ville-Évrard autour des coopérations existantes. Elle permettra aussi de formaliser une coopération territoriale avec le projet d'implantation des services ambulatoires de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte de l'ÉPSVÉ de Bondy dans le nouveau Jean-Verdier, des partenariats entre les services médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) de l'hôpital Avicenne et le pôle de soins somatiques à vocation transversale « Coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé » (CRISTALES) de l'ÉPSVÉ, une collaboration entre les ethno-psychiatres en lien avec la consultation de psychiatrie transculturelle d'Avicenne, la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital Avicenne et le développement des relations entre l'ÉPSVÉ et René-Muret, qui dispose d'une filière complète de soins addictologiques

et d'une unité de 18 lits dédiés à la géronto-psychiatrie. Cette convention comporte aussi un volet universitaire qui formalise des partenariats existants en matière d'enseignement et de recherche. Des projets pourront être portés en commun par les deux établissements dans différents domaines de la recherche en santé.

**M. Pascal de WILDE** ajoute que l'objectif est de construire un projet plus intégré sur la base de liens existants avec Ville-Évrard, lesquels sont parfois très anciens. Le groupe hospitalier universitaire Paris – Seine Saint-Denis (HUPSSD) a un service de pédopsychiatrie, de psychopathologie de l'enfant et d'addictologie mais n'a pas de service de psychiatrie adulte tandis que Ville-Évrard est le grand hôpital psychiatrique du département avec 15 secteurs adultes et 3 services infanto-juvéniles. C'est donc une discipline pour laquelle existe une complémentarité. Ce projet fait aussi sens alors que le groupe a perdu des psychiatres du secteur adulte qui assuraient la prise en charge des patients au service d'accueil des urgences d'Avicenne et que Ville-Évrard compte par ailleurs un grand nombre de postes de psychiatres vacants, à l'image des difficultés au niveau national. La politique territoriale vise donc à conforter cet ensemble. Ce projet prévoit des regroupements qui sont l'un des aspects de la coopération. À titre d'exemple, l'AP-HP pourra bénéficier d'une équipe de Ville-Évrard en renfort au sein des urgences de l'hôpital Avicenne. Une première étape pourrait être franchie avant la fin de l'année avant une installation plus pérenne après travaux. Dans le cadre du nouvel hôpital Jean-Verdier, il est aussi envisagé de regrouper des implantations de Ville-Évrard dans le nouveau bâtiment à construire en plus des services existants (troubles du comportement alimentaire de l'adolescent, soins en recours de l'autisme). C'est donc une collaboration qui s'annonce fructueuse même si les deux parties font toutes deux face à des grandes difficultés. Cette convention est soutenue par la faculté. Un PU-PH de psychiatrie adulte a d'ailleurs été nommé, portant leur nombre à deux au total. Ce nombre reste toutefois bien insuffisant pour couvrir une population de près de deux millions d'habitants.

*La CME rend un avis favorable à l'unanimité sur la convention entre le groupe hospitalier Paris – Seine-Saint-Denis et l'établissement public de santé mentale de Ville-Évrard.*

### **Groupement de coopération sanitaire – Institut fédératif de cancérologie du Nord-Est parisien**

**M. Pascal de WILDE** rappelle qu'un groupement de coopération sanitaire (GCS) a été mis en place par son prédécesseur avec les acteurs de santé du département, à savoir le centre hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil, le centre hospitalier intercommunal André-Grégoire à Montreuil, le centre hospitalier de Saint-Denis, le centre hospitalier intercommunal Robert-Ballanger à Aulnay-sous-Bois et le centre hospitalier de Gonesse. Ce GCS créé en 2018 a commencé à travailler avant de suspendre ses travaux en raison de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Le but est aujourd'hui de redonner un élan à ce GCS dans un contexte élargi sous l'impulsion du programme ministériel « *un État plus fort en Seine-Saint-Denis* ». Ce travail a été ralenti par la crise mais depuis deux ans les acteurs œuvrent pour renforcer la base actuelle du GCS et l'étendre à une association de médecins « soins de proximité de qualité et la recherche en cancérologie 93 » d'Aulnay-sous-Bois qui regroupe des oncologues privés et publics, et également aux cliniques et des structures privées du département comme celles du groupe *Ramsay* ou *Elsan*.

Ce projet vise à rendre lisibles des parcours de soins, ce qui suppose de partir des parcours existants quand ils sont efficaces, comme pour la cancérologie du thorax. D'autres coopérations existent par ailleurs et ne sont pas répertoriées comme en hématologie entre des cliniques privées et le service d'hématologie d'Avicenne. Cette convention permettra aussi de créer des parcours qui n'existent pas. Des oncologues publics et privés ont commencé à travailler à une

mise en commun des référentiels. Ce projet apparaît essentiel dans un département où l'offre de soins est insuffisante ou méconnue. En effet, il faut savoir que 60 % des patients se font traiter hors du département.

*La CME rend un avis favorable à l'unanimité concernant l'avenant relatif au groupement de coopération sanitaire – Institut fédératif de cancérologie du Nord-Est parisien*

### **Révision des conventions d'association hospitalo-universitaires (P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI, M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT)**

Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI indique que ce sujet a été présenté aux membres de la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CVHT) le 4 octobre dernier et a permis de recueillir l'avis des doyens pour définir les principes de refonte de ces conventions. Chaque année en effet, à l'occasion des révisions HU, il est demandé un vote de la CME quant à l'ouverture de postes HU hors AP-HP ce qui suscite parfois des débats. Il apparaît donc important de revoir ces conventions d'association hospitalo-universitaires.

Ces conventions s'inscrivent dans un cadre réglementaire et sont signées par le directeur général du CHU de région, le directeur de l'établissement conventionné et le doyen. Chaque nouvelle convention doit être présentée pour avis devant les instances (CME, comité technique d'établissement et conseil de surveillance). Les conventions sont conclues pour deux ans et renouvelées par tacite reconduction avec un préavis de quatre mois en cas de dénonciation. Dans le cadre de la révision des effectifs hospitalo-universitaires, des emplois HU peuvent être attribués aux établissements liés par convention ou à des établissements candidats à une convention HU.

Les objectifs de ces conventions sont de doter les services hors CHU formateurs et performants en recherche de postes universitaires, de tenir compte de l'organisation de l'offre de soins avec la spécialisation d'établissements hors CHU, de conforter le rôle de pivot infra-régional de certains centres hospitaliers, d'augmenter les cohortes de patients susceptibles d'être inclus dans des protocoles de recherche, de déterminer une affectation hospitalière pour un personnel universitaire quand les sites du CHU ne disposent pas de la discipline concernée.

L'évolution des effectifs en établissements conventionnés est de 39 % en dix ans tous grades confondus. Cette augmentation est de 47 % pour les PU-PH dont le nombre est passé de 80 en 2011 à 118 en 2021. L'augmentation est de 36 % pour les MCU-PH et de 37 % pour les chefs de clinique assistants (CCA). De mêmes, les postes ont augmenté et sont également répartis entre établissements publics et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC).

Il convient donc de revisiter la majorité de ces conventions car l'augmentation des ressources affectées hors CHU s'est accompagnée d'un allègement du dispositif. Cette refonte inclut une redéfinition du cadre conventionnel avec une convention-cadre précisant le projet médical de recherche et les filières de patients et des avenants pour l'affectation des postes. Les conventions anciennes doivent en outre être actualisées pour suivre les effectifs. Il faudrait que la gouvernance de chaque GHU puisse présenter sa politique d'association en CME et en directoire et qu'un suivi annuel reprenne auprès des représentants de la CME, des doyens et de la direction générale.

La priorisation pourra se faire selon trois hypothèses : couvrir les conventions portant sur une filière de soins ou patients actuellement en débat dans l'offre de soins avec un sujet de concurrence ou de complémentarité (comme c'est le cas pour la psychiatrie et l'ophtalmologie), recomposition de l'offre de soins francilienne (comme les pathologies cardiaques et pulmonaires de l'enfant et de l'adulte) ou avoir laissée à la main de chaque GHU. Ce dernier choix pourrait être le plus approprié pour que les GHU s'emparent de chacune de ces conventions et les priorisent. C'est aussi le choix soutenu par les doyens.

La convention devra contenir un projet médical partagé (filiales de patients, prise en charge, participation à la permanence des soins) et un projet de recherche-innovation commun (programme de recherche clinique, recherche à promotion AP-HP). Elle devra aussi préciser la méthodologie de suivi et d'évaluation avec participation à des instances communes. Le projet devra montrer une volonté politique affichée *via* un courrier du directeur général, du président de la CME et des doyens aux établissements concernés tandis que le pilotage sera de la responsabilité des GHU, avec le soutien des directions centrales pour les données (flux de patients, production d'études communes, données sur les ressources humaines juniors). La convention donnera lieu à une présentation en directoire par les GHU et leurs partenaires et associera étroitement la CHVT.

Pour terminer, le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI remercie M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, son équipe, les membres de la direction de la stratégie et de la transformation (DST) ainsi que les membres de la CHVT pour leur travail sur ce sujet et concernant les assistants partagés et les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), ce qui permet de clôturer ce volet territorial.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** confirme que ce sujet est l'un des éléments de la politique territoriale du CHU. Une synthèse sera sans doute préparée sur tous les dispositifs RH qui concernent les juniors comme les seniors. Cependant, il était important de présenter dès maintenant un focus particulier sur les HU, notamment parce que chaque révision HU donne lieu à certaines interrogations. À ce titre, il apparaît utile de revisiter le dispositif conventionnel pour montrer que le CHU n'est pas fermé sur lui-même. La CVHT a été riche de débats intéressants avec des doyens qui ont plaidé pour une universitarisation du territoire totalement à leur main, notamment lorsqu'il s'agit de placer des ressources monovalentes sur les instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi). Pour les ressources bi-appartenantes, la marge de manœuvre est extrêmement importante et il est donc essentiel de parler de concert car il peut exister des enjeux communs ou des concurrences mais aussi en termes de projet médical et de recherche. Sur la méthodologie, il est envisageable de demander à chaque gouvernance hospitalo-universitaire de GHU de choisir et de prioriser les conventions les plus utiles à revisiter au vu de leur projet médical et des sujets à traiter sur leur territoire avec leurs partenaires. Une trame a cependant été élaborée par le Siège et a déjà servi aux HUPSSD pour sa convention avec Ville-Évrard et à Paris Saclay pour son projet de convention avec la fondation des étudiants de France, projet qui sera présenté lors d'une prochaine réunion.

**Le président** estime important de rappeler le sens de ces collaborations qui a évolué depuis 40 ans. Il souhaite savoir si ce travail peut inclure une réflexion sur les écoles d'infirmiers, notamment pour ce qui concerne les terrains de stage.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** indique que cette réflexion ne peut pas être incluse dans cette convention qui ne concerne que la ressource hospitalo-universitaire. Cependant, d'autres outils pourraient être mobilisés.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** rappelle que les Ifsi sont universitarisés mais ne sont pas concernés par ces conventions, car un dispositif de mono-appartenants s'applique, notamment aux sages-femmes, IDE et masseurs-kinésithérapeutes. Le statut du bi-appartenant n'a donc pas été retenu pour ces nouvelles universitarisations, ce qui retentit aussi sur l'hôpital et pourra faire l'objet d'une discussion avec les doyens.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** souligne qu'il est très important de garder en tête l'aspect concurrentiel. L'AP-HP ne va pas toujours se battre à armes égales, notamment sur les professions médicales en tension, car les conditions proposées en dehors des instituts et des unités de recherche ne sont pas tout à fait les mêmes. Ce sont des éléments dont il faut tenir compte. Aussi une discussion

préalable avec les doyens est toujours nécessaire avant de prendre une décision d'universitarisation de site qui proposerait des conditions plus attractives que celles de l'AP-HP.

**Le président** le remercie pour cette mise en garde.

### **Assistants de recherche partagés (M. Milan LAZAREVIC)**

**M. Milan LAZAREVIC** rappelle que l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France vient de lancer un troisième appel à candidatures pour permettre la création de postes d'assistants à temps partagé de recherche clinique (APRC) entre un service universitaire d'un établissement de santé et un service non universitaire d'un autre établissement de santé. Ce dispositif prévoit l'accueil d'un assistant partagé de recherche clinique durant deux ans. L'ARS finance 60 % des postes créés et les 40 % restants sont à la charge des établissements partenaires.

L'objectif principal de l'appel à candidatures est d'accompagner les établissements de santé dans leur activité de recherche. En particulier, le dispositif souhaite appuyer les essais thérapeutiques et l'aide à l'inclusion des patients. Sur ce dernier point, l'objectif n'est pas de faire faire à l'assistant un travail de technicien mais de le positionner en tant qu'investigateur. Le dispositif vise à impliquer l'assistant dans la sensibilisation et la formation des étudiants à la recherche clinique et à renforcer les liens entre services universitaires et non universitaires. Cet appel à candidatures s'adresse à des partenariats qui associent deux établissements de santé et pour l'établissement non universitaire, ceux en difficulté ou situés en grande couronne sont priorités.

Un des services d'accueil doit obligatoirement être agréé pour accueillir des internes pour permettre à l'assistant de participer à la formation clinique et de recherche. Toutes les spécialités peuvent être concernées par l'appel à candidatures. Le candidat aura une activité mixte (mi-temps clinique et mi-temps recherche) entre les deux services ayant rédigé le projet partagé. Seront privilégiées les équipes (universitaires et non universitaires) pouvant déjà démontrer une collaboration existante en recherche clinique. Les candidats pouvant faire état d'une expérience ou d'une formation en recherche clinique seront privilégiés.

Le recensement effectué à l'AP-HP a permis d'identifier trois terrains : 4 assistants déjà présents au GHU Henri-Mondor, 1 à Paris-Sorbonne et aucun pour les hôpitaux universitaires de Paris – Seine-Saint-Denis. Les GHU Paris-Centre, Paris-Nord et Paris-Saclay n'ont pas encore répondu.

En lien avec la direction des affaires médicales et les GHU, il est proposé de finaliser le recensement et de proposer des modalités d'animation des assistants en termes d'accueil, de formation, de suivi, etc. Il faudra aussi évaluer le dispositif en matière de soutien à la recherche, même si le dispositif est encore récent puisqu'il date de 2019. Il pourra cependant être sondé la pertinence du dispositif avec un bilan portant sur le nombre d'études, le nombre d'inclusions, la vitesse d'inclusion, la participation à des réseaux d'investigateurs. Il sera également proposé d'élargir l'évaluation du dispositif à l'échelle du groupement inter-régional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) qui rassemble l'ensemble des acteurs pouvant être impliqués dans le dispositif de l'ARS (centres hospitaliers, cliniques, ESPIC, organismes de soins primaires, etc.). En fonction du résultat de ces évaluations, il sera possible de proposer des évolutions du dispositif auprès de l'ARS sur les objectifs, le périmètre ou encore les critères de sélection. Ce dispositif est une vraie chance car il n'est pas national et relève d'une initiative de l'ARS d'Île-de-France. Cela prolonge les discussions de la CME quant à la politique territoriale car plus de 10 établissements hors AP-HP sont impliqués à ses côtés.

**Le président** rappelle que le volet territorial est l'un des chapitres importants du projet médical. Les centres hospitaliers de la région sont très demandeurs de ce type de coopération.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** note que le lancement de ce dispositif par l'ARS reste récent et mériterait d'être davantage concerté avec les doyens. Quelques ajustements apparaissent nécessaires et la CME, par le biais de la commission recherche, pourrait peut-être en faire la publicité.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** indique que le processus n'a que trois ans et confirme qu'il a été lancé par l'ARS sans véritable concertation avec les doyens. La première année, le dispositif a été limité à l'onco-hématologie, ce qui était probablement une erreur car les candidats ont été très peu nombreux. La deuxième année, ils ont été aussi peu nombreux et c'est probablement le même constat qui sera fait pour cette troisième édition. Le dispositif a été mal conçu alors qu'il pourrait être extrêmement utile. Le dispositif prévoit que l'équipe universitaire et l'équipe non universitaire collaborent sur le plan de la recherche et que le candidat ait une expérience de recherche, ce qui sélectionne d'emblée des personnes qui ne vont pas être attirées par un poste d'assistant partagé pour deux ans. Il aurait été beaucoup plus astucieux d'en faire des postes de chef de clinique de type territoriaux, solution qui aurait été plus attractive car permettant d'obtenir le titre de chef de clinique après deux ans de partage entre les deux établissements. Par ailleurs, aucun objectif n'est assorti à ce dispositif et on ignore comment sera évaluée à terme sa pertinence, ce qui laisse entendre qu'il n'a pas été bien conçu au départ.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** considère qu'il est difficile d'évaluer la portée potentielle de ce dispositif. Il demande si les centres de lutte contre le cancer sont des établissements avec lesquels il serait possible d'avoir des assistants partagés car considérés comme des établissements non universitaires.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** pense qu'il est préférable de se demander si les centres anti cancéreux comme les services universitaires de Versailles ou du centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) ont besoin de l'aide de l'ARS pour la recherche, ce dont il doute. Ce n'est pas la notion de CHU qui compte mais le profil universitaire des équipes concernées. Faire financer un poste par l'ARS pour faire de la recherche clinique à l'Institut Gustave-Roussy (IGR) n'a pas de sens selon lui en termes d'investissement. Sinon, il faut changer l'objectif et dire que deux équipes universitaires de CHU peuvent avoir un poste d'assistant partagé de recherche clinique, ce qui ne semble pas être l'objectif. Il rappelle qu'il n'y a que dix postes pour toute l'Île-de-France.

**Le président** est assez d'accord avec ces derniers propos.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** comprend la discussion sur le périmètre mais précise que sa question s'adressait à M. Milan LAZAREVIC pour savoir si un poste pouvait être partagé entre ce type de centres et l'AP-HP.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** répond qu'il est possible de bâtir ce type de coopération avec des centres de lutte contre le cancer dès lors que les partenaires se mettent d'accord sur les objectifs du temps médical partagé, mais ce serait hors dispositif de l'ARS. Peu d'ARS investissent la recherche comme le fait l'ARS d'Île-de-France, il faut donc se saisir de cette opportunité même si ce dispositif doit être évalué et revisité. Il s'agit toutefois d'un vrai levier de travail dans le territoire car il peut permettre de construire de belles collaborations et de créer du lien entre les équipes. Avec le GIRCI et les doyens, des travaux seront conduits pour faire évoluer le dispositif et essayer de l'amplifier, par exemple pour viser des coopérations territorialement plus proches.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** explique que la recherche clinique ne se limite pas à cela et qu'il faut résolument l'amplifier avec plus de moyens.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** ajoute que la présidence tournante du GIRCI sera confiée à l'AP-HP et au P<sup>r</sup> Tabassome SIMON pour deux ans à partir du mois de novembre. Cette convergence des calendriers doit permettre aussi d'avancer dans le sens voulu.

**Le président** souhaite qu'un point soit fait en CME à ce sujet en lien avec la CHVT et la commission *Recherche* d'ici quelques mois.

## 5. Avis sur le bilan social 2020 :

### Focus sur les personnels des disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques (M. Olivier TRÉTON)

**M. Olivier TRÉTON** signale que l'évolution des effectifs est positive à hauteur de + 0,58 % pour les seniors. L'essentiel de l'augmentation se situe au niveau des internes (+ 2,4 %). En neutralisant l'effet junior, les évolutions sont dynamiques en termes de recrutement : pour les praticiens hospitaliers contractuels (PHC) et les assistants avec des progressions à deux chiffres tandis que les effectifs de praticiens attachés continuent leur décrue. Ces tendances s'inscrivent dans la continuité des années passées. Ce qui commence à changer, c'est une dynamique plus favorable pour le personnel titulaire avec des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) temps plein qui augmentent de 1,4 % en 2020 alors que la tendance des années précédentes était une baisse. Cet effet de stabilisation tend à se confirmer en 2021. En nombre de personnes physiques, cela représente 70 personnes. En équivalents temps plein (ÉTP), cette variation est de l'ordre de 120 suivant les modalités de calcul du bilan social. Les attachés représentent environ 20 % des ÉTP. Ce point différencie l'AP-HP des autres CHU français pour lesquels ce taux se situe aux alentours de 10 %. Par ailleurs, le taux de PH à l'AP-HP est de l'ordre de 40 % contre 50 % dans les autres CHU français.

À l'AP-HP, la médiane de temps pour les attachés est de deux demi-journées, donc la moitié d'entre eux exerce une ou deux demi-journées par semaine. L'âge moyen des praticiens évolue peu malgré un léger rajeunissement qui s'explique par le dynamisme du recrutement sur les contrats d'assistants. L'âge médian est stable autour de 44 ans.

Les professions médicales se sont largement féminisées sur la période 2013-2020 pour atteindre une moyenne de 55 %. En revanche, le grade de PU-PH reste très largement masculin. Entre 2019 et 2020, la féminisation a peu progressé chez les directeurs médicaux de départements médico-universitaires (DMU) mais cette cohorte est limitée à 80 personnes. En revanche, après un travail de mise à jour des responsables de structures internes aux DMU, la progression de la féminisation est de 43,7 %.

La crise a entraîné un train de mesures salariales spécifiques, ce qui explique une évolution de la masse salariale de 5,05 % consacrée pour 85 % aux mesures de majoration des gardes et pour 15% aux effets du « Ségur de la santé » dès septembre 2020 pour les étudiants, puis à partir de décembre 2020 pour la majoration de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) pour tous les personnels médicaux éligibles.

**M. Guy BENOÎT** constate que les effectifs restent constants. Sur dix ans, par tranche d'âge, des personnes plus jeunes sont recrutées tandis que la tranche d'âge 40-54 ans diminue et que le nombre de plus de 60 ans augmente. Par rapport à 2010, l'effectif des 30-39 ans a augmenté en nombre de 125 personnes (+ 20 %), l'effectif des 40-54 ans est en baisse de 212 (- 12 %) et l'effectif des plus de 60 ans augmente de 233 (+ 27 %). La moyenne évolue donc peu, mais les évolutions sont significatives suivant les tranches d'âge. De ce fait, les quadragénaires, lorsqu'ils sont à l'optimum de leurs compétences vont voir ailleurs pour monnayer leur expertise. En revanche, au-delà d'un certain âge, d'autres se résignent à terminer leur carrière à l'AP-HP. Il estime que ce sont des évolutions dont il faut se préoccuper. De plus, la révision des effectifs tourne en moyenne autour de 300 recrutements par an. En 2020, ce nombre a été de 370. Hors retraite, on note 170 départs, soit la moitié d'une promotion. Les départs ont plutôt augmenté passant de l'ordre de 140 à 170 en moyenne depuis quelques années mais la stabilité de l'âge moyen des PH ne reflète pas ces évolutions.

**Le président** souligne que les motivations des départs anticipés doit effectivement être analysées pour travailler sur l'attractivité médicale.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** ajoute qu'il faut aussi prendre en compte le fait que les médecins changent de plus en plus fréquemment de villes car les carrières et les parcours professionnels sont devenus plus séquencés que par le passé. L'AP-HP doit certes garder ces professionnels mais doit aussi avoir conscience de ces nouveaux rythmes. Ce sont aussi des évolutions sociétales à prendre en compte.

**Le président** confirme qu'il faut des carrières moins linéaires et de la mobilité mais à condition qu'elle fonctionne dans les deux sens, de Paris vers la province et inversement. Dans certains pays, il est naturel de changer plusieurs fois de villes dans sa carrière mais force est de reconnaître que cette mobilité est moins naturelle en France.

**Le D<sup>r</sup> Marie ANTIGNAC** constate que la commission parité équité aura beaucoup de travail à mener sur la base des données qui viennent d'être présentées.

### **Focus sur les sages-femmes (M. Olivier TRÉTON)**

**M. Olivier TRÉTON** précise en introduction qu'il présente le bilan social 2020 qui sera donc en décalage avec la situation vécue en 2021. En 2020, les effectifs de sages-femmes étaient de 692 ÉTP avec un taux de titulaires de 87,2 % et un taux de contractuels en contrat à durée déterminée (CDD) de 12,5 %, taux en diminution par rapport à 2019. La répartition par quotité de temps de travail est stable avec une prédominance des quotités à 50 % et 80 %. L'âge moyen est de 36,6 ans. Après une baisse les années passées, il s'est stabilisé. Au cours des deux dernières années, le dynamisme des recrutements concernait essentiellement les contractuels mais ce sont les titulaires et les stagiaires qui ont augmenté le plus en 2019 et en 2020. Sur deux ans, l'augmentation du nombre de sages-femmes a été de 4 %.

Le *turn-over*, selon les règles de calcul du bilan social, est de 7 % en 2020, soit un taux en diminution par rapport à 2019. Ce *turn-over* est retravaillé par la direction des ressources humaines (DRH) pour prendre en compte les mouvements internes. De ce fait, il pourrait sans doute supérieur à 7 % et proche du *turn-over* des infirmiers. Le nombre de jours d'absence par agent a légèrement diminué en 2020 pour les absences non médicales (c'est-à-dire les congés maternité essentiellement) mais il a augmenté pour les absences médicales incluant les congés grossesse pathologiques (11,16 jours en 2020 contre 9,51 jours en 2019). Rapporté aux agents qui ont eu un arrêt de travail, l'absentéisme médical est de 22,82 jours en 2020 contre 28,70 jours en 2019. Les heures supplémentaires sont stables en 2020 mais ont nettement augmenté en 2021. La durée des accidents de travail oscille entre 16 et 35 jours suivant les années mais sur une période plus longue, cet indicateur est stable.

**M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME** relève que le *turn-over* est relativement inquiétant car il fragilise les équipes. La présentation évoque une augmentation des postes alors qu'il existe une grande tension dans certaines maternités, en particulier dans le GHU Paris-Nord qui est en sous-effectif, avec une fuite des professionnels vers le secteur libéral. Une nouvelle fois, la présentation dissocie les sages-femmes et le personnel médical alors que le code de la santé publique considère que les sages-femmes appartiennent aux professions médicales. Leur champ de compétences s'est largement développé. Il faut donc veiller à la manière dont l'hôpital considère les sages-femmes. Les plus jeunes ont une formation en études en sciences maïeutique et lorsqu'elles terminent leurs études, si elles veulent rejoindre l'hôpital, elles basculent alors vers une catégorie qui ne correspond pas à ce cursus. Les décrets en vigueur datent de 1998 alors que la société a changé ainsi que les professionnels de santé. Alors qu'un débat a porté en début de séance sur les violences faites aux femmes, les sages-femmes ne veulent plus non plus être complices d'un système qui conduit parfois, compte-tenu des conditions de travail très difficiles, à des pratiques maltraitantes. Ce malaise extrêmement important est à prendre en compte. Cette année, Sorbonne université compte 20 % d'étudiants de moins en maïeutique.



**Le président** explique que si le bilan social de sages-femmes a été dissocié du reste du bilan social, c'était dans l'objectif de faire un focus particulier sur cette population, notamment au regard du mouvement de grève actuel.

**Le P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT** partage les propos de M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME et ce constat est également porté par l'ensemble du collège des gynécologues obstétriciens. La crise du recrutement, qui ne concerne pas que l'AP-HP, est réelle et il est nécessaire d'améliorer l'attractivité car ce déficit est préoccupant en 2021 et ne pourra que s'aggraver si des mesures très fortes ne sont pas prises.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** ne reviendra pas sur le décret de 1998 ni sur le statut hybride des sages-femmes car ce sont des points déjà discutés avec la collégiale la semaine précédente. Le sujet est national et complique la gestion du personnel et la gestion des aspirations. À l'issue de la réunion avec la collégiale, plusieurs mesures ont été prises. Tout d'abord un travail sera mené sur les maquettes organisationnelles pour les maternités des deux groupes hospitaliers présentant des difficultés très fortes de recrutement, c'est-à-dire Paris-Nord et Paris-Seine-Saint-Denis qui sont regroupés dans le même DMU. Le poste de correspondant sage-femme au niveau du Siège sera de nouveau institué. Le métier de sages-femmes a été inscrit sur la liste des métiers dits en tension pour lesquels des dispositifs « attractivité » sont fléchés, notamment pour le logement. Le remplacement à 100 % des congés maternité a été validé. Enfin, un groupe de travail assez vaste sera mis en place pour travailler sur les sujets de formation, de tutorat et sur les parcours de carrière. Les effectifs ont beaucoup augmenté (de près de 20 %) depuis cinq ans, mais en partie en raison d'un effet périmètre. Cependant, malgré cette augmentation des effectifs, les difficultés sont réelles et appellent à poursuivre les travaux en cours avec la collégiale.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** souhaiterait connaître la proportion d'hommes parmi les sages-femmes.

**M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME** indique que ce taux est de l'ordre de 2 à 3 %.

*La CME rend un avis favorable à l'unanimité sur le bilan social 2020.*

## **6. Réforme du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds (M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT)**

*Ce point est reporté.*

## **7. Approbation du compte rendu de la CME du 14 septembre 2021**

*Ce point est reporté.*

## **8. Questions diverses**

*Il n'y a pas de questions diverses.*

*La séance est levée à 19 heures 20.*