

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 11 OCTOBRE 2022

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 2022

Sommaire

1. Informations du président	6
2. Approbation du compte rendu de la CME du 13 septembre 2022	11
3. Échange sur les « 30 pistes d'action pour les 12 prochains mois »	11
4. Labellisation des centres de maladies rares	20
5. Responsabilité civile et responsabilité pénale du personnel médical : principes et pratiques	23
6. Résultats de l'enquête sur les valences non cliniques des praticiens hospitaliers	28
7. Questions diverses	28

CME du mardi 11 octobre 2022

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 13 septembre 2022
3. Échange sur les « 30 pistes d'action pour les 12 prochains mois »
4. Labellisation des centres de maladies rares (P^r Frédéric BATTEUX)
5. Responsabilité civile et responsabilité pénale du personnel médical : principes et pratiques (M^{me} Marie-Charlotte DALLE, P^r Jacques BELGHITI)
6. Résultats de l'enquête sur les valences non cliniques des praticiens hospitaliers (P^{rs} Jean-Damien RICARD et Éric LE GUERN)
7. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur le recrutement principal de chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux dans les établissements liés par convention avec l'AP-HP au titre de l'année universitaire 2022-2023

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	P ^r	Bernard	GRANGER
D ^r	Thomas	APARICIO	D ^r	Émelyne	HAMELIN
P ^r	Jean-Yves	ARTIGOU	P ^r	Agnès	HARTEMANN
P ^r	Elie	AZOULAY	D ^r	Jean-François	HERMIEU
P ^r	Frédéric	BATTEUX	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
D ^r	Fadi	BDEOUI	D ^r	Éric	LE BIHAN
D ^r	Guy	BENOIT	P ^r	Éric	LE GUERN
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Rachel	LEVY
M ^{me}	Valérie	BLANCHET	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Rafik	MASMOUDI
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	D ^r	David	OSMAN
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	P ^r	Yann	PARC
P ^r	Jean-Claude	CAREL	M.	Paul-Louis	PATY
P ^r	Alain	CARIOU	D ^r	Juliette	PAVIE
D ^r	Sonia	CERCEAU	D ^r	Antoine	PELHUCHE
D ^r	Cyril	CHARRON	D ^r	Patrick	PELLOUX
D ^r	Julie	CHOPART	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Louis	PUYBASSET
M.	Léonard	CORTI	P ^r	Jean-Damien	RICARD
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Nathalie	RICOME
D ^r	Tristan	CUDENNEC	D ^r	François	SALACHAS
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Rémi	SALOMON
D ^r	Jean-Philippe	DAVID	P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSE
D ^r	Olivier	DRUNAT	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Laurent	TEILLET
P ^r	Jacques	DURANTEAU	D ^r	Samir	TINE
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	Christophe	TRIVALLE
D ^r	Thierry	FAILLOT	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
D ^r	Jean-Eudes	FONTAN			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- 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 Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'île de France (ARS)
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILLIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

• ***Les représentants de l'Administration :***

- M^{mes} Laetitia BUFFET, Stéphanie DECOOPMAN et P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, directrices générales adjointes

- M. Florent BOUSQUIÉ et M^{me} Louise COUTURIÉ, cabinet du directeur général
- M^{me} Marie-Cécile PONCET, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M^{me} Marie-Charlotte DALLE, directrice des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP)
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, co-directrice de la stratégie de transformation (DST)
- M. Patrick CHANSON, M^{mes} Véronique DROUET et Gwénolette ABALAIN, direction de la communication (DIRCOM)
- M. Camille DUMAS, directeur de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)

- **Invité :**

- P^r Jacques BELGHITI, coordinateur des médecins-conseils (DAJDP)

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M^{mes} et MM., P^{rs} et D^{rs}, Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Jean-Louis BEAUDEUX, Sadek BELOUCIF, Jacques BODDAERT, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALES, Alexandra DE SOUSA DANTAS, Vianney DESCROIX, Édouard DEVAUX, Yann FLÉCHER, Vincent FROCHOT, Bertrand GODEAU, Bruno GREFF, Christian GUY-COICHARD, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Jean-Louis LAPLANCHE, Michel LEJOYEUX, Salomé MASCARELL, Vianney MOURMAN, Antoine PELISSOLO, Nathalie PONS-KERJEAN, Philippe RUSZNIEWSKI, Clara SALINO, Thomas SIMILOWSKI, ISHAI-Yaacov SITBON, Michel VAUBOURDOLLE, Karine VIRETTE et Noël ZAHR.

La séance s'ouvre à 16 heures 30 sous la présidence du Pr Rémi SALOMON.

Hommage

La CME a rendu hommage au D^r Frédéric RILLIARD, décédé le 24 septembre 2022 à l'âge de 62 ans. Praticien hospitalier ayant participé à la mise en place de la première permanence d'accès aux soins de santé (PASS) buccodentaire de l'AP-HP à la Pitié-Salpêtrière, il a représenté les praticiens hospitaliers d'odontologie à la CME de 2012 à 2015, puis de 2016 à 2019.

1. Informations du président

Le président accueille le D^r Tristan CUDENNEC, gériatre à l'hôpital Ambroise-Paré, élu, le 20 septembre 2022, vice-président de la commission médicale d'établissement locale (CMEL) du groupe hospitalo-universitaire (GHU) Paris-Saclay, en remplacement du D^r Sébastien BEAUNE, nommé professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH).

Le D^r Tristan CUDENNEC précise qu'il est gériatre dans le service du P^f Laurent TEILLET et en charge de l'équipe mobile de gériatrie et d'onco-gériatrie depuis 2004. Il était vice-président de la commission des structures avant d'être élu vice-président de la CMEL du GHU Paris-Saclay.

Situation de la pédiatrie

Le président indique que la situation est extrêmement préoccupante depuis quelques semaines. En plus de 15 à 20 % de lits fermés, les difficultés sont renforcées par des départs parmi le personnel médical dans les établissements de la grande couronne. Environ dix praticiens hospitaliers (PH) ont quitté leur centre hospitalier, notamment à Poissy, Longjumeau et Mantes-la-Jolie, sites qui s'interrogent sur leur capacité à maintenir leur service d'urgence et les lits d'hospitalisation. À l'AP-HP, quasiment tous les lits sont ouverts dans les cinq réanimations pédiatriques mais l'aval rencontre de grandes difficultés. Sept nourrissons ont déjà été transférés dans une autre région, notamment vers les centres hospitalo-universitaires (CHU) de Reims et Rouen, eux-mêmes confrontés à des situations tendues. Les présidents des commissions médicale d'établissement des CHU constatent que les CHU parviennent à résister, non sans mal, tandis que les centres hospitaliers sont dans une situation plus grave encore. Ces tensions se concentrent sur la permanence des soins qui engendre un stress majeur sur les personnels qui doivent assurer les gardes. À titre d'exemple, des antibiotiques ont été administrés à un enfant souffrant d'une péritonite aiguë, faute de lits d'aval, alors qu'il aurait dû être opéré dans l'heure. Un autre enfant asthmatique est resté plusieurs heures en salle de déchoquage car il était impossible de lui trouver un point de chute. Ces exemples montrent à quel point la situation est tendue, avec des drames qui pourraient survenir et qui amplifient le stress des équipes déjà impactées par des gardes très fréquentes. Ces situations conduisent certains professionnels à renoncer à exercer à l'hôpital. C'est un sujet de préoccupation extrême alors que commence à peine l'épidémie de bronchiolite. Dans les hôpitaux Antoine-Béclère et Louis-Mourier, les passages aux urgences dépassent déjà le pic enregistré en 2021.

Des réunions de crise ont eu lieu avec des représentants de la direction générale, des pédiatres et des réanimateurs, notamment pour désengorger l'amont comme cela a été mis en place pendant l'été en utilisant les mesures de la « mission flash » du D^r François BRAUN. Des mesures simples pourraient aussi être prises, comme faire cesser la sollicitation des services d'urgences pédiatriques pour faire signer divers certificats d'aptitude. Une meilleure coordination avec les acteurs de la ville doit également se mettre en place. À certains endroits, une meilleure régulation a permis de desserrer légèrement l'étau. En revanche, au niveau de l'aval, aucune solution aisée n'est à portée

de main et la solution des déprogrammations risque malheureusement d'apparaître comme la seule possible.

Comme l'a déploré la conférence des présidents de CME de CHU qui a eu lieu ce matin, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) ne prévoit pas de revalorisation significative de la permanence des soins, ce qui est fort dommageable.

Le Pr Sophie BRANCHEREAU confirme que la chirurgie pédiatrique traverse actuellement une situation très complexe, car les unités de réanimation sont pleines ainsi que les unités de surveillance continue. Peu de lits post-opératoires sont disponibles après une intervention chirurgicale lourde. Or, contrairement à un adulte, un enfant de 5 ans souffrant d'une péritonite appendiculaire doit absolument régulièrement être admis en réanimation. La tension est accentuée par le fait que les unités prennent également en charge de grands enfants qu'elles n'accueillaient pas avant l'épidémie de COVID, parce que la grande périphérie manque de pédiatres. Les services doivent donc non seulement accueillir les jeunes enfants, mais aussi les adolescents de 14 ans pesant 60 kilogrammes. Une organisation commence à se mettre en place au niveau territorial pour la prise en charge des urgences chirurgicales mais celle-ci s'avère très complexe compte tenu de l'ensemble de ces facteurs associés. Pour éviter toute perte de chances, la permanence des soins doit s'organiser mais il n'existe pas d'alternative dans le secteur privé et les services de l'AP-HP doivent aussi prendre en charge les enfants souffrant d'une maladie rare ou d'un cancer. De fait, la situation est extrêmement tendue et les équipes à cran dans une spécialité déjà en difficulté.

Le président confirme que l'activité de néonatalogie fait également face à de grandes difficultés ainsi que la pédopsychiatrie qui est confrontée, depuis la crise COVID, à des difficultés de prise en charge d'un nombre important d'enfants et d'adolescents ayant commis une tentative de suicide. Ceux-ci occupent alors des lits de pédiatrie générale ou de spécialité : ces enfants sont hospitalisés dans des services dont les locaux ne sont pas adaptés et sont confiés à des professionnels dont ce n'est pas le métier. Deux tentatives de suicide n'ont pas pu être évitées dans nos services sur les derniers mois, ce qui montre à quel point la situation est tendue et les équipes dans une situation de stress extrême. D'autres mesures sont envisageables immédiatement : la vaccination contre le rotavirus, aujourd'hui disponible, qui pourrait éviter certaines hospitalisations (environ 10 000 infections par an en France), le lancement d'une campagne de prévention à destination du grand public (porter le masque, éviter les contacts, se laver les mains, etc.) et dans les maternités.

« Mission flash » de l'AP-HP sur les blocs opératoires

Le Pr Yann PARC indique qu'une réunion a mis en avant le fait que le dysfonctionnement des blocs provient en premier lieu de l'organisation en blocs communs. Il convient donc de revenir à des blocs dédiés et de réorganiser les équipes des blocs communs. Une fois les équipes constituées, celles-ci travailleront plus facilement ensemble. Il a également été proposé d'éviter les changements de services des infirmiers des blocs opératoires diplômés d'État (IBODE) car ces changements sont source de stress, mais aussi de mécontentement pouvant conduire à leur renoncement. En outre, il indique que les services adultes pourraient accueillir des grands enfants, sauf si cet accueil pose des problèmes administratifs.

Le président précise que cette solution a déjà été envisagée en réanimation.

Le Pr Catherine PAUGAM-BURTZ explique que l'activité de pédiatrie ne repose pas que sur des critères d'âge définis règlementairement. Si un manque de places dans les services de pédiatrie est avéré, il est possible d'accueillir les enfants les plus grands dans les unités adultes. Pour les plans « accueil massif de victimes » (AMAVI) et « épidémies hivernales » (ÉPIVER), la possibilité d'accueillir de grands

enfants dans les réanimations adultes pour préserver des places en faveur des plus jeunes dans les réanimations pédiatriques a été actée. Cette décision est prise non pas en fonction de l'âge mais en fonction de la corpulence (autour de 35 kilogrammes) afin que le matériel utilisé dans les unités adultes permette également de prendre en charge des enfants. Dès qu'il existe un risque vital, cette solution est justifiée. La notion que cet accueil dans les unités adultes n'est possible qu'à partir de 15 ans et 3 mois est sans fondement réglementaire.

Le président estime que l'AP-HP aurait, en effet, beaucoup de difficultés à justifier une non prise en charge décidée sur la base du seul critère d'âge dès lors que l'enfant est en risque vital.

Le P^r Yann PARC invite cependant à vérifier que le transfert d'un enfant vers une unité adulte n'est pas bloqué dans le système ORBIS.

Le P^r Sophie BRANCHEREAU indique que les professionnels sont demandeurs de ce type d'alternatives. Lors de la permanence des soins, les équipes essaient toujours de négocier pour que les enfants, ayant une corpulence suffisante pour une prise en charge dans un service adulte, restent sur place afin d'éviter les transferts.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ répond au D^r Sonia CERCEAU qui a écrit : « *Le sujet des grands enfants dans le service adulte va être abordé à la prochaine réunion de la collégiale d'anesthésie car c'est actuellement une aberration de transférer des enfants de 14 ans de 90 kg* » et confirme que le sujet a été évoqué avec la collégiale d'anesthésie avec un algorithme de prise en charge autour d'une estimation du poids et de la corpulence.

Le D^r Sonia CERCEAU souligne à l'inverse que les services de pédiatrie peuvent aussi accueillir des personnes majeures ayant un poids inférieur à 35 kilogrammes.

Le D^r Patrick PELLOUX milite également pour que les enfants ayant un poids équivalent à celui des adultes puissent être transférés pour soulager les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatriques.

Conférence nationale des présidents de CME de CHU

Le président indique que les présidents de CME de CHU ont tenu une séance plénière ce 11 octobre en matinée. M. Yaël THOMAS, président de l'association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) avait été invité pour échanger sur les enjeux de la formation qui constituent un véritable sujet sur les années à venir. Les CHU doivent s'impliquer dans cette réflexion. Lors de cette même séance, le P^r Bertrand GODEAU a présenté le rapport du groupe « attractivité hospitalo-universitaire » de la section « santé médecine » du Conseil national des universités (CNU) qu'il préside. **Le président** invite les membres de la CME à prendre connaissance des mesures intéressantes qui y sont proposées et qui doivent alimenter les réflexions internes de l'AP-HP. Il souligne toutefois que le problème de l'attractivité des CHU doit traiter simultanément des hospitalo-universitaires et des praticiens hospitaliers, les deux pans allant de pair.

Temps de travail des internes

Le comité des internes de la CME de l'AP-HP s'est réuni à nouveau sur le sujet du temps de travail le 5 octobre 2022, en présence du représentant des doyens, le P^r Bruno RIOU. Comme il est apparu des échanges menés par ailleurs avec la conférence nationale des présidents de CME de CHU, il est souhaitable et possible de trouver des accords à l'amiable au sein des services pour s'assurer que les temps de travail sont respectés.

Le P^r Marie-Noëlle PERALDI-GARDIN rappelle qu'une réunion avait déjà eu lieu avec le comité des internes fin juillet. Les internes avaient ensuite déposé une mise en demeure début août qui se terminera début novembre. Lors de la dernière réunion, un débat a eu lieu sur la manière de comptabiliser le temps de travail. Les propositions de l'AP-HP lui semblent raisonnables, avec un accès au logiciel *Chronos* pour compter les demi-journées et une sensibilisation des chefs de service au temps de travail qui doit être respecté sans rogner sur le temps de formation. Lors de cette réunion, le P^r Bruno RIOU a aussi annoncé qu'il serait prêt à prendre des mesures fermes en ce qui concerne l'agrément des services qui ne respecteraient pas les règles. Face à ces propositions de l'AP-HP, les internes ont redit qu'ils restaient attachés au décompte du temps de travail en heures et non en demi-journées. Pourtant, l'arrêt du Conseil d'État dit qu'aucune disposition du Code de la santé publique ne précise le nombre d'heures de travail correspondant à une demi-journée. Il est précisé uniquement que la demi-journée ne doit en aucun cas dépasser 7 heures mais sans en donner une définition plus précise.

Le P^r Bruno Riou précise qu'il n'a pas de pouvoir disciplinaire puisqu'il appartient au président de l'université. Toutefois, les doyens peuvent retirer un agrément à un service si l'environnement pédagogique n'est pas acceptable, dont font partie le temps de travail et le respect du repos de sécurité.

Le D^r Patrick PELLOUX explique que la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) aura terminé sa charte d'ici une semaine, elle acte le respect du repos de sécurité et le principe des visites et contre-visites le week-end, ce qui constituerait un progrès considérable. Il espère donc que les internes en seront satisfaits.

Le président observe que la majorité des services respecte ces consignes. Une communication doit maintenant être lancée en direction des services qui ne sont pas au rendez-vous, pour que ces règles soient prises en considération très sérieusement. Cela relève pleinement de la responsabilité des chefs de service.

Le P^r Yann PARC constate que les internes qui exigent le plus le respect des 48 heures ne sont pas ceux qui sont le plus exposés à leur dépassement.

Le président indique que même parmi les internes qui sont les plus exposés au dépassement des 48 heures hebdomadaires, c'est-à-dire les spécialités à garde ou chirurgicales, nombreux acceptent de moins en moins de travailler 70 ou 80 heures par semaine.

Le P^r Yann PARC maintient que les internes de chirurgie ne sont pas en faveur du respect des 48 heures.

Le président confirme que des internes souhaiteraient un meilleur cadrage de leur temps.

Le P^r Bruno Riou rappelle que le Conseil d'État a été très clair sur le respect absolument nécessaire des 48 heures. Reste à trancher la question du décompte horaire. Lors de l'inter-conférence qui réunit les doyens, les directeurs généraux et les présidents de CME de CHU, il a été souligné que ce décompte en heures poserait un problème de fond, tout en notant que ce décompte horaire ne concerne aujourd'hui que quelques rares spécialités qui sont en temps continu.

Le président précise qu'il faut trouver un moyen ou un dispositif, comme le décrit le Conseil d'État, pour que la règle soit respectée.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ estime que le dispositif proposé par l'AP-HP est de nature à respecter les 48 heures. Les internes qui seraient dans des organisations ne respectant pas ce cadre pourront le signaler à leur chef de service ou mobiliser d'autres voies de recours. La Ccops peut aussi être saisie sur ces questions. Le doyen, le PCME comme la direction générale ont dit clairement que les actions nécessaires seront lancées face à des situations répétées de transgression.

Le D^r Éric LE BIHAN indique que le logiciel *Chronos* pourrait tout à fait être paramétré pour faire respecter les 48 heures hebdomadaires, même si certains affirment le contraire. Il rappelle également que la décision du Conseil d'État sur le décompte du temps de travail concerne les internes mais aussi les autres praticiens.

Le P^r Laurent MANDELBROT souligne que respecter la limite des 48 heures signifie parfois aussi mobiliser davantage d'effectifs, internes comme seniors.

Praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE)

Le président a donné son accord pour cosigner avec le directeur général de l'AP-HP, le président de la Fédération hospitalière d'Île-de-France et le président de la conférence des présidents des CME des CHU d'Île-de-France, une motion commune visant à soutenir les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), qu'ils soient lauréats des épreuves de vérification des connaissances (ÉVC) ou engagés dans la procédure dérogatoire de reconnaissance de leur exercice. En effet, la poursuite de leur activité est aujourd'hui menacée par les conséquences de la réforme qui conditionne leur affectation à la réussite d'un concours national, rompant ainsi avec les affectations de gré à gré. Cette réforme a donc mis en difficulté les services qui comptent sur ces PADHUE pour leur activité. La motion demande le report de ces mesures pour que ces services puissent s'organiser. Elle sera mise en ligne sur le site internet de la CME.

Le directeur général souhaite remercier les équipes pour leur mobilisation dans les établissements comme au siège, concernant la gestion de l'hiver, car elles ont mis en place un dispositif de suivi extrêmement serré. Tous les leviers relatifs à la montée en charge anticipée des capacités ÉPIVER, à la gestion des ressources humaines, à l'optimisation des organisations et des parcours ont été activés de manière pragmatique. Comme l'a déjà souligné le président, les difficultés actuelles découlent des tensions constatées chez nous mais plus encore en dehors de l'AP-HP, dans les autres établissements franciliens, et qui pourraient se répercuter sur l'institution. Les fragilités se concentrent aussi sur la filière pédopsychiatrique avec une trentaine d'enfants qui ne sont pas pris en charge comme il le faudrait et qui bloquent des lits de pédiatrie générale.

Concernant le temps de travail des internes, **le directeur général** espère qu'une solution raisonnable pourra être trouvée. Une réponse cosignée par le président de la conférence des doyens, le président de la CME et lui-même leur sera adressée avec des propositions.

Concernant les PADHUE, il confirme la signature d'une motion commune avec la FHF Île-de-France afin d'alerter sur les graves difficultés que poserait le maintien du calendrier de cette réforme dans beaucoup de filières, notamment en gériatrie.

Le directeur général propose de ne pas revenir sur la demande formulée par les internes mais espère qu'une solution raisonnable pourra être trouvée. Sur ce sujet, il se dit disposé à formaliser une proposition, y compris par écrit.

Le D^r Patrick PELLOUX indique qu'à la suite du piratage informatique de l'hôpital de Corbeil-Essonnes, son fonctionnement est très altéré depuis trois mois. Il souhaiterait donc savoir s'il est possible de

demander aux équipes de réanimation de ce site de venir travailler à l'AP-HP, même temporairement.

Le président estime que la situation du centre hospitalier sud francilien (CHSF) est très inconfortable puisque son fonctionnement est en mode dégradé et que les équipes doivent s'adapter pour contourner l'utilisation de l'outil informatique. Il rappelle qu'un hôpital qui subit une telle cyberattaque met souvent une année avant de retrouver un mode de fonctionnement normal, comme cela s'est produit précédemment à Dax.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne que de nombreux personnels du CHSF sont à leur domicile alors qu'ils pourraient venir prêter main-forte à l'AP-HP.

Le président précise qu'il n'a pas eu connaissance d'une telle information.

Le directeur général souligne que des informaticiens de l'AP-HP ont été appelés pour aider cet établissement à se relever de cette attaque. Un serveur a également été mis à leur disposition pour réinitialiser leur système d'information. Au-delà, la question de l'entraide a été posée dès les premiers jours de l'attaque. Le directeur général n'a pas été vérifier ce que faisaient les médecins et infirmiers depuis l'attaque, mais la direction du centre hospitalier affirme que son fonctionnement en mode dégradé est aussi très consommatrice de ressources. Il n'a pas de raison de remettre en cause cette affirmation mais il reposera à l'agence régionale de santé (ARS) la question de la disponibilité de ressources médicales ou paramédicales au cours des prochaines semaines.

Le président explique qu'il a eu des échanges avec la présidente de la CME du CHSF dans les premiers jours qui ont suivi l'attaque. Celle-ci lui avait indiqué, à l'époque, que l'établissement était en mesure d'apporter un appui sur certaines filières. Toutefois, il est fort possible que cette position ait évolué depuis. Il a, par ailleurs, connaissance du fait que près de vingt lits de pédiatrie et de néonatalogie ne sont pas utilisables.

Le P^r Frédéric BATTEUX le confirme. La moitié des lits de réanimation n'est pas disponible ainsi que 5 lits de soins intensifs. En revanche, les lits de néonatalogie sont ouverts.

Le président confirme qu'il peut être opportun de demander si du personnel médical et paramédical pourrait venir en aide à d'autres endroits où les systèmes d'information fonctionnent normalement

2. Approbation du compte rendu de la CME du 13 septembre 2022

Le compte rendu de la CME du 13 septembre 2022 est approuvé.

3. Échange sur les « 30 pistes d'action pour les 12 prochains mois »

Le président indique que le document intitulé « 30 pistes d'action pour les 12 prochains mois » a été diffusé aux membres de la CME car le directeur général souhaite faire participer la communauté médicale à l'élaboration de ces propositions et puisse en formuler de nouvelles. Ce document s'inscrit dans le cadre national contraint qui nous est imposé et dans lequel nous devons cependant esquisser des pistes pour contribuer, à notre niveau, à redresser la trajectoire budgétaire de l'AP-HP. À partir des contributions des membres de la CME et de la communauté médicale qui ont été adressées au président, il est possible de structurer un premier canevas qui repose sur quatre axes prioritaires : les soins, les services, le management et l'équité.

La priorité doit être placée sur les soins qui sont l'essence même du travail des médecins. L'idée est de renouer avec une activité qui permette de répondre aux besoins de la population et de dispenser des soins de qualité. De ce point de vue, l'AP-HP est assez loin du compte. Trouver du personnel pour rouvrir des lits constitue donc la première des priorités. Une réflexion doit être menée pour fixer des effectifs cibles. Les ratios sont des éléments importants pour retrouver de l'attractivité, tant pour le personnel médical que paramédical, car des ratios très dégradés peuvent jouer sur les envies de départ. L'effectif cible doit aussi tenir compte de l'absentéisme. Il faut envisager que la trajectoire de réouverture des lits ne soit pas identique pour toutes les disciplines et dans tous les hôpitaux de l'AP-HP. Les priorités de réouverture de lits pourraient porter sur la pédiatrie, la gériatrie et le bloc opératoire, par exemple. Cette réflexion devra également être menée dans une logique de territoire car les difficultés ne sont pas identiques partout. Ces sujets ont déjà été évoqués en CME, notamment la question de savoir si la réouverture des lits devait être envisagée de manière linéaire ou si elle devrait être analysée selon les spécificités de chaque hôpital et selon ses besoins. Pour cette priorité relative aux soins et à leur organisation, les leviers identifiés sont les leviers 1, 2, 3, 5, 12, 24 et 25.

Le P^r Yann PARC propose de placer le levier n° 3 « logement » en premier.

Le président n'est pas opposé au fait de revoir l'ordre des priorités pour y intégrer le levier « logement ».

Le P^r Yann PARC précise que le logement est un moyen d'améliorer le pouvoir d'achat du personnel.

Le D^r Patrick PELLOUX ne s'oppose pas à une politique qui permette d'attribuer des logements au personnel mais il demande en contrepartie que ces personnels restent à l'AP-HP. Cependant, il ne sait pas si le bail peut inclure une telle clause. Il pense plus globalement que le principe de la grande équipe a été une erreur car il faut préserver l'appartenance à une spécialité ou à un bloc plutôt que de demander au personnel non médical de passer d'un service à un autre.

Le président précise que la notion de service est identifiée comme une autre priorité.

Le P^r Laurent MANDELBROT indique que le levier 12 « redonner du temps médical et paramédical » touche à la priorité relative aux soins mais rejoint aussi d'autres priorités. Il faut que ces mesures soient au service de la population mais qu'elles facilitent également les dynamiques d'équipe. En d'autres termes, limiter le nombre de postes d'infirmiers dans les services car il existe des pénuries sur ces ressources est un mauvais calcul, car il faut au contraire suffisamment de postes pour insuffler une dynamique d'équipe.

Le président précise que c'est la raison pour laquelle il a évoqué les ratios, car le nombre d'infirmiers par patient doit être suffisant pour assurer la sécurité des soins et permettre aux infirmiers de faire correctement leur travail.

Le P^r Xavier MARIETTE constate que le mot « ratio » est devenu tabou alors qu'il est important qu'il figure dans les propositions. Il doit s'agir bien sûr d'une mesure nationale mais l'AP-HP est le plus gros CHU de France et la mise en perspective de ratios à l'AP-HP peut servir d'exemple. La fidélisation des infirmiers dans un service, et non dans un pôle ou un département, est également essentielle.

Le D^r Emmanuel Bui-Quoc, répondant à l'interpellation précédente du D^r Patrick PELLOUX, explique que les nouveaux baux des logements du personnel comprennent désormais une clause de

fonction, ce qui n'est sans doute pas le cas des précédents. Cette précision avait été apportée lors d'une réunion de la sous-commission *Activité, ressources* (CAR).

Le directeur général précise que cette clause vaut pour les logements strictement AP-HP mais pas pour les logements sociaux. La politique de l'AP-HP doit aujourd'hui se rééquilibrer entre logement social et logement « institutionnel » pour permettre d'introduire justement ce type de clause, sauf à ce que la législation évolue pour permettre d'en insérer dans les baux des logements sociaux pour lesquels l'AP-HP finance un droit de réservation. C'est autour de cet objectif qu'il faut travailler.

Le Dr François SALACHAS souhaite savoir à quel niveau seront garanties les conditions de travail et les ratios. Au niveau du service ou du département médico-universitaire (DMU) sachant que 77% des médecins de l'AP-HP rejettent l'organisation en DMU ? Alors que les services ont été les victimes de la mutualisation à outrance, il importe aujourd'hui de redonner confiance par une organisation autour des services qui seule sera en mesure de convaincre les personnels soignants que le changement de logiciel est réel dans la gestion des ressources humaines à l'AP-HP.

Le Pr Agnès HARTEMANN s'associe au commentaire précédent du Pr Laurent MANDELBROT et s'étonne que le mot « ratio » n'apparaisse pas dans le texte alors que cette notion est clé. La question est en effet de savoir si l'option est de renforcer certains services avec une consolidation des plannings et une priorité donnée à la dynamique d'équipe, sans ouvrir immédiatement un maximum de lits. Sur le terrain, cette possibilité est refusée en arguant des ratios. La même question se pose pour les blocs opératoires : faut-il les rouvrir rapidement avec peu de personnels, ce qui sera peu attractif, ou l'option est-elle de mobiliser beaucoup de moyens pour les rouvrir dans de bonnes conditions tout en sachant que tous ne seront pas rouverts ?

Le président explique que cette remarque fait écho au commentaire qu'il a formulé en introduction en expliquant qu'il conviendrait de réfléchir au rythme de reprise de l'activité, en ciblant les endroits et les disciplines où les lits devraient rouvrir en priorité. La même question avait été posée au cœur de la crise COVID lorsque la déprogrammation avait été évoquée pour savoir si elle devait avoir lieu de manière uniforme. Alors que la crise devient permanente désormais, des solutions doivent être trouvées pour gérer au mieux la situation. Dans ce contexte, comme lors du pic de la crise COVID, la question est de savoir si tous les hôpitaux doivent être considérés comme ayant le même niveau de priorité. Des choix devront donc être effectués et assumés collectivement.

Le directeur général reconnaît que le texte ne cite pas le mot « ratio » mais le levier 24 évoque un équilibre à trouver sur l'affectation des personnels paramédicaux supplémentaires issus de recrutements à venir plus nombreux que les départs subis. La question est donc de déterminer le point d'équilibre entre le besoin de réouverture des lits – besoin avéré pour répondre aux besoins de santé, mais aussi, comme l'ont illustré les discussions précédentes, faire face aux épidémies hivernales et disposer de lits d'aval - et la préservation des conditions de travail des équipes pour éviter que les équipes se fragilisent encore sous l'effet d'une activité trop forte et d'un absentéisme en hausse. Un premier travail doit donc porter sur la priorisation des services et filières de soins où il faudra concentrer les efforts de réouverture des lits. Il est rationnel de poser la question dans ces termes. Cependant, il faut aussi se demander avec quels moyens ce but pourra être atteint, car les personnels ne peuvent pas être affectés d'autorité dans les services qui en ont le plus besoin. C'est bien chaque service qui arrive à recruter car un élève y a, par exemple, réalisé un stage et souhaiterait y travailler. Annoncer à ce service qu'il ne recrutera pas un nouvel infirmier car ce service ne serait pas prioritaire sera difficile, ce d'autant que rien ne dit que cet infirmier accepterait alors de rejoindre un autre service qui lui serait suggéré. De manière très pratique, il convient d'agir

dès le choix des terrains de stage aux élèves infirmiers de 3^e année et appelle à mener un travail en amont avec les instituts de formation des soins infirmiers (Ifsi) sur les terrains de stage.

Un travail doit aussi être conduit sur les effectifs. **Le directeur général** est convaincu que l'amélioration des conditions de travail dans les services passe par des effectifs suffisants, qu'il s'agisse de force direct de travail - médicaux et paramédicaux - comme des forces indirectes – administratives et techniques, comme cela est évoqué dans le levier 12 sur les appuis administratifs et techniques de proximité. Il n'a pas de difficulté à partager que nous devons renforcer nos emplois de soignants et nos fonctions support dans nos hôpitaux : ce n'est ni un interdit ni un tabou. Pour autant, une approche qui viserait à établir et atteindre un ratio idéal soulèverait plusieurs difficultés : s'entendre d'abord sur des critères objectifs pour fixer le bon ratio, ce qui suppose de pouvoir mesurer une charge en soin qui varie forcément d'un service à l'autre, compte tenu des spécialités, des surspécialités, des profils de patients accueillis, mais aussi prendre en compte des éléments spécifiques à chaque service liés à l'expérience des équipes ou à la configuration des locaux ; ensuite, savoir quelles conséquences nous pourrions en tirer sur nos recrutements et notre capacité à rouvrir des lits, mais aussi sur nos équilibres économiques à règles de financement constantes car s'il s'agissait de réduire le ratio moyen d'un tiers, comme certains le proposent, il nous faudrait recruter non pas 1 500 infirmières qui constitue notre déficit actuel, mais environ 8 000 ce qui prendrait des années et nous conduirait, en attendant, à ne rouvrir quasiment aucun lit alors que les besoins sont considérables. Enfin, ces recrutements massifs sans recette supplémentaire nous placeraient évidemment dans une équation économique impossible. Pour toutes ces raisons, le directeur général indique avoir voulu mener ce travail sur les pistes d'action en adoptant une approche pragmatique et équilibrée, en s'inscrivant dans la réalité d'aujourd'hui et non dans l'expectative d'une réforme générale du système de santé. C'est dans cette réalité qu'il invite la CME à construire les réponses de court terme dont l'AP-HP a besoin. Une fois posé ce principe, le levier 24 « à court terme, travailler au sein de chaque GHU une trajectoire progressive de réouverture de lits répondant aux besoins prioritaires des patients » vise à tenter de recruter davantage. Il faudra alors que ces recrutements supplémentaires puissent être répartis entre le capacitaire et le soutien aux équipes, là où les équilibres sont fragiles. Il ne pense pas que le Siège puisse décréter d'en haut où il faudra améliorer un ratio d'effectif. Ces décisions doivent être prises dans un dialogue intelligent entre les structures de proximité. C'est le sens des consignes qui ont été passées aux GHU : inviter au dialogue avec les personnes en responsabilité au sein des GHU et en associant évidemment les responsables des services. **Le directeur général** ne dit pas que les situations seront toujours simples car il pourra y avoir des désaccords mais c'est la seule solution qui permette d'avancer.

Le président souligne que la CME est consciente que ce n'est pas en son sein que seront discutées les mesures nationales et qu'il n'est pas non plus possible de définir des ratios à appliquer uniformément. Pour autant, pour faire preuve de nuance, cette question doit être discutée à l'échelon du service. Une réflexion doit être menée pour déterminer si tous les hôpitaux doivent être considérés de la même manière au regard de la reprise d'activité. Dans ce cas, l'accès au logement pourrait être priorisé en faveur des endroits les plus pertinents. Dans le domaine de la formation des paramédicaux, un travail doit aussi être engagé avec les instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) sur le choix des terrains de stage.

Le D^r Cyril CHARRON entend les arguments du directeur général sur les ratios de fonctionnement et sur les freins qu'ils posent. De ce fait, il propose *a contrario* de définir des ratios « inacceptable » en dessous desquels un service serait en danger, comme lorsqu'un service de chirurgie se retrouve avec un infirmier pour 26 patients la nuit. Pour le moins, le document pourrait fixer des ratios en

dessous desquels ne pas descendre car, ce qui fait fuir les professionnels, c'est aussi de constater de telles situations.

Le D^r Diane BOUVRY signale que la situation est très hétérogène à l'AP-HP puisque des services affichent des ratios très différents pour des activités proches. Même si le siège ne fixera probablement pas des ratios uniques partout, il pourrait établir des comparaisons afin de définir des ratios inacceptables pour tous. L'absentéisme dans des services déjà en difficulté risque de leur faire perdre définitivement leur attractivité.

Le P^r Yann PARC observe que les recrutements locaux sont souvent bloqués par la complexité du circuit de décision : le cadre de santé rencontre le candidat alors qu'il n'a pas autorité à signer. Pour fluidifier le fonctionnement, il faudrait qu'il puisse valider le recrutement. Par ailleurs, il souhaiterait qu'il soit possible de recruter sur les postes non pourvus en raison d'absences longues en les sortant des effectifs. Cette approche permettrait de visualiser clairement le déficit en infirmiers.

Le président confirme que les effectifs cibles doivent tenir compte de l'absentéisme de longue durée.

Le directeur général n'est pas choqué de reconnaître qu'il existe des ratios inacceptables qui sont finalement la raison pour laquelle l'AP-HP ne parvient pas à recruter. La recherche du juste équilibre se situe autour de ces enjeux.

Le P^r Xavier MARIETTE observe que la France est le pays où les personnels administratifs sont les plus nombreux comme le montre un rapport de l'OCDE du 5 octobre 2022 sur les dépenses hospitalières en France et en Europe en 2020 : 34 % en France contre une moyenne de 24 % en Europe. Il suggère donc que les propositions aillent dans le sens d'une simplification des organisations, ce qui allégerait le nombre de postes administratifs qui pourraient alors permettre d'augmenter le nombre de postes de personnels soignants. Ce mouvement pourrait être progressif année après année.

Le directeur général souligne que les bilans sociaux fournissent toutes les informations en transparence sur la situation des effectifs et montrent que la part des emplois administratifs n'est pas de 34 % à l'AP-HP mais plutôt de l'ordre de 20 %, sous réserve de le confirmer. Dans l'absolu, il n'est pas choqué par l'idée de supprimer des emplois administratifs pour créer des emplois soignants, mais il souligne aussi que les soignants manquent aussi d'appui technique, logistique ou administratif au sein de leurs équipes ou capables d'intervenir rapidement. C'est pourquoi l'une des 30 pistes d'action consiste à réintroduire des emplois administratifs, techniques et logistiques en soutien des équipes de soins. Ces postes pourront être des créations (ce qui suppose d'en créer les conditions de financement dans les prochains budgets) ou des redéploiements d'emplois administratifs ou par l'affectation d'infirmiers ou d'aides-soignants en restriction d'activité. Ces renforts permettraient de soulager les équipes soignantes et les aider à réaliser les tâches qui pèsent aujourd'hui sur leur quotidien. De plus, il serait sans doute plus facile de recruter sur ces emplois techniques, logistiques et administratifs que d'attendre les promotions d'IDE. Cette proposition est soumise à la concertation.

Le président reconnaît que cette piste n'a pas été mise en avant dans la synthèse des contributions mais il est exact que les glissements de tâches, notamment administratives et logistiques, pèsent de plus en plus sur le travail des soignants. À certains endroits, il serait pertinent d'envisager un renforcement du secrétariat.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ précise que le secrétariat est, entre autres, comptabilisé dans les emplois administratifs.

Le président n'est pas convaincu que le personnel administratif soit pléthorique à l'AP-HP.

Le directeur général pense effectivement que de nombreux emplois administratifs et techniques ont été supprimés dans les structures de soins.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que des effectifs planchers existent déjà au travers des effectifs de sécurité définis par service. La difficulté est que les équipes sont depuis des années à l'effectif plancher au quotidien, ce qui aggrave fatalement les tensions dès qu'une absence survient.

Le P^r Bernard GRANGER propose pour sa part de ne pas oublier la formation, professionnelle comme continue, qui est un facteur d'attractivité important. Pour revenir ensuite sur le débat qui vient d'avoir lieu, il souhaite des précisions quant à la proposition de réintroduction de personnels administratifs dans les services. S'il s'agit de créer des postes administratifs supplémentaires, il n'y est pas favorable. En fait, les administratifs sont aujourd'hui plus nombreux que par le passé. Lorsque M^{me} Rose-Marie VAN LERBERGHE était directrice générale de l'AP-HP, elle avait créé quatre GHU, chacun piloté par un directeur et une secrétaire au siège, le directeur ayant à charge d'organiser des réunions de concertation avec les doyens, les présidents des comités consultatifs médicaux, etc. Aujourd'hui, chaque GHU est dirigé par une équipe composée d'un directeur général, d'un directeur général adjoint, d'un secrétaire général, d'un directeur de la communication, de chefs de bureau. À côté, il perdure les directeurs de site et leurs administrations (ressources humaines, etc.). Au vu de ce constat, il peine à croire que les emplois administratifs soient en baisse si la situation est regardée sur une longue période. La solution à cet état de fait n'est pas simple à trouver, notamment car ces personnels sont titulaires. En outre, ils sont aussi plus nombreux car la réglementation est plus contraignante qu'hier en matière d'information médicale, de sécurité des soins, etc. L'AP-HP n'est sans doute par l'institution la moins dotée en personnels administratifs même si sa situation mériterait d'être comparée à celle d'autres CHU. Il invite donc à la vigilance à ce sujet d'autant qu'un titulaire de poste administratif peut chercher à justifier son existence en mettant des bâtons dans les roues à d'autres. Cette organisation dysfonctionnelle exacerbe les tensions. Un bilan transparent mériterait d'être posé, car l'on range dans la catégorie des personnels administratifs des réalités très différentes. Par exemple, il plaide pour que les secrétaires relèvent d'une catégorie particulière. De plus, certains personnels comptés précédemment comme administratifs figurent désormais parmi le personnel technique, comme cela a été souligné lors de la présentation du dernier bilan social, 500 chargés de mission ayant changé de catégorie. Une analyse échelon par échelon devrait être menée. Des informations sur le coût de ce personnel seraient aussi intéressantes à connaître. Pour éviter de verser dans la caricature, il serait utile de disposer de chiffres vérifiés sur la situation.

Le directeur général précise qu'il n'a pas proposé au travers du levier 12 (« Redonner du temps médical et paramédical en renforçant/redéployant des fonctions administratives, logistiques et techniques auprès des équipes de soins ») de recréer de la suradministration. Sa proposition est d'apporter un soutien aux équipes de soins en répondant à leur demande de ne plus déporter sur elles des tâches ne relevant pas de leur cœur de métier et dont la prise en charge par des personnels dédiés permettrait de libérer du temps aux équipes médicales et paramédicales. Son souhait n'est pas d'imposer cette solution d'en haut mais de lancer un appel à besoins auprès des départements médico-universitaires (DMU) et services. De plus, les profils pour occuper ces emplois administratifs, logistiques et techniques pourraient être plus faciles à recruter que les infirmiers. Là encore, il s'agit d'une piste soumise à la concertation et si elle s'avère non pertinente, elle ne sera pas mise en œuvre, ce d'autant qu'elle a un coût.

Le président souligne que les dernières interventions militaient aussi pour une simplification des processus de décision.

Le P^r Bernard GRANGER propose plutôt de supprimer les postes administratifs qui pèsent sans n'apporter aucun soulagement.

M. Guy BENOÎT précise que le bilan social de l'AP-HP mentionne que la part des emplois administratifs est de 10 % (environ 7 000 personnels de catégories A, B et C sur 70 000 personnels non médicaux). Il rejoint par ailleurs ceux qui ont souligné que les recrutements étaient complexes à finaliser avec un circuit très long faisant intervenir plusieurs niveaux (cadre de proximité, cadre adjoint de DMU, cadre de DMU, directeur du groupe hospitalier, directeur local). Il faut donc s'atteler à la complexification du quotidien. Beaucoup de personnels occupant des emplois administratifs font un travail extrêmement utile au quotidien et qui n'est pas suffisamment valorisé. Finalement, il pense que le personnel administratif est parfois mal employé comme c'est le cas des cadres qui sont plus présents en réunion que dans les services.

Le P^r Bahram BODAGHI reconnaît que le thème de la simplification doit être pris à bras le corps. Le levier 12 peut être une solution mais il faut vérifier comment l'utiliser. Dans les hôpitaux américains, par exemple, c'est le médecin qui prend la décision et insuffle l'organisation, même s'il doit rendre des comptes ensuite.

Le D^r Patrick PELLOUX espère que la crise du recrutement n'en est pas à ses débuts avec la poussée de l'inflation qui se profile. Au-delà de la problématique du logement, des aides pourraient aussi être proposées pour aider le quotidien des personnels avec une aide sociale complète (garde des enfants, etc.), comme le fait la fondation Rothschild qui propose une conciergerie de qualité pour le personnel. Si l'AP-HP n'innove pas sur l'accompagnement du personnel, les solutions resteront très limitées. De plus, avec les pénuries d'essence, les personnels rencontrent actuellement des difficultés à se déplacer et seuls les hôpitaux de Seine-et-Marne ont trouvé des accords avec des stations-services pour que leur personnel puisse s'approvisionner.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que les métiers cités dans le document pour le levier 12 sont les logisticiens, les gestionnaires de lits, les coordonnateurs de sortie, etc. fonctions qui seraient effectivement les bienvenues dans les services pour soulager les équipes. Il signale par ailleurs que les secrétaires hospitalières qui font un travail très utile sont souvent des ex-aides-soignantes qui restent qualifiées comme telles dans les effectifs. De même, des infirmiers travaillent aux archives mais figurent toujours dans la catégorie des infirmiers dans le tableau des effectifs.

Le D^r François SALACHAS souligne que la ressource support qui manque le plus actuellement est celle des informaticiens. Depuis que ces fonctions ont été relocalisées au siège, leur disponibilité est encore fragilisée. Cet état de fait n'est pas un « irritant » du quotidien mais une entrave majeure à l'exercice du métier. Il souhaite aussi revenir sur les propos tenus précédemment sur les ratios car dans un moment où il devient très complexe de recruter ou de fidéliser il est crucial de sécuriser des ratios de façon à « sauver » les équipes qui peuvent encore être sauvées en les reconstituant à partir d'un noyau dur de personnels expérimentés servant de matrice aux jeunes professionnels.

Le président ouvre le débat sur la deuxième priorité qui porte sur le service et concerne les leviers 16,17, 19 et 20.

Le P^r Bahram BODAGHI espère que les propositions consensuelles, qui ont été émises pourront être retenues. Il invite aussi à rassurer les équipes sur le fonctionnement du service.

Le président ajoute que le levier 20 propose de refonder le dialogue de gestion entre les départements médico-universitaires (DMU), les services et les directions, ce qui pose la question de la place de la direction de site *versus* la direction du GHU. C'est une équation compliquée alors que les praticiens ont davantage un sentiment d'appartenance à un site hospitalier qu'à un GHU.

Le P^r Bernard GRANGER apporte son soutien au levier 16 (« Renforcer la compétence managériale des responsables de service »), car, pour beaucoup de décisions, il est demandé l'aval du directeur médical de DMU sans que cette décision n'apporte de valeur ajoutée, puisque cet avis est souvent donné automatiquement. Le levier 17 (« Clarifier et simplifier la prise de décision ») constitue également un axe capital même s'il n'est pas toujours facile ni d'identifier le bon interlocuteur pour chaque niveau de décision, ni qu'un seul interlocuteur soit désigné au lieu de plusieurs. L'expérience lui a montré qu'il était souvent préférable de s'adresser au plus haut niveau de l'organisation pour espérer la résolution d'un problème, ce qui pose la question des circuits de décision plus courts mettant en avant le principe de subsidiarité. Prendre une décision nécessite de faire preuve de courage. Enfin, concernant les DMU, il souligne que le groupe *ad hoc* piloté par le P^r Bahram BODAGHI a abouti à un consensus raisonnable et que l'organisation future devra être la plus simple possible.

Le P^r Jacques DURANTEAU souhaite que des moyens puissent être donnés aux chefs de service et qu'ils bénéficient d'une délégation pour le recrutement mais aussi pour la gestion du matériel et la recherche. Ils doivent disposer de moyens pour valoriser leur équipe car les formations au management ne suffiront pas pour apporter les réponses attendues. Ils ne pourront être jugés sur leur action, seulement s'ils disposent de moyens et d'outils.

M. Guy BENOÎT constate que certains chefs de service n'ont pas organisé de réunion de service depuis 2014 et que certains directeurs de DMU ne tiennent pas non plus de réunion ni ne diffusent de compte rendu sur l'activité de leur DMU. Or, ce n'est pas une question de moyens. Pourtant, ces personnes sont reconduites dans leur fonction. Il est peu probable que ces pratiques évoluent grâce à des formations managériales, puisque le plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RH-PM) ne les a pas déjà ébranlés. Pourtant, le risque que ces personnes ne soient pas renouvelées est très faible sauf en cas de restructuration.

Le président remarque que cette intervention permet d'introduire la troisième priorité qui porte sur la gestion dynamique des ressources humaines et qui fait appel aux leviers 7, 8, 9, 10 et 11. Ces leviers portent sur la capacité de management du chef de service et du cadre, sur l'attractivité de l'AP-HP pour les paramédicaux, notamment pour les infirmiers, sur la formation continue et les perspectives de carrière, etc. Il estime que la gestion du personnel paramédical doit être modernisée et doit être plus personnalisée et dynamique. L'attractivité pourrait aussi être améliorée en proposant des parcours de carrières paramédicales. L'objectif n'est pas d'opposer les catégories de personnels entre elles mais d'impliquer l'ensemble de l'équipe au sens large (médecins juniors et seniors, infirmiers, aides-soignants, etc.). Cette orientation est plus une question d'état d'esprit qu'une question financière puisqu'elle suppose, par exemple, d'impliquer les infirmiers sur un projet, de les faire participer à des staffs pluri-professionnels ou à des congrès, à titre d'exemples. La réflexion doit également englober les équipes de nuit qui, souvent, se sentent isolées.

Le D^r Valéry TROSINI-DÉSERT fait remarquer que le manque d'attractivité des carrières ne concerne pas que les infirmiers mais aussi les praticiens hospitaliers, qui ne figurent souvent dans aucun document et qui constituent une masse majoritaire, pour le moment, silencieuse. Ces praticiens hospitaliers manquent de reconnaissance et de perspectives dans l'évolution de leur carrière. En effet, beaucoup peuvent faire la même activité à 65 ans qu'à 30 ans sans que cette situation ne

préoccupe personne. Les évolutions de carrières dépendent uniquement du gré à gré avec le chef de service. C'est un manque à pointer dans les 30 pistes d'action. Un texte a été transmis au directeur général à ce sujet.

Le président estime que la communauté médicale doit en effet traiter ce sujet. Au sein d'une équipe, il importe que chacun trouve sa place et qu'elle soit discutée collectivement. Certes, les hospitalo-universitaires effectuent des missions que n'effectuent pas les praticiens hospitaliers. Cependant, inversement, ces derniers remplissent également des missions plus spécifiques. Ces sujets doivent être discutés collectivement pour identifier les missions qui relèvent des uns et des autres.

Le D^r Patrick PELLOUX demande également que des actions ciblent les plus anciens, et pas uniquement les plus jeunes. En effet, il rappelle que la nouvelle clinique Ramsey de la porte Maillot a recruté parmi les praticiens hospitaliers les plus anciens. Or, avec ces départs, ce sont des personnes qui connaissent l'institution qui sont perdues. On ne prend pas assez soin de l'autre. La culture doit évoluer pour sortir du culte du chef, pour prêter attention aux autres et donner envie de rester à l'AP-HP.

M^{me} Valérie BLANCHET invite aussi à travailler sur l'attractivité des services d'obstétrique et de gynécologie alors que les écoles de formation des sages-femmes sont actuellement désertées.

Le directeur général indique que le document portant sur les 30 pistes d'action mentionne plusieurs fois les praticiens hospitaliers, au même titre que les autres catégories de professionnels et parfois de manière spécifique. À titre d'exemple, une piste d'action porte sur l'accès à la recherche des praticiens hospitaliers. Si d'aucuns ont eu le sentiment qu'ils en étaient exclus, c'est que ce document est donc perfectible et la concertation sert à cela. S'agissant du point soulevé sur les chefferies de service, le directeur général partage l'idée qu'elles ne doivent pas être réservées uniquement aux PU-PH, ce qui renvoie d'ailleurs à dimension managériale de cette responsabilité. Au-delà de l'expertise médicale et la capacité à conduire des projets de recherche, une chefferie de service implique de créer un esprit d'équipe, ce qui renvoie aujourd'hui à une réalité très diverse au sein de nos structures. C'est pourtant très important car dans les facteurs qui fondent notre attractivité, la manière dont les agents sont considérés compte autant que les sujets de salaire, de logement ou d'effectifs. C'est une valeur immatérielle immense. Il ne prétend pas que cette solution sera suffisante pour sortir de la crise, mais passer à côté serait une erreur magistrale. Alors que ce discours est tenu depuis des années, la question est maintenant de savoir comment il sera possible de poser le cadre, des bonnes pratiques et mettre en place des outils de suivi pour que ces orientations deviennent une réalité. Il faut pouvoir suivre régulièrement la situation des services avec leurs responsables à partir d'éléments simples : évolution du *turn-over*, existence de moments collectifs, climat dans les équipes, etc. Dans d'autres structures, un baromètre social est ainsi mis en place afin de disposer d'indications sur le climat au sein de l'équipe. C'est un manque dans la culture de l'AP-HP. Il reconnaît que des pas seront à franchir par chaque partie prenante, mais il ne faut pas pour autant attendre indéfiniment avant d'avancer.

Le P^r Laurent MANDELBROT souligne que, pour insuffler cette nouvelle dynamique, il faut que le chef de service ait un peu de pouvoir, pas forcément une délégation de gestion totale, mais qu'il puisse répondre aux demandes des équipes, notamment sur l'équipement.

Le président aborde la quatrième priorité qui porte sur l'équité et la stratégie régionale de l'AP-HP par le biais de l'activation du levier 20 (« Introduire davantage de confiance entre les acteurs par une nouvelle approche contractualisée »).

Le P^r Bernard GRANGER félicite le directeur général pour le lancement de cette démarche. La richesse des débats montre le déclenchement d'une dynamique. Des principes sont tracés à court terme sur lesquels il est noté une certaine convergence de vues. Il en ressort quelques mots clés : subsidiarité/délégation, simplification, mise en avant des services, complémentarité entre l'administration et les soignants. L'administration doit renouer avec son rôle de soutien pour libérer du temps aux soignants et ouvrir une nouvelle page de l'institution.

Le président propose d'utiliser toutes les contributions écrites et les échanges de ce jour pour produire un document au nom de la CME, qui sera soumis aux membres de la CME d'ici le 12 octobre au soir afin de disposer d'un document finalisé pour le 15 octobre, date à laquelle se tient le séminaire du directoire élargi.

4. Labellisation des centres de maladies rares (P^r Frédéric BATTEUX)

Le P^r Frédéric BATTEUX signale que 2 200 centres maladies rares répartis dans 23 filières sont appelés à être re-labélisés en 2022. La re-labélisation emporte des enjeux de notoriété et d'attractivité. Parmi les 2 200 centres maladies rares, 384 sont à l'AP-HP (17,3 %). Presque la moitié sont des centres coordonnateurs et constitutifs. Sur les 23 filières identifiées, l'AP-HP en anime 12 et pilote également 21 % des réseaux européens maladies rares. Plus de 167 000 patients sont pris en charge dans ces centres dont près de 70 000 enfants. Ils regroupent 150 protocoles de recherche. Ce sont des observatoires des traitements innovants et des diagnostics innovants, par exemple SEQOIA pour la génétique.

Au niveau national, les financements représentent près de 130 M€, dont 53,7 M€ pour l'AP-HP (41,8 %). Ces centres font l'objet de missions d'intérêt général (MIG) dédiées sur la coordination des soins, ce qui exclut de fait le financement des surcoûts liés aux soins. Depuis peu, une MIG-socle et une MIG variable liée à la file active et à d'autres indicateurs, notamment de recherche, pondèrent le montant de la dotation. L'objectif de l'AP-HP est de maintenir, voire de renforcer, la place de l'Institution au sein de ce dispositif.

Pour rappel, les filières sont organisées par grands types de maladies, puis se déclinent en réseaux, chacun étant organisé autour d'un centre coordinateur et de plusieurs centres constitutifs qui se déploient ensuite en centres de compétences qui forment le réseau. Les cinq missions des centres de référence sont la coordination, l'expertise, le recours, la recherche et l'enseignement. Seuls les centres coordonnateurs et les centres constitutifs sont financés.

Les critères utilisés pour la labélisation peuvent être avec ou sans seuil. Les critères avec seuil peuvent être liés à la file active (le centre coordinateur devant avoir une file active supérieure à celle du centre constitutif qui lui-même doit avoir une file active supérieure à celle du centre de compétences) ou des critères de recherche (nombre de publications). Le responsable du centre maladie rare doit être un médecin titulaire. S'il vient à prendre sa retraite pendant la mandature, son successeur doit être désigné et apparaître clairement dans le dossier de re-labélisation. Les critères sans seuil peuvent être relatifs à la production scientifique, à la participation à des congrès nationaux et internationaux, à l'expertise, à l'enseignement et à la recherche, etc. Ces critères sont appréciés par un jury national chargé de labéliser ou non les centres.

Les dossiers sont accompagnés de lettres de soutien (du président de CME, du directeur général, du chef de pôle, du chef de service, du directeur de l'établissement) et, pour les centres coordonnateurs et constitutifs, d'une lettre de soutien des associations de patients, ce qui n'est pas nécessaire mais fortement conseillé pour les centres de compétences.

Les 384 centres maladies rares de l'AP-HP se répartissent dans l'ensemble des groupes hospitaliers : 88 pour AP-HP-Nord, 12 pour AP-HP-HUPSSD, 99 pour AP-HP-Centre, 103 pour Sorbonne Université, 60 pour AP-HP-Saclay, 19 pour AP-HP-Henri-Mondor et 2 pour Hendaye.

L'organisation mise en place pour suivre les labélisations est à deux niveaux (dans les GHU et au siège) pour partager au maximum les informations de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Toutes les candidatures remontent pour éviter les doublons ou une concurrence interne et les traiter en amont. Les informations ont été transmises aux présidents de CMEL et directeurs des GHU pour prendre des décisions lorsque se posaient des problèmes de file active ou de concurrence interne. Pour rappel, les candidatures devront être déposées le 13 octobre. L'établissement de cette cartographie a conduit les responsables médicaux à remonter quelques difficultés. Les difficultés remontées concernent l'équilibrage entre Paris et la province. Les centres maladies rares étaient concentrés jusqu'alors en région parisienne mais, lors de la dernière labélisation, beaucoup de candidatures ont émané d'hôpitaux de région. À budget constant, le risque est que les centres de l'AP-HP soient moins nombreux. De plus, beaucoup des centres de l'AP-HP ont été créés dès 2004 et sont désormais matures. Ils émettent par conséquent le souhait de devenir des centres constitutifs ou coordinateurs. Ce mouvement va créer une concurrence entre centres. Des questions ont également été posées sur l'accès et l'utilisation des budgets alloués aux centres maladies rares et sur la manière de déléguer ces crédits.

Alors que 384 centres étaient labélisés lors de la précédente mandature, 408 demandes sont déposées pour le nouveau cycle, soit une augmentation de 6,3 %. Parmi ces 408 demandes, 314 sont à l'identique (82 %), mais 33 sont des upgrades (5 centres constitutifs qui candidatent pour devenir centres coordinateurs et 28 centres de compétences qui candidatent pour devenir centres constitutifs) et 61 des créations (6 coordinateurs, 15 constitutifs, 39 centres de compétences et 1 ressources et compétences). Trente-trois centres ne demandent pas de reconduction en raison d'une fusion, parce que le centre rejoint un nouveau réseau ou faute de successeur. Tous les GHU ont demandé une augmentation du nombre de centres sauf deux (Paris-Centre qui passe de 99 à 96 et Henri-Mondor qui passe de 19 à 17). Pratiquement tous sauf le site d'Hendaye demandent une hausse de leur niveau. Par filière, l'AP-HP restera bien implantée sur l'ensemble des filières. Quinze nouveaux réseaux ont été demandés au sein de 9 filières. Six centres n'ont pas obtenu le critère de file active sur les trois années de référence : un centre coordinateur et cinq centres constitutifs (3 qui sont déjà centres constitutifs et 2 qui sont centres de compétences). Quelques centres ne remplissent pas les critères de file active sur une ou deux années, tout en notant que la crise COVID explique certaines tendances. Cela étant, grâce au travail mené en amont, l'AP-HP se positionne bien en termes de risques.

M. Camille DUMAS ajoute que 53 M€ de crédits MIG ont été versés en 2021 et délégués en totalité aux GHU selon les règles de calcul nationales. Ces crédits ont été revalorisés lors de la mise en œuvre du « Ségur de la santé ». Cependant, lors des précédentes campagnes, les centres ont vu leur MIG débasée de 11,5 M€ en solde net sous un quadruple effet : la perte de crédits avec la délabélisation des centres existants, la création de nouveaux centres, l'introduction d'une part variable dans le modèle de délégation de la MIG et l'ouverture de l'enveloppe à d'autres centres de province à crédits globalement constants. La dotation nationale sera redéployée afin de pouvoir financer l'ensemble des nouveaux centres en France, ce qui pourrait avoir pour effet de réduire la dotation perçue par chaque centre de l'AP-HP et en France.

Le Pr Frédéric BATTEUX explique que l'impact financier de la dé-labélisation a été estimé tout en notant que ce risque doit être minimisé par les travaux menés en amont du dépôt des candidatures. Les échecs de labélisation doivent être anticipés avec une réflexion pour accompagner les centres

concernés. La question se pose déjà pour les échecs de labélisation issus des campagnes précédentes puisque ces centres continuent à être soutenus. Ce sont 56 centres constitutifs et 12 centres coordinateurs qui ont été délabélisés lors de la dernière campagne. Une discussion collective devra avoir lieu pour décider des mesures à prendre, face à ce constat.

M. Camille DUMAS précise que les crédits sont actuellement totalement délégués aux GHU. La DGOS a recommandé que les frais de gestion soient fixés à 18 % et le directoire suivi cette recommandation. La délégation des crédits au sein des GHU est actuellement variable. Elle est liée à l'antériorité des centres et aux impacts négatifs de la dernière labélisation, à la part d'accompagnement financier des centres délabélisés sur l'enveloppe globale de la dotation, à la problématique persistante des centres de compétences non financés par la MIG CRMR et au financement de surcoûts hospitaliers liés à la prise en charge médicale spécifique. Ce constat appelle à reprendre le dialogue sur les règles de gestion pour redonner de la visibilité et fixer un cadre commun.

Le P^r Frédéric BATTEUX souligne que, pour ce faire, le directeur général a souhaité mettre en place un groupe de travail dédié chargé de définir des règles communes dont les travaux commenceront dans la deuxième quinzaine du mois de novembre.

Le P^r Bahram BODAGHI précise que beaucoup de centres de référence de maladies rares de l'AP-HP font partie de réseaux européens. C'est une vitrine importante à mettre en avant. Il se réjouit de voir émerger cette initiative du directeur général, car son centre étant labélisé depuis 2004, il n'a reçu une subsidiarité que depuis quatre ans. Il plaide aussi pour que les services ayant obtenu le label puissent obtenir la plus grande partie des crédits.

Le directeur général explique qu'il a souhaité mettre sur pied ce groupe de travail pour mettre en place de la transparence. Une fois retranchés les frais de gestion de 18 %, ce groupe aura à se prononcer sur les règles de répartition des financements. Il relève en effet une certaine suspicion, certains craignant que les financements abondent autre chose que les centres de référence. Il est vrai qu'une partie a servi à financer des centres déréférencés. Il existe un besoin de faire la transparence sur le sujet pour fixer des règles claires sur le maintien ou non des financements pour les centres délabélisés et pour définir, si des financements sont préservés, le niveau et l'évolution de ceux-ci. En effet, sachant que ces centres ne sont plus référencés, il pourrait être logique que le niveau de financement soit différent, mais des règles claires devront être posées pour les définir, par exemple pour dire s'ils seront dégressifs ou non. Après, il sera possible de mesurer le coût et son impact sur l'enveloppe. Ainsi, il sera possible d'organiser un retour plus circonstancié vers les centres nouvellement référencés.

Le P^r Bahram BODAGHI rappelle que les premières vagues de labélisation avaient donné lieu à la nomination de praticiens hospitaliers temps plein titulaires, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui. Les mesures seront donc peut-être à prendre en fonction de l'ancienneté du centre. Toutefois, il pense qu'il faut donner un signal très fort à ceux qui obtiennent ce label afin de pouvoir les accompagner.

Le D^r François SALACHAS souligne qu'un centre de référence sert à créer de l'excellence, notamment dans les postes médicaux. Le fait de ne pas pouvoir renouveler des générations de médecins dans les centres de référence est donc une absurdité d'autant qu'il faut plusieurs années avant de former un bon médecin. Ces situations permettent aux centres de province de profiter de ce « mercato » pour recruter les médecins hyperspécialisés de l'AP-HP. De plus, afficher que ces crédits ne sont pas pérennes produit un effet désastreux pour l'attractivité. Par ailleurs, les frais de structure pouvaient

conduire à ponctionner jusqu'à 40 % du budget sans justification évidente. Si cette méthode est confirmée, il ne sera plus en mesure d'apporter l'expertise du centre à un patient demeurant hors de l'Île-de-France.

Le directeur général souligne que ces frais de gestion sont désormais fixés à 18 % contre 21 % précédemment. Il a, par ailleurs, entendu que ces frais pouvaient être de 40 % ou 50 %, chiffres qu'il n'explique pas. Le constat de ces chiffres l'a ainsi conduit à poser un cadre en transparence.

Le D^r François SALACHAS a entendu concernant l'équilibrage Paris - province, que la méthode employée serait celle du quartile, notamment pour l'adéquation entre la file active et le financement. Si c'est le cas, cette méthode conduira à lisser les financements entre des centres pouvant avoir des files actives variant du simple au triple. Si cette méthode est confirmée, il ne prendra plus aucun patient hors région dans son centre.

Le P^r Xavier MARIETTE demande, pour les centres qui seront relabélisés, que le financement, hors frais de gestion, revienne en intégralité aux centres.

Le directeur général souligne toutefois que se pose aussi la question de l'accompagnement des centres qui ne sont plus labélisés. Ce débat devra avoir lieu.

Le P^r Xavier MARIETTE précise que l'ensemble du financement, hors frais de gestion, est reversé vers les centres pour ce qui concerne AP-HP – Paris-Saclay mais ce n'est pas le cas pour tous les GHU, plus de transparence est nécessaire. Par ailleurs, il est nécessaire de pouvoir embaucher des médecins statutaires sur ces crédits. C'est la condition nécessaire pour que ces centres puissent être attractifs, mener une politique ambitieuse et engendrer une activité supplémentaire au bénéfice de l'ensemble de l'AP-HP.

Le P^r Sophie BRANCHEREAU invite à protéger les centres qui accueillent des postes pérennes de médecins pour éviter que ces médecins très spécialisés partent ailleurs. Par ailleurs, les centres de compétences, qui ne bénéficient pas de financements, font vivre les centres de référence. Il convient donc de se pencher sur leur situation d'autant que beaucoup se sentent abandonnés alors qu'ils concourent aussi à la qualité des soins. Enfin, d'autres institutions apportent un soutien important aux centres qui investissent dans les réseaux européens, ce qu'elle ne ressent pas au niveau de l'AP-HP.

5. Responsabilité civile et responsabilité pénale du personnel médical : principes et pratiques (M^{me} Marie-Charlotte DALLE, P^r Jacques BELGHITI)

M^{me} Marie-Charlotte DALLE indique que ce point a été inscrit à l'ordre du jour à la demande des membres de la CME qui ont émis le souhait de savoir comment la direction des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP) accompagne la communauté médicale. La question posée était plus particulièrement de savoir comment la DAJDP vient en appui des professionnels rencontrant des ennuis et dont la responsabilité civile, pénale ou déontologique est recherchée. La DAJDP est composée d'une cinquantaine de personnes, dont une quarantaine de juristes. Pour la responsabilité médicale, l'AP-HP propose un dispositif d'auto-assurance depuis 1976, suivi par des juristes mais aussi par des médecins-conseils. Sous la houlette du P^r Jacques BELGHITI, une quarantaine de médecins de l'AP-HP participent aux expertises dans le cadre des réclamations.

Toute personne qui s'estime victime d'un dommage lors d'une prise en charge médicale peut saisir : la voie indemnitaire civile pour demander une réparation financière ; la voie répressive et pénale pour obtenir une condamnation pénale des auteurs (voie pouvant destabiliser les professionnels

mais qui est peu usitée par les patients et leurs familles) ; la voie disciplinaire devant de Conseil de l'Ordre des médecins. Cette voie est peu suivie par la DAJDP car elle n'est pas couverte par la protection fonctionnelle qui n'est accordée qu'en matière pénale sauf faute détachable.

L'exercice de ces voies est très généralement motivé par une recherche de vérité de la part des patients qui veulent comprendre et réclament le dossier médical. Ces patients ou leurs ne réclament pas forcément une réparation financière mais veulent avant tout comprendre et trouver un responsable plus qu'un coupable, voire s'entretenir avec lui. À titre d'exemple, beaucoup de familles n'entament pas de démarches après des accidents très graves lorsque les équipes prennent immédiatement des mesures pour discuter en transparence avec les proches et désamorcer la situation. À l'inverse, de problèmes bénins pris avec désinvolture peuvent donner lieu à des réclamations, voire des contentieux. **M^{me} Marie-Charlotte DALLE** insiste donc sur l'importance du dialogue sur ces événements, quitte à ce que les juristes puissent fournir aux équipes concernées des éléments de langage pour faciliter ces discussions.

Il existe trois voies civiles. La première est la voie amiable de l'assureur ou de l'auto-assureur. Dans ce cadre, le patient écrit, puis le médecin-conseil établit un bilan médico-légal. C'est sur la base de cette première approche que peut avoir lieu une transaction. La deuxième voie civile passe par l'avis de la Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI). Cette commission rend un avis consultatif et ordonne une expertise qui n'est ni aux frais du patient, ni aux frais de l'hôpital mais prise en charge par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). Sur la base de cette expertise, peut intervenir ensuite une transaction. La troisième voie civile est celle de la voie contentieuse avec saisine du tribunal administratif en cas d'échec de la voie amiable ou parce que le plaignant saisit cette voie d'emblée. Ces trois voies ouvrent le droit à une réparation et à une indemnisation et non à une sanction. Le patient veut ici comprendre et, éventuellement, être dédommagé.

La voie pénale, répressive, quant à elle, consiste à déposer plainte. Les infractions visées sont souvent des homicides ou blessures involontaires, des mises en danger de la vie d'autrui, etc. Ces termes font évidemment peur. Certes, ces cas sont exceptionnels mais leur retentissement est très important sur les équipes. La DAJDP est très présente dans ce domaine. En tant que magistrate judiciaire, **M^{me} Marie-Charlotte DALLE** peut intervenir ainsi que la directrice déléguée. Toutes deux sont spécialisées en matière pénale et peuvent accompagner les professionnels, par exemple pour une audition devant un officier de police judiciaire, un tribunal ou un juge d'instruction. Elles sont aussi présentes en amont pour préparer et accorder la protection fonctionnelle et participer éventuellement à un rendez-vous avec l'avocat. Pour bénéficier de ce dispositif, les professionnels doivent simplement contacter la DAJDP. Toutes les semaines, de tels accompagnements ont lieu pour coacher des professionnels qui sont sous le coup d'une instance pénale ou qui ont reçu des menaces et se présentent en tant que victimes.

Aucun phénomène de judiciarisation de la médecine n'est observé à l'AP-HP. Sur 7 millions de prises en charge, entre 500 et 700 réclamations remontent chaque année et ce nombre est stable depuis dix ans. En 2021, alors que l'on compte 6000 réclamations non indemnitaires, seulement 600 réclamations indemnitaires ont été déposées dont 45 % relèvent de la voie amiable directe (auto-assurance) et 40 % de la CCI. Sur le plan pénal, 13 dossiers ont été déposés en 2021. Au niveau déontologique, 16 dossiers sont connus, mais ce chiffre n'est pas fiable puisque la DAJDP n'a pas accès à toutes les procédures disciplinaires.

Le Pr Jacques BELGHITI indique qu'il coordonne la cellule des médecins-conseils de l'AP-HP depuis trois ans et que rien ne le préparait à cette mission, si ce n'est son goût pour la défense du service

public. Le nombre de réclamations indemnitaires est compris entre 600 et 700 par an de manière constante depuis plusieurs années, soit une pour 10 000 passages aux urgences et une pour 1 000 interventions et actes opératoires.

L'AP-HP dispose de son dispositif d'assurance propre et ne fait pas appel à un assureur externe. Pour les procédures directes, les dossiers sont examinés par les médecins-conseils qui proposent in fine collégalement, le montant des réparations. Ces indemnisations représentent environ 5 M€ par an. La procédure passant par la CCI entraîne la nomination d'experts extérieurs qu'elle nomme. Pour ces dossiers, une indemnisation est versée par l'AP-HP si elle est considérée comme responsable. Si la responsabilité de l'AP-HP n'est pas engagée, alors il s'agit d'un aléa et c'est l'ONIAM qui indemnise. Le tribunal administratif peut également nommer des experts judiciaires face auxquels l'AP-HP tentera de défendre sa position.

Le personnel de soins est entièrement couvert par l'AP-HP en dehors de l'activité libérale. Il n'a donc pas besoin de souscrire d'assurance par ailleurs. Dans 15 % à 20 % des cas, des réclamations indemnitaires sont reçues à propos d'actes réalisés lors d'une activité libérale. Une enquête doit alors être menée, enquête qui peut être difficile à mener s'il n'existe pas d'éléments prouvant que le malade a été pris en charge dans une activité privée. Il peut arriver aussi qu'un patient ait été reçu en consultation en libéral mais opéré dans le secteur public, ou inversement.

Les plaintes ne sont pas proportionnelles au nombre de pathologies prises en charge mais il existe des spécialités à risque (orthopédie, urgences, chirurgie viscérale, réanimation, gynécologie-obstétrique, chirurgie cardiovasculaire, neurochirurgie) qui sont les pourvoyeurs des réclamations. À l'inverse, des assureurs privés comme la Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) couvrent et indemnisent des domaines différents : chirurgie plastique, reconstruction esthétique et oncologie médicale.

Les professionnels qui interviennent sur ces dossiers sont les juristes de l'AP-HP et une quarantaine de médecins-conseils de l'AP-HP majoritairement issus des spécialités à risque. Fréquemment, ils jouissent d'un prestige dans leur spécialité et d'un bagage académique, ce qui leur confère une plus grande crédibilité face aux experts judiciaires. L'expertise n'est pas un staff, elle ne vise pas à améliorer les connaissances mais à dire si les actes ont été effectués dans les règles de l'art. Dans la majorité des cas, l'AP-HP gagne : seulement 32 % de condamnations contre 65 % pour les dossiers défendus par la MACSF. Ces résultats ne sont pas le fruit du hasard mais tiennent au fait que l'AP-HP soigne très bien : elle propose une excellente prise en charge hospitalo-universitaire après des décisions prises collectivement. Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) assurent une bonne traçabilité et l'AP-HP ne rejette jamais l'idée de solliciter un second avis. En raison de la multiplicité des intervenants, le patient finit toujours par obtenir l'information, même si un maillon de la chaîne est défaillant. Les médecins sont globalement attentifs au consentement *via* la signature de documents, l'exposé des risques devant témoins, la lettre au médecin traitant, etc. Il résulte du délai entre la délivrance de l'information et l'intervention, que le patient a la possibilité de se soustraire à la proposition qui lui a été faite. Lors des expertises, la participation du médecin mis en cause, pour accompagner les médecins-conseils est appréciée. Cette participation leur permet de vivre une expérience et de découvrir un nouvel aspect des relations médicales.

Des faiblesses sont pourtant identifiées dans le dispositif, notamment l'insuffisance de traçabilité alors que l'expertise doit reposer sur des éléments écrits. Force est de reconnaître que tout n'est pas écrit par les acteurs des soins, comme les appels passés pour prendre un avis complémentaire. Ce qui n'est pas écrit n'existe pas. Le compte rendu opératoire type est également à proscrire car il ne permet pas de faire la distinction entre un aléa et une maladresse. Au niveau des urgences, le

risque est toujours que le malade ait été mal interrogé ou mal examiné. Le report des interventions constitue un autre point de faiblesse, et davantage lorsque l'anesthésiste et le chirurgien se renvoient la responsabilité et refusent d'annoncer au malade le report de son intervention. Le désengagement de certains responsables médicaux est frappant : moins de 5 % des dossiers de réclamation transmis au siège contiennent avec un avis du responsable médical concerné. Ce constat peut tenir à une volonté de laisser l'administration porter seule la responsabilité, ou à un manque de moyens.

Au moment de la crise COVID, il était attendu un afflux massif de réclamations, mais ces craintes n'ont pas été avérées. 55 réclamations ont finalement été déposées portant sur les infections nosocomiales, sur l'absence de prise en charge des patients en réanimation mais aucune contestation du traitement (chloroquine, corticoïdes, etc.) n'a été déposée. Derrière ces réclamations, se profilait un manque d'accompagnement des proches du patient. Toutes les réclamations ont été coordonnées par un infectiologue, le Pr Daniel VITTECOQ. Les réclamations pendant la crise COVID ont aussi souvent été liées à la fin de vie. Depuis trois ans, toutes les plaintes sont dirigées contre les équipes médicales accusées d'avoir induit ou précipité le décès du malade, sans acceptation de l'argument de l'obstination déraisonnable des soins, ces réclamations étant très souvent mues par des convictions religieuses.

Une réclamation est enregistrée pour 300 à 400 transplantations d'organe, contre une pour 10 000 passages aux urgences et une pour 1 000 opérations, c'est-à-dire que l'excellence ou la multidisciplinarité d'un acte augmente l'exigence. Toutes les transplantations d'organe sont concernées par les réclamations à l'exception de la pédiatrie. Dans la littérature, les réclamations portent sur l'insuffisance des informations et des relations avec les médecins, mais jamais sur l'attribution des organes. Lors des expertises, la présence en proximité des infirmiers coordonnateurs est en revanche plébiscitée par les familles sans aucune remise en cause. La moitié des mises en cause pour transplantation rénale concernent des donneurs vivants. D'autres réclamations portent aussi sur les méningiomes induits, sur la chirurgie en direct et sur l'utilisation des robots. Cette dernière situation soulève des questions sur l'information à donner aux malades, sur la plus-value du robot en fonction des indications et sur la formation des opérateurs.

Ces dossiers sont une confrontation avec le monde judiciaire et un éclairage sur des préoccupations nouvelles (COVID, méningiome, examen gynécologique, transplantation, etc.). Ils sont des facteurs d'amélioration de la prise en charge médicale, si les responsables sont impliqués et si un retour d'expérience est organisé. Il convient d'être attentif au partage de l'information avec le malade et à l'adhésion au traitement. Ces dossiers appellent à tracer l'information et les échanges entre médecins. Des questions restent ouvertes sur le niveau auquel les retours d'expérience doivent être organisés (collégiales ou CME locales). Certains centres ou services affichent une plus forte sinistralité et un plus haut niveau de responsabilité de la faute, ce qui invite à réfléchir à des mesures de correction.

M^{me} Marie-Charlotte DALLE souligne que la courbe des réclamations indemnitaires est inversement proportionnelle au nombre d'événements indésirables graves (ÉIG) déclarés, ce qui doit encourager à déclarer les ÉIG afin de pouvoir corriger les dysfonctionnements. Il peut certes arriver que des ÉIG donnent lieu à une procédure pour réclamation voire à une procédure pénale, mais des demandes indemnitaires peuvent aussi être déposées sans ÉIG déclaré ou constaté. Dans tous les cas, la direction des affaires juridiques est là pour accompagner, soutenir et rassurer les professionnels.

Le président retient qu'il faut déclarer mais aussi communiquer vite et bien, ce qui n'est pas toujours évident mais essentiel.

Le P^r Bruno Riou constate que la protection fonctionnelle n'est pas accordée lorsque la plainte est déposée au Conseil de l'Ordre des médecins. Or toutes les plaintes du Conseil de l'Ordre sont traitées par la commission disciplinaire même si elles ne sont pas toutes d'ordre disciplinaire. Il souhaiterait donc qu'une analyse au cas par cas puisse être menée du côté de l'université comme du côté de l'AP-HP pour venir en aide aux professionnels, lorsque cela est nécessaire.

M^{me} Marie-Charlotte DALLE souligne que c'est un texte de la fonction publique qui fixe dans quel type de procédure la protection fonctionnelle peut être accordée, et les Ordres ne sont pas concernés. L'analyse peut être approfondie mais c'est une position adoptée dans tous les hôpitaux. Cependant, la DAJDP peut assister quelques fois les médecins qui font face à ces procédures.

Le D^r Patrick PELLOUX confirme que les services d'aide médicale urgente (SAMU) sont concernés par ces plaintes mais que leur exercice est parfois perturbé par certains facteurs, comme la télémédecine ou les pratiques de certaines compagnies d'ambulances privées. À ce titre, des manquements récents ont conduit à suspendre l'agrément de 19 sociétés d'ambulances. Il estime important de dire que la DAJDP est aux côtés des praticiens hospitaliers pour les soutenir dans ces situations, qui sont des sources d'angoisse pour les professionnels.

Le D^r Christophe TRIVALLE, en tant que médecin expert à la CCI, pour ce qui concerne sa spécialité, c'est-à-dire la gériatrie, constate que beaucoup de médecins-conseils de l'AP-HP arrivent démunis devant la commission sans avoir toutes les informations nécessaires pour défendre leur dossier. Il s'interroge donc sur leur formation et sur le cadre juridique qu'ils ont à respecter.

Le P^r Jacques BELGHITI indique que c'est un point faible à l'AP-HP car il n'existe plus de médecin conseil gériatre. C'est certes une tâche difficile car il faut aller chercher les dossiers, identifier les éléments de traçabilité, etc. Il en profite pour lancer un appel aux gériatres qui seraient intéressés par cette mission.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ explique que les médecins-conseils peinent aussi parfois à obtenir les informations de la part des services, ce qui les dessert au moment de défendre le dossier.

Le P^r Jacques BELGHITI reconnaît le désinvestissement de certains chefs de service alors qu'ils devraient être impliqués.

Le P^r Jean-Damien RICARD salue le travail extrêmement rigoureux effectué par les équipes de la DAJDP pour la défense des professionnels impliqués. Les éléments de défense des services ne sont toutefois pas toujours obtenus de la part de leurs responsables pour expliquer ce qu'il s'est passé car l'information de leur implication n'est pas toujours transmise. Dans certains cas, l'équipe de soins ne sait pas qu'une réclamation a été déposée et qu'elle doit préparer un mémoire en défense. Sur ce point, la coordination avec les chargés des relations avec les usagers et les associations (CRUA) pourrait être améliorée. Il faudrait donc revoir cette communication et faire savoir que de nombreux éléments peuvent être utilisés en récupérant des données dans *Orbis*, dès lors que la traçabilité est respectée.

Le P^r Jacques BELGHITI confirme que la coordination doit être améliorée car il arrive en effet que les chefs de service ne soient pas informés du dépôt des réclamations par les CRUA.

Le D^r François SALACHAS ajoute que la direction des affaires juridiques est aussi utile lorsqu'une maltraitance envers un patient est pressentie. Ces situations peuvent justifier des mesures de mise à l'abri de personnes vulnérables, domaine dans lequel l'AP-HP manque un peu de culture.

Le Pr Bernard GRANGER félicite le travail de qualité mené par la DAJDP qui assure une véritable fonction support. Il souhaite par ailleurs savoir qui a la responsabilité d'accorder la protection fonctionnelle et selon quels critères.

M^{me} Marie-Charlotte DALLE répond que les demandes sont analysées par la DAJDP au regard des critères légaux. C'est une obligation de l'employeur public envers un agent qui serait aussi bien victime que mis en cause. Elle peut être refusée en cas de comportement détachable du service, par exemple un état d'ébriété en exercice. C'est une analyse purement juridique sans pouvoir d'opportunité de l'Administration et qui repose sur des critères objectivés. La protection fonctionnelle est rarement refusée, cependant si elle l'est, elle fait l'objet d'une décision attaquable.

6. Résultats de l'enquête sur les valences non cliniques des praticiens hospitaliers (P^{ts} Jean-Damien RICARD et Éric LE GUERN)

L'examen de ce point est reporté.

7. Questions diverses

Il n'y a pas de questions diverses.

La séance plénière est levée à 19 heures 50.