

# COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

\*\*\*\*\*

## COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 10 JANVIER 2023

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 7 FÉVRIER 2023

## Sommaire

1. Informations du président	6
2. Approbation du compte rendu de la CME du 6 décembre 2022	10
3. Retour d'expérience sur la cyber-attaque du centre hospitalier du sud-francilien	10
4. Avis sur le protocole de coopération « Réalisation par l'aide-soignant, sur prescription médicale d'électrocardiogramme pour des patients majeurs et conscients, pris en charge dans une structure d'urgence en lieu et place de l'infirmier »	16
5. Bilan 2021 de la santé au travail et de la radioprotection des professionnels à l'AP-HP	17
6. Accueil des médecins étrangers à l'AP-HP	21
7. Intéressement à la recherche en 2023	24
8. Avis sur la création d'une fédération médicale inter-hospitalière en ophtalmologie entre l'AP-HP (GHU Centre) et le centre hospitalier de Mayotte	29
9. Questions diverses	30

## **CME du mardi 10 janvier 2023**

**16h30 – 19h30**

### **Ordre du jour**

#### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 6 décembre 2022
3. Avis sur le protocole de coopération « Réalisation par l'aide-soignant, sur prescription médicale d'électrocardiogramme pour des patients majeurs et conscients, pris en charge dans une structure d'urgence en lieu et place de l'infirmier »
4. Retour d'expérience sur la cyber-attaque du centre hospitalier du sud-francilien (D<sup>r</sup> Valérie CAUDWELL, présidente de la CME du CHSF)
5. Bilan 2021 de la santé au travail et de la radioprotection des travailleurs à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS, P<sup>r</sup> Hubert DUCOU LE POINTE)
6. Accueil des médecins étrangers à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Florence VEBER)
7. Intéressement à la recherche en 2023 (P<sup>r</sup> Gabriel STEG, M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN)
8. Avis sur la création d'une fédération médicale inter-hospitalière en ophtalmologie entre l'AP-HP (GHU Centre) et le centre hospitalier de Mayotte (P<sup>r</sup> Antoine BRÉZIN, M<sup>me</sup> Coralie CUIF)
9. Questions diverses

## **- Assistent à la séance :**

### **• Avec voix délibérative :**

P <sup>r</sup>	René	ADAM	P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU
P <sup>r</sup>	Philippe	ANRACT	P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER
D <sup>r</sup>	Marie	ANTIGNAC	D <sup>r</sup>	Bruno	GREFF
P <sup>r</sup>	Thomas	APARICIO	M <sup>me</sup>	Ariane	GUDIN
P <sup>r</sup>	Sadek	BELOUCIF	D <sup>r</sup>	Christian	GUY-COICHARD
D <sup>r</sup>	Guy	BENOÎT	P <sup>r</sup>	Agnès	HARTEMANN
D <sup>r</sup>	Lynda	BENSEFA-COLAS	P <sup>r</sup>	Sandrine	HOUZÉ
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Jean-Louis	LAPLANCHE
P <sup>r</sup>	Jacques	BODDAERT	D <sup>r</sup>	Éric	LE BIHAN
P <sup>r</sup>	Olivier	BOURDON	P <sup>r</sup>	Éric	LE GUERN
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	P <sup>r</sup>	Rachel	LEVY
P <sup>r</sup>	Sophie	BRANCHEREAU	P <sup>r</sup>	Laurent	MANDELBROT
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	P <sup>r</sup>	Emmanuel	MARTINOD
M.	Cédric	CARDOSO	D <sup>r</sup>	Rafik	MASMOUDI
P <sup>r</sup>	Alain	CARIOU	P <sup>r</sup>	Yann	PARC
D <sup>r</sup>	Sonia	CERCEAU	D <sup>r</sup>	Juliette	PAVIE
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	D <sup>r</sup>	Antoine	PELHUCHE
D <sup>r</sup>	Julie	CHOPART	P <sup>r</sup>	Antoine	PELISSOLO
P <sup>r</sup>	Olivier	CLÉMENT	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup>	Yves	COHEN	P <sup>r</sup>	Marie-Noëlle	PERALDI
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	P <sup>r</sup>	Nathalie	PONS-KERJEAN
D <sup>r</sup>	Tristan	CUDENNEC	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
M <sup>me</sup>	Audrey	DARNIEAUD	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
P <sup>r</sup>	Loïc	DE PONTUAL	D <sup>r</sup>	Nathalie	RICOME
P <sup>r</sup>	Vianney	DESCROIX	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
D <sup>r</sup>	Olivier	DRUNAT	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
P <sup>r</sup>	Hubert	DUCOU LE POINTE	D <sup>r</sup>	Brigitte	SOUDRIE
P <sup>r</sup>	Jacques	DURANTEAU	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT	D <sup>r</sup>	Valéry	TROSINI-DESERT
D <sup>r</sup>	Vincent	FROCHOT	D <sup>r</sup>	Noël	ZAHR

### **• Avec voix consultative :**

- P<sup>r</sup> Jean-Louis BEAUDEUX, directeur d'UFR de pharmacie
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- P<sup>r</sup> Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical

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

- P<sup>r</sup> Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- D<sup>r</sup> Édouard DEVAUD, président de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-

de-France

- D<sup>r</sup> David OSMAN coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) de l'AP-HP
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME
- 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>mes</sup> Stéphanie DECOOPMAN, Laetitia BUFFET et P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ, directrices générales adjointes
- M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET et M. Kevin MARCOMBE, directrice et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)
- M<sup>mes</sup> Véronique DROUET et Gwénolette ABALAIN, direction de la communication (DIRCOM)
- M. Florent BOUSQUIÉ et M<sup>me</sup> Louise COUTURIÉ, directeur et chef de cabinet du directeur général
- D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, directeur des services numériques (DSN)
- M. Milan LAZAREVIC, directeur de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI)

• **Invités :**

- D<sup>r</sup> Florence VEBER, directrice des relations internationales
- P<sup>r</sup> Mathieu RAUX, anesthésiste-réanimateur, Sorbonne Université
- D<sup>r</sup> Valérie CAUDWELL, présidente de la CME du centre hospitalier sud-francilien (CHSF)
- P<sup>r</sup> Gabriel STEG, vice-président du directoire de l'AP-HP chargé de la recherche
- P<sup>r</sup> Antoine BRÉZIN, chef du service d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin
- M<sup>me</sup> Coralie CUIF, direction de la stratégie et de la transformation

• **Secrétariat de la CME :**

- M<sup>mes</sup> Coryse ARNAUD et Clémence NOURRY (DAM)

• **Membres excusés :**

M<sup>mes</sup> et MM., P<sup>rs</sup> et D<sup>rs</sup> Véronique ABADIE, Octave AKAMATSU, Jean-Yves ARTIGOU, Elie AZOULAY, Frédéric BATTEUX, Fadi BDEOUI, Valérie BLANCHET, Jean-Claude CAREL, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Léonard CORTI, Jean-Philippe DAVID, Yann FLÉCHER, Jen-Eudes FONTAN, Émelyne HAMELIN, Jean-François HERMIEU, Marc HUMBERT, Michel LEJOYEUX, Xavier MARIETTE, Vianney MOURMAN, Paul-Louis PATY, Louis PUYBASSET, Philippe RUSZNIEWSKI, Samir TINE, Thomas SIMILOWSKI, Yasmine SMAIL et Michel VAUBOURDOLLE.

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

**Le président** adresse ses meilleurs vœux aux membres de la CME, à leurs proches et à leurs équipes.

## **1. Informations du président**

### ***Vœux du Président de la République***

**Le président** indique qu'il a assisté avec le directeur général aux vœux du Président de la République le 6 janvier 2023 au centre hospitalier sud-francilien (CHSF). Son discours laisse penser que certaines des analyses de la CME ont été entendues et que les difficultés rencontrées par les hôpitaux et les acteurs de la santé ont été reconnues. Il a notamment évoqué une « nécessaire réforme de la T2A » que M<sup>me</sup> Agnès BUZYN avait déjà considérée à l'époque comme « ayant fait son temps ». Il a également évoqué la revalorisation de la rémunération du travail de nuit et de la permanence des soins, ainsi que la refonte des études paramédicales, ce dont se félicite le président car ce sujet est souvent évoqué en CME, mais insuffisamment dans le reste du paysage. Il s'agit pourtant d'un réel enjeu qui doit être pris à bras le corps, au risque d'éprouver de grandes difficultés à rouvrir les lits à l'avenir. Le Président de la République a évoqué l'interdiction de l'intérim au sortir des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), qui met à mal les collectifs de travail. Il a par ailleurs évoqué la liberté d'organisation des services et le nécessaire décroisement entre la ville et l'hôpital, sujet sur lequel il était difficile d'avancer jusqu'à présent.

On peut toutefois regretter que le Président de la République n'ait mentionné ni les CHU ni la question des modalités de détermination de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). On peut également regretter l'absence d'ouverture sur l'idée de ratios de patients par infirmier, alors que lors de la rencontre organisée qu'il avait organisée le 23 décembre dernier à l'Élysée avec une délégation de pédiatres, dont le président de la CME de l'AP-HP, le président de la République avait introduit la notion de « seuil critique ». Cette question est essentielle pour réussir à attirer et fidéliser les infirmiers et les aides-soignants.

Certaines des pistes ouvertes par le Président de la République sont donc intéressantes mais restent encore floues à ce stade. La CME, tout comme la conférence des présidents de CME de CHU, doit donc rester force de propositions, en lien avec les autres conférences, et participer activement aux travaux qui devront préciser, décliner et compléter les annonces du Président de la République.

Le président défend l'idée des ratios, même si, évidemment, on ne peut pas décréter du jour au lendemain que ce ratio passera à 10 ou 8, car un chiffre normé et rigide n'est pas pertinent au regard de la spécificité des patients pris en charge. Il faut donc une souplesse et des ratios déclinés par spécialités. Mais il faut aussi tenir compte du fait que la charge de travail moyenne par patient a augmenté avec l'ambulatoire, mais aussi que le ratio nécessaire n'est pas le même selon que l'on dispose de plus ou moins d'infirmiers sortant d'école ou d'infirmiers expérimentés. C'est donc aux responsables d'équipes médicales et paramédicales de définir ce qu'il est possible de faire afin d'assurer la sécurité des soins. Dans quelques jours, une proposition de loi sera déposée au Sénat sur ce sujet.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** est frappé de constater la convergence entre le plan d'action de l'AP-HP et les directions parfois un peu imprécises annoncées par le Président de la République. Ce qui se

passera à l'AP-HP possède donc une importance particulière et pourra montrer la voie. Il a toutefois relevé quelques différences : le discours présidentiel évoque un « redéploiement » au sein des services de personnels administratifs alors que l'AP-HP évoque des « créations de postes ». Il semble plus sage d'envisager les choses sous l'angle du redéploiement. Le point clé est celui des ratios. Le discours présidentiel reste vague en indiquant « renforcer les équipes qui sont au chevet des patients : pour y parvenir, nous allons tout d'abord redonner du souffle aux équipes par le renfort de professionnels et plus de paramédicaux... ». Ce discours trouve de nombreux échos avec ce que dit la CME depuis de nombreuses années et avec le plan « Ma santé 2022 », dont certains points n'ont jusqu'à présent pas eu de traduction concrète. La convergence relative du plan d'action de l'AP-HP et du discours présidentiel montre enfin que lorsque l'on s'exprime et que l'on manifeste, on finit parfois par être entendu et à faire avancer les choses, même s'il reste encore beaucoup à faire. La référence à la sortie de la tarification à l'activité (T2A) n'est pas une déclaration anodine : il ne faut pas être naïf et rester vigilant, le pire à craindre sur ce point étant une nouvelle usine à gaz et des financements encore plus compliqués.

**Le Pr Jacques DURANTEAU** confirme que l'AP-HP peut être exemplaire par les mesures qu'elle mettra en œuvre. Il se dit rassuré d'avoir entendu dans le discours présidentiel la volonté exprimée de sauver le système public. La *deadline* annoncée au 1<sup>er</sup> juin 2023 oblige chacun à travailler sur le sujet. C'est également à la CME de créer les choses en interne. La réflexion sur la gouvernance est importante, de même que celle relative au positionnement du service, qui doit être remis au premier plan. Il a apprécié la référence à un nouveau mode de financement, qui pourrait être plus favorable pour le système public, car il persiste à penser que les professionnels ne sont pas payés pour ce qu'ils font à l'hôpital. Enfin, il a apprécié les propos présidentiels sur la permanence des soins, qui repose de plus en plus sur l'hôpital : tous les acteurs doivent y contribuer et seuls les établissements y contribuant vraiment seront favorisés. Sans être naïf, il faut essayer d'accompagner ces évolutions, car il n'est pas certain qu'une autre opportunité s'offrira aux professionnels d'aider le système public.

**Le Dr Patrick PELLOUX** estime que ce discours présidentiel est le plus « cruche » qu'il ait jamais entendu sur l'hôpital public. La réforme de la T2A figurait déjà dans son programme en 2017, mais n'est jamais apparue dans « Ma santé 2022 ». Il n'a eu aucun mot sur la revalorisation des praticiens hospitaliers ou les secteurs. Au-delà des grandes incantations consistant à dire que du personnel sera recruté pour renforcer les équipes, le président n'a pas évoqué le « choc d'attractivité » nécessaire pour les faire venir. Le service public a toutes les obligations (garde, permanence des soins...) alors que le privé n'en a aucune. Un sommet a été atteint avec les certificats de décès en ville puisque désormais, on laisse les cadavres chez eux. Le procureur de la République ne veut même plus réquisitionner les médecins de ville. La permanence des soins est essentielle et stratégique : les médecins libéraux ont obtenu, en plus de défiscalisations, des primes de 500 euros pour assurer les gardes des réveillons de Noël et du jour de l'An. Pendant ce temps, le service public rame. Le président de la République a seulement entériné des inégalités qui vont se poursuivre : le service public continuera à avoir l'obligation d'assurer des gardes de nuit et de faire le travail que les autres ne veulent pas faire. Les trois dernières semaines ont été désastreuses. Il est très déçu des propositions du Président, qui renvoient à des concertations qui ne mèneront à rien. Personne ne veut parler de la fuite des PH de plus de 50 ans en raison de la perte des 4 échelons. Cette situation est désespérante pour le service public et pour le système de santé.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** confirme l'intérêt de parler de la réforme de la T2A, mais regrette l'absence de mention faite à l'ONDAM, qui est le point fondamental. S'il n'est pas augmenté, quel que soit le système de financement, l'AP-HP ne s'en sortira pas. Lors de ses vœux, le président de la République a fustigé la rigidité des 35 heures à l'hôpital. La réforme du temps de travail voulue par M. Martin HIRSCH et ses conséquences sont connues. Le ministre de la Santé a rétro-pédalé en assurant qu'il n'était pas question de supprimer les 35 heures à l'hôpital, mais il est nécessaire de clarifier les choses, car l'AP-HP ne pourra pas attirer du personnel en disant que les « 35 heures sont trop rigides ». Il confirme par ailleurs que la permanence des soins et les gardes, notamment pour les plus jeunes, deviendront un sujet majeur de difficulté au recrutement et à l'attractivité de l'AP-HP.

### ***Informations du directeur général***

**Le directeur général** adresse ses vœux aux membres de la CME. Il aborde l'année 2023 en rappelant que l'AP-HP va lancer une série d'actions pour s'engager dans une trajectoire de redressement et de rebond. Le plan d'action « *30 leviers pour agir ensemble* » a été sérieusement travaillé et donnera lieu à une mise en œuvre transparente et évaluée. La faisabilité économique de ce plan qui constitue une condition de la crédibilité même de la démarche, sera assurée et permettra un engagement collectif. Ce cadre d'action doit nous convaincre de la capacité de l'AP-HP à agir par elle-même, sans attendre d'autres évolutions nationales.

Pour revenir aux vœux du Président de la République, la communauté médicale exprimait son attente d'une vision de nos responsables politiques sur la situation du système de santé et la place de l'hôpital public. L'expression du chef de l'État a permis de poser des convictions et des objectifs. Il a ainsi ouvert de nombreux sujets majeurs, tels que les conditions de travail, la formation, l'emploi, le temps disponible pour les soignants, la rémunération du travail de nuit, la valorisation des gardes et astreintes, les organisations de travail, le logement des soignants ou enfin le financement des établissements sanitaires. L'institution sera attentive à la cohérence des moyens d'action proposés pour concrétiser ces intentions. Quoi qu'il en soit, il se félicite de constater une certaine cohérence entre le plan d'action de l'AP-HP et la vision nationale.

**Le président** indique avoir défendu auprès du Président de la République qu'il était urgent d'agir car les soignants se sentaient abandonnés et qu'ils attendaient une prise de parole de sa part et des mesures concrètes et rapides, visibles dans les services, sans attendre les conclusions d'une quelconque « commission nationale de refondation ».

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** estime que le sujet du logement est emblématique et peut être à la main de l'AP-HP. Le Président de la République a conseillé à l'AP-HP d'abandonner l'idée d'obtenir une partie du parc locatif social. L'AP-HP devrait donc disposer d'un *pool* de logements, hors logements sociaux, totalement à sa main. Il était jusqu'à présent très difficile de connaître le nombre de logements disponibles et le plan de montée en charge. L'AP-HP dispose de ce levier et doit pouvoir répondre aux demandes des personnels.

**Le directeur général** rappelle que parmi les 30 leviers, l'AP-HP s'est fixé un objectif ambitieux de doublement dès 2023 de sa capacité annuelle d'attribution de logements. Au cours des trois dernières années, 600 logements ont été attribués en moyenne à des personnels de l'AP-HP, par le truchement direct de l'AP-HP. Ces chiffres n'incluent pas les personnels qui auraient bénéficié d'un logement social par d'autres voies, mais sur lesquelles l'AP-HP n'a aucune visibilité puisque la

mention de la profession de ces bénéficiaires n'est plus visible sur le fichier des demandeurs de logements sociaux. Cette montée en charge concernera le logement social, intermédiaire ou destiné aux jeunes professionnels avec des stratégies de droit unique de réservation, moins coûteux qu'un droit de suite. L'ensemble de cette stratégie, ainsi que son financement pourront rapidement faire l'objet d'une présentation en CME. En effet, l'AP-HP a déjà obtenu 20 M€ dans le cadre du « Ségur de la santé » et obtiendra au moins 25 M€ supplémentaires en 2023 pour poursuivre son action.

**Le président** annonce une séance restreinte extraordinaire de la CME dans sa composition A (titulaires hospitalo-universitaires) le 19 janvier à 18 heures en visioconférence pour un recrutement sur le poste de PU-PH du service de pédopsychiatrie de Necker.

**Le président** informe la CME qu'une réunion s'est tenue la semaine précédente au sujet du programme régional de santé (PRS) avec la direction de l'ARS d'Île-de-France et la direction générale de l'AP-HP. Les modalités d'association de la CME à ces travaux ne sont pas encore très précises. L'élaboration du PRS constitue un véritable enjeu car ce document définit notamment la manière dont les autorisations d'activité sont attribuées. Il est donc nécessaire de poursuivre la mise à jour du projet médical, d'ailleurs prévue dans les « 30 leviers ». Ce travail sera mené en étroite collaboration avec la direction de la stratégie de transformation (DST).

**Le président** fait part à la CME que, lors du directoire du 3 janvier 2023, la direction générale a présenté les modalités de mise en œuvre et de suivi des « 30 leviers », avec la mise en place d'une direction de projets auprès du directeur général. Un point sur les étapes de mise en œuvre sera réalisé à chaque directoire, accompagné d'un tableau de suivi actualisé. Le président souhaite que ces présentations aient également lieu à chaque CME. Deux questionnaires ont été adressés aux responsables des services et seront accessibles sur le site de la CME. Le premier porte sur le périmètre des départements médico-universitaires (DMU), le second sur les processus de décision.

**Le Pr Bahram BODAGHI**, qui a piloté le groupe de travail *ad hoc* sur les DMU, estime que les recommandations sont en accord avec ce qui a été discuté. Tous les intervenants sont désormais sur la même longueur d'onde. Il doute qu'il soit nécessaire d'apporter de nombreuses modifications aux périmètres actuels. Il remercie le groupe *ad hoc* qui a permis d'aboutir à ces conclusions reprises par le directeur général.

**Le directeur général** confirme que les deux questionnaires ont été ouverts en ligne le 9 janvier et partagés avec les gouvernances de structures internes. Leurs réponses sont attendus dans les 15 jours. Certains ajustements dans la liste des destinataires paramédicaux seront consolidés rapidement compte-tenu des dernières transmissions issues des GHU. Il est important que les personnes interrogées puissent s'exprimer et fassent des propositions qui permettront à la direction générale d'engager un important travail.

**Le Pr Bahram BODAGHI** indique que le groupe *ad hoc* sur les DMU est disponible pour aider dans l'analyse des résultats que fera la direction générale.

**Le Dr François SALACHAS** souhaite savoir si le questionnaire est envoyé uniquement aux cadres paramédicaux de DMU ou directement aux cadres de proximité. Il doute que le siège détienne les courriels de tous les cadres de proximité.

**Le directeur général** indique que le questionnaire est directement adressé par le siège à chaque destinataire, mais cela implique en effet un important travail d'identification, actuellement en cours de fiabilisation avec les GHU. Les destinataires qui n'auraient pas reçu le questionnaire lors de la première vague d'envoi pourront si besoin, bénéficier d'un délai supplémentaire pour répondre.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** relève une contradiction entre le discours du Président de la République, qui invite à repartir sur une structuration par service, et le fait que l'AP-HP continue à parler des pôles ou des DMU. La gestion doit se faire au plus près des besoins des malades et des personnels.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** indique avoir rempli le questionnaire qui est bien construit. Cette enquête sera très utile pour la suite. Le Président de la République a rappelé que la structuration en pôle était facultative. Peu d'établissements se sont emparés de cette possibilité. Concernant les évolutions à venir, il demande quelle méthodologie sera suivie : soit l'AP-HP se fonde sur le questionnaire et les discussions qui en découleront au sein du directoire ou d'autres instances, soit elle attend que des propositions émanent des services, les principaux concernés.

**Le directeur général** rappelle que les recommandations du groupe de travail *ad hoc* de la CME ont été le point de départ de cette démarche. Il espère que les contributions à ce questionnaire et propositions d'amélioration seront nombreuses. Ces résultats seront partagés avec les gouvernances des GHU pour revoir autant que nécessaire la cartographie des DMU, qui, au final, fera l'objet d'une co-décision du directeur général de l'AP-HP et du président de CME. Le sens, la légitimité et l'existence des DMU dans la durée se joueront sur leur capacité à démontrer leur valeur ajoutée. Aussi, la direction générale évaluera dans l'année suivant la mise en place des nouveaux DMU, les effets de cette réorganisation et la perception des personnes concernées, en la comparant aux résultats de l'enquête menée par la CME, début 2022.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** salue la réactivité des deux questionnaires, mais estime que celui portant sur les processus est plus complexe que celui portant sur le périmètre des DMU. Si certaines questions sont logiques, comme l'échelon de décision le plus adapté pour recruter les personnels, il ne sait par exemple pas comment répondre à des questions comme « les primes doivent-elles être attribuées au niveau des services ou des DMU ? ». Ces questionnaires sont intéressants et mériteront une analyse fine.

**Le directeur général** explique que certaines questions s'adressent aussi bien aux chefs de service qu'aux cadres de santé : certains sujets nécessiteront une réflexion collective en amont avant d'apporter une réponse.

## **2. Approbation du compte rendu de la CME du 6 décembre 2022**

*Le compte rendu de la CME du 6 décembre 2022 est approuvé à l'unanimité.*

## **3. Retour d'expérience sur la cyber-attaque du centre hospitalier du sud-francilien (CHSF) (D<sup>r</sup> Valérie CAUDWELL, présidente de la CME du CHSF)**

**Le D<sup>r</sup> Valérie CAUDWELL** indique que le CHSF a vécu une cyberattaque brutale et de grande ampleur dans la nuit du 20 au 21 août 2022, heureusement sur un week-end et pendant les congés estivaux, donc en période d'activité moindre. Les personnels ont constaté vers 1 heure du matin que

l'informatique ne fonctionnait plus. Après avoir prévenu l'astreinte informatique et le directeur des systèmes d'information, le constat d'une cyberattaque a été fait. La rapidité d'intervention et de réaction des équipes informatiques a été essentielle, car elles ont interrompu de manière salvatrice tous les flux internet vers l'extérieur et surtout en interne. Sans cette interruption des flux, le cryptage par les pirates des données informatiques se serait poursuivi. Récemment, l'hôpital de Versailles n'a malheureusement pas pu faire de même, ce qui a empêché certaines sauvegardes.

Les cybers-attaquants étaient présents dans le système d'information depuis le 16 août 2022 à bas bruit et avaient commencé le cryptage. Des traces de leur passage ont été retrouvées a posteriori. Le CHSF réalise des sauvegardes très régulières de son système d'information et a ainsi pu récupérer l'intégralité de ses données (dossiers patients...) issues de la dernière sauvegarde réalisée le 15 août 2022. Pendant la période de blanc au cours de laquelle le SI n'était plus opérationnel, les dossiers patients n'ont pas pu être implémentés.

Ces cyberattaques sont une catastrophe hospitalière : plus rien ne fonctionnait, hormis la téléphonie et le bâtiment. Le système informatique du SAMU 91, rattaché au CHSF, est indépendant et n'a pas été impacté. Le CHSF a immédiatement contacté le SAMU pour lui dire d'interrompre le flux régulé, car il n'était plus en état d'assurer la prise en charge des patients dans l'urgence. Le CHSF n'a pas non plus eu d'alerte sur les commandes du bâtiment : certaines cyberattaques se traduisent par des coupures d'électricité. La cyberattaque a néanmoins mis à mal tout le système de communication interne. Le CHSF a réagi rapidement en appelant toutes les équipes à la rescousse. Elle-même a appelé tous les médecins de services qui étaient d'astreinte ou de garde ce week-end-là afin de les faire revenir dans les services et rédiger les prescriptions et observations sur papier. Le CHSF avait heureusement préparé en amont des kits (feuilles de prescription, feuilles de surveillance, bons de commande de pharmacie...) en cas de panne informatique qui ont pu être utilisés. Les cadres de santé sont allés dans les services pour les distribuer aux médecins prescripteurs. Il n'est pas évident de se souvenir de la prescription d'une vingtaine ou d'une trentaine de patients dans un service, car l'accès aux dossiers et à l'antériorité des prescriptions a été perdu.

La situation a toutefois été moins dramatique dans les services (malgré la perte de suivi et des historiques) que dans les fonctions supports, qui ont été très impactées. Il était possible d'effectuer des radios et des scanners, mais sans les imprimer, ni les conserver. Au fur et à mesure qu'ils étaient réalisés, le médecin prescripteur devait donc analyser le résultat directement sur la console. L'interprétation était rédigée à la main par le radiologue et remise au praticien. La biologie médicale a dû rédiger manuellement des étiquettes au nom des patients, puis une personne du laboratoire rentrait à la main sur chaque automate les nom, prénom, date de naissance des patients, ce qui a fortement ralenti la chaîne et a demandé une très forte mobilisation des personnels. Cela a affecté la sécurité transfusionnelle, la pharmacie (plus de commandes nominatives), le pilotage des machines et des robots (difficulté pour savoir où sont rangés les médicaments...).

Le CHSF a pris des mesures d'urgence en utilisant du papier (fax inutilisable), des circuits de coursiers entre la pharmacie, les services, la biologie... Les secrétaires, qui ont totalement perdu leur outil de travail, ont apporté une grande aide aux services. Le CHSF avait peu de postes lourds et essentiellement des postes légers. Des postes lourds ont donc dû être remis en service et les personnels de secrétariat ont été redéployés sur la base du volontariat dans les laboratoires, les

plateformes d'imagerie, la pharmacie pour réaliser toutes les saisies à la main. Le travail est colossal, mais les volontaires ont été nombreux. Il est nécessaire d'anticiper la mise en place de ces mesures dans l'urgence afin d'assurer la continuité des soins.

Pour pallier l'éventuelle absence de téléphonie, les équipes ont utilisé des *talkies-walkies* qui sont toujours chargés en cas de besoin. Des alertes sur des moniteurs en réanimation, unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) et réanimation néonatale ont provoqué quelques frayeurs. En raison d'une panne de répéteurs des moniteurs, les enfants de la réanimation néonatale ont par prudence été transférés grâce au SAMU vers les différentes réanimations néonatales d'Île-de-France.

La phase suivante a été celle de la remise en service. Le CHSF a limité le nombre de patients pris en charge à 600 pour 1 000 lits d'hospitalisation. Un certain nombre de lits était fermés du fait des congés annuels. Il a été nécessaire de mettre en balance le besoin d'hospitalisation des patients et la capacité d'action des services médicotechniques. Le CHSF a reçu l'aide immédiate de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) et de cabinets mandatés par cette dernière pour réaliser un bilan des atteintes et voir ce qui pouvait être remonté en premier lieu et comment. Elle encourage l'AP-HP à avoir une cartographie précise des services et des systèmes d'information. Au-delà du cœur de réseau, il est important de savoir quels logiciels sont connectés entre eux en cas de cyberattaque.

La remise en service et la récupération des différents logiciels métiers ont été progressives et ont demandé une technicité informatique. Le CHSF a recouvré la plupart de ses fonctions. Les équipes de praticiens et de soignants ont éprouvé un immense soulagement lorsqu'elles ont pu rallumer leurs écrans et retrouver les dossiers patients (en date du 15 août) et la prescription informatisée. Aujourd'hui, près de 95 % des logiciels sont remontés et fonctionnent normalement, même s'il existe un blanc dans les dossiers patients, qui n'ont pu être incrémentés qu'à partir de la remise en service. Certaines informations cryptées ne seront pas récupérées et relèvent notamment du dossier partagé et de la documentation commune.

Aujourd'hui, le CHSF reconstruit un système informatique entièrement neuf. Il avait déjà intégré le plan de sécurisation lancé par le ministère et l'ANSSI et un audit avait été réalisé. Des points de faiblesse avaient été identifiés, mais les cyberattaquants ont utilisé une autre voie d'entrée. Le plan de modernisation du système d'information établi sur plusieurs années a dû être mis en place de manière accélérée et sera déployé au cours de l'année 2023.

**Le président** remercie le D<sup>r</sup> Valérie CAUDWELL pour son témoignage et invite le P<sup>r</sup> Mathieu RAUX, médecin anesthésiste réanimateur à la Pitié-Salpêtrière, à expliquer comment l'AP-HP se prépare à une cyberattaque.

**Le P<sup>r</sup> Mathieu Raux** indique être missionné par le directeur général pour proposer un plan de continuité des soins en cas de cyberattaque de l'AP-HP. L'institution ne sera jamais complètement prête et les dispositions prises serviront essentiellement à minimiser les conséquences d'une attaque et à faciliter la récupération. Un comité de pilotage a été constitué de la directrice de la direction des patients, de la qualité et affaires médicales (DPQAM), M<sup>me</sup> Christine GUÉRI, du directeur des services numériques (DSN), le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, de la directrice adjointe de l'hôpital Beaujon, M<sup>me</sup> Valérie ACHART-DELICOURT, d'un chercheur en sociologie des organisations d'EDF, M. Nicolas LOT, et de lui-même. L'objectif de ce comité de pilotage n'est pas de donner des avis techniques, mais

de voir comment aller au-delà du plan de continuité d'activité numérique, anticiper les conséquences sur le fonctionnement de l'hôpital d'une défaillance majeure, instantanée et prolongée qui serait issue d'une cyberattaque. Il s'agit de l'une des crises les plus violentes que puisse subir un hôpital. Le comité de pilotage essaiera de proposer d'ici la fin du mois d'avril un guide générique de rédaction du plan de continuité du soin, que chaque hôpital pourra s'approprier. Les plans seront élaborés en tenant compte des spécificités de chaque établissement, tout en respectant de grands principes communs.

Le comité de pilotage a en premier lieu réalisé une revue de littérature, qui est assez pauvre : l'information la plus prégnante est qu'une cyberattaque entraîne une hausse de la mortalité de 20 %. Des entretiens approfondis ont été menés par M. Nicolas LOT auprès des établissements attaqués (le centre hospitalier de Dax et le CHSF). Le comité de pilotage a essayé de tirer des enseignements de l'exercice « Cryptex v2 » réalisé à la DSN et à la Pitié-Salpêtrière en novembre 2022, qui a été riche d'enseignements. Le comité de pilotage a réalisé une analyse chronologique des parcours de soins et des *process* de direction (de l'entrée d'un malade à l'hôpital ou au scanner à sa sortie, processus de recrutement d'un personnel par l'équipe de direction, analyse d'un tube de biologie), soit une trentaine de *process* de soins et une dizaine de *process* de direction analysés. Il remercie les personnes sollicitées de leur participation : les informations ont été récupérées et sont en cours d'analyse et de synthèse par la DPQAM.

Fort de l'expérience du CHSF et de l'attaque du CH de Versailles début décembre 2022, le comité de pilotage a proposé la mise en œuvre de mesures d'urgence à prendre en amont, afin de minimiser les conséquences d'une cyberattaque sur les soins. Ces propositions n'ont pas vocation à être remises en cause par le guide final, et seront rapidement diffusées. Ces mesures d'urgence sont rédigées et seront adressées dans les prochains jours aux collégiales d'imagerie, de biologie et de pharmacie pour validation. Elles seront ensuite envoyées à la commission numérique de la CME pour validation avant leur diffusion. Le comité de pilotage espère ensuite, sur la base de l'analyse en cours, faire des propositions de solutions de repli numérique et non numérique et rédigera le guide méthodologique. Une proposition pédagogique de formation complétera ce guide.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** évoque les sauvegardes et précise que les dossiers patients et les applications critiques de l'AP-HP sont dupliqués sur deux salles informatiques. Une sauvegarde quotidienne est réalisée sur d'autres médias.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** précise que le plan de résilience dans le soin est construit parallèlement au plan de résilience de la DSN. Elle propose au D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER de préciser l'organisation de la DSN, aussi bien dans son rôle de gestion *a priori* de la crise, que lorsqu'un évènement survient.

**Le directeur général** note que les sauvegardes sont quotidiennes. Il souhaite des précisions sur l'état de l'art et les marges d'amélioration à apporter à court terme, car l'institution est par définition vulnérable et doit connaître ses marges de progrès.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** cite quatre points permettant d'assurer une résilience des systèmes d'information :

- Avoir des systèmes d'information en bonne santé : mises à jour fréquente des postes de travail, des serveurs et des applications, limiter le taux de vétusté pour éviter des failles de sécurité connues ;
- Avoir des éléments de protection et de détection : antivirus sur l'ensemble du parc, utilisation d'un outil de détection et réponse aux terminaux (EDR) permettant d'identifier des comportements anormaux de certains postes ou serveurs ;
- Former les utilisateurs à la cybersécurité : être attentifs au phishing, ne pas cliquer sur des liens demandant les identifiants et mots de passe, réaliser des campagnes de faux-hameçonnage avec des bilans et une information des utilisateurs ;
- Préparer la résilience des soins, organiser des exercices réguliers de cybercrise (un grand exercice par an au sein d'un GHU et des directions centrales, ainsi que de petits exercices plus concentrés...)

L'AP-HP est régulièrement auditée par l'ANSSI, l'ARS ou le ministère de la Santé. Il existe toujours des marges de progrès, même si l'AP-HP obtient plutôt de bons résultats. Le niveau moyen des établissements de santé est plutôt mauvais, car ils sont très ouverts avec de nombreux systèmes (l'AP-HP a plus de 1 000 applications), de biomédical, de gestion technique des bâtiments qui sont compliqués à protéger. La surface d'attaque de l'AP-HP est très importante et ses vulnérabilités potentielles sont nombreuses.

**Le Pr Jean-Damien RICARD** demande au D<sup>r</sup> Valérie CAUDWELL si les données personnelles de chaque praticien ont pu être récupérées.

**Le D<sup>r</sup> Valérie CAUDWELL** répond que toutes les données figurant sur les dossiers partagés ont été perdues, mais toutes celles figurant sur le dossier personnel ont été conservées dès lors que les professionnels disposaient de postes lourds.

**Le président** rappelle que les praticiens de l'AP-HP utilisent plutôt des postes légers.

**Le Pr Jean-Damien RICARD** suppose qu'il est nécessaire de réaliser un diagnostic site par site pour assurer la continuité des soins au sein de l'AP-HP. Il demande si une attaque générale menée sur l'AP-HP se traduirait de la même manière à Louis-Mourier qu'à Bichat ou à Henri-Mondor, par exemple (fonctionnement des automates, scanner...)

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** répond que 90 % des systèmes d'information sont centralisés, comme Orbis, une partie des systèmes d'archivage et de transmission d'images (*picture archiving and communication system*, PACS) ou des technologies GLIMPS. L'impact médical différera néanmoins selon l'organisation médicale. Il précise que 90 % des praticiens de l'AP-HP ont désormais des postes lourds. Les postes lourds sont plus faciles à gérer, mais peuvent aussi être cryptés et si les attaquants identifient une faille de sécurité et dans ce cas tous les postes de travail sont perdus. L'avantage des terminaux légers est qu'ils sont incryptables.

**Le D<sup>r</sup> Valérie CAUDWELL** précise que le centre hospitalier de Versailles avait surtout des postes lourds : les circuits internes n'ont pas été interrompus suffisamment tôt et le cryptage a de ce fait touché tous les postes lourds. Le centre hospitalier a tout perdu.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** confirme que le fait de n'avoir que des postes lourds n'est donc pas non plus avantageux.

**Le président** note qu'il faut surtout couper les circuits internes et externes très rapidement, au risque de voir les dégâts s'amplifier.

**Le P<sup>r</sup> Mathieu RAUX** confirme que l'impact sur le soin ne sera pas le même selon l'établissement, mais cela n'empêche pas de fixer un cadre général que chacun devra s'approprier pour définir son propre plan de continuité.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** note que la vétusté du parc et des logiciels est un des premiers éléments de sécurité. En termes d'investissement, il demande s'il faut rogner sur la qualité du parc informatique et par exemple ne pas remplacer les postes informatiques tous les trois ans afin de pouvoir investir dans la cyber sécurité. Il demande quels sont les niveaux d'investissement respectifs pour ces deux éléments. Par ailleurs, il demande si le fait d'être ouvert sur le public (possibilité donnée aux patients de consulter *Orbis*) rend l'AP-HP encore plus vulnérable.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** demande si le CHSF a eu des informations sur l'identité des cybers-attaquants et suppose que la rançon n'a pas été payée. Il demande également, lorsque les malades ont été transférés, si certains personnels du CHSF ont été envoyés en renfort dans les services qui ont accueilli les malades.

**Le D<sup>r</sup> Valérie CAUDWELL** confirme que la rançon n'a pas été payée. Seuls 13 enfants de néonatalogie ont été transférés. Des urgentistes du CHSF ont renforcé les services d'urgences des autres établissements impactés pendant quelques jours (Arpajon, Villeneuve-Saint-Georges...) puisque le CHSF ne recevait plus les urgences régulées. Le personnel infirmier a été redéployé en interne pour renforcer les services de soins critiques, surveiller les patients, aider à enregistrer à la main, envoyer les documents, aller à la pharmacie et la biologie... Comme l'a également fait Versailles. Il faut comprendre que le personnel ne peut pas être envoyé ailleurs dans ce type de situation car il est entièrement mobilisé par la prise en charge des patients.

**Le directeur général** précise que les postes informatiques ne sont pas remplacés tous les 3 ans, la cible serait plutôt 5 ans. Avoir des postes relativement récents a en effet une valeur en termes de cyber sécurité. Il rappelle que l'objectif de renouvellement du parc n'est pas recherché au détriment de l'objectif d'amélioration du plan cyber-sécurité.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** indique que la vétusté des postes de travail dépend de l'usage qui en est fait et de la puissance informatique mobilisée. Un poste informatique en poste de soins est moins sollicité qu'un poste de chercheur par exemple. La politique de mise à jour des éditeurs de logiciels entraîne également une obsolescence programmée, qui ne permet par exemple plus d'installer les dernières versions ou de mettre la sécurité à jour. L'AP-HP a défini un plan visant à réduire le taux de vétusté de ses postes de travail. Lorsque les ouvertures au public sont connues, comme le « portail patient », elles ne posent pas de problème, car elles sont bien protégées. D'autres ouvertures sont plus problématiques, comme la télémaintenance d'appareils biomédicaux pour laquelle l'AP-HP doit demander aux mainteneurs et aux fournisseurs de respecter des règles de sécurité (ex. : authentification nominative, connexion via les outils de l'AP-HP). Les attaques qui ont lieu arrivent par l'extérieur, pas nécessairement via des mails ou des fichiers. Le CHSF a

probablement été attaqué par des personnes qui se sont fait passer pour des fournisseurs. Les sommes consacrées à la cybersécurité sont de plus en plus importantes et s'ajoutent à tous les autres efforts déjà fournis au renouvellement du parc ou à la formation. Il faut d'abord avoir un système d'information en bonne santé et faire de la prévention.

**Le président** soulève la problématique posée par l'obsolescence programmée sur le développement durable et demande si l'AP-HP examine l'éventualité de passer en *open source*, ce qui représente un fort investissement. Il précise que les grandes administrations y réfléchissent.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** indique que la voie de *l'open source* est déjà utilisée dans les développements « maison », car un grand nombre de serveurs fonctionne sous *Linux*. *L'open source* n'offre pas une meilleure protection contre les cyberattaques, mais la communauté *open source* se protège mieux et les cyberattaquants ont plus de difficultés à s'y attaquer. Les niveaux de protection sont différents. Il est compliqué de se dégager de la partie Microsoft, car cela demande de nombreuses compétences et complexifie le management.

#### **4. Avis sur le protocole de coopération « Réalisation par l'aide-soignant, sur prescription médicale d'électrocardiogramme pour des patients majeurs et conscients, pris en charge dans une structure d'urgence en lieu et place de l'infirmier »**

**Le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY** rappelle que la procédure a été simplifiée depuis un an et demi, avec des validations des protocoles par établissement (protocoles de coopération dits « locaux ») avant d'être autorisés par le directeur général de l'AP-HP pour application par ceux qui le souhaitent dans l'ensemble de l'AP-HP. Le protocole proposé ce jour concerne la réalisation par l'aide-soignant, sur prescription médicale d'électrocardiogramme pour des patients majeurs et conscients, pris en charge dans une structure d'urgence en lieu et place de l'infirmier. Il s'agit d'une délégation de compétences infirmières aux aides-soignants. Ce protocole a été porté par l'équipe d'urgence de l'hôpital Saint-Antoine et présenté avant la fin d'année au comité de pilotage des protocoles de coopération, qui lui a donné un avis favorable, à la suite de l'avis favorable du rapporteur de la CME.

Compte tenu du nombre croissant de protocoles de coopération à étudier, le bureau de la CME a proposé qu'une procédure simplifiée soit adoptée, sans présentation complète en CME des protocoles. Pour ce présent protocole, le débat relatif à la qualité et à la sécurité de soins est réduit puisque le protocole est clair et très bien rédigé. Il mentionne bien les conditions de formation des aides-soignants et les conditions de lecture rapide du tracé par un médecin, bien organisées dans la plupart des services d'urgences.

Il est proposé à la CME de donner un avis favorable à ce protocole.

*La CME donne un avis favorable au protocole de coopération « Réalisation par l'aide-soignant, sur prescription médicale d'électrocardiogramme pour des patients majeurs et conscients, pris en charge dans une structure d'urgence en lieu et place de l'infirmier »*

**Le président** précise que la CME procédera ainsi pour les prochains protocoles de coopération.

**Le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY** ajoute que les protocoles seront envoyés pour information en amont à l'ensemble des membres de la CME avec l'identité du rapporteur, la date du comité de pilotage

ouvert aux intéressés. Elle présente enfin M<sup>me</sup> Nsumi MET, qui est désormais en charge des protocoles de coopération à la direction de la stratégie de transformation (DST).

M<sup>me</sup> Nsumi MET indique avoir pris son poste au 1<sup>er</sup> septembre 2022. Elle est infirmière de formation et cadre supérieur de santé chargée des protocoles de coopération et de la pratique avancée. Afin de favoriser les adhésions et fluidifier la communication, le site intranet dédié sera bientôt accessible afin de regrouper tous les protocoles de coopération nationaux et locaux autorisés. Un encart expliquera également comment adhérer et proposer des protocoles de coopération.

## **5. Bilan 2021 de la santé au travail et de la radioprotection des professionnels à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS, P<sup>r</sup> Hubert DUCOU LE POINTE)**

Le D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS présente le rapport annuel du service de santé au travail (SST) qui a notamment participé à l'élaboration de nombreux bilans, à la traçabilité de tableaux de bord relatifs à la vaccination contre le Covid-19, à la campagne de vaccination antigrippale. Le SST a poursuivi la surveillance régulière des personnels médicaux et de l'organisation de la prise en charge des internes, notamment ceux en difficulté (en lien avec la DPQAM et le comité des internes). Des possibilités de consultation leur sont offertes dans les services locaux de santé au travail (SLST) et le SST central propose une consultation spécifique pour recevoir les internes en surnombre et les internes présentant des problématiques de santé et qui peuvent avoir besoin d'un suivi particulier tout au long de leur internat. La prise en charge systématique des internes primo-arrivants a également repris et permet de les sensibiliser aux risques professionnels.

Les équipes des SLST doivent suivre plus de 100 000 agents, mais sont confrontés à des difficultés de recrutement et à de nombreux départs. Fin 2021, un déficit de 17 équivalents temps plein (ÉTP) de médecins du travail était enregistré : il a été réduit à 11 ÉTP en décembre 2022 grâce à la politique d'attractivité menée par le service central et le Siège. Les effectifs restent néanmoins insuffisants, de ce fait le rapport annuel global a été élaboré sur la base d'un nombre réduit de rapports locaux.

Sur le terrain, près de 60 000 agents sont soumis à des risques spécifiques nécessitant une surveillance médicale spéciale. 1 800 agents font l'objet d'une surveillance suite à un contage infectieux. 57 000 visites ont été réalisées en 2021, essentiellement en lien avec les consultations pré-vaccinales, des entretiens/visites pour la Covid ou des examens faits à la demande des agents. Un certain nombre de visites ne sont pas programmées et ne font pas parties du suivi régulier. Des actions sont également réalisées sur le lieu de travail et un tiers du temps leur est dévolu.

L'année 2021 a été marquée par l'absence de médecin coordonnateur adjoint au SCST, l'accentuation du déficit en médecins du travail (avec une amélioration notable en 2022), la forte implication des SLST dans la gestion de la crise (vaccination contre la Covid-19) qui a embolisé leur activité et l'insuffisance du logiciel de santé au travail, CHIMED, dont le remplacement est devenu une nécessité (élaboration de tableaux de bord, suivi des actions menées en santé au travail).

Les objectifs prioritaires pour le SCST sont :

- L'aide au recrutement centralisé de médecins du travail sur les sites prioritaires en grand déficit et recrutement d'un coordonnateur adjoint pour le SCST ;

- La mise en œuvre des entretiens infirmiers et leur généralisation ;
- L'application de la loi du 2 août 2021 non traduite dans la fonction publique hospitalière pour l'organisation du suivi et notamment la délégation aux personnels infirmiers de santé au travail de la réalisation de certaines visites et examens sous la responsabilité du médecin du travail ;
- Le renforcement de la formation des personnels paramédicaux en santé au travail dans les SLST.

La réorganisation des services de santé au travail est en cours et vont devenir des services de prévention et de santé au travail avec des missions relevant de la prévention et de santé publique.

**Le Pr Hubert Ducou LE POINTE** présente le bilan 2021 de la radioprotection des professionnels à l'AP-HP. Il rappelle l'obligation de l'employeur de veiller à la protection de ses employés. L'unité de la dose efficace appliquée est le millisievert (mSv). Elle permet de comparer les différentes sources d'exposition aux rayonnements ionisants. Par souci de comparaison, l'exposition naturelle aux rayonnements ionisants est de 2,5 mSv/an à Paris. 7 525 agents de l'AP-HP sont suivis et classés en fonction de la dose qu'ils sont susceptibles de recevoir. La majorité des personnels (6 600) est susceptible de recevoir entre 1 et 6 mSv et moins de 400 entre 6 et 20 mSv. Les résultats 2021 montrent que plus de 6 000 personnels se situent sous le seuil de détection, 1 616 ont reçu moins de 1 mSv, et 49 ont reçu entre 1 et 6 mSv et aucun au-delà, même lorsqu'ils exercent en radiologie interventionnelle et médecine nucléaire.

Plus de 580 séances de formation destinées au personnel ont été organisées par les conseillers en radioprotection. Les personnels surveillés ont l'obligation réglementaire de participer à ces formations. La participation a été meilleure en 2021 qu'au cours des années précédentes, notamment chez les personnels médicaux.

Vingt et une inspections ont été organisées sur 10 sites en 2021. Il s'agit généralement en premier lieu des services de radiothérapie, puis de la médecine nucléaire et de la radiologie interventionnelle. Le principal point de vigilance de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) concerne les blocs opératoires, où la culture de radioprotection reste à déployer. Ces inspections ont été suivies de 153 actions dont 61 ont été réalisées et 92 actions sont en cours de réalisation. Les événements significatifs survenus lors de l'utilisation de rayonnements ionisants dans les activités médicales doivent être enregistrés. Après analyse en comité de radioprotection (CRP), si l'évènement rentre dans les critères de l'échelle internationale des événements nucléaires et radiologiques, (*international nuclear event scale*, INES), l'incident est transmis à l'ASN. En 2021, 11 événements significatifs ont été rapportés par les CRP (ex : entrer dans une salle sans protection).

En conclusion, la radioprotection à l'AP-HP constitue un risque identifié et globalement bien géré. Le projet d'acquisition d'un logiciel de radioprotection ABGX a été développé et déployé en 2022. Il faut continuer à améliorer la culture du risque radiologique aux blocs opératoires, assurer le suivi de la reprise des sources périmées et accompagner, le cas échéant, les sites dans le cadre de la gestion des sources. Enfin, la participation au groupe de travail dédiée à l'application de la décision ASN qui concerne les obligations d'assurance qualité en imagerie va se poursuivre.

**Le P<sup>r</sup> Agnès HARTEMANN** demande si les raisons des demandes spontanées de consultation des agents sont connues et si la prévention des risques psychosociaux (RPS) fait partie des missions de prévention du SST.

**Le D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS** indique que les motifs de consultation ne sont pas recensés, car ils ne peuvent pas être notifiés dans l'actuel logiciel de santé au travail, ce qui est regrettable. Les consultations à la demande des agents ou de l'encadrement voire de la direction sont des marqueurs de risques psychosociaux. Elle confirme que les SST prennent en charge les risques psychosociaux (prise en charge « individuelle », orientation, actions de prévention...). Pour ce faire, il est nécessaire d'appréhender le risque et de déployer une démarche concertée avec les différents acteurs pour ensuite intervenir en situation. Plusieurs sites ont organisé des cellules RPS et déployé une démarche structurée sur la prévention secondaire.

**Le président** rappelle que dans de nombreuses entreprises, la visite périodique à la médecine du travail n'est pas une option. Par exemple, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) prévoit des sanctions via la paie si cette visite n'est pas effectuée. Les métiers de l'AP-HP présentent un risque professionnel important (risque infectieux, risque psychosocial...) Il regrette que la médecine du travail soit le parent pauvre du système de santé. Son renforcement pourrait être un levier d'action de l'AP-HP, par exemple en mettant en place un plan pluriannuel de santé.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** estime que le SST est un des piliers pour comprendre la prévention de la pénibilité au travail. Les urgences de l'hôpital Saint-Antoine ont perdu deux collègues décédés à la suite de cancer. L'alerte sur la santé au travail qu'il attendait n'a pas été lancée. Parmi la douzaine de praticiens hospitaliers du SAMU, quatre ont des cancers et ne vont pas à la médecine du travail pour envisager une éventuelle adaptation. L'implication des médecins doit être plus forte, car la maladie des médecins est une réalité et il n'est pas honteux de consulter la médecine du travail pour élargir les mesures de prévention. Il félicite l'AP-HP de la prévention faite vis-à-vis des rayonnements, mais l'invite à ne pas abandonner les médecins aux autres risques pathologiques liés à leur métier, notamment le travail de nuit.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** alerte la CME et le SST sur la difficulté croissante que rencontrent les cadres de santé à faire les plannings eu égard au nombre croissant de restrictions médicales de certains agents. Les personnels avec restriction sont toujours dans le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER), mais les restrictions de charge ou sur le travail du week-end ne permettent pas en pratique de leur confier des soins. Il demande si des recours peuvent s'envisager face à telles restrictions qui sont parfois mal comprises.

**Le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE** confirme que les médecins sont insuffisamment suivis, ce d'autant qu'ils avancent en âge. Elle suggère au SST de faciliter les choses aux personnes médicales en leur permettant d'effectuer les bilans sanguins sur place au moment de la consultation, car ils n'ont pas le temps de se rendre au laboratoire d'analyses médicales à 7 heures du matin. Elle confirme également que les restrictions médicales dont bénéficient certains agents génèrent des difficultés majeures dans l'organisation et la gestion des services, que les médecins du travail n'apportent aucune contribution pour identifier les tâches que les personnels concernés pourraient éventuellement réaliser. La proportion des agents avec restrictions est importante, ne cible pas

spécialement les agents seniors, cela créé beaucoup de tensions avec les cadres de proximité qui doivent se débrouiller seuls avec les problèmes. Elle invite également les SST à prendre en charge la gestion des troubles psychosociaux et la prévention du tabagisme, très important chez les agents.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** rappelle que le travail de nuit chez les femmes augmente l'incidence du cancer du sein et demande si un recensement a été effectué au sein du personnel de nuit de l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS** confirme que la surveillance des médecins ne figure pas parmi les priorités des SST, faute de médecins du travail suffisamment en nombre, les médecins ne se rendent pas toujours aux convocations : il est nécessaire de les sensibiliser à l'importance d'honorer ces rendez-vous. De même, il est important de libérer les internes pour qu'ils bénéficient de la surveillance systématique de premier semestre qui permet de les sensibiliser aux différents risques professionnels et sur la possibilité qu'ils ont d'aller voir le SST pendant leur cursus.

Concernant les collègues atteints de maladies chroniques et notamment de cancer, la direction générale de l'AP-HP a signé en 2018 la charte de l'Institut national du cancer (INCA), dont les signataires s'engagent à mettre en place 14 actions promouvant le maintien et l'accompagnement des agents concernés. La période Covid a freiné ces actions, mais cette question doit être reprise, car 40 % des patients diagnostiqués d'un cancer sont en situation de travail. Concernant les restrictions, des discussions collégiales pourraient avoir lieu avec les médecins du travail pour définir des orientations concernant le port de charges lourdes. L'augmentation des restrictions de port de charge peut être un marqueur de problématiques plus profondes. En outre, des actions de prévention du tabagisme sont engagées par l'institution. Il n'existe pas de registre permettant de recenser les cancers survenant chez le personnel féminin de nuit. Pour le faire, il serait nécessaire d'avoir des outils de surveillance épidémiologique pour réaliser une surveillance accrue avec un logiciel de santé au travail qui le permette.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** rappelle le faible effectif des médecins du travail et estime qu'on ne peut pas leur demander de mener des actions ou de leur confier des missions qui vont au-delà du périmètre de l'AP-HP, comme la prévention du cancer. *A contrario*, la prise en charge des risques psychosociaux semble essentielle. Les médecins sont formés pour lire les symptômes chez leurs collègues. Concernant le rôle restrictif que peut avoir le médecin du travail sur le personnel, le sujet n'est pas nécessairement d'ordre médical et peut se révéler très sensible.

**Le P<sup>r</sup> Marie-Noëlle PERALDI** indique que plusieurs médecins de son groupe hospitalier se sont répartis les internes qui n'avaient pas d'interlocuteur concernant leur certificat d'aptitude obligatoire. La lettre destinée aux directions des affaires médicales et aux médecins du travail des différents sites est prête à partir afin que chaque interne de phase socle, conformément aux recommandations du « Ségur de la santé », puisse bénéficier au cours de sa première année, d'une visite à la médecine du travail.

**Le président** remercie tous les collègues qui se sont engagés dans cette démarche, en appui du SST.

**Le D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS** indique que les SST sont mobilisés depuis la rentrée sur les primo-arrivants.

## 6. Accueil des médecins étrangers à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Florence VEBER)

Le D<sup>r</sup> Florence VEBER souligne la tradition d'accueil des médecins étrangers à l'AP-HP et la fierté pour les services de leur transmettre leur savoir-faire. Ils représentent aussi une aide aux soins et sont soumis à une réglementation de plus en plus complexe qui crée des obstacles à leurs recrutements. Ce sujet est partagé entre la direction des relations internationales et le secteur de M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET (DPQAM).

Concernant les médecins de l'Union européenne (UE) :

- Les internes sont autorisés à réaliser 18 mois en tant que faisant fonction d'interne (FFI) après leur 1<sup>ère</sup> année d'internat dans leur pays. Le recrutement se fait de gré à gré directement par les sites hospitaliers, avec un accord de financement accordé par les bureaux du personnel médical (BPM). Ils doivent avoir un niveau de français B2. Les formalités administratives sont simples et réalisées dans chaque GHU. En novembre 2022, on en dénombrait 280 (dont la moitié provenant de Roumanie). Toutefois, les internes de l'UE bénéficient parfois d'un financement de leur université mais ne peuvent pas être accueillis sur ce simple financement, car en France, ils doivent être financés par l'hôpital où ils travaillent. Il serait souhaitable de pouvoir lever ce blocage ;
- Les médecins diplômés au sein de l'Union européenne bénéficient d'une équivalence de diplômes et peuvent être directement recrutés dans les mêmes conditions qu'un médecin français par les BPM. Il existe toutefois un délai lié à l'inscription au Conseil de l'Ordre. Depuis le *Brexit*, les diplômes anglais ne sont plus reconnus au sein de l'Europe : le blocage ne vient pas de Bruxelles mais du refus de l'Angleterre de reconnaître en retour l'intégralité des diplômes issus de l'UE.

Par ailleurs, les médecins sous statut de réfugié politique ou bénéficiaires de la protection subsidiaire, notamment les médecins ukrainiens, peuvent être recrutés sous le statut de diplômés de formation médicale spécialisée (DFMS) ou diplômés de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) après sélection nationale via la faculté de médecine de Strasbourg, sous le statut de FFI ou encore comme praticien associé sur décision de l'agence régionale de santé (ARS°) et avec un engagement de passer les épreuves de validation des compétences dans l'année qui suit. Il convient de veiller à la maîtrise de la langue et aux différences de niveaux de compétences.

Les médecins hors UE peuvent également venir en stages rémunérés, comme internes avec le statut de DFMS. Ils sont alors en cours de spécialisation. Ce statut de DFMS est possible 2 ans en Île-de-France, mais suppose un dépôt de candidature une fois par an à Strasbourg (avant le 10 décembre) pour une prise de fonction en novembre de l'année suivante ce qui veut impliquer une forte anticipation. S'il existe un accord de coopération avec une université ou l'AP-HP, il est possible de flécher un interne sur un service de l'AP-HP. Il doit avoir un niveau de français obligatoire B2 et doit avoir encore une année d'internat à effectuer dans son pays lorsqu'il arrive. En novembre 2022, il y avait 268 DFMS à l'AP-HP.

Les médecins spécialistes hors UE disposent de trois possibilités :

- Tout d'abord, le DFMSA avec la même procédure lourde qui passe par Strasbourg ; ils sont actuellement 105 à l'AP-HP ;
- Le statut de stagiaire associé avec la même responsabilité et le même salaire qu'un FFI, mais des objectifs d'apprentissages ciblés. La durée est de six mois renouvelable une fois et permet d'effectuer une deuxième année dans un autre service. Toutefois, le stagiaire associé doit être embauché par un hôpital de son pays, qui le libère pour réaliser cette année de formation, et avec qui l'AP-HP passe un accord de coopération. Un niveau de français B2 est obligatoire. Il y a actuellement 80 stagiaires associés à l'AP-HP.

Le statut de *fellow* clinique bénéficie d'une autorisation temporaire d'exercice (ATE) pour un an ou deux ans délivrée par le ministère de la Santé (direction générale de l'offre de soins, DGOS). Ce statut a été mis en place en 2018, mais sa mise en œuvre est catastrophique, car plus d'une année est nécessaire pour réaliser l'ensemble des démarches administratives avec des blocages très importants au niveau du Centre national de gestion (CNG) et du Conseil national de l'Ordre. Une enquête est en cours par la conférence des directeurs généraux de CHU et le ministère a été saisi pour simplifier la procédure. Environ 90 dossiers ont été traités depuis 2018 à l'AP-HP et seulement 39 ont abouti (moins de 40 %).

Enfin, certains médecins à diplôme hors UE peuvent s'installer en France : ils doivent être recrutés en tant que praticien associé (praticiens à diplôme hors Union européenne, PADHUE). Une seule voie est désormais possible, à savoir l'inscription aux épreuves de validation de compétences (ÉVC) organisées une fois par an par le CNG. Les recrutements de gré à gré par les sites hospitaliers ne sont plus possibles. Ces ÉVC sont une forme de concours avec un nombre de postes ouverts sur le territoire national par remontée des établissements aux ARS, puis des ARS au ministère de la Santé. En anatomopathologie par exemple, seuls 6 postes ont été ouverts pour toute la France en 2021, alors qu'un nombre important de médecins étrangers de cette spécialité se sont présentés. Aucun concours n'a été ouvert en 2022 et la prochaine session est prévue au deuxième semestre 2023. Les lauréats des ÉVC sont affectés par les ARS sur une liste de postes validés pour réaliser une période de consolidation d'une durée de deux ans dans un service agréé. À l'issue de ces deux ans, ils obtiendront une autorisation d'exercice délivrée par le Conseil national de l'Ordre.

En outre, 35 postes de résidents étrangers des hôpitaux de Paris (REHP) sont financés par le Siège de l'AP-HP. L'objectif est de monter en compétence d'excellents candidats promus à des carrières hospitalo-universitaires et provenant de pays où les besoins sont importants. Il ne peut pas y avoir plus d'un candidat par service. Ils sont recrutés en surnombre et doivent s'inscrire sur le site du Collège de médecine une fois par an avant le 15 janvier. 130 candidatures sont reçues tous les ans, examinées par un jury mixte : représentants de la CME, DPQAM / direction des relations internationales (DRI), Collège de médecine.

Les 19 postes dit « d'Asie » sont également financés par le Siège de l'AP-HP et font suite aux accords gouvernementaux des années 1980. Ils concernent la filière francophone de Shanghai, le Vietnam et le Cambodge. La sélection est faite en lien avec l'ambassade de France et les candidats sont recrutés pour un an sous le statut de DFMS/DFMSA ou de stagiaires associés.

Les praticiens des pays du Golfe effectuent l'intégralité de leur internat en France. Celui-ci est intégralement financé par leur pays d'origine, suite à un accord de coopération entre les pays du

Golfe et la France. Ils suivent la maquette du diplôme d'études spécialisées / complémentaire (DES/c) dans la région d'affectation en lien avec le coordonnateur du DES. L'AP-HP accueille actuellement 26 de ces praticiens.

Le système actuel présente plusieurs limites, notamment l'absence de souplesse et la lourdeur du recrutement des DFMS/DFMSA avec une centralisation au CHU de Strasbourg et un travail lourd de recensement des postes engagé par les coordonnateurs de spécialité via les chefs de services. De même, il n'est pas possible de recruter un interne européen payé par son université. L'impossibilité pour les stagiaires associés de s'inscrire en diplôme universitaire (DU) est dommageable, alors que ces stages sont vécus comme des qualifications professionnelles. Enfin le délai important pour faire aboutir un dossier de *fellow* clinique est très défavorable.

Parmi, les pistes d'amélioration à proposer au ministère, il faudrait redonner de la souplesse et simplifier les procédures administratives afin d'assouplir le DFMS DFMSA (type attestations de formation spécialisée et attestations de formation spécialisée approfondie [AFS/AFSA]) ce qui supposerait une forte implication de chaque unité de formation et de recherche (UFR) et de chaque bureau de personnel médical. De même, il faudrait accepter des internes européens payés par leur structure d'origine, rendre possible l'inscription à un DU pour les stagiaires associés et simplifier la procédure *fellow* clinique.

Enfin, il pourrait être utile de s'inspirer du modèle allemand qui évalue chaque candidat et les positionne à un niveau adapté dans l'internat pour leur permettre d'être diplômés. De nombreux médecins notamment tunisiens ou libanais qui sont francophones travaillent actuellement en Allemagne par ce biais.

**Le président** estime que l'AP-HP est moins impactée que d'autres établissements par la question de l'accueil des médecins étrangers. 30 % de postes de praticiens hospitaliers sont vacants en France et de nombreux services fonctionnent grâce aux médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger. Ces praticiens viennent souvent de pays qui ont également besoin de praticiens : cette question est donc aussi éthique. La question de la formation des personnes qui vivent en France pour soigner en France est donc centrale. Le *numerus apertus* est un début de réponse, mais reste insuffisant.

**Le Dr Christophe TRIVALLE** estime que ce qui est appliqué à l'AP-HP n'est pas toujours appliqué par d'autres hôpitaux publics. Certains centres hospitaliers acceptent d'accueillir des personnes que l'AP-HP a refusées. Certains établissements de l'AP-HP sont plus souples que d'autres sur les recrutements. Lui-même ne travaille qu'avec des PADHUE. Si le recrutement de gré à gré qui s'appliquait précédemment était parfois compliqué, le nouveau système complique encore les choses : les PADHUE iront prioritairement dans les déserts médicaux et les hôpitaux en manque cruel de médecins. Parmi ses collègues se trouvent des médecins du Maghreb qui veulent rester travailler en France. Une fois qu'ils sont inscrits au conseil de l'ordre, ils ne restent pas à l'hôpital, car ils veulent un bon salaire et de meilleures conditions de travail. Il est très difficile de les garder. M. Gérald DARMANIN avait évoqué la possibilité de titres de séjour spéciaux pour les attirer en France : pour que cela fonctionne, il faudra assouplir les critères de recrutement.

**M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET** précise qu'après le parcours de consolidation, ils peuvent être recrutés comme tout praticien. Ce sujet est abordé sur l'ensemble des 6 GHU pour essayer d'harmoniser les

recrutements et éviter la concurrence entre GHU. Les propositions de certains centres hospitaliers publics sont bien supérieures.

**Le P<sup>r</sup> Marie-Noëlle PERALDI** regrette le faible nombre d'internes qui souhaitent partir faire un stage à l'étranger et confirme la lourdeur de la procédure de traitement des dossiers qui transitent par Strasbourg. Concernant les PADHUE, l'hôpital fait une proposition transmise à l'ARS puis à la DGOS. Les critères de sélections restent obscurs. En néphrologie en 2021, 29 postes de PADHUE ont été distribués en France, plusieurs de ces médecins n'ayant jamais fait de transplantation ni de biopsie rénale. Or, un interne ne peut pas être néphrologue s'il n'a pas réalisé un certain nombre de biopsies et au moins 6 mois de transplantations. En 2023, 29 PADHUE vont devenir néphrologues et 80 DES, elle demande s'il ne faudrait pas augmenter le nombre des internes.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** revient sur plusieurs problèmes en France. Le premier concerne la formation : les forme-t-on pour la France ou pour leur pays d'origine ? Deuxièmement, il ne faut pas chercher à avoir des postes pour « boucher les trous » : dans les centres hospitaliers du nord de la France, on ne trouve plus un seul chirurgien formé en Europe et le niveau chirurgical de ces centres est calamiteux. Quelques exemples de médecins venus d'Asie et d'Arabie Saoudite n'ont pas été satisfaisants. Les Anglais refusent certains diplômes européens, car ils ne sont pas tous bien formés. Il est important d'avoir un niveau d'exigence élevé pour que les médecins formés apportent un plus à leur pays lorsqu'ils y retournent et que ceux qui restent en France amènent un bon niveau de soin.

**Le président** estime que la formation est centrale et va au-delà du *numerus clausus*.

**Le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE** confirme les propos du P<sup>r</sup> Yann PARC au sujet du nord de la France, tout en nuanciant sur la situation du service de chirurgie orthopédique de Valenciennes où la responsable formée à Bucarest est très compétente. Elle pointe certaines incohérences du système actuel qui a refusé à un interne français de changer de spécialité (de la médecine physique et de réadaptation [MPR], vers la chirurgie orthopédique) alors que des postes d'internes en orthopédie étaient vacants en CHU. Ce type d'incohérence est incompréhensible, et questionne.

**Le D<sup>r</sup> Florence VEBER** précise que l'AP-HP respecte la réglementation, ce qui n'est pas le cas de certains hôpitaux, même si la loi est faite pour tous. Ceux qui ne la respectent pas mettent ces médecins dans des situations d'illégalité.

**Le président** propose de refaire un point sur ce sujet d'ici quelque temps.

## **7. Intéressement à la recherche en 2023 (P<sup>r</sup> Gabriel STEG, M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN)**

**Le président** rappelle que l'intéressement à la recherche fait partie des « 30 leviers » du plan d'action.

**Le P<sup>r</sup> Gabriel STEG** rappelle que les échanges en commission recherche, en comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBS) et en CME ont montré que chacun est conscient que la recherche est plus que jamais un élément stratégique pour l'institution. Les difficultés de mise en œuvre des tâches cliniques ne doivent pas amener à renoncer à la recherche pour se recentrer sur la clinique. Une des raisons pour lesquelles les personnels restent à l'hôpital public, et notamment à l'hôpital public universitaire qu'est l'AP-HP, vient principalement du fait

qu'ils y mènent une activité de recherche. À l'inverse, les difficultés rencontrées dans la réalisation de la recherche clinique peuvent les amener à être très déçus de l'institution et à la quitter. Lors de la discussion sur les mesures à prendre et les « 30 leviers » à mobiliser pour le renouveau de l'AP-HP, plusieurs ont insisté pour que la recherche soit prise en compte et que les moyens qui lui sont alloués soient augmentés. Il remercie le directeur général, M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN et les autres directeurs généraux adjoints qui ont appuyé cette demande avec les doyens pour que la recherche soit prise en compte. La demande a été largement entendue et l'objet de cette présentation est de montrer les arbitrages rendus. Ce sont des mesures fortes sur le financement de la recherche mais également sur l'engagement de l'utilisation des moyens, la souplesse et les délais de mise en œuvre de la recherche.

**M. Milan LAZAREVIC** confirme que le soutien à la recherche fait bien partie des « 30 leviers », avec un doublement de l'intéressement à la recherche, qui passe de 10,3 M€ à 20,6 M€ à partir de 2023. La moyenne était de 10 M€ au cours des trois dernières années avec une progression annuelle de 300 000 €. À partir de 2024, l'AP-HP a inscrit une trajectoire d'augmentation de l'intéressement à la recherche, avec 50 % de l'augmentation de la dotation socle des crédits pour les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) qui viendraient abonder l'intéressement recherche de l'AP-HP. Il a également été acté la possibilité de reporter sur l'exercice suivant les crédits qui n'auraient pas été dépensés durant l'année au titre de l'intéressement recherche. La direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) veillera toutefois à éviter les reports systématiques de certaines équipes d'une année sur l'autre.

L'intéressement à la recherche est recentré sur deux objectifs prioritaires. Le premier consiste à renforcer l'aide à l'inclusion dans les services, au plus près des malades pris en charge afin d'accélérer les délais de réalisation des études et projets de recherche et d'accroître l'attractivité des centres AP-HP auprès des promoteurs extérieurs (*consortia* académiques, promoteurs industriels). Cet objectif se traduit concrètement par une capacité de recruter des personnels d'appui à la recherche (techniciens d'études cliniques, infirmiers de recherche clinique, soutien aux plateformes medicotechniques), ce qui est à la main des départements médico-universitaires (DMU) et des groupes hospitalo-universitaires (GHU).

Le second objectif est de soutenir la production et l'animation scientifique : une étude réalisée en 2022 a montré que moins d'une étude sur deux promue par l'AP-HP et achevée entre 2016 et 2019 avait fait l'objet d'une publication scientifique. Ce faible niveau de publication pose question pour des recherches majoritairement financées sur des fonds publics (manque de temps, non-conformité des résultats à la question initiale...) Les motifs de non-publication liés à des moyens ou à une problématique de conformité des formats d'article doivent pouvoir être levés. De même, l'intéressement à la recherche doit être utilisé pour aider à la publication. L'enveloppe de l'intéressement à la recherche est compartimentée entre GHU, DMU et CHU. Parmi les différents arbitrages réalisés et pour être au plus près des services, l'enveloppe DMU connaîtra la plus forte progression (elle capte 50 % de l'augmentation de l'intéressement, les GHU et CHU se partageant les 50 % restant).

Afin d'avoir un impact le plus rapide possible, le calendrier de l'intéressement à la recherche a été accéléré et une notification auprès des GHU et responsables de DMU interviendra dans les prochains jours sur le montant de l'intéressement 2023 et ses modalités d'utilisation. Cette

notification arrivera 3 à 5 mois plus tôt que les années précédentes, ce qui facilitera le travail de recensement des priorités par les GHU et les DMU. De même cela facilitera la consommation des crédits alloués et permettra d'enclencher plus rapidement les actions de soutien à la recherche.

Un suivi trimestriel sera également réalisé avec les directions recherche des GHU pour examiner le niveau de consommation et comment évolue la dynamique de mobilisation de l'intéressement. Un état trimestriel sera partagé dans les instances centrales. En 2022, un seul point d'étape a été réalisé fin août et avait permis de constater que 77 % de l'enveloppe des GHU et 52 % de l'enveloppe des DMU avaient été engagés.

La hausse de l'intéressement à la recherche représente + 5,1 M€ pour les DMU (soit près de 8,6 M€ au total), + 2,6 M€ pour les sous-enveloppes GHU et CHU (soit près de 6 M€ au total chacune).

Pour les enveloppes GHU et DMU, le principe de répartition s'appuie sur l'activité de recherche telle que retracée par les scores SIGAPS (publications scientifiques) et SIGREC (essais cliniques).

Un tableau compare le poids relatif de chaque GHU dans l'ensemble des scores. Ainsi, le GHU Centre représente 20 % du score essais cliniques de l'AP-HP et 26 % du score publications scientifiques. Les poids relatifs des GHU ne sont pas totalement les mêmes : le GHU Nord représente 30 % de la recherche clinique, mais 25 % des publications scientifiques de l'AP-HP. Ces éléments sont traduits en financements de l'intéressement recherche en 2023 : les GHU pourront continuer à davantage soutenir l'investigation clinique ou les plateformes (centres d'investigations cliniques [CIC], centres de recherche clinique [CRC], centres de ressources biologiques, recherche sur données...) La hausse de 75 % des enveloppes GHU entre 2022 et 2023 permettra d'accentuer le soutien à l'investigation clinique. L'enveloppe DMU bénéficie d'une hausse de 150 % et d'une enveloppe de 6,8 M€. On constate une forte hétérogénéité de l'activité recherche entre les différents DMU : l'intéressement le plus faible sera de 2 667 € et le plus élevé sera de 404 443 €. La médiane se situe à 92 870 € et la moyenne à 114 351 €. L'enveloppe CHU gérée en central pour le compte de l'AP-HP, passera de 3,4 M€ en 2022 à 6 M€ en 2023 (+ 75 %). Elle vise à soutenir quatre objectifs stratégiques.

Le premier est le soutien à l'émergence de thématiques et de talents. L'enveloppe consacrée à cet objectif représente 1,5 M€ par an et s'articule autour de trois appels à projets, qui permettent d'avoir plusieurs dizaines de lauréats chaque année :

- ✓ L'appel à projets « contrats de recherche clinique (CRC) » pour 850 000 € : il est principalement destiné aux jeunes chercheurs ayant obtenu leur diplôme de thèse depuis moins de 10 ans. Une quinzaine de lauréats est retenue chaque année et l'évaluation scientifique est réalisée par la commission d'évaluation scientifique (CES) de l'AP-HP (président : Pr Martin CHALUMEAU, vice-présidente Pr Anne BACHELOT) ;
- ✓ L'appel à candidatures pour les postes d'accueil pour 400 000 € : il permet à des praticiens d'aller dans des laboratoires académiques ;
- ✓ L'appel à candidatures « doctorants en recherche paramédicale » pour 250 000 € : il est destiné à des paramédicaux pour le financement d'une année à temps plein de thèse.

Le second objectif vise à développer la recherche translationnelle d'excellence et la politique de site. L'enveloppe consacrée à cet objectif est passée de 2 M€ en 2022 à 2,2 M€ en 2023. Elle concerne principalement la dotation annuelle des 21 fédérations hospitalo-universitaires

labellisées par l'INSERM et les universités franciliennes (1,4 M€ à raison de 65 000 € par an et par fédération hospitalo-universitaire [FHU]). Le reste de l'enveloppe se répartit entre différents apports et subventions : aux unités mixtes de service dont l'AP-HP est co-tutelle (*Autonomia* et centre d'acquisition et de traitement des images [CATI]), aux 3 unités mixtes avec l'institut Pasteur, à la chaire *Hospinnomics*, à la chaire de recherche en soins infirmiers, à l'institut hospitalo-universitaire (IHU) « Innovation en cardiométabolisme et nutrition » (ICAN) et au centre de recherche AP-HP-INSERM-Université en cardiovasculaire et cancérologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP).

Le troisième objectif est de professionnaliser les structures d'appui à la recherche. Près de 3 M€ sont mobilisés chaque année pour soutenir les pharmacies à usage intérieur (PUI), les services d'investigation clinique, les unités de recherche clinique (URC) sur la *datascience* et le *fast-track* IHU pour soutenir les cellules recherche dans les GHU pour les fonctions ressources humaines et finances.

Enfin, le dernier objectif est d'encourager la valorisation des résultats et la diffusion des innovations. 0,8 M€ par an y sont consacrés, via un appel à projets « *booster innovation* » et un appel à manifestations d'intérêt (AMI) « Contrat d'accompagnement pharmaceutique » en partenariat avec l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS). Là encore, l'évaluation scientifique des projets est réalisée par la CES. Certains résultats sont présentés en sous-commission recherche et innovation de la CME, à laquelle participent certains membres de la CME qu'il remercie.

**Le Pr Éric LE GUERN** remercie M. Milan LAZAREVIC pour la clarté de sa présentation ainsi que M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN et le Pr Gabriel STEG pour leur travail sur ces leviers recherche. La sous-commission recherche de la CME a intégré des questions sur le renforcement de la recherche issue de l'enquête organisée au nom de la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA) par le Pr Jean-Damien RICARD et M<sup>m</sup> Coryse ARNAUD sur les activités non-clinique des praticiens hospitaliers. En première demande, apparaissait la nécessité d'augmenter l'abondement de l'intéressement recherche en fonction des points SIGAPS et SIGREC. Il remercie le directeur général pour son écoute. La sous-commission recherche de la CME est à la disposition de la DRCl pour mettre en musique ces différentes mesures en faveur de la recherche.

**Le Pr Laurent MANDELBROT** salue le formidable levier constitué par ces hausses de financements accordées à la recherche. Il invite à faire en sorte de bien faire redescendre les enveloppes des DMU jusqu'aux services et aux acteurs. Il invite également à réfléchir aux personnels hors France ou hors Union européenne qui participent en tant que médecins d'études cliniques ou assistants recherche. Enfin, il suggère de faire apparaître les sages-femmes dans la recherche paramédicale, car leur statut est géré dans le cadre paramédical pour une profession médicale. Enfin, il souhaite que la participation des médecins, y compris des internes, aux congrès médicaux soit bien prise en compte.

**Le président** confirme que cela est intégré dans l'intéressement recherche.

**Le Pr Gabriel STEG** ajoute que la souplesse d'utilisation des crédits est maximale, tant sur les thèmes (frais de publication, envoi aux congrès, recrutement de personnel de soutien à la recherche) que sur la temporalité. La reconductibilité est un élément essentiel, car il est très difficile d'annualiser la recherche.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** rappelle qu'en 2022, les dépenses sur les titres 2 et 3 étaient exclues. Il demande si elles pourront désormais être financées par ces crédits. C'est essentiel car les besoins sont très variables.

**Le P<sup>r</sup> Gabriel STEG** explique qu'il existe une très grande variabilité entre les établissements quant aux règles budgétaires qu'ils se sont données pour utiliser ces crédits. L'objectif a été de les unifier dans le sens du mieux-disant, en laissant une grande liberté d'utilisation de ces crédits à ceux qui les ont « gagnés ».

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** rappelle que les dépenses de titre 2 concernent les consommables médicaux et celles de titre 3 les consommables généraux et elles sont d'ores et déjà ouvertes aux financements.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** assure que ce n'est pas cette information qui a été donnée au GHU Nord : ces dépenses sont exclues des financements intéressement recherche.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** suppose que le sujet est plutôt celui du fonctionnement *versus* l'investissement. Le Siège a traité de manière dérogatoire un sujet d'achat d'investissement.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** cite l'exemple des postes informatiques, indispensables pour mener une recherche. Les dotations informatiques des DMU sont très insuffisantes : un service peut avoir besoin d'un matériel informatique ou d'un logiciel pour mener sa recherche.

**Le directeur général** confirme que cela correspond à l'esprit de cette réforme. Peu de choses seront « interdites » dans les règles d'utilisation des crédits d'intéressement selon la nouvelle donne à partir de 2023. Il invite les praticiens à signaler à la direction générale toute difficulté de compréhension.

**Le P<sup>r</sup> Sandrine Houzé** indique que l'achat d'ordinateurs est interdit, mais que l'achat de disques durs ou de logiciels est possible. Le GHU Nord a pu acheter du matériel de laboratoire, embaucher du personnel, payer des frais d'inscription aux congrès ou des formations. Elle salue la souplesse qui a été donnée dans la possibilité de dépenser ces financements. Le fait de pouvoir reporter les dépenses d'une année sur l'autre est fondamental.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** demande si ces évolutions sont opposables ou si elles se traduiront par une réinterprétation des règles de distribution par les GHU ou les DMU. Il demande si un recours en central est prévu dans le cas où les distributions de financement ne correspondraient pas aux règles présentées par la DRCl.

**Le directeur général** confirme que les règles d'utilisation sont opposables : aussi bien le fait d'ouvrir les possibilités d'utilisation de crédit à toute nature de dépense, que le fait de distribuer 50 % des montant aux DMU ou le report d'une année à l'autre. L'utilisation des crédits d'intéressement faite au sein des DMU et les règles de répartition entre les services seront décidées au niveau des DMU avec les services. La pratique actuelle est bien que les crédits redescendent dans les services.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** demande s'il est possible de créer des postes pérennes de chef de projet. En recherche clinique, les équipes forment d'excellents professionnels dans le domaine, qui doivent

partir au bout de trois ans. Il est possible de créer des postes, mais pour cinq ans au mieux. Pour l'efficacité de la recherche clinique, il est important d'avoir cette pérennité.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** indique que la DRCI réalisera un suivi des dépenses de ces crédits pour s'assurer qu'ils soient bien utilisés pour la recherche. Compte-tenu du statut des personnels de recherche, aujourd'hui près de 70 % des chefs de projet sont en contrat à durée indéterminée (CDI) : depuis 3 ou 4 ans, l'AP-HP a progressé dans sa capacité à proposer des vraies carrières à ces professionnels. C'est un des seuls CHU à avoir élaboré un guide des métiers de la recherche avec des grilles et à avoir la capacité de les fidéliser.

**Le P<sup>r</sup> Gabriel STEG** invite les communautés de praticiens à s'intéresser à l'utilisation des crédits accordés aux GHU. Ils ne sont pas là pour boucher les trous budgétaires, mais pour être utilisés pour la recherche. Il est donc important d'être actifs dans les commissions recherche des GHU.

#### **8. Avis sur la création d'une fédération médicale inter-hospitalière en ophtalmologie entre l'AP-HP (GHU Centre) et le centre hospitalier de Mayotte (P<sup>r</sup> Antoine BRÉZIN, M<sup>me</sup> Coralie CUIF)**

**Le P<sup>r</sup> Antoine BRÉZIN** rappelle que l'île de Mayotte est située dans l'archipel des Comores et est un département français. Elle compte, 300 000 habitants sans compter les individus en situation irrégulière provenant des autres îles des Comores. La situation sanitaire de l'île est très délicate, dans un contexte sociale difficile avec en particulier un niveau de délinquance et de criminalité très élevé. Si l'on appliquait le ratio métropolitain pour une telle population il faudrait environ 24 ophtalmologistes pour Mayotte. Or il n'y en a aucun établi à temps plein à ce jour.

Lors d'une mission réalisée à Mayotte voici plus d'un an, il a constaté avec le D<sup>r</sup> Jean-Bernard ROTTIER, l'ex-président du Syndicat national des ophtalmologistes de France le caractère dramatique de la situation : des enfants qui ne voient pas au tableau faute de lunettes ou des personnes aveugles par cataractes bilatérales. Le D<sup>r</sup> Jean-Bernard ROTTIER a mis en place un réseau de premiers recours en formant les infirmiers aux tâches de réfraction avec des dérogations de l'ARS locale afin de pouvoir prescrire des lunettes aux enfants qui en avaient besoin. La question du 2<sup>e</sup> recours se pose. Le service d'ophtalmologie du centre hospitalier de Mamoudzou est en déshérence. Il était animé par un ophtalmologiste de la Réunion de plus de 75 ans qui y effectuait des missions occasionnelles, mais qui a arrêté. Certains libéraux de la Réunion s'y rendaient, mais ne veulent plus y aller notamment pour des raisons de sécurité. De nombreux assistants du service de Cochin y ont effectué des missions ponctuelles, mais cela ne résout pas la pérennité des soins locaux. Avec l'ARS et le centre hospitalier de Mamoudzou, il a été convenu que le stage soit validant pour espérer y fidéliser des assistants. Il est nécessaire d'y mettre en place un chef de service de préférence universitaire et des assistants qui passent 6 mois à l'AP-HP et 6 mois à Mayotte. L'ARS est prête à financer ces postes en acceptant qu'ils passent une partie de leur temps à Cochin. La seule structure identifiée permettant de réaliser ce montage est celle d'une fédération hospitalière, ce qui ferait du P<sup>r</sup> Antoine BRÉZIN, outre le chef de service de Cochin, le chef de service du l'hôpital de Mamoudzou. La mise en place de cette fédération implique que la CME de l'AP-HP, après un avis favorable de la CME locale du GHU Paris Centre, se prononce.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** remercie le P<sup>r</sup> Antoine BRÉZIN d'avoir pris cette initiative, tant pour Mayotte que pour la formation de ces médecins ophtalmologistes.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** demande si des échanges sont envisagés avec les internes en ophtalmologie de la Réunion. Les internes réunionnais d'autres spécialités vont parfois à Mayotte.

**Le P<sup>r</sup> Antoine BRÉZIN** explique que les internes ne peuvent pas être laissés en autonomie, or il n'y a pas d'ophtalmologiste local à temps plein ou sur des missions ponctuelles. On ne peut donc pas y affecter d'internes. La Réunion elle-même est en souffrance ophtalmologique, et cette spécialité est également en souffrance démographique en métropole. La Réunion n'est pas prête à y envoyer des internes. Il faut d'abord organiser une présence pérenne sénior, qui pourra ensuite amener des ouvertures de postes de faisant fonction d'interne (FFI) ou d'internes. D'autres projets sont également évoqués, comme la télé-expertise, la participation au staff par visioconférence pour soumettre des cas complexes.

**Le président** estime qu'une triangulaire peut être envisagée avec la Réunion pour prolonger la question soulevée par le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU.

**Le P<sup>r</sup> Antoine BREZIN** indique que des évacuations sanitaires se font parfois vers la Réunion ou vers la métropole.

**Le président** indique pour le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI que la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT) donne un avis favorable à ce projet et invite la CME à se prononcer favorablement.

*La CME émet un avis favorable à l'unanimité pour la création d'une fédération médicale inter-hospitalière en ophtalmologie entre l'AP-HP (GHU Centre) et le centre hospitalier de Mayotte.*

## 9. Questions diverses

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** souhaite poser une question pour la troisième fois car malgré des changements de direction les réponses restent incomplètes, voire mensongères. Le logiciel *Chronos* est actif sur son GHU depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023. La direction générale avait promis qu'il serait possible d'ajouter des plages de présence le lendemain des gardes sur des activités non cliniques comme une participation à une CME, mais cela est faux. Outre le fait que l'ergonomie du logiciel est catastrophique, il ne s'agit pas en réalité d'un logiciel de description du temps de travail, mais d'un logiciel qui permet de dire que l'on ne travaille pas le lendemain des gardes. Même si l'on dit que l'on est présent un lendemain de garde pour un travail non clinique, une moulinette quotidienne efface le temps de présence. En pratique, s'il veut faire apparaître ce temps de travail, le praticien doit écrire à chaque fois au responsable des ressources humaines (RH) pour indiquer qu'il était bien présent sur ce temps de travail et le faire valider par le chef de service. Cette procédure est compliquée et éloignée de la réalité et nie le travail des personnes qui s'impliquent dans l'hôpital et assurent des missions transverses hors clinique. Il exprime son mécontentement, car il avait été dit que chaque chef de service pouvait valider avec ses codes les présences le lendemain des gardes, ce qui est faux. Ce glissement de tâche impose aux médecins de remplir les temps de présence à la place des responsables des ressources humaines et de mentir. Ce temps additionnel ne fait pourtant pas l'objet de tricheries. C'est une négation de leur implication, très agaçante.

**M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET** rappelle que *Chronos* est paramétré en fonction de la réglementation. Le repos de sécurité est obligatoirement positionné derrière une garde. Si on souhaite entrer un temps de présence pour une raison donnée le lendemain d'une garde, il est donc systématiquement

« écrasé » par le repos de sécurité. Il est en effet nécessaire de passer en dérogatoire par le bureau du personnel médical et de remplir un formulaire pour repositionner une présence (P) qui écrase le repos de sécurité. Cela doit être validé par les référents médicaux ou les chefs de service. Sur Henri-Mondor, une dizaine de demandes ont été faites sur une année.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** explique qu'en tant que référent planning de son service, il ne peut pas le valider car cette modification est systématiquement écrasée.

**M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET** explique que la dérogation peut être par date ou permanente, ce qui peut être pertinent si ces actions sont régulières.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** estime qu'il est nécessaire d'informer les responsables des ressources humaines de cette possibilité de dérogation permanente. Pour éviter de passer trop de week-ends à l'hôpital, celui qui est de garde le vendredi fait les prescriptions le samedi matin. Même si ce fonctionnement de service n'est pas « légal », il offre une certaine qualité de vie au travail. Il existe forcément des fonctionnements permanents de ce type. Ce sujet est évoqué depuis deux ans mais les réponses incertaines qu'ils obtiennent montrent un manque de maîtrise du logiciel par les responsables des ressources humaines.

**M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET** indique qu'un comité de suivi se réunit tous les 15 jours avec des représentants de l'ensemble des bureaux de personnel médical des 6 GHU afin d'intégrer les contraintes et les évolutions à apporter. Elle fera remonter cette remarque et examinera comment adapter au mieux ce système et le rendre moins contraignant.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** indique que le GHU Paris-Centre utilise *Chronos* depuis un an. Elle comprend l'agacement du D<sup>r</sup> Cyril CHARRON. Certaines choses peuvent se régler, d'autres moins mais elle confirme la mauvaise ergonomie de ce logiciel, qui n'a pas évolué depuis le début.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE**, qui est dans le même GHU que le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON, confirme que *Chronos* ne simplifie rien, voire complexifie les choses. Il avait compris que chaque médecin pouvait aller sur *Chronos* pour rentrer ses gardes et ses temps de présence, qui étaient ensuite validés secondairement par le chef de service. En réalité, l'ancien système perdure, avec des feuilles de présence papier à remplir, sinon l'impact en paie sera effectif.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** estime que ce débat ne devrait pas avoir lieu : on demande aux médecins, qui ont beaucoup de travail, de remplir des classeurs : le fait de devoir demander une dérogation pour revenir est ubuesque. Ce n'est plus acceptable.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** distingue deux sujets. L'ergonomie du logiciel est largement perfectible pour qu'il soit connecté au tableau de garde. Des demandes ont été faites à l'éditeur en ce sens. Toutefois, il est nécessaire que certaines informations soient enregistrées numériquement pour générer un paiement. Les différentes remarques sur les usages ont quoi qu'il en soit bien été prises en compte.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** remercie la direction générale pour sa réponse positive à sa question diverse sur les aides-soignants et le relevé des personnes de confiance. Les aides-soignants, en collaboration avec l'infirmier, peuvent donc faire ce relevé et les droits dans Orbis seront modifiés

en conséquence. Par ailleurs, les risques d'embolie gazeuse à l'ablation des cathéters centraux avaient été évoqués lors de la séance précédente : les soins sont en cours d'implémentation dans la prescription de retrait de cathéter central avec le texte voulu par la commission des risques. Il partage sa satisfaction sur ces deux sujets.

*La séance est levée à 19 heures 47.*