

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 11 JANVIER 2022

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 8 FÉVRIER 2022

Sommaire

1.	Informations du président de la CME	6
2.	Point COVID (M. Arnaud FONTANET)	9
3.	Approbation du compte rendu de la CME du 7 décembre 2021	14
4.	Rapports 2019 et 2020 sur l'activité libérale à l'AP-HP	14
5.	Synthèse des conférences stratégiques et budgétaires	17
6.	Avis sur la nouvelle charte informatique de l'AP-HP	22
7.	Avis sur deux protocoles de coopération médico-infirmière	25
8.	Avis sur la révision des effectifs 2022 de praticiens hospitaliers	31
9.	Questions diverses	31

CME du mardi 8 février 2022

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 11 janvier 2022
3. Bilan et projets du comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) (P^r Agathe RAYNAUD-SIMON)
4. Point sur la mise en œuvre de la réforme du statut des contractuels (P^r Jean-Damien RICARD, M^{me} Hélène OPPETIT)
5. Orientations de la direction générale concernant l'attractivité pour les personnels infirmiers (M^{mes} Laetitia BUFFET et Vanessa FAGE-MOREEL)
6. Avis sur la nouvelle charte informatique de l'AP-HP (P^r Hubert DUCOU LE POINTE, M^{me} Donatienne BLIN) (sans nouvelle présentation)
7. Avis sur le schéma directeur des systèmes d'information (P^r Hubert DUCOU LE POINTE, D^r Laurent TRÉLUYER, M. Pierre BLONDÉ)
8. Avis sur deux protocoles de coopération médico-infirmière :
 - « **Surveillance et adaptation du traitement anticoagulant de patients sous anti-vitamine K, en présentiel ou en télésurveillance** » (D^r Georges ESTÉPHAN)
 - « Utilisation d'un échographe par l'infirmier ou le manipulateur d'électroradiologie médicale pour le repérage par écho-guidage des veines ou artères des membres supérieurs et inférieurs » (P^r Hubert DUCOU LE POINTE)
9. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• Avec voix délibérative :

P ^r	René	ADAM	M	Sophie	GUILLAUME
P ^r	Philippe	ANRACT	P ^r	Christian	GUY-COICHARD
D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Agnès	HARTEMANN
D ^r	Thomas	APARICIO	D ^r	Jean-François	HERMIEU
P ^r	Jean-Yves	ARTIGOU	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
P ^r	Elie	AZOULAY	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Frédéric	BATTEUX	P ^r	Éric	LE GUERN
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Michel	LEJOYEUX
M.	Guy	BENOIT	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
P ^r	Jacques	BODDAERT	D ^r	Rafik	MASMOUDI
P ^r	Olivier	BOURDON	D ^r	Vianney	MOURMAN
D ^r	Diane	BOUVRY	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	M.	Louis-Paul	PATY
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Alain	CARIOU	D ^r	Antoine	PELHUCHE
D ^r	Cyril	CHARRON	P ^r	Antoine	PELISSOLO
P ^r	Olivier	CLÉMENT	D ^r	Patrick	PELLOUX
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Claire	POYART
D ^r	Jean-Philippe	DAVID	P ^r	Louis	PUYBASSET
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	P ^r	Jean-Damien	RICARD
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D ^r	Nathalie	RICOME
M ^{me}	Alexandra	DE SOUSA SANTAS	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Vianney	DESCROIX	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSE
P ^r	Jacques	DURANTEAU	P ^r	Thomas	SIMILOWSKI
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Samir	TINE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
Dr	Bruno	GREFF	D ^r	Noël	ZAHR

• Avec voix consultative :

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

• En qualité d'invités permanents :

- P^r Philippe RUSZNIIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

- M^{me} Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'île de France (ARS)
- **Les représentants de l'administration :**
 - P^r Catherine PAUGAM-BURTZ et M^{me} Stéphanie DECOOPMAN, directrices générales adjointes
 - M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, directeur délégué – direction générale AP-HP
 - M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
 - M. Florent BOUSQUIÉ, directeur délégué / directeur de cabinet adjoint du directeur général
 - M^{me} Hélène OPPETIT et M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
 - M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
 - M^{me} Véronique DROUET et M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
 - D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information (DSI)
 - M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
 - M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
 - M. Marc DUPONT, directeur adjoint, direction des affaires juridiques (DAJ)
 - M^{me} Christine GUÉRI, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- **Invités :**
 - M^{me} Sophie ALLEAUME, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
 - M^{me} Donatienne BLIN, direction des systèmes d'information (DSI)
 - M^{me} Sophie BRUN, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
 - M^{me} Sophie DE CHAMBINE, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
 - P^r Arnaud FONTANET, membre du Conseil scientifique COVID-19 et épidémiologiste à l'Institut Pasteur
 - M. Gilles GALULA, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
- **Secrétariat de la CME :**
 - M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)
 - M^{me} Déborah ENTE (DPQAM)
- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Sébastien BEAUNE, Sadek BELOUCIF, Sophie BRANCHEREAU, Yves-Hervé CASTIER, Julie CHOPART, Margaux DUMONT, Julien FLOURIOT, Emelyne HAMELIN, Sandrine HOUZE, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Laurent MANDELBROT, Salomé MASCARELL, Giovanna MELICA, Clara SALINO, Ishai-Yaacov SITBON, Michel VAUBOURDOLLE et Karine VIRETTE.

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

1. Informations du président de la CME

Le président souhaite la bienvenue à M^{me} Alexandra DE SOUSA DANTAS, qui représentera les internes de médecine générale en remplacement de M^{me} Leila BOUZLAFA et sera membre du comité des internes qui représentera les internes de médecine générale en remplacement de M^{me} Leila BOUZLAFA. Bienvenue dans notre assemblée et dans le comité des internes de notre CME.

Le président présente ses vœux à chacun des membres de la CME et à l'ensemble de la communauté hospitalière. Il constate que nous vivons une double crise sans précédent : crise sanitaire et crise de l'hôpital public, tandis que le climat politique dans notre pays, avec les élections présidentielles en toile de fond, prend souvent des allures qui ne sont pas sans risques de graves divisions. L'époque exige donc plus que jamais de chacun de nous, personnels médicaux, soignants et administratifs : éthique de responsabilité, respect des règles qui organisent pacifiquement le débat, esprit d'ouverture, d'écoute, de dialogue et de respect de chacun envers chacun. Dans cet esprit, il remercie tous les membres de la CME pour leur implication dans les débats, réunions, groupes de travail et travaux de la CME, mais aussi dans les CMEL. Il remercie les pilotes et membres des sous-commissions, ainsi que chacun des collègues qui composent la CME : présidents de CMEL, vice-présidents de CME locale (CMEL), hospitalo-universitaires de CMEL, directeurs de département médico-universitaire (DMU), PU-PH, PH, contractuels, sages-femmes, ainsi que les membres consultatifs, et notamment les doyens. À toutes et à tous, il formule ses vœux chaleureux et sincères.

Le président annonce ensuite que la conférence des présidents de CME de CHU lui a fait l'honneur de l'élire le matin-même, président de la conférence. Le P^f Marie-Thérèse LECCIA, présidente de la CME du CHU de Grenoble, avec qui il candidait en binôme, a été élue vice-présidente. Il ne manquera pas de tenir la CME informée des travaux qu'il engagera avec la conférence.

Le président revient sur les suites concrètes qui ont été apportées à la tribune publiée dans *Le Monde* le 10 novembre 2021 avec la quasi-unanimité des membres de la CME et des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France et à celle parue le 10 décembre signée par un collectif de médecins de l'AP-HP, auxquels se sont joints près de 2 800 signataires, dont 23 membres de la CME. Il indique qu'il n'y aura pas de débat à ce sujet à la CME d'aujourd'hui qui doit respecter son ordre du jour.

- Le président détaille la façon dont il a donné suite à ces tribunes, par ordre chronologique : le président a décidé d'ouvrir le bureau de la CME du 21 décembre à l'ensemble des membres de la CME et de consacrer l'ordre du jour à la discussion de propositions de mesures immédiates et à moyen terme que la CME pourrait faire à la direction générale pour répondre à la crise des ressources humaines à l'AP-HP. Exceptionnellement, ce bureau a été entièrement consacré à un échange entre les seuls membres de la CME, sans la présence de l'Administration.
- Le 31 décembre, avec le D^f Diane BOUVRY, il a organisé une rencontre en visio-conférence avec des cadres de soins.
- Le 5 janvier, il a tenu une visio-conférence avec les représentants des directeurs de DMU à la CME pour discuter de l'évaluation des DMU.
- Ce même 5 janvier, le directeur général a reçu, en présence du P^f Bruno Riou et de lui-même, une délégation des signataires de la tribune du 10 décembre qui avait été reçue auparavant par la conseillère santé de l'Élysée.

- Le 6 janvier, avec le directeur général, il a organisé une rencontre entre des membres de la CME (vice-présidente de la CME, présidents des CME locales, directeurs de DMU, chefs de service, sage-femme), des cadres soignants et des directeurs de GHU.

À ce stade des concertations, il lui apparaît que, d'une part, l'importance du nombre de signataires de la tribune du 10 décembre ne peut être ignorée, même si certains ont fait savoir qu'ils ont signé même s'ils ne partagent pas un à un tous les termes du texte. D'autre part, l'unité de la communauté médicale et hospitalière, d'autant plus importante dans la période de grande tension que traverse aujourd'hui l'hôpital, exige de respecter les règles du débat démocratique tel qu'il est organisé à ce jour par les textes législatifs et réglementaires, y compris par le règlement intérieur de la CME.

Les conclusions qu'il en tire à ce stade sont les suivantes :

1) Concernant les DMU :

Ils seront évalués par un groupe *ad hoc* de la CME qui sera ouvert à des cadres de soins. Le P^f Bahram BODAGHI proposera en collaboration avec ses deux vice-présidents de la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT) la composition du groupe qui devra comprendre des membres de la CME et des cadres de soins, et associer des présidents de commission des structures des CMEL et les doyens. Des représentants des directions concernées y seront évidemment associés.

Ce groupe sera chargé :

- En premier lieu, d'évaluer les DMU selon une méthode qui s'inspirera de celle qui a été utilisée par le GHU Paris-Saclay et dont le P^f René ADAM a fait part lors de la réunion du 5 janvier. Elle consiste à répondre à quatre questions :
 1. Pensez-vous que votre DMU apporte une valeur ajoutée à chacun des services qui la composent ?
 2. Êtes-vous satisfait de la cohérence médicale de votre DMU ?
 3. Quelles sont les limites majeures que vous rencontrez pour le bon fonctionnement de votre DMU (dispersion géographique, circuits de décision, encadrement, etc.) ?
 4. Quels sont les points positifs et les points négatifs de votre DMU ?

Le président propose que ce questionnaire soit proposé à tous les directeurs de DMU, mais aussi aux chefs de service et médecins seniors des services, ainsi qu'aux cadres paramédicaux des DMU et des services. Il reviendra au groupe de préciser tout cela.

- Deuxièmement le groupe *ad hoc* devra répondre à quatre questions :
 1. Faut-il une liberté d'adhésion aux DMU ou des règles communes à toute l'AP-HP doivent-elles être définies ?
 2. Les DMU doivent-ils être des structures ou reposer sur des contrats fédératifs ?
 3. Quelles sont les délégations de compétence à mettre en œuvre pour assurer la subsidiarité adéquate entre directions, DMU, service ?
 4. La désignation des directeurs de DMU doit-elle ou non faire intervenir les chefs de service dans la procédure et, si oui, comment ?

L'ensemble de la méthode sera discuté, affiné et, le cas échéant, amendé lors de la première réunion du groupe et présenté à la CME. Le groupe présentera ses conclusions à la CME du 5 avril 2022. Elles permettront de préparer le processus d'actualisation de l'organisation médicale interne, et, à terme, le renouvellement des directeurs de DMU. Le travail de ce groupe *ad hoc* n'a pas vocation à empêcher les autres initiatives susceptibles de contribuer à affiner cette

évaluation. Pour être efficaces, il est toutefois évident que ces initiatives, qu'elles soient au niveau central ou local, doivent être coordonnées. Il évoquera les modalités de cette coordination avec le directeur général et les présidents de CMEL.

2) Concernant les réponses concrètes et urgentes à apporter à la crise des ressources humaines, en particulier la crise de l'attractivité pour les personnels infirmiers, le président souhaite que la direction générale fasse un point à la CME du 8 février 2022 et apporte des réponses claires sur la faisabilité technique des propositions qui ont émané de ces diverses réunions. Il aura l'occasion d'en reparler avec le directeur général et ce sujet sera évoqué lors du bureau du 25 janvier, mais, à ce stade, il considère que les propositions les plus partagées au cours de ces réunions concernent :

- La subsidiarité et les délégations de compétences aux chefs de service et cadres de soins de proximité, notamment en ce qui concerne le recrutement des personnels paramédicaux ;
- La définition de fiches de postes emportant des engagements en matière d'horaires de travail, de parcours de formation et de carrière, de reconnaissance de l'expérience et des expertises acquises, d'encadrement des déplacements entre services et des périmètres de mobilité subie ;
- L'organisation d'un dialogue de gestion des effectifs partant de l'estimation des besoins par les chefs de service et cadres de soins, et intégrant la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients, les temps de dialogue au sein des équipes, une marge raisonnable pour pallier les absences, les parcours de formation, la recherche en soins infirmiers, et l'accompagnement et le tutorat des jeunes professionnels ;
- La redéfinition des missions des cadres de soins, l'allégement de leurs tâches administratives et logistiques, leur positionnement dans la hiérarchie soignante, le renforcement de leurs effectifs, plus particulièrement la nuit.

Le président constate que, au cours de ces concertations, il a été accusé d'être trop conciliant, d'un côté, avec le directeur général, de l'autre, avec les signataires de la lettre ouverte au Président de la République, sans compter ceux qui contestent la légitimité de la CME, et donc le suffrage de leurs pairs, ou bien veulent l'autonomie des GHU, et donc la fin de la structure unitaire de l'AP-HP. Quelle que soit la difficulté à rester sur la ligne de crête, il déclare qu'il ne cédera ni aux pressions des uns, ni à celles des autres, ni aux tentations du « dédagisme » et des « fusibles », ni à celles du « chacun pour soi et que le plus fort gagne ». Il continue donc à maintenir le cap qui consiste à construire un consensus respectueux de tous pour contribuer à répondre de façon pragmatique aux difficultés. C'est le seul susceptible de ne pas mener à la division.

Le président rappelle qu'il n'y aura pas de débat à la présente séance sur ces sujets, car ils seront discutés largement dans les jours et semaines à venir. Il passe donc la parole au directeur général, avant de la passer à M. Arnaud FONTANET, qui a accepté de venir faire un point sur les perspectives de l'épidémie de COVID, sujet sur lequel toutes les forces doivent aujourd'hui être mobilisées.

Le directeur général, présente les excuses de l'institution pour les dysfonctionnements techniques rencontrés en début de séance. Il adresse toutes ses félicitations au P^r Rémi SALOMON pour son élection à la présidence de la conférence des présidents de CME. Les prochaines séances de CME donneront l'occasion d'approfondir les questions de fond qui ont été posées et d'avancer sur les thèmes abordés par le président.

Concernant le sujet des recrutements, principal sujet de préoccupation de l'institution pour réussir à capter un plus grand nombre d'infirmiers le plus rapidement possible, il annonce deux

avancées. Tout d'abord, l'AP-HP va proposer de manière systématique à tous les futurs diplômés de l'été 2022 qui seront en stage de « pré-diplômation » au mois de mars 2022, un contrat d'allocation d'étude assorti d'un engagement de servir pour obtenir la plus haute proportion de celles et ceux qui seront diplômés. Par ailleurs, l'AP-HP proposera d'ici quelques jours un contrat aux intérimaires afin de concurrencer ce dispositif, dont la force d'attraction est bien connue. Ces contrats de 6 ou 9 mois seront ouverts jusqu'à la fin du mois de février 2022, avec des conditions de contractualisation et de salaire permettant de concurrencer l'intérim - plus élevées pour une période de 9 mois que de 6 mois -, afin de recruter le plus possible pendant la période de « pré-diplômation ». La rémunération horaire de ces contrats avoisinera celle proposée en intérim. Ce dispositif, proposé à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) par l'AP-HP, sera ancré au niveau régional et accessible à l'AP-HP et aux GHT intéressés.

2. Point COVID (M. Arnaud FONTANET)

Le président rappelle que M. Arnaud FONTANET dirige une unité d'épidémiologie et maladies infectieuses à l'Institut Pasteur et est membre du Conseil scientifique Covid-19 depuis le début de cette pandémie. Il le remercie d'accorder un peu de son temps à la CME pour faire le point sur la pandémie et la 5^e vague de Covid-19.

M. Arnaud FONTANET remercie la CME de l'avoir invité afin de présenter quelques données sur le variant Omicron. Il propose de centrer sa présentation sur la dynamique de l'épidémie en France, en Île-de-France et sur les perspectives des semaines à venir. Il souhaite néanmoins rappeler quelques éléments généraux et notamment des considérations sur les formes cliniques de la maladie et sur l'efficacité vaccinale, importantes pour comprendre les projections réalisées par l'équipe de M. Simon CAUCHEMEZ de l'Institut Pasteur.

Le variant Omicron donne des formes cliniques différentes de celles observées chez les variants précédents et cela tient en partie à sa biologie. Il se multiplie en effet mieux dans les bronches et moins bien dans les poumons comparés aux autres variants. Il est capable d'utiliser deux voies d'entrées dans la cellule, notamment par les muqueuses nasales (voies aériennes supérieures). À 24 heures, le pic de multiplication a déjà lieu dans les muqueuses nasales sur les modèles expérimentaux, alors qu'il était plus tardif pour les autres variants. Ces spécificités biologiques signifient que l'on trouve moins de formes pulmonaires - et donc moins de formes sévères -, une multiplication et une incubation plus rapides comparées à celles des autres variants. Les collègues sud-africains et anglais ont rapidement fait ces observations sur leurs patients, en constatant qu'ils différaient de ceux des vagues précédentes : ceux qui étaient hospitalisés présentaient des formes cliniques moins graves, le nombre de passages en réanimation était moins important, les durées de séjour étaient plus courtes et le recours à l'oxygène était moins souvent nécessaire.

Un autre élément important de ce variant concerne sa forte capacité d'échappement immunitaire. Il survient maintenant dans des populations largement immunisées, soit par infection naturelle comme en Afrique du Sud, soit par la vaccination comme en Europe et le reste du monde. Les Anglais qui ont eu l'occasion de travailler sur ce variant avec 15 jours d'avance sur la France, ont déjà produit des estimations de l'efficacité vaccinale. Chez les personnes qui ont déjà bénéficié d'une primo-vaccination *Pfizer* et d'un *booster Pfizer*, on constate à distance de la deuxième dose une protection de 60 % juste après la 2^{ème} dose contre l'infection symptomatique, alors qu'elle est proche de 0 à 6 mois de la 2^e dose. Le rappel permet de remonter la protection à 70 %, qui descend à 50 % après 3 mois. La protection contre l'infection symptomatique est quasiment nulle à distance de la 2^e dose et restaurée en partie par un rappel, mais est de nouveau perdue après 3 mois.

Les nouvelles sont meilleures concernant l'hospitalisation. Les derniers résultats des analyses réalisées au Royaume-Uni montrent à 6 mois de la 2^e dose montrent une protection de 50 % contre l'hospitalisation. Deux semaines après le booster, cette protection contre l'hospitalisation monte à 90 %. La vaccination reste donc très efficace contre les formes sévères avec Omicron. Chez les plus de 65 ans, on constate deux mois après la dose de rappel 95 % de protection contre l'hospitalisation et donc contre les formes sévères et cette protection est maintenue à 90 % 3 mois après la dose de rappel. Ces nouvelles sont encourageantes et montrent que l'immunité cellulaire fonctionne et que la protection contre les formes sévères est maintenue après les doses de rappel.

L'Angleterre mène des enquêtes régulières de prévalence sur un échantillonnage représentatif de la population, qui leur permettent de savoir quelle est la proportion de personnes infectées à un moment donné. Au début de la vague Omicron à Londres au début du mois décembre 2021, 10 % des personnes étaient testées positives dans l'échantillon représentatif. À la fin du mois de décembre 2021, la proportion de personnes infectées a diminué et le pic d'infection a été passé fin décembre. Cela s'est traduit dans les hôpitaux londoniens par le passage du pic d'hospitalisation début janvier 2022. Si le nombre de patients a fortement augmenté dans le courant du mois de décembre, les cliniciens ont indiqué que les patients arrivaient avec des formes plus légères, une durée d'hospitalisation estimée à 4 jours, une mise sous oxygène pendant 2 jours et des retours au domicile assez rapide. Londres a passé son pic en décembre 2021, mais les autres régions d'Angleterre sont en hausse : les admissions quotidiennes commencent à se stabiliser et représentent la moitié du pic de janvier 2021, qui avait été très sévères en Angleterre. Les hospitalisations représentent également la moitié du nombre de patients hospitalisés en janvier 2021. Les niveaux de soins intensifs sont également beaucoup plus bas. La situation n'est pas encore consolidée en Angleterre, avec un premier pic qui s'est plutôt bien passé malgré d'importantes difficultés de fonctionnement dans les services. Même si les patients Covid étaient plus légers, d'autres patients hospitalisés ont été infectés et ont dû être placés en isolement. Il y a également eu beaucoup d'absentéisme parmi les équipes soignantes, médicales et les ambulanciers. En matière d'occupation des lits, de sévérité des situations des patients et de passages en réanimation, les choses se sont mieux passées à Londres qu'il y a un an. Reste à voir ce qu'il en sera pour le reste de l'Angleterre, toujours en phase évolutive. Les chercheurs ont néanmoins été soulagés de constater que ce qui s'était passé en Afrique du Sud semblait se répéter en Angleterre.

Une différence fondamentale entre l'Angleterre et la France ne permet toutefois pas de transposer l'expérience de la première à la seconde : l'Angleterre a en effet une proportion plus élevée de personnes qui ont reçu leur dose de rappel, qui protège bien contre les formes sévères, notamment chez les plus de 65 ans (90 % en Angleterre contre 75 % en France). La France pourrait donc se retrouver en difficulté pour les personnes présentant des risques de formes graves.

Le variant Omicron est devenu largement majoritaire en France : fin décembre 2021 - début janvier 2022, il était responsable de près de 90 % des infections au sein des régions Nord, Bretagne et Île-de-France. Les zones les moins touchées en France sont dans le Sud-Est et restent davantage touchées par le Delta. L'Île-de-France a explosé les records d'incidence par rapport à tout ce qui a pu être observé auparavant. Le 6 janvier 2022, 350 000 cas positifs étaient dénombrés en France, ce qui signifie probablement qu'il y a eu plus de 500 000 infections. En pleine vague Delta (période pré-Omicron) en décembre 2021, le nombre de patients en hospitalisation conventionnelle commençait à être maîtrisé lorsqu'Omicron les a fait repartir à la hausse. Les pics constatés lors des 2^{ème} et 3^{ème} vagues affichaient 30 000 hospitalisations conventionnelles, et elles sont aujourd'hui estimées à 22 000. De même, le pic d'hospitalisations

en réanimation était à 5 000 dans les moments les plus difficiles des vagues précédentes : il se chiffre à 4 000 aujourd'hui. Ainsi, même si les patients sont moins lourds, la situation sera très tendue. Les chiffres relatifs aux populations les plus jeunes n'ont jamais été atteints jusqu'à présent : l'épidémie est conséquente chez les non-vaccinés de 0-9 ans et 10-19 ans.

En Île-de-France, le niveau des nouvelles hospitalisations par jour est identique à celui des 2^e et 3^e vagues et celui des admissions en réanimation en est très proche. Les chiffres d'occupation des lits en hospitalisation et en réanimation sont aux trois quarts (6000 pour 8000) pour l'hospitalisation conventionnelle et à la moitié en réanimation. La vague forte qui arrive présente toutefois des risques de passage en réanimation plus faibles. La situation des régions du Sud de la France est inquiétante. La Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie, l'Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) sont en effet déjà au même niveau qu'en janvier 2021, en hospitalisation conventionnelle et en réanimation. L'arrivée des malades infectés par Omicron sera très difficile à absorber.

Au cours des 15 derniers jours, l'élaboration des scénarii a été très difficile, faute de données sur la sévérité et la transmissibilité relatives d'Omicron par rapport à Delta. L'équipe de M. Simon CAUCHEMEZ a donc élaboré plusieurs pistes, parmi lesquelles il est aujourd'hui possible de trancher grâce à leur comparaison par rapport à la situation observée. Les scénarii dans lesquels l'avantage de transmissibilité d'Omicron versus Delta était bas ou intermédiaire sont écartés. L'observé correspond bien au scénario dans lequel l'avantage de transmissibilité est élevé (84 % de transmissibilité supérieure d'Omicron versus Delta). Plusieurs scénarii ont également été élaborés quant à la sévérité relative d'Omicron versus Delta : deux scénarii paraissent les plus plausibles aujourd'hui. Dans le premier, la sévérité d'Omicron serait identique à celle du virus historique (Wuhan 2020) et représente la moitié de celle de Delta. Dans le second, sa sévérité serait moindre et représenterait la moitié de celle du virus historique (diminution de 75 % par rapport à Delta). S'y ajoute néanmoins la complexité liée au fait qu'Omicron infecte plus volontiers les personnes vaccinées que les autres variants : le risque d'être hospitalisé résulte à la fois de la moindre sévérité intrinsèque d'Omicron par rapport aux précédents variants et du fait qu'il survient chez des personnes vaccinées, mieux protégées contre les formes sévères.

En résumé, la probabilité pour une personne infectée par Omicron d'être hospitalisé est estimée à la moitié ou aux deux tiers de celle d'une personne infectée par Delta. Le risque de passage en réanimation est également divisé par trois entre un patient infecté par Omicron, versus un patient infecté par Delta.

Le nombre d'infections attendues en France, basé sur la comparaison du projeté et de l'observé et sur le fait que l'avantage de transmissibilité est élevé, est estimé à plus de 500 000 par jour. Il faut toutefois noter que toutes les contaminations ne sont pas répertoriées en raison d'un système de dépistage un peu dépassé, comme le vivent tous les pays touchés par Omicron. En outre, certaines personnes touchées par des formes bénignes ne vont pas se faire dépister. Depuis le 3 janvier 2022, on estime que les personnes ont réduit leurs contacts de 20 %. L'expérience des différentes vagues épidémiques montre que les citoyens réduisent d'eux-mêmes leurs contacts et sont plus prudents lorsque le nombre d'infections est très élevé en population, au-delà des mesures gouvernementales, relativement limitées jusqu'à présent. En diminuant leur contact de 20 %, les individus peuvent diviser par deux le nombre d'infections. Aux messages selon lesquels Omicron se transmet partout, que ses formes sont légères et qu'il est inutile d'essayer de l'arrêter, il faut opposer le fait que de nombreuses personnes iront à l'hôpital et que la réduction des contacts de 20 % divisera par deux les cas et les hospitalisations dans les 15 prochains jours. Au regard de ce que vont vivre les hôpitaux, cette réduction des contacts aura un impact considérable sur la tension hospitalière.

Concernant les hôpitaux, le scénario 1 apparaît comme étant le plus plausible, avec une haute transmissibilité et une sévérité inférieure de 80 % versus Delta et de 50 % du virus historique. La durée de séjour hospitalière est estimée à 6 jours versus les 12 constatés précédemment : si l'on tient compte des 20 % de réduction attendus depuis le 3 janvier 2022 (mesures gouvernementales et autorégulation), le nombre d'admissions à l'échelle nationale devrait avoisiner 2 500, c'est-à-dire moins que ce qui a été enregistré au plus fort de la 1^{ère} vague. Les 20 % de réduction des contacts permettent de passer d'une situation extrêmement difficile à une situation difficile, mais gérable pour les hôpitaux en admissions quotidiennes, en taux de remplissage (inférieur à 20 000) et en réanimation, avec environ 3 750 patients à l'échelle nationale. Ces données nationales devront être déclinées à l'échelle régionale. L'Île-de-France sera touchée avant les autres régions, car Omicron y a circulé plus tôt. Dans cette région, les pics d'infection étaient attendus entre le 7 et le 10 janvier 2022. La répercussion sur l'hôpital est plus tardive, mais se fera sentir dans la 2^e quinzaine de janvier. Au-delà de la difficulté relative à la disponibilité du personnel hospitalier, à l'absentéisme lié aux infections et à la prise en charge de patients moins sévères mais infectés et placés en isolement, il faut espérer que les niveaux de tension seront inférieurs à ceux que les hôpitaux ont dû subir au cours des vagues précédentes.

Le scénario 3 ne peut toutefois pas être écarté et prévoit des niveaux d'admission à l'hôpital et d'occupation des lits très difficiles. La réanimation devrait pouvoir mieux résister. Tous ces scénarii contiennent une grande marge d'incertitude. D'autres prennent en compte les durées de séjour fournies par les Anglais (un scénario estime que la durée d'occupation des lits d'hospitalisation conventionnelle passerait de 6 à 4 jours). Il est nécessaire de rester prudent sur les messages donnés à la population. Si ce qui s'est passé à Londres se veut rassurant, il est néanmoins important de se rappeler que les plus de 65 ans étaient mieux vaccinés à Londres qu'en France et que les taux d'occupation des lits en Angleterre à l'arrivée d'Omicron étaient moins élevés qu'en France, notamment dans le sud de la France.

Le président remercie M. Arnaud FONTANET de cette présentation détaillée et éclairante. Il entend que l'on peut espérer l'atteinte du pic d'Omicron dans les prochains jours suivi d'une redescente et demande ce qu'il en est aujourd'hui de l'évolution du variant Delta, qui reste présent en soins continus et en réanimation.

M. Arnaud FONTANET confirme l'effet d'inertie de la vague Delta précédente, car les patients qui étaient encore présents dans les hôpitaux voici 15 jours étaient infectés par Delta, notamment dans le Sud de la France. Ils seront progressivement remplacés par des patients Omicron, mais les soins intensifs seront encore fortement occupés par les patients Delta. Si l'on se projette à 2 ou 3 mois, il était attendu au niveau mondial qu'Omicron gagne la première manche du fait de sa capacité d'échappement immunitaire. Ce qui fera à terme le rééquilibrage entre les deux variants Omicron et Delta est leur contagiosité propre. La capacité d'échappement immunitaire d'Omicron et sa contagiosité moins importante qu'initialement estimée, du même ordre de grandeur que Delta pourrait amener à une situation d'équilibre entre les deux variants à moyen terme. L'immunité croisée entre les deux variants va également jouer : les personnes qui ont été infectées par Omicron sont en partie protégées contre Delta, ce qui jouera en faveur d'Omicron. Il est trop tôt pour dire comment l'équilibre final se réglera, mais le remplacement total de Delta par Omicron n'est pas acquis. Un rééquilibrage, même partiel, pourrait survenir dans un deuxième temps.

Le président note que les incertitudes sont encore nombreuses pour les prochains mois. On entend dire que l'immunité se consolide, naturelle ou vaccinale, malgré le caractère temporaire des vaccins. Il se demande si cela va permettre de contenir les formes graves, et peut-être d'assister à la dernière forme de variant qui impacte fortement l'hôpital.

M. Arnaud FONTANET ne s'avance pas jusque-là. Le variant Omicron est un « extra-terrestre », probablement issu d'une affection chronique chez un patient sidéen en Afrique du Sud avec des mutations accumulées qui lui ont permis d'échapper à l'immunité, et qui par chance était peu sévère. Si ce variant avait été plus sévère, la situation aurait été beaucoup plus difficile. Le point positif est qu'à chaque émergence de variant, une nouvelle couche d'infection ou de dose de rappel permet de constituer une immunité cellulaire qui protège contre les formes graves. À terme, on peut espérer que les prochains variants se rapprochent de ce que donnent les coronavirus saisonniers (angines et rhumes) et produisent de moins en moins de formes graves. Il ne peut pas aujourd'hui dire dans quel calendrier cela se produira. Il signale que les projections laissent penser à une baisse considérable des infections à partir du mois de février, qui se prolongera sur le printemps, car c'est ce qui est généralement observé avec les coronavirus saisonniers et le SARS-COV-2. Les hôpitaux devraient pouvoir commencer à souffler à partir du mois de mars 2022.

Il souhaite énormément de courage aux personnels hospitaliers et les félicite de leur travail remarquable. Les difficultés et les souffrances des personnels hospitaliers qu'il essaie d'expliquer dans les médias sont de moins en moins audibles. Les gens n'ont plus envie d'entendre parler de ce virus et détournent pudiquement le regard de ce qui se passe dans les hôpitaux.

Le président partage entièrement ces derniers propos et confirme le décalage entre ce que les gens ne veulent plus entendre et ce que les hôpitaux sont obligés de vivre. Il espère que les choses vont se tasser après le premier trimestre 2022, mais sans aucune certitude.

Le P^r Xavier MARIETTE note que le scénario le plus réaliste, qui intègre 20 % de diminution des contacts, estime le nombre de patients en hospitalisation conventionnelle entre 20 000 et 22 000 patients. Or c'est déjà leur niveau actuel, alors que les patients Omicron ne sont pas encore tous accueillis.

M. Arnaud FONTANET explique que les simulations de l'équipe de M. Simon CAUCHEMEZ ne prennent pas en compte toutes les natures d'hospitalisations, notamment en soins de suite et réadaptation (SSR), et sont 30 % inférieures aux chiffres gouvernementaux.

Le P^r Xavier MARIETTE en déduit que ce chiffre sera plutôt autour de 30 000 patients, comme lors des vagues 1 et 2.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si Omicron peut induire une immunité large et durable, notamment au regard des éventuels futurs variants.

M. Arnaud FONTANET explique que concernant l'immunité humorale, un variant qui émerge est capable de contourner les anticorps et d'infecter un organisme. Tous les futurs variants présenteront cette capacité d'échappement à l'immunité humorale et aux anticorps qui auront été développés. En revanche, l'immunité cellulaire plus large et englobante vis-à-vis du virus reste beaucoup mieux conservée. On s'attend à ce que la protection contre les formes graves reste conservée et renforcée au fur et à mesure de l'émergence des variants. La protection contre l'infection peut quant à elle être déstabilisée par des variants porteurs de nombreuses mutations, comme Omicron.

Le P^r Rachel LÉVY demande quelles informations peuvent être tirées du modèle israélien, qui a hésité quant à la population cible à vacciner avec une 4^e dose. M. Arnaud FONTANET semble dire que le rappel vaccinal tient au moins 3 mois mais elle souhaite savoir ce qu'il pourrait se passer après.

M. Arnaud FONTANET confirme que la variable fondamentale quant à la décision d'une 4^e dose sera la protection contre les formes sévères chez les personnes fragiles. Les données anglaises sont

encourageantes avec une protection à 90 % à 3 ou 4 mois de la dose de rappel. Ces résultats n'encouragent pas à proposer une 4^e dose, dans l'état actuel des choses. La cohorte israélienne a reçu sa 3^e dose en septembre 2021 : il faut attendre la publication des résultats, qui pourront peut-être être différents de ce que les Anglais ont communiqué. Si les résultats israéliens montrent que 4 mois après la dose de rappel, on constate une baisse de la protection contre les formes sévères, une réflexion sur une 4^e dose pourra être menée. Si la protection contre les formes sévères est maintenue, il doute que le Comité d'orientation stratégie vaccinal soit enclin à proposer une 4^e dose chez les plus de 60 ans.

3. Approbation du compte rendu de la CME du 7 décembre 2021

Le compte rendu de la CME du 7 décembre 2021 est approuvé à l'unanimité.

4. Rapports 2019 et 2020 sur l'activité libérale à l'AP-HP (M. Olivier TRÉTON)

Le président indique que l'agence régionale de santé (ARS) le sollicite pour désigner un représentant à la commission régionale de l'activité libérale : il lance un appel à candidatures auprès des présidents de CMEL et précise que la commission se réunit environ une fois par an.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI se porte volontaire.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI est désigné représentant du président de la CME à la commission régionale de l'activité libérale.

M. Olivier TRÉTON rappelle le caractère atypique de l'année 2020, marquée par le renouvellement des mandats des membres des commissions de l'activité libérale centrale (CCAL) et des commissions locales (CLAL). Leur composition est arrêtée depuis le printemps 2021.

Les membres de la commission centrale sont : le D^r Jean-Luc THOMAS (président de la CCAL), M^{me} Héléne OPPETIT (représentante de la direction AP-HP), M. Pierre ALBERTINI (caisse primaire d'assurance maladie [CPAM]), le D^r Éric LE BIHAN (praticien n'exerçant pas d'activité libérale), Les P^{rs} Philippe ANRACT et Yves-Hervé CASTIER (praticiens exerçant une activité libérale), M^{mes} Brigitte AGOSTINI et Sandra DI BONA (représentantes du conseil de surveillance) et M^{me} Dominique MATINTIKA (représentante des usagers). Les CLAL sont également toutes constituées.

L'année 2020 a été particulièrement troublée, en premier lieu par une diminution de l'activité libérale due à la crise sanitaire et à son interruption au deuxième trimestre, qui a concerné un tiers des praticiens. En conséquence, le nombre de consultations a diminué de 15 % entre 2019 et 2020 et le nombre d'actes de 11 %. Le suivi de l'activité libérale a été compliqué. L'activité de base administrative consistant à renouveler les contrats s'est poursuivie, mais la production des rapports a nécessité un délai plus long que les années précédentes. Les irrégularités constatées en 2019 et en 2020 sont toujours en cours de régularisation.

L'état des anomalies constatées dans le rapport 2020 est le suivant :

- Honoraires : 64 dossiers dont le déclaratif est inférieur aux relevés de l'assurance maladie dits SNIR (selon la règle des 10 % de la CPAM) et 5 dossiers avec absence de déclaratif (relevé du système national inter-régimes [SNIR] reçu) ;
- 9 dossiers pour absence de déclaration de l'activité publique ;
- 22 dossiers pour lesquels le volume d'activité libérale est supérieur au volume de l'activité publique ;
- 13 dossiers pour lesquels le montant de la redevance n'est pas intégralement acquitté.

Un même praticien peut cumuler plusieurs motifs d'irrégularités.

Le nombre de praticiens concernés par l'activité libérale est globalement identique entre 2019 (358 contrats) et 2020 (354 contrats). Il représente plus de 6 % des praticiens éligibles à l'activité libérale (hospitalo-universitaires ou PH temps plein) : 18 % des PU-PH sont concernés, 4 % des PH temps plein et 3,5 % des MCU-PH. Les disciplines médicales d'organes et la chirurgie sont chacune représentées à 40 %, l'imagerie, la radiologie, la radiothérapie et la médecine nucléaire à 13 % et la gynécologie à 8 %. Le panorama par GHU montre une surreprésentation des GHU *intra muros* (Paris-Centre et Paris-Sorbonne Université) et une sous-représentation des hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis (HUPSSD) dont le public du territoire est probablement le moins enclin à solliciter des prises en charge libérale, et dans une moindre mesure présence également plus faible du GHU Henri-Mondor.

On ne constate pas de changement important entre 2019 et 2020 concernant les honoraires par disciplines. La cardiologie, la chirurgie orthopédique et la radiothérapie restent des disciplines en générant beaucoup.

Afin de répondre aux enjeux d'amélioration de l'organisation interne, un programme a été arrêté lors de la dernière réunion de la CCAL :

- Analyse de l'activité de radiothérapie : clarification des modalités de facturation et de codage, qui sont complexes compte-tenu du nombre d'actes possibles pour un patient ;
- Amélioration du dispositif de remontée automatique de l'activité publique via le système d'information : mise en place d'un groupe de travail réunissant la direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM), la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP) et le département de l'information médicale (DIM) en septembre 2021 pour la rendre plus efficace et moins chronophage pour les praticiens et les équipes des directions des finances et des affaires médicales ;
- Contrôle de l'affichage : appropriation des outils numériques et élaboration d'un guide de bonnes pratiques avec l'aide du conseil de l'Ordre.

Enfin, les évolutions à venir dans les suites du « Ségur de la santé » auront un impact organisationnel. Les textes qui paraîtront en février prochain, assoupliront notamment pour les praticiens hospitaliers la possibilité d'exercer une activité libérale intra et extra hospitalière. Celle-ci sera élargie aux PH en période probatoire et à ceux exerçant au minimum à 80 % à hauteur d'une demi-journée, ainsi qu'aux MCU-PH en stage. Ces décrets autoriseront également les PH exerçant entre 50 % et 90 % à développer une activité professionnelle privée rémunérée en dehors de leurs obligations de service et de l'établissement d'affectation, mais il ne leur sera pas possible d'exercer à la fois un exercice libéral à l'extérieur et à l'intérieur de l'hôpital. Au sein d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), l'activité libérale pourra être réalisée sur deux sites hospitaliers.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI demande si le système d'information pourrait autoriser, outre l'évaluation sur les sommes, le respect des critères, etc., une analyse des délais de rendez-vous de l'activité libérale et une comparaison avec ceux de l'activité publique.

M. Olivier TRÉTON répond que cela n'est pas envisagé à ce stade. L'objectif actuel est de taguer l'activité libérale une fois codée pour qu'elle remonte dans le système d'information. Une discussion pourra toutefois avoir lieu avec la direction des systèmes d'information (DSI) afin de vérifier si les outils de *planning* et/ou la société *Doctolib* permettraient de le faire. Il reviendra vers la CME pour confirmer la faisabilité de cette requête.

Le P^r Bertrand GODEAU estime qu'il est important de préciser que les collègues qui exercent une activité libérale reversent une partie de leurs honoraires à l'hôpital, selon un pourcentage variable

selon les spécialités (jusqu'à 30 % pour certaines). Lorsque les honoraires sont affichés, il serait intéressant d'indiquer en miroir ce que l'activité libérale rapporte à l'hôpital.

M. Olivier TRÉTON répond que les redevances perçues par l'AP-HP pour l'activité libérale représentent une dizaine de millions d'euros et vont de 10 % pour une consultation jusqu'à 60 % pour des actes interventionnels en radiologie.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI estime que l'usage du terme « rapporte » à l'hôpital est à manier avec précaution. On pourrait vraiment parler ainsi que si cette activité rapportait plus qu'elle ne coûte, ce qui reste à établir.

Le P^r Yann PARC estime que l'activité libérale rapporte plus à l'AP-HP qu'elle ne lui coûte, car pour les actes, l'hôpital perçoit la même somme pour un malade « public » ou « privé ». Les honoraires sont perçus en plus. Pour les consultations, l'hôpital perçoit 16 % de la somme de la consultation, ce qui couvre largement le coût.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI estime que cette discussion reste ouverte : il est nécessaire d'intégrer dans les coûts le temps passé par d'autres personnels que le praticien qui fait l'activité libérale et qui pendant ce temps n'assurent pas d'activité publique.

Le président confirme la pertinence d'avoir une visibilité sur la part qui revient à l'hôpital pour répondre de manière objective à la question posée par le P^r Bertrand GODEAU.

Le D^r Jean-François HERMIEU estime que la facturation mériterait d'être modernisée, car aujourd'hui le praticien fait sa déclaration sur le site, qui l'envoie au Siège, qui émet un titre de recettes envoyé par courrier au domicile du médecin. Il suggère de permettre aux praticiens de créer un compte sur un site internet avec un paiement par virement.

M. Didier FRANDJI précise que le circuit de facturation de l'activité libérale est à la main des GHU. Les praticiens reçoivent des titres de recettes de la part de la direction spécialisée des finances publiques (DSFP) du ministère des Finances. Il n'existe pas de système dans lequel le Siège facturerait en plus aux médecins. C'est un circuit classique.

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN ajoute que la saisie est directe dans le système d'information SAP par le GHU.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que la présentation du rapport d'activité libérale suscite toujours divers commentaires par une communauté médicale qui en a des appréciations variables. Elle est légale et encadrée avec des critères stricts. Il s'agit d'un facteur d'attractivité dans certaines disciplines comme la chirurgie. Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI a posé une question pertinente sur les délais de consultation. Ceux qui exercent une activité libérale exercent parallèlement une activité publique qui lui est supérieure en volume. Or, le carnet de rendez-vous public se remplit généralement plus rapidement que celui de l'activité libérale pour des raisons de prix, même s'il y a davantage de places en public qu'en libéral. Voici quelques années, une commission s'est réunie pour essayer de définir les conditions d'activité libérale et son éventuelle réforme. La question des délais de rendez-vous a été résolue en considérant que c'était à l'équipe dans laquelle exerce le médecin ayant une activité libérale d'assurer des rendez-vous tout aussi rapidement. Chaque médecin applique ensuite sa déontologie : ayant lui-même une activité libérale, il lui arrive parfois de recevoir en urgence un patient qu'il suit en activité publique dans un délai très court. Cette question ne peut pas être résolue par un simple regard sur les délais de rendez-vous, car il est impossible qu'ils soient identiques pour un médecin donné.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI indique que l'analyse des délais peut donc être faite pour le service auquel appartient le praticien ayant une activité libérale, en faisant une péréquation délai/séniorisation de la prise en charge. Par ailleurs, l'attractivité doit être évaluée pour les praticiens

eux-mêmes bien sûr, mais également pour les corps professionnels qui dans certains cas participent à l'activité libérale sans en retirer de bénéfice (anesthésistes, manipulateurs radio...)

5. Synthèse des conférences stratégiques et budgétaires (P^r Frédéric BATTEUX, M. Didier FRANDJI)

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN indique que la présentation donnera à la fois une visibilité par GHU et sur les grands axes médicaux de l'AP-HP. Les conférences stratégiques et budgétaires se sont tenues en décembre en présence de la direction générale, du président de la CME centrale et de la gouvernance de chacun des GHU et parfois des différents porteurs de projets. De nombreux projets ont été préparés et travaillés avec les communautés médicales des GHU. Ces différents projets stratégiques sont très cohérents avec les axes du projet médical AP-HP adopté en mai 2021. Le niveau d'accompagnement en investissement est majeur. Il mobilisera plus de 170 M€ de crédits supplémentaires qui seront délégués aux GHU d'ici 2025, en plus des plans courants (85,2 M€ pour les 6 GHU) et des grands investissements déjà actés. Cet accompagnement est permis à la fois par l'investissement « post-Ségur », mais aussi par une trajectoire budgétaire volontaire, dans un contexte d'incertitude important en ce début d'année 2022.

Le P^r Frédéric BATTEUX indique que le projet d'établissement porte cinq priorités et deux grandes ambitions, dans le double rôle de CHU francilien parfaitement ancré sur son territoire et de 1^{er} CHU européen. Les 5 priorités font partie des 4 axes de déclinaison du projet d'établissement : place du CHU dans son territoire ; attractivité médicale ; axes médicaux et la recherche. Parmi les 14 axes médicaux spécifiques, la CME a souhaité porter 4 axes prioritaires que sont la refondation des urgences et le développement des soins non programmés ; la santé des enfants ; les maladies chroniques et polyopathologiques et le parcours opératoire et interventionnel.

Parmi les différents projets portés cette année par la communauté médicale, certains sont transversaux :

- Service d'accès aux soins (SAS) : une expérimentation est en cours à Paris et dans la petite couronne, afin de renforcer la régulation et d'améliorer l'orientation des patients, notamment vers la ville. 9 M€ sont alloués à ce projet par l'ARS, dont 4,2 M€ pour l'AP-HP. Un des objectifs est un décroché de 90 % des appels en moins de 30 secondes et un renforcement de la filière accueil des urgences ;
- Soutien à la mise en œuvre de la loi de bioéthique dans ses trois déclinaisons : l'accès à l'aide médicale à la procréation (AMP) pour les couples de femmes et les femmes seules, la préservation de la fertilité pour des raisons sociétales, la levée de l'anonymat pour le don de gamètes. De nombreux GHU se sont positionnés pour répondre à cette loi ;
- Organisation de la pédopsychiatrie autour de 4 sites de recours de l'AP-HP (Necker, Louis Mourier, Robert-Debré et Ambroise-Paré) ;
- Mise en œuvre du numéro national de prévention du suicide (en partenariat avec le GHU Sainte-Anne) : un dispositif d'écoute, d'information et d'évaluation des suicidants et de leurs proches, mis en œuvre mi-2021 à Lille, qui se déclinera sur le territoire francilien.

Les projets médicaux des GHU sont en cohérence avec les axes du projet médical :

- Le renforcement de l'offre en pédiatrie avec des projets au sein de tous les GHU, notamment à Paris-Saclay ou à l'hôpital Necker ;
- La poursuite de l'accompagnement des projets en soins de suite et de réadaptation (SSR) et unités de soins de longue durée (USLD), comme dans les hôpitaux René-Muret ou Sainte-Périne) ;

- Le positionnement de l'AP-HP sur l'activité de radio-chirurgie innovante, comme dans les GHU Paris-Nord ou Sorbonne université ;
- Le soutien aux équipements chirurgicaux innovants :
 - Financement dès 2022 d'une 2^{ème} salle hybride pour la chirurgie cardio-vasculaire à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ;
 - Déploiement de l'imagerie et de la navigation aux blocs de l'hôpital Beaujon ;
 - Expérimentation d'un nouveau robot chirurgical dédié à la chirurgie orthopédique à l'hôpital Lariboisière ;
 - Validation de la poursuite de la robotisation (4 à 6 projets) en 2023 ;
- Le soutien réaffirmé au plateau technique interventionnel, GHU Paris-Saclay et Centre ;
- Le renforcement de l'AP-HP en imagerie médicale : l'ouverture de nouvelles fenêtres d'autorisation permet d'accroître les opportunités de différents sites avec 4 scanners, 3 tomographes à émission de positons (TEP) scanners, 1 gamma caméra, 4 appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) supplémentaires et une vingtaine de machines sur l'ensemble du programme ;
- L'engagement vers la numérisation de l'anatomo-pathologie, concomitant d'une nouvelle structuration des plateaux techniques (GHU Paris-Nord, Saclay, Sorbonne et Henri-Mondor) ;
- Le financement de la plateforme universitaire de territoire de biologie et pathologie aux GHU Henri-Mondor ;
- La poursuite et l'extension de la dispensation individuelle et nominative de médicaments dans différents sites.

S'agissant de la déclinaison de ces conférences stratégiques et budgétaires par GHU, concernant le GHU Sorbonne Université de Paris, il faut retenir :

- Un investissement fort dans les infrastructures chirurgicales : regroupement dans l'Institut du cœur des chirurgies cardiaque et vasculaire (financement d'une 2^e salle hybride) ; renforcement de la chirurgie ambulatoire avec l'ouverture d'une 6^e salle à l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) de la Pitié-Salpêtrière ; investissement fort sur la neurologie médico-chirurgicale (ZAPX, 4^e IRM orienté neurologie, chirurgie rachidienne complexe) ;
- Restructuration des activités médicales de l'hôpital Saint-Antoine (oncologie et hépato-gastro-entérologie) ;
- Renforcement de l'offre pédiatrique avec la poursuite de l'humanisation de la réanimation des brûlés à l'hôpital Trousseau ;
- Autres projets d'équipements pour près de 4 M€.

Concernant le GHU Centre université de Paris, il faut retenir :

- Une offre consolidée et mise en cohérence en hématologie à Cochin, avec un regroupement des activités de Necker et Cochin sur un site unique à Cochin (plus de 40 M€) ;
- Le renforcement de la spécificité pédiatrique de Necker : projet pédiatrique médico-chirurgical cœur (12 M€), pédiatrie médicale, développement des activités de pédopsychiatrie ;
- Investissement du GHU dans des problématiques de santé publique : investissement du pôle gynécologie de Cochin sur le développement d'une offre dans le cadre de la loi de bioéthique ; projet CASPER à l'Hôtel-Dieu (circuit ambulatoire autour du Covid long) ;
- Autres projets et équipements : acquisition du 2^e TEP sur Cochin.

Concernant le GHU Nord Université de Paris, il faut retenir :

- Contexte général de restructuration majeure de l'offre de soins avec la poursuite du projet d'hôpital universitaire de Saint-Ouen – Grand Paris nord (HUSOGPN) (notification de la maîtrise et acquisition du terrain, réalisées en 2021), démarrage des travaux de construction du campus Lariboisière en 2022 ;
- Renforcement des activités chirurgicales : projet de neurochirurgie à l'hôpital Lariboisière (épilepsie notamment) ; transformation de lits d'hôpital de semaine en hospitalisation complète en chirurgie digestive à l'hôpital Saint-Louis ;
- Développement des activités de médecine : hématologie à l'hôpital Saint-Louis (extension du service d'hématologie sénior, développement de la prise en charge des patients drépanocytaires greffés adolescents et jeunes adultes) et soutien à la modernisation de l'hôpital Louis-Mourier (démarrage des études pour la ré-humanisation du centre dentaire) ;
- De nombreux autres projets et équipements (environ 3 M€) : 2^e scanner à Louis-Mourier, robot d'orthopédie à Lariboisière, spectromètre de masse – toxicologie à Lariboisière, gamma caméra de l'hôpital Lariboisière ; spectromètres à Bichat ; angioCT à Bichat, équipement pour l'accueil des typages HLA sur Robert-Debré et numérisation de l'anatomo-pathologie (3 M€).

Concernant le GHU Saclay, il faut retenir :

- Le projet de « nouveau Garches » sur le site de l'hôpital Ambroise-Paré (316 M€ au total hors équipement, avec une rallonge allouée de 140 M€) ;
- Projet gériatrique de l'hôpital Sainte-Périne (livraison au deuxième semestre 2022) ;
- Le projet pédiatrique du GHU : regroupement d'un hôpital de jour (HDJ) pédiatrique à Bicêtre, extension des soins intensifs de néonatalogie à Antoine-Béclère, renforcement de la réanimation pédiatrique, développement d'un projet à orientation pédo-médico-psychiatrique sur Ambroise-Paré (passage de 10 à 14 lits de l'unité de médecine des adolescents) ;
- Soutien au développement de l'AMP dans le cadre de la loi de bioéthique à Antoine-Béclère (4^e centre d'étude et de conservation des ovocytes et des spermatozoïdes humains (CECOS), renforcement du diagnostic préimplantatoire) ;
- Accompagnement de l'axe cancérologie notamment en digestif, hématologie et l'onco-dermatologie (développement des capacités d'hébergement et d'activité opératoire à l'hôpital Ambroise Paré) ;
- Autres projets d'équipements : plateau technique interventionnel de l'hôpital de Bicêtre (56,3 M€), 2^e IRM de l'hôpital Raymond-Poincaré, scanner de lame pour l'anatomie-cytologie pathologique (ACP) numérisée, équipement dans le cadre des travaux du service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital Antoine-Béclère et l'achat d'un 4^e gamma caméra à Antoine-Béclère.

Concernant le GHU Seine-Saint-Denis, il faut retenir :

- Contexte général d'investissement immobilier très important : reconfiguration du site de l'hôpital Jean Verdier (66 M€), construction d'un nouveau bâtiment USLD et SSR neurologie sur le site de René-Muret (33 M€) et le nouveau bâtiment pôle femme-enfant à l'hôpital Avicenne (110 M€) ;
- Soutien à de nouveaux projets dès 2022 : développement de l'activité d'HDJ de radio interventionnelle à l'hôpital Avicenne, développement de l'activité de suivi thérapeutique

pharmacologique à l'hôpital Jean-Verdier et le désamiantage du bâtiment Collière en vue d'une réutilisation ;

- D'autres projets sont en cours à l'hôpital Avicenne : possibilité de réaliser des *CAR-T Cells* en cours de validation par l'ARS.

Concernant le GHU Henri-Mondor, il faut retenir :

- Contexte général d'investissement immobilier important : ouverture en 2021 du nouveau bâtiment Reine, rassemblement des salles de bloc opératoire et des réanimations (budget global de 60 M€) ; étude en cours du nouveau centre interventionnel (18 M€), initialisation de la reconfiguration de la tour de Henri-Mondor (1^{ère} étape du service d'accueil des urgences [SAU]/département d'accueil des urgences [DAU] en cours) ;
- Financement de la plateforme universitaire de territoire de biologie et pathologie visant à déployer de la biologie ultra-moderne sur le territoire en collaboration avec différents centres hospitaliers du territoire (30 M€) ;
- Développement important de l'équipement en imagerie sur ce site : 5^e IRM, 4^e scanner, création d'une 2^e salle de neuroradiologie interventionnelle.

Concernant les hôpitaux hors GHU, il faut retenir :

- Poursuite du schéma directeur de l'hôpital marin d'Hendaye : humanisation et spécialisation des SSR dans le bâtiment Morancé, humanisation du bâtiment Calmino Adamski, poursuite de la réflexion sur l'adaptation du plateau technique de rééducation ;
- Accompagnement de l'humanisation de San Salvador : adaptation du schéma directeur et révision capacitaire ;
- Rationalisation du parcours patients à Paul-Doumer : réorganisation des hébergements en cours, poursuite de la réflexion sur le projet d'extension de l'HDJ (salle de rééducation).

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN rappelle que cet important niveau d'investissement projeté est soutenu par le respect de la trajectoire budgétaire des GHU et de l'AP-HP. Cette trajectoire fera l'objet d'un suivi rapproché par l'ARS d'Île-de-France au cours de 6 réunions de suivi et d'une clause globale de rendez-vous en juillet. L'AP-HP travaillera avec les GHU sur une tranche supplémentaire de délégation du fonds d'investissement du quotidien d'environ 25 M€.

Le P^r Bernard GRANGER espère que ces projets se réaliseront en temps et en heure et que l'AP-HP aura les moyens de les mener à bien. Il salue le fait qu'ils donnent des perspectives et un dynamisme revigorants. Tout d'abord, il demande des précisions sur le projet de création de lits de pédopsychiatrie au sein de l'hôpital Necker, car ce projet était déjà inscrit au plan stratégique précédent. Ensuite, il signale avoir été alerté par les infectiologues du secteur adultes de l'hôpital Necker, qui sont très inquiets de leur avenir. L'hématologie de Necker va rejoindre l'hôpital Cochin, aussi il souhaite savoir quel sera le devenir des autres disciplines telles que la radiologie adulte, la néphrologie/transplantation, l'infectiologie, la réanimation adulte.

Le P^r Frédéric BATTEUX rappelle que le dynamisme évoqué par le P^r Bernard GRANGER émane de toutes les communautés et de tous les collègues. Le projet de pédopsychiatrie de Necker est porté depuis de nombreuses années par le P^r Pauline CHASTE et a mis un certain temps à être accepté par les collègues. Il est très heureux que ce projet, présenté à la directrice générale de l'ARS lors du Conseil de surveillance, voie le jour. Il est fortement porté par la discipline, par le Siège de l'AP-HP et le GHU. Concernant le projet du pôle adulte de l'hôpital Necker et l'inquiétude des infectiologues, il cède la parole à la présidente de la CME locale de Necker.

Le P^r Claire POYART indique que le GHU Paris-Centre, qui possède deux services de pédopsychiatrie, mais seulement 10 lits d'hospitalisation conventionnelle en pédopsychiatrie, a

élaboré un projet, basé sur des parcours de soins, qui permette de mieux répondre aux situations de crise, et qui développe les mesures préventives adaptées pour les enfants à risque suivis sur les sites du GHU. Il fait bien partie du projet médical et stratégique du GHU Paris. Centre qui a été présenté lors de la conférence stratégique et budgétaire. Il aurait été anormal de ne pas prendre en compte cette demande, compte tenu du contexte difficile après la crise Covid et face aux besoins importants de prise en charge de ces enfants. Concernant le secteur adulte de l'hôpital Necker, les services d'hématologie clinique de Cochin et de Necker ont décidé de fusionner. Le projet de clinique d'hématologie sur le site de Cochin a été élaboré tout au long de l'année 2021. Il a abouti à la formalisation d'un projet structurant, auquel tous les acteurs ont été parties prenantes. Des discussions se tiendront en 2022 concernant la situation des autres services Adultes, notamment le service de maladies infectieuses de l'hôpital Necker. Les inquiétudes des différents services sont bien connues et prises en compte : les discussions seront très constructives et concertées avec les spécialistes, afin de préserver les parcours des patients d'infectiologie au sein du GHU AP-HP. Centre, en concertation avec l'Université de Paris et l'UFR de médecine et avec les acteurs de la recherche. L'attachement des infectiologues de l'hôpital Necker à l'Institut Pasteur est bien connu, notamment pour leurs activités universitaires et de recherche. Le principal objectif est de préserver l'activité universitaire et de recherche, sans obérer la qualité de prise en charge des patients.

Le P^r Bernard GRANGER estime que cette réponse manque de précisions et reste encore évasive. Les infectiologues sont en grand émoi et il est nécessaire de veiller à préserver leur activité clinique et de recherche.

Le P^r Claire POYART confirme que c'est bien la priorité donnée à ce sujet, comme ceci a été fait pour l'activité d'hématologie, dont les acteurs étaient très inquiets au début du projet. La communauté médicale AP-HP. Centre ne minimise en aucun cas les difficultés et les inquiétudes, y compris le doyen.

Le D^r Christophe TRIVALLE regrette que le GHU Paris-Saclay mette en avant le bâtiment de gériatrie de Sainte-Périne, qui aurait dû être construit en 2011. Avec 11 ans de retard, il ne s'agit pas d'un nouveau projet. Il signale par ailleurs que le projet de bâtiment neuf à l'hôpital Paul-Brousse acté en CME avec un budget de 65 M€ semble avoir été oublié, car il n'apparaît dans aucune des conférences stratégiques.

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN reconnaît l'ancienneté du projet de bâtiment de gériatrie de Sainte-Périne, mais se félicite de son ouverture en 2022. Au-delà des investissements bâtimentaires et matériels, il sera nécessaire de l'accompagner en équipement et de recruter du personnel. Cet investissement se concrétise. Concernant le projet de l'hôpital Paul-Brousse, la présentation ne reprend pas l'ensemble des projets discutés en conférence stratégique.

Le P^r Frédéric BATTEUX précise que le projet gériatrique Paul-Brousse s'intègre dans une réflexion globale du GHU Paris-Saclay sur l'avenir de ce site, à l'aune de la crise. D'importantes réflexions ont été menées en 2021 et la déclinaison des différents projets verra rapidement le jour.

Le P^r Jacques DURANTEAU indique que le bâtiment en lui-même et l'organisation médicale du bâtiment de gériatrie du site Sainte-Périne seront très satisfaisants et donneront un nouveau souffle à l'hôpital. Une importante réflexion a eu lieu concernant le centre hépatobiliaire et l'activité gériatrique de Paul Brousse. Le projet gériatrique va pouvoir avancer et n'est absolument pas mis de côté.

Le P^r Louis PUYBASSET demande ce qu'il en est de la reprise de la dette par les mesures du « Ségur de la santé ».

M. Didier FRANDJI explique que deux actions ont été décidées. Il s'agit tout d'abord d'une reprise de la dette en vue d'un assainissement financier pour les CH et notamment les CHU : l'AP-HP a bénéficié d'une reprise de dettes de 200 M€ sur 10 ans actée dans le cadre de son PGFP. Une autre partie des crédits Ségur a été consacrée à de nouveaux investissements, qui ont représenté pour l'AP-HP 385 M€, à la fois pour soutenir les investissements déjà engagés et qui ont été confrontés à des évolutions capacitaires ou à des évolutions de prix et pour enclencher de nouveaux projets restructurants comme la plateforme biologique d'Henri-Mondor, l'hématologie et la chirurgie cardiaque à Paris-Centre et l'unité de soins de longue durée (USLD) de l'hôpital René-Muret. L'année 2022 est inédite : en 2019, l'AP-HP dépensait près de 390 M€ d'investissement. En 2022, 554 M€ seront consacrés à l'investissement, soit 42 % de croissance. Cette croissance atteindra 100 % en 2025, avec près de 800 M€.

6. Avis sur la nouvelle charte informatique de l'AP-HP (P^r Hubert DUCOU LE POINTE, D^r Laurent TRÉLUYER, M^{me} Donatienne BLIN)

Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE présente M^{me} Donatienne BLIN, déléguée à la protection des données (DPO) à l'AP-HP et juriste responsable de la protection des données. La réflexion relative à la charte informatique a été menée dans le cadre de la sous-commission « sécurité et confidentialité », qu'il anime avec M^{me} Donatienne BLIN. Ses missions consistent à adapter et définir une politique d'accès aux logiciels métiers et à décider d'une démarche d'instruction des dossiers et des sanctions en cas de non-respect de la confidentialité, notamment des données médicales et du secret médical. Sa 3^{ème} mission consiste à communiquer et à sensibiliser. Les D^{rs} Jean-François HERMIEU et Juliette PAVIE, membres de la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA), ont participé à certaines réflexions. Entre les mois de mars et juillet 2021, des ateliers ont été organisés sur la refonte de la charte informatique, avec l'objectif de renforcer la sécurité et la confidentialité des données de santé. En septembre 2021, le groupe de travail a présenté ses travaux à la sous-commission numérique de la CME, ce qui a donné lieu à des débats et des amendements. Les remarques qui seront apportées lors de la présente réunion de la CME seront également prises en compte.

M^{me} Donatienne BLIN présente les trois principaux objectifs de la refonte de la charte informatique :

- présenter aux utilisateurs (l'ensemble des agents de l'AP-HP) les conditions d'accès et d'utilisation des ressources informatiques (outils métiers et équipements) ;
- alerter l'utilisateur sur les sanctions encourues, notamment en cas d'accès illégitime au dossier patient ;
- sensibiliser les utilisateurs du système d'information sur l'importance de la sécurité et de la confidentialité, en revoyant notamment la forme de la charte afin de la rendre plus intelligible et accessible.

Le plan de la charte s'articule autour des règles d'accès aux ressources, des règles d'usage des ressources, de la traçabilité, du contrôle et des sanctions et enfin des procédures d'entrée en vigueur.

Les différents enjeux liés à la mise en place d'une charte informatique sont réglementaires (respect du secret médical, obligation d'assurer la sécurité des données, ce qui rend ces règles opposables aux agents, car la charte fait partie du règlement intérieur), éthiques et d'image (confiance des patients et des agents-patients dans l'institution et sa capacité à tracer et sanctionner les fraudes), et enfin ce sont des enjeux liés à la continuité d'activité.

Les évolutions apportées sur le fond à la charte sont: mise à jour au regard des évolutions réglementaires, renforcement des sujets sur la confidentialité des données, renforcement des points sur les accès illégitimes, référence à la commission centrale de contrôle des accès aux dossiers patients (3CDAP) et aux audits effectués en cas de suspicion d'accès illégitime, sensibilisation des utilisateurs au respect du secret professionnel, renforcement des sujets sur la sécurité et prise en compte des nouveaux usages, comme la visio-conférence, et enfin, le renforcement et la mise à jour du référentiel légal.

Sur la forme, il s'est agi d'ajouter une synthèse générale plus pédagogique et accessible, d'ajouter une synthèse dans chaque grande partie, qui permettra de communiquer au plus grand nombre et d'ajouter pour chaque partie des exemples de comportements abusifs et/ou passibles de sanctions.

La 3CADP est une commission qui permet de pré-qualifier les accès potentiellement illégitimes commis par les agents aux dossiers médicaux des patients. Cette assemblée pluridisciplinaire statue sur la base d'une décision collégiale qui réunit le département d'informatique médical (DIM) central, des membres de la CME et de la direction des affaires juridiques.

La procédure est la suivante :

- Signalement par un patient d'un accès illégitime au DPO puis étude de la recevabilité et instruction ;
- Extraction des traces d'accès aux dossiers par les experts Orbis ;
- Émission du rapport de contrôle ;
- Présentation des dossiers d'instruction en 3CADP et pré-qualification sur un avis collégial ;
- Convocation par la direction des affaires médicales ou de la direction des ressources humaines de l'agent éventuellement fautif pour décision finale sur la qualification des accès. Si l'accès est avéré, une sanction pourra être prononcée.

La 3CADP recherche des membres de la CME qui souhaiteraient s'impliquer et intervenir lors de ses réunions trimestrielles.

Le Pr Bernard GRANGER souligne la clarté du document. Les libertés syndicales sont évoquées en lien avec la messagerie et il suggère de mentionner également la liberté d'expression, qui est précieuse. Sa deuxième remarque porte sur les libertés syndicales : il a demandé que dans le cadre des activités syndicales, l'inter-syndicat des médecins, chirurgiens, biologistes et spécialistes de l'AP-HP puisse avoir accès aux listes de diffusion et puissent communiquer des informations syndicales à l'ensemble de la communauté médicale. Cette demande a été refusée, alors qu'elle est techniquement et politiquement possible. Cela est regrettable, car le canal organisé par l'employeur est plus fiable que les listes constituées par l'inter-syndicat.

Le P^r Hubert Ducou LE POINTE propose de reprendre la phrase garantissant la liberté d'expression qui était présente dans la précédente version de la charte.

M^{me} Hélène OPPETIT répond, concernant l'exercice du droit syndical, pour les syndicats médicaux et non médicaux, que deux conditions doivent être remplies : le syndicat doit être reconnu au sein des instances nationales, c'est-à-dire au sein du Conseil supérieur des professions médicales pour les médecins (CSPM), avec une représentation élue au sein de ce conseil et le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD). Cela implique de demander un accord à l'ensemble des personnes susceptibles de recevoir une information syndicale. La représentation médicale au sein des établissements de santé ne relève pas d'une représentation syndicale, mais d'une représentation élue sur d'autres critères ce qui échappe à la réglementation récente sur les droits syndicaux.

Le D^r Christophe TRIVALLE espère que le délai d'instruction des dossiers en cas d'accès illégitime est court. Il suppose que les accès illégitimes sont réguliers et demande s'il en existe un bilan, ainsi qu'un bilan des sanctions éventuellement prononcées.

M^{me} Donatienne BLIN répond qu'elle est en train d'effectuer ce bilan des accès illégitimes. Elle éprouve des difficultés à avoir des retours sur les sanctions prononcées, notamment pour le personnel médical. La 3CADP se réunit trimestriellement, ce qui explique la longueur du délai. L'analyse des traces prend du temps et est techniquement complexe. L'AP-HP projette de l'accélérer grâce à des outils plus performants mais le délai est pour le moment de trois mois, sachant que les analyses de traces peuvent être lancées dans des délais plus restreints en cas d'urgence. Elles doivent néanmoins être débattues en 3CADP.

Le président estime que les sanctions ont valeur d'exemplarité, et doivent être connues.

Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE indique qu'une question est souvent posée sur les difficultés de sanctions contre le personnel médical et parfois universitaire. Une voie possible est celle du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). En cas de non-respect du secret médical, si le CNOM est saisi, il est probable que sa main ne tremblera lorsqu'il sera dans l'obligation de prendre une décision. Il est donc possible d'appliquer des sanctions à l'encontre du personnel médical.

Le P^r Yann PARC demande comment un accès non légitime à un dossier est détecté.

M^{me} Donatienne BLIN explique que la personne concernée, patient ou agent-patient, a un doute et sollicite l'AP-HP. Les experts du dossier médical informatisé feront le lien entre le rôle habilité aux médecins qui ont consulté le dossier et leurs autorisations. Il est nécessaire de savoir si le patient était bien pris en charge au sein de l'équipe de soin. Une appréciation humaine est nécessaire pour s'assurer de la légitimité de l'accès.

Le président demande s'il existe un délai de prescription technique ou légal pour réaliser cette analyse.

M^{me} Donatienne BLIN répond que les connexions sont conservées pendant une certaine durée. Il sera difficile de remonter sur une période de 10 ans mais le délai de 3 mois est raisonnable.

Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE indique qu'au-delà des plaintes, il a également été envisagé d'être plus proactif et de réaliser des sondages pour examiner certains accès.

Le D^r François SALACHAS demande s'il est possible de traquer soi-même des accès illégitimes sur des dossiers patients.

Le D^r Laurent TRÉLUYER indique qu'Orbis donne accès aux personnes qui se sont connectées récemment (les 5 ou 10 derniers connectés). La difficulté vient des doutes exprimés par certains patients, qui parfois ne sont pas fondés. Certains patients peuvent passer dans plusieurs services, sur des plateaux médico-techniques, auprès d'anesthésistes, des urgences... Dans ces situations, il est difficile de savoir si les accès sont légitimes ou non. La DSI fournit des traces des personnes qui se sont connectées et à quelle heure mais la légitimité de l'accès est une autre affaire et explique le délai d'analyse qui peut être long.

Le P^r Bertrand GODEAU estime que ce problème est particulièrement aigu lorsqu'un membre du personnel est hospitalisé. Lorsqu'un membre du personnel est hospitalisé ou concerné par une consultation ou un acte interventionnel, il semble assez simple de lui fournir, s'il la demande, la liste des personnes qui se sont connectées à son dossier.

Le D^r Laurent TRÉLUYER confirme la faisabilité de cette requête, qui a déjà eu lieu mais il rappelle que les équipes ne savent pas si un patient est lui-même membre du personnel de l'AP-HP.

Le président demande si le P^r Bertrand GODEAU suggère de proposer aux membres du personnel hospitalisés de demander la liste des personnes qui se sont connectées à son dossier.

Le P^r Bertrand GODEAU confirme que cette possibilité devrait pouvoir leur être proposée. Un certain nombre de membres du personnel ne se font pas soigner à l'AP-HP, car ils craignent que des collègues ou la hiérarchie aient accès à leurs données médicales sur Orbis.

Le D^r Laurent TRÉLUYER précise qu'Orbis n'est pas le seul outil concerné : certaines connexions se sont faites via le PACS ou d'autres outils. Il est difficile d'informer la communauté médicale et les secrétariats médicaux des possibilités de confidentialité dans Orbis. Plusieurs processus de confidentialité existent, qui peuvent aller de la confidentialité du séjour ou de l'acte jusqu'à la complète anonymisation. Un document a été élaboré pour améliorer la connaissance du personnel de ces différentes procédures et de la manière de les appliquer.

Le P^r Sophie BRANCHEREAU estime que le fait de diffuser l'information selon laquelle il est aisé d'avoir accès à la liste des personnes qui se sont connectées au dossier médical d'un patient est très dissuasif.

Le président le confirme. Il s'étonne que la charte n'évoque pas l'entrepôt de données (EDS), qui est alimenté par les données issues du dossier médical.

M^{me} Donatienne BLIN précise que dans la première partie (§ 2.2), l'EDS est expressément mentionné à côté d'Orbis, concernant l'accès aux outils métiers contenant des données personnelles.

Le D^r Laurent TRÉLUYER ajoute que les données ne sont généralement pas nominatives dans l'EDS.

M^{me} Donatienne BLIN indique que l'EDS est simplement mentionné dans le point 4.3 et qu'elle le fera également apparaître dans les outils métiers.

Le président rappelle que lorsque la charte d'utilisation de l'EDS est signée, le lien doit être bien établi. Il demande aux membres de la CME s'ils souhaitent rendre un avis immédiatement ou s'ils souhaitent disposer d'un temps supplémentaire pour lire plus attentive de la charte.

L'avis de la CME est reporté à la prochaine séance.

7. Avis sur deux protocoles de coopération médico-infirmière

Le président remercie M^{me} Sophie ALLEAUME pour son engagement dans le développement des protocoles de coopération et lui adresse tous ses vœux de succès dans la suite de sa carrière au ministère.

- **7.1. « Suivi des patients traités par anti-cancéreux oraux à domicile, délégation médicale de suivi et de prise en charge des toxicités » (D^r Nathalie PONS-KERJEAN)**

Le D^r Nathalie PONS-KERJEAN intervient en tant que rapporteur du protocole de coopération porté par le D^r Isabelle TROUILLOU du service d'oncologie de l'hôpital Saint-Antoine. Il a déjà été autorisé en 2012 et utilisé dans plusieurs régions et 4 sites de l'AP-HP. L'objectif est de l'actualiser pour élargir le périmètre des délégués et des délégants. Les professionnels concernés par ce protocole sont les oncologues, les hématologues et les radiothérapeutes au titre des délégants et les IDE et les pharmaciens hospitaliers en tant que délégués.

Les actes dérogatoires réalisés par l'infirmier diplômé d'État (IDE) ou le pharmacien comprennent :

- L'évaluation clinique et les décisions d'orientation du patient selon des algorithmes prédéfinis (recherche toxicité des anti-cancéreux oraux [ACO], une évaluation de l'observance et de l'orientation du patient) ;
- La prescription d'exams de biologie, de certains médicaments pour traiter les effets indésirables des ACO, donner le go/no go des traitements ACO discontinus. Pour le pharmacien, prescription d'une éventuelle modification d'un traitement habituel (hors ACO) compatible à l'ACO.

Le diagramme d'organisation est le suivant :

- Prescription d'un ACO en consultation par le médecin référent ;
- Consultation initiale par le ou les délégué(s) à l'aide d'une *check list* spécifique à l'ACO prescrit ;
- Rappel programmé ou appel patient hors programmation ;
- Contrôle du délégant.

Ce protocole a été analysé par un groupe d'experts pluri-professionnels. Ils ont considéré que la formulation du protocole répondait aux critères exigés par la réglementation, qu'il était conforme aux pratiques quotidiennes en onco-hématologie. Ils ont estimé que ce document était complet et très clair, avec des étapes définies et clairement libellées.

La *task force* a noté que :

- Ce protocole répond à un besoin de santé et ces objectifs sont pertinents et en adéquation avec le plan stratégique de l'AP-HP « Parcours ville hôpital » ;
- Le protocole est complet et clairement documenté ;
- La définition du médecin référent et médecin délégant est expliquée et l'intervention des délégués IDE et pharmaciens est explicite, partagée et complémentaire et non en superposition ;
- La gestion des événements indésirables est correctement décrite ;
- Ce protocole propose une nouvelle organisation interprofessionnelle de la prise en charge des patients traités par ACO pour répondre à l'amélioration du parcours de soins et à la sécurisation de la prise du médicament pour le patient en associant l'ensemble des professionnels du parcours de soins du patient.

Le protocole a également été examiné par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIMRT), qui a réalisé un certain nombre de commentaires relatifs à la nutrition/dénutrition du patient traité par ACO et a eu des questionnements sur « l'examen » attestant de l'acquisition des compétences et sur la nécessité d'une formation à l'éducation thérapeutique. Lors de son audition, le promoteur a su répondre à l'ensemble des demandes.

Le protocole a été diffusé pour avis et commentaire à la CME. Les deux retours reçus ont concerné la répartition des rôles entre IDE et pharmacien, l'actualisation des fiches sur les nouvelles molécules, l'évaluation des interactions médicamenteuses entre les traitements symptomatiques et les autres traitements et sur le retour d'expérience depuis 2012.

En tant que rapporteur de la CME, elle donne un avis très favorable et sans réserve à ce protocole de coopération. Ce protocole est déjà autorisé et déployé, présenté en vue de l'élargissement des délégants et délégués au bénéfice du patient. Le protocole est riche et complet avec des annexes très documentées. Plusieurs centres sont déjà demandeurs de sa mise en place.

Tenant compte de l'analyse de la *task force* APHP, des concertations de la CSIMRT et de la CME, des échanges durant l'audition du promoteur, le comité de pilotage confirme que le protocole « Suivi des patients traités par anti-cancéreux oraux (à domicile, délégation médicale de suivi et de prise en charge des toxicités » répond au décret n°2019 1482 du 27 décembre 2019 définissant les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé.

La CSIMRT a donné un accord de conformité le 10 janvier 2022.

Le président invite la CME à rendre un avis sur ce protocole de coopération.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité concernant le protocole de « Suivi des patients traités par anti-cancéreux oraux à domicile, délégation médicale de suivi et de prise en charge des toxicités »

- **7.2. « Surveillance et adaptation du traitement anticoagulant de patients sous anti-vitamine K (AVK), en présentiel ou en télésurveillance » (D^r Georges ESTÉPHAN)**

Le D^r Georges ESTÉPHAN intervient en tant que rapporteur de la CME. L'équipe promotrice de ce protocole est constituée du D^r Fanny BAJOLLE, de M^{me} Aurélie GRAZIOLI et du P^r Damien BONNET de l'hôpital Necker Enfants malades.

Près de 500 000 adultes et 500 enfants en France reçoivent un traitement par AVK et nécessitent une surveillance à vie. Les accidents hémorragiques des AVK sont au 1^{er} rang des accidents iatrogènes. Il n'existe pas d'alternative de traitement chez les enfants, avec une absence d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les AOD. On constate un manque de disponibilité des médecins pour assurer le suivi des patients. Le protocole a été élaboré sur la base d'une observation réalisée par l'équipe promotrice auprès de 408 patients éduqués aux AVK entre 2008 et 2020, sans aucun décès lié aux AVK constaté, avec de très rares hospitalisations secondaires liées à des événements indésirables graves (ÉIG), 1,1 % de thromboses par an et 2,1 % d'hémorragies sévères par an. Les objectifs de ce protocole de coopération sont de diminuer la morbi-mortalité des patients traités par AVK via l'optimisation de la surveillance des patients traités par anticoagulant et l'optimisation de l'observance du traitement, de valoriser l'expertise infirmière et améliorer l'attractivité du métier et de réaménager le temps médical consacré aux patients complexes.

Les prérequis des délégués sont les suivants : détention du diplôme d'État infirmier, expérience professionnelle d'un an dans un service prenant en charge des patients avec une maladie nécessitant une anticoagulation par AVK et une attestation de formation de 40 heures à l'éducation thérapeutique. Ces prérequis demandés aux délégués sont complétés par une formation de 55 heures constituée d'une formation théorique (20 heures), d'une formation pratique de 60 consultations (30 heures) en observation, binôme ou supervision, d'une formation technique sur l'utilisation DAM et la réalisation de 15 prélèvements. Cette formation est validée par un questionnaire à choix multiples (QCM) et un carnet de stage.

Les compétences sont maintenues par :

- La prise en charge de 200 actes/trimestre par délégué ;
- Une formation continue annuelle et une évaluation des pratiques professionnelles ;
- La participation à une session de formation interne tous les ans sur l'actualisation des recommandations du traitement anticoagulant ;

- La participation à une session de formation externe tous les deux ans : participation à des congrès, séminaires, journées professionnelles sur la prise en charge des maladies cardio-vasculaires.

Les actes dérogatoires confiés aux délégués sont des consultations, télésurveillance et suivi du patient sous AVK, l'orientation du patient vers une consultation médicale, la prescription, le renouvellement et le réajustement du traitement AVK ainsi que la prescription d'examen de biologie et le traitement des documents liés au suivi.

Le protocole prévoit une stratégie de maintien de la sécurité :

- Présence du délégant sous forme d'astreinte et en supervision ;
- Point quotidien et réunion mensuelle de suivi ;
- Arbres décisionnels des étapes de prise en charge ;
- Critères d'alerte du délégant définis pour les situations à risque ;
- Cartographie des risques détaillés avec des actions préventives correspondantes ;
- Les informations médicales et paramédicales inscrites sont partagées dans les dossiers médicaux et validées lors de revue mensuelle de ces dossiers.

Les experts ont souligné que les objectifs sont clairement exposés, le protocole est clair, précis, bien documenté et fait appel à de nombreuses références dont les dernières de la Société européenne de cardiologie.

La *task force* a estimé que le protocole était en adéquation avec les besoins de santé et que ses objectifs étaient pertinents, en adéquation avec le plan stratégique de l'AP-HP « parcours ville-hôpital ». La nouvelle organisation interprofessionnelle correspond aux attentes de santé publique visant à diminuer la morbi-mortalité des patients traités par AVK. La CSIMRT a donné un avis favorable au protocole suite à l'ajustement de quelques points, notamment relatifs à la nutrition/dénutrition du patient traité par AVK. La CME n'a pas remonté d'interrogations ou de commentaires. Nous n'avons reçu qu'une seule réponse : « ce protocole est utile et pertinent ». La décision du comité de pilotage confirme que le protocole répond au décret du 27 décembre 2019.

Le rapporteur félicite et remercie l'équipe promotrice pour ce travail remarquable. Les points forts qu'il a relevés sont : les bonnes rédaction et documentation du protocole, qui a bénéficié d'un large groupe de lecteurs experts ; les scénarii et les arbres décisionnels dans différentes situations sécurisées et détaillées ; le fait que le protocole soit au bénéfice des patients, de l'hôpital, des délégués et des délégants.

Il signale toutefois deux points nécessitant une clarification : le ratio délégants/délégués et la question de la responsabilité juridique institutionnelle. Enfin, il a identifié un point d'amélioration lié au fait que le délai d'un an d'expérience du délégué peut être insuffisant pour acquérir le savoir et les compétences nécessaires.

En conclusion, avis favorable assorti d'une réserve, concernant l'augmentation de délai d'expérience du délégué, nonobstant le fait que ce protocole répond aux exigences qualité et sécurité du décret du 27 décembre 2019, qu'il est conforme au code de la santé publique et s'inscrit pleinement dans les axes du plan stratégique « Parcours ville-hôpital », ainsi que ce protocole peut être proposé au-delà du site promoteur sur divers sites AP-HP.

M. Guy BENOÎT note que le protocole de coopération infirmier précédent proposait une extension aux IDE et aux pharmaciens. Celui-ci ne la propose qu'aux IDE. Il demande si cette restriction résulte d'un choix ou d'une absence de sollicitation par des collègues pharmaciens. Il trouve

regrettable de limiter ce protocole aux seuls IDE et de ne pas prévoir dès à présent un élargissement à d'autres catégories de professionnels comme les pharmaciens.

M^{me} Sophie ALLEAUME indique que ce protocole a fait l'objet d'une relecture élargie par plusieurs sites pédiatriques et adultes. Aucune demande de délégation partagée entre IDE et pharmaciens n'a été remontée. Il pourrait être intéressant de consulter de nouveau les sites sur cette possibilité.

Le président demande ce qu'il en est des deux réserves émises par le rapporteur.

M^{me} Sophie ALLEAUME rappelle que le ratio délégant/délegués concerne surtout le nombre de délégants exigé par le décret qualité et sécurité afin d'assurer une supervision conforme. Toutefois, aucun ratio n'est attendu pour les délégués. Ainsi, plus il y aura de délégués, plus le nombre de délégants disponibles pour les encadrer sera important. La durée d'expérience a été discutée. Initialement, elle n'était pas systématiquement proposée pour les services de pédiatrie, mais a été précisée dans ce cadre. La durée d'expérience a été fréquemment discutée antérieurement, sur des protocoles historiques. Certains exigeaient une durée d'expérience plus longue, de l'ordre de 3 ans, voire 5 ans. Depuis 2009, on a constaté que ces longues durées d'expérience n'étaient pas forcément utiles, dans la mesure où les professionnels étaient contraints d'attendre longtemps alors qu'ils possédaient une bonne connaissance de la file active du service et qu'ils pouvaient s'engager avec une formation solide dans les protocoles. Ce prérequis de longues durées d'expérience dessert les services et les empêche d'intégrer leurs délégués dans les protocoles. De ce fait, les durées d'expérience sont plutôt concentrées autour de 2 ou 3 ans avec en revanche, une véritable demande d'expertise sur la délégation demandée.

Le D^r Christophe TRIVALLE signale un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les infirmiers de pratiques avancées (IPA), qui recommande notamment de bien distinguer ce qui relève des IPA et ce qui relève des protocoles de coopération. L'analyse des prochains protocoles de coopération devra y être vigilante pour éviter toute confusion. Un des derniers protocoles de coopération validé par la CME avait introduit des IPA, et il se demande si cela est une bonne pratique.

M^{me} Sophie ALLEAUME confirme que ce très récent rapport de l'IGAS indique bien que la coopération nécessite une supervision permanente du délégué paramédical, contrairement à la pratique avancée, qui permet à l'IPA d'être autonome dans son exercice, sans supervision permanente du médecin. Parfois, les IPA n'ont pas un périmètre dérogatoire suffisant : ceci a été le cas pour le dernier protocole « épilepsie » validé en décembre 2021. Dans ce champ de la pathologie chronique qu'est l'épilepsie, une partie de l'activité de l'IPA ne permettait pas de prendre en charge tous les besoins de prescription médicamenteuse du suivi des patients. Le protocole de coopération a ainsi inclus les IPA pour leur permettre de réaliser l'intégralité de la dérogation demandée, car le seul diplôme d'IPA ne leur permettait pas d'assurer une prise en charge complète du suivi des patients, notamment sur le renouvellement des prescriptions médicamenteuses.

Le Pr Virginie SIGURET-DÉPASSE évoque également un élargissement aux biologistes mesurant les INR.

Le D^r Georges ESTÉPHAN considère que pour un infirmier jeune diplômé, une année de formation n'est pas suffisante pour réaliser ce travail. Le protocole ne précise pas l'ancienneté, mais le fait de passer un an dans un service traitant les patients par des AVK.

Le président propose à la CME de demander aux promoteurs d'apporter une modification en ce sens, ou d'émettre un avis sous réserve.

Le D^r Georges ESTÉPHAN ajoute que les IPA doivent avoir au moins deux ou trois ans d'expérience.

Le directeur général demande si le rapporteur a posé cette question aux promoteurs, en leur demandant de justifier du choix de cette année.

M^{me} Sophie ALLEAUME confirme que la discussion a été menée au sein du comité de pilotage avec le rapporteur et l'ensemble des membres du comité de pilotage. Ils ont statué que l'expérience exigée impliquait une expertise du domaine et pas seulement une expérience professionnelle quelconque. Le comité de pilotage a conclu au maintien des délais proposés dans le protocole.

Le D^r Georges ESTÉPHAN estime que la discussion au sein du comité de pilotage a surtout porté sur le risque de perte d'attractivité du protocole auprès des IDE pour expliquer la non prolongation du délai d'expérience exigé. Il regrette qu'on privilégie l'attractivité plutôt que l'expérience et la sécurité.

M^{me} Sophie ALLEAUME confirme que si une longue expérience est exigée, le risque est de ne pas avoir suffisamment de délégués en capacité de s'engager dans la coopération.

Le président ne doute pas que le rapporteur a bien compris cette problématique. Il est néanmoins nécessaire de trouver un compromis entre la sécurité des soins et le risque de ne pas être opérationnel assez rapidement. Il faut tenir compte de la réserve du rapporteur. Il propose à la CME soit de donner un avis favorable d'emblée, soit un avis favorable sous réserve d'une modification du délai d'expérience demandé compte tenu de l'avis du rapporteur.

M^{me} Sophie ALLEAUME souhaite que chacun ait connaissance du niveau de formation demandé. L'expérience professionnelle est une chose, mais d'autres exigences sont également demandées aux professionnels, notamment la formation de 40 heures à l'éducation thérapeutique et la formation au protocole de 55 heures, 60 consultations avec de l'observation, un binôme médecin-IDE et une supervision. Il est nécessaire de prendre en compte ce temps global d'heures de formation.

Le D^r Georges ESTÉPHAN rappelle que les jeunes diplômés ont également besoin de temps pour connaître le fonctionnement des services. Les deux années d'expérience qu'il appelle de ses vœux ne se passent pas obligatoirement dans un même service.

Le P^r Virginie SIGURET-DÉPASSE estime que ce projet va dans le bon sens, resserre le lien entre les professionnels et sécurise la prescription des AVK. Si le nombre conséquent de patients adultes permet à l'IDE d'acquérir une expérience en un an, le nombre de patients pédiatriques est beaucoup plus limité. Ensuite, il est important que l'IDE puisse s'adosser à une équipe de référence, notamment pour des cas plus complexes. Enfin, elle estime qu'un élargissement aux pharmaciens et aux biologistes, qui signent une centaine d'INR par jour dans les grands GHU et ont une certaine expérience de l'équilibration des AVK, doit s'intégrer dans un autre dispositif. Ce protocole semble réservé aux IDE.

M. Guy BENOÎT estime qu'il serait utile de mentionner à l'avenir dans ce type de protocoles qui se trouve à la frontière entre la pharmacie clinique, l'observance et la conciliation, l'intérêt d'interroger les collègues pharmaciens ou d'autres disciplines pouvant être intéressées pour savoir s'ils souhaitent être partie prenante.

Le président remarque donc que ces points n'ont pas été discutés au moment du comité de pilotage. Dans la mesure où la réserve du rapporteur n'a pas été prise en considération, l'avis de la CME sur ce protocole est reporté à la prochaine CME afin d'approfondir et clarifier ce point.

L'avis de la CME est reporté.

8. Avis sur la révision des effectifs 2022 de praticiens hospitaliers

M^{me} Hélène OPPETIT évoque la liste des 377 postes demandés au titre de la révision des effectifs 2022. Son bilan a été présenté lors de la dernière CME de décembre 2021. Cette révision est 25 % supérieure aux révisions 2018, 2019 et 2020, avec une forte proportion de disciplines en tension (anesthésie-réanimation, urgences, psychiatrie, gériatrie et imagerie). Cette révision montre une grande capacité à recruter en chirurgie et à intéresser des candidats provenant d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC). L'institution porte une grande attention à ces sujets de titularisation du personnel médical et d'attractivité médicale. Cette liste n'a pas fait l'objet de modification par rapport à celle présentée au groupe restreint de la CME en novembre 2021.

À la demande du président, M^{me} Hélène OPPETIT confirme qu'il n'y a pas eu de changement dans la liste des postes proposés par rapport aux documents examinés lors des réunions du groupe restreint.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité sur la révision des effectifs 2022 des praticiens hospitaliers.

9. Questions diverses

M. Guy BENOÎT indique avoir reçu un communiqué de presse relatif au nouveau campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen-Grand-Paris-Nord mentionnant un avis favorable de la commission d'enquête publique, avec un certain nombre de réserves conditionnant un favorable. L'une d'elle concerne les conditions d'accueil capacitaire globales liées au nouvel hôpital qui devront à minima être équivalentes à celles existant aujourd'hui. Il demande si cette réserve doit impérativement être levée et si oui comment l'AP-HP pense pouvoir le faire, car cela représente un certain nombre de lits supplémentaires (200 à 300) et quel en sera l'impact sur le calendrier et le coût du projet.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER répond que cette réserve ne modifie ni les dimensions, ni le calendrier, ni le montant du projet. Il faut en faire une lecture très précise. La réserve évoquée reprend dans les lignes du rapport qui la précèdent (page 117) l'avis donné par la Commission d'enquête. Celle-ci reprend l'ensemble des réponses qui lui ont été apportées et qui décrivent le capacitaire sans s'en tenir uniquement à la comparaison des lits d'hospitalisation conventionnelle, mais en prenant en compte l'ensemble de la transformation de l'offre, y compris l'évolution de l'ambulatorio, l'augmentation des soins critiques, la prise en charge des lits dédoublables en cas de crise et l'offre d'hôtel hospitalier. Lorsque la commission d'enquête évoque les conditions d'accueil capacitaires globales du nouvel hôpital, elle s'appuie bien sur ce décompte. D'ici la fin du mois de février, l'AP-HP et l'Université seront amenées à écrire au préfet de Seine-Saint-Denis pour lui demander de prononcer l'utilité publique de ce projet sur la base de ce rapport. La manière de lever ces trois réserves et de mettre en œuvre les cinq recommandations lui sera précisée. Les autres questions portant sur l'accès, les transports, les aspects architecturaux et la confirmation de la maternité recevront des réponses précises.

Le P^r Jean-Claude CAREL ajoute qu'un important travail a été fourni dans le courant de l'année 2021 sur la réévaluation du projet médical de l'hôpital Nord et la présence ou non de certaines disciplines. Des avancées significatives ont été réalisées sur le service de rhumatologie actuellement situé à l'hôpital Bichat qui migrera vers le campus Lariboisière, ce qui correspond à une création de lits supplémentaires. Ces lits étaient prévus sur l'hôpital Nord et rejoindront finalement le nouveau Lariboisière avec un pôle fort de rhumatologie et locomoteur. Les discussions ont également été longues avec les obstétriciens du GHU sur la présence ou non d'une maternité dans le campus nord. Une lettre de mission a été signée pour la réécriture d'un projet de maternité spécifique sur hôpital nord 2 (HN2), avec un premier axe sur le risque maternel

adossé sur les spécificités de l'hôpital et un deuxième axe de proximité en réponse au besoin de naissance du territoire et de la ville de Saint-Ouen. Les choses ont donc évolué pour répondre positivement aux demandes issues de l'enquête publique.

Le D^r Bruno GREFF signale un changement de doctrine concernant les tests de dépistage Covid demandés aux patients avant leur passage au bloc en chirurgie, qui remplace notamment les tests PCR par des tests antigéniques, qui présentent un nombre de faux négatifs plus élevés. Cette évolution est combinée au fait que les personnels soignants Covid⁺ asymptomatiques puissent travailler si le tableau l'autorise. Dans l'hypothèse d'une contamination d'un patient par un soignant Covid⁺, il s'enquiert de la responsabilité du soignant. Il se demande si la contamination du patient serait dans ce cas considérée comme une faute du soignant, ou bien s'il s'agit de la responsabilité de l'institution au titre de l'organisation interne.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ répond qu'il n'y a pas de changement fondamental sur le sujet des tests (PCR *versus* antigénique). Les indications sur les hospitalisations programmées s'inscrivent dans le cadre général de ce qui est proposé par les sociétés savantes. Dans le cadre de la situation sanitaire, les nécessités de prise en charge ont conduit les instances nationales et l'AP-HP en qualité d'employeur à permettre, en cas de mise en danger de la sécurité ou de la continuité des soins, que les soignants Covid⁺ asymptomatiques ou pauci-symptomatiques puissent être maintenus en activité. Ce cadre relève d'une organisation générale et ne met en aucun cas en cause la responsabilité individuelle d'un soignant. Avec Omicron, 5 à 10 % de la population sera positive : comme l'ont montré les 18 derniers mois, il est compliqué de trouver des liens de cause à effet. En tout état de cause, les soignants n'engagent pas directement leur responsabilité individuelle.

Le D^r Bruno GREFF signale que les personnels médicaux n'ont pas droit au congé enfant malade. Face à l'explosion des cas, les problèmes de garde d'enfant Covid⁺ sont nombreux. Il demande s'il est possible d'octroyer des autorisations spéciales d'absence au personnel médical dans cette situation exceptionnelle.

M^{me} Hélène OPPETIT assure que cette possibilité a été accordée lors des premières vagues et reste actuellement applicable. Les directions des affaires médicales locales en sont informées.

Le président pose la question du D^r Cyril CHARRON, qui a dû quitter la séance : « *Comment sont appliqués à l'AP-HP la majoration de la rémunération des gardes pour les HU, les + 20 et 40 % instaurés depuis plusieurs semaines ? Il semble que la règle ne soit pas appliquée à l'hôpital Ambroise-Paré* ».

M^{me} Hélène OPPETIT indique que l'application de cette majoration est faite telle que les textes la prévoient, à savoir une majoration des gardes supplémentaires de HU à 40 % depuis le 19 décembre 2021. Si certains retards sont constatés, les directions des affaires médicales peuvent être interpellées.

Le directeur général revient sur l'interpellation faite par le D^r Patrick PELLOUX lors de la dernière séance relative aux abus de certaines sociétés d'ambulance. Il confirme que l'AP-HP a la capacité d'exclure temporairement ou définitivement des sociétés d'ambulance de la liste de ses prestataires. Une quinzaine d'exclusions a été prononcée dernièrement.

La séance plénière est levée à 20 heures 05.