

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 13 SEPTEMBRE 2022

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 11 OCTOBRE 2022

Sommaire

1. Informations du président	6
2. Approbation du compte rendu de la CME du 5 juillet 2022	15
3. Point de situation sur les fermetures de lits et les effectifs	15
4. Bilan et projets du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance	22
5. Impact de la réforme des autorisations sur l'AP-HP et sur ses groupes hospitalo-universitaires	26
6. Avis sur le bilan social 2021	30
7. Questions diverses	33

CME du mardi 13 septembre 2022

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
 - Approbation du rapport d'activité 2021 de l'AP-HP
2. Approbation du compte rendu de la CME du 5 juillet 2022
3. Point de situation sur les fermetures de lits et les effectifs (P^r Frédéric BATTEUX et M^{me} Laetitia BUFFET)
4. Bilan et projets du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (D^{rs} Édith PEYNAUD et Mélanie HOUOT)
5. Impact de la réforme des autorisations sur l'AP-HP et sur ses groupes hospitalo-universitaires (M^{me} Sophie BRUN)
6. Avis sur le bilan social 2021 (M^{mes} Marie-Cécile PONCET et Vanessa FAGE-MOREEL)
7. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	Véronique	ABADIE	D ^r	Bruno	GREFF
P ^r	René	ADAM	P ^r	Christian	GUY-COICHARD
D ^r	Thomas	APARICIO	D ^r	Émelyne	HAMELIN
P ^r	Elie	AZOULAY	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Frédéric	BATTEUX	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Michel	LEJOYEUX
D ^r	Guy	BENOÎT	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Laurent	MANDELBROT
M ^{me}	Valérie	BLANCHET	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
P ^r	Olivier	BOURDON	D ^r	Rafik	MASMOUDI
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	D ^r	David	OSMAN
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	P ^r	Yann	PARC
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Juliette	PAVIE
D ^r	Sonia	CERCEAU	D ^r	Antoine	PELHUCHE
D ^r	Cyril	CHARRON	P ^r	Antoine	PELISSOLO
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	Patrick	PELLOUX
P ^r	Olivier	CLÉMENT	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Nathalie	RICOME
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Jacques	DURANTEAU	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Samir	TINE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
			D ^r	Noël	ZAHR

• ***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 :***

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- P^r Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'île de France (ARS)

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

- M^{mes} Laetitia BUFFET et Stéphanie DECOOPMAN, et P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, directrices générales adjointes
- M. Florent BOUSQUIÉ, directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Marie-Cécile PONCET et M. Kevin MARCOMBE, direction patients, qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M^{me} Marie-Charlotte DALLE, directrice des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP)

- M^{mes} Clémence MARTY-CHASTAN et Sophie BRUN, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
- M. Patrick CHANSON, M^{mes} Véronique DROUET et Gwénolette ABALAIN, direction de la communication (DIRCOM)
- M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL et M. Florian TAYSSE, direction des ressources humaines (DRH)

- **Invitées :**

- D^{rs} Édith PEYNAUD et Mélanie HOUOT

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M^{mes} et MM., P^{rs} et D^{rs} Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Jean-Yves ARTIGOU, Fadi BDEOUI, Jean-Louis BEAUDEUX, Sébastien BEAUNE, Jacques BODDAERT, Alain CARIOU, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Anne COUVELARD, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALES, Alexandra DE SOUSA DANTAS, Vianney DESCROIX, Édouard DEVAUX, Olivier DRUNAT, Georges ESTEPHAN, Thierry FAILLOT, Yann FLÉCHER, Jean-Eudes FONTAN, Bertrand GODEAU, Agnès HARTEMANN, Jean-François HERMIEU, Sandrine HOUZÉ, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Jean-Louis LAPLANCHE, Salomé MASCARELL, Paul-Louis PATY, Marie-Noëlle PERALDI, Louis PUYBASSET, Jean-Damien RICARD, Philippe RUSZNIEWSKI, Clara SALINO, Virginie SIGURET-DEPASSÉ, Thomas SIMILOWSKI, ISHAI-Yaacov SITBON, Michel VAUBOURDOLLE et Karine VIRETTE.

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

Hommage

La CME a rendu hommage au P^r Sophie HAMADA, réanimatrice et médecin péri-opératoire à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) décédée à l'âge de 43 ans, le 16 août 2022.

1. Informations du président

Le président indique que la CME se réunit ce jour dans les locaux de la Fédération hospitalière de France (FHF), car le déménagement du siège de l'AP-HP est en cours et que la nouvelle salle des instances dans les locaux du nouveau siège à l'hôpital Saint-Antoine n'est pas encore totalement équipée. Il espère cependant que la CME pourra s'y réunir dès octobre. En outre, cette salle étant plus vaste que la précédente, il sera possible d'y tenir les réunions en présence physique des membres de la CME sauf si une huitième vague COVID venait à se profiler.

Nouveaux membres de la CME

Le président accueille :

- M. Léonard CORTI, président du Syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP), qui représentera les internes de spécialités, en remplacement de M. Julien FLOURIOT ;
- M^{me} Valérie BLANCHET, sage-femme, coordinatrice pour l'assistance médicale à la procréation (AMP) dans le service de médecine de la reproduction de Cochin, qui remplace M^{me} Sophie GUILLAUME partie exercer en Corse.

Le président informe la CME que le D^r Édouard DEVAUD, président de la CME du centre hospitalier de Pontoise, a été élu président de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France, en remplacement du D^r Yannick COSTA. Il siègera donc comme invité permanent à la CME de l'AP-HP.

Composition du directoire

Le directoire doit être renouvelé à chaque arrivée d'un nouveau directeur général. En accord avec les différentes personnes concernées, M. Nicolas REVEL a renouvelé à l'identique les membres du directoire précédent. Au titre de la communauté médicale, siègent au directoire : le président de la CME, la vice-présidente de la CME, les doyens, le vice-président recherche du directoire (P^r Gabriel STEG) et trois membres proposés conjointement par le P^r Bruno RIOU, vice-président doyen du directoire et le président de la CME, à savoir le P^r Yann PARC, le D^r Elvire LE NORCY et M. Guy BENOÎT. Par ailleurs, M^{me} Nathalie NION, cadre paramédicale de département médico-universitaire (DMU) au GHU Sorbonne-Université en fait également partie.

Enquête du journal Le Point

Le président évoque la démarche engagée par le journal *Le Point* qui dresse chaque année un classement des hôpitaux. Cette année, le magazine s'est adressé à certains professionnels pour établir un classement des praticiens eux-mêmes. Cette démarche pose évidemment question. Il a donc contacté le D^r François ARNAULT, nouveau président du Conseil national de l'Ordre des médecins, qui lui a adressé un courrier reçu le 13 septembre. **Le président** en donne lecture :

« Vous m'avez fait part de l'enquête sur les médecins experts exerçant dans les établissements de santé publique et privée en France réalisée par le journal Le Point.

Ce dernier a retenu 14 spécialités médicales et chirurgicales afin de pouvoir « mettre en avant dans le cadre d'un palmarès des praticiens les plus experts dans ces domaines ». Il demande aux praticiens sélectionnés de remplir un questionnaire concernant leur situation.

Le code de déontologie médicale a été modifié par le décret n°2020-1662 du 22 décembre 2020 relatif à la communication professionnelle des médecins qui a abrogé le principe d'interdiction de toute publicité au profit du principe de libre communication du médecin sur son activité professionnelle.

Cette communication est cependant encadrée par des règles déontologiques destinées à protéger les patients, et plus généralement la santé publique.

Ainsi, il résulte de l'article 19 du code de déontologie médicale (article 4127-19 du code de la santé publique) disposant qu'« Il est interdit de pratiquer la médecine comme un commerce » (...) et « que lorsque sont diffusées au public des informations sur le médecin, sur ses compétences et pratiques professionnelles, sur son parcours professionnel et ses modalités d'exercice, il est interdit de le faire dans des conditions conduisant à ce que l'exercice de la médecine puisse être perçu comme une activité commerciale ».

Le médecin doit se conformer aux dispositions de l'article 4127-19-1 et tenir compte des recommandations émises en application de cet article par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Cet article précise notamment que « Cette communication respecte les dispositions en vigueur et les obligations déontologiques définies par la présente section. Elle est loyale et honnête, ne fait pas appel à des témoignages de tiers, ne repose pas sur des comparaisons avec d'autres médecins ou établissements, elle n'incite pas à un recours inutile à des actes de prévention ou de soins Elle ne porte pas atteinte à la dignité de la profession, elle n'induit pas le public en erreur. (...) »

Par conséquent, les médecins qui apparaîtraient et seraient ainsi mis en avant dans un palmarès de praticiens experts dans des domaines médicaux et chirurgicaux seraient susceptibles d'être sanctionnés déontologiquement.

Il convient d'inviter les confrères sollicités de s'abstenir de répondre à cette demande.

Je me rapproche du directeur de la publication de Le Point pour appeler son attention sur les principes déontologiques qui encadrent la communication professionnelle des médecins. »

Le président en conclut que les médecins ne peuvent pas répondre à ce questionnaire dont l'objectif est de classer les praticiens les uns par rapport aux autres. C'est vrai à l'hôpital public, mais il suppose que c'est également vrai pour les établissements privés et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC), ce dont il s'assurera auprès du D^r François ARNAULT. En effet, si les praticiens de l'hôpital public s'abstiennent de répondre, mais que d'autres le font, cette situation pourrait produire des effets regrettables.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ précise que certains professionnels ont déjà répondu au questionnaire. Sur avis de la direction des affaires juridiques (DAJ), il semble donc sage que ces praticiens adressent au *Point* un message pour signifier qu'ils ne souhaitent pas que leurs données soient utilisées.

Le P^r Yann PARC souligne qu'il a alerté le Conseil de l'Ordre au mois d'août ainsi que le journaliste concerné. Les urologues ont également tenté de le contacter, mais ce journaliste semblait peu réceptif aux risques encourus par les médecins. Une copie du courrier du président du Conseil de l'Ordre lui a été envoyée sans obtenir de réaction de sa part. Il lui a également demandé explicitement de ne citer aucun chirurgien de l'AP-HP dans l'hypothèse où certains auraient déjà

répondu, pensant que la démarche était anodine ou voyant dans cette démarche un moyen d'être valorisé. Il explique avoir été concerné par le passé par une citation de son nom dans une revue sans avoir donné son accord au préalable. Il avait alors reçu un courrier du Conseil national de l'Ordre le rappelant à l'ordre. Voir apparaître son nom dans une parution de la sorte peut réellement faire courir le risque d'une sanction voire d'une interdiction temporaire d'exercice. Pensant que cette enquête ne concernait que la chirurgie, il n'a pas étendu sa demande auprès du journaliste aux médecins qui sont toutefois concernés comme il le découvre.

Le président ajoute que ce sujet a été évoqué ce jour lors de la conférence des présidents de CME des centres hospitalo-universitaires (CHU). Il leur transmettra aussi le courrier du président du Conseil national de l'Ordre dont il vient de donner lecture. Il en parlera également au D^r Thierry GODEAU, président de la conférence des présidents de CME de centres hospitaliers, pour que tout le monde ait conscience que répondre à ce questionnaire revient à enfreindre la loi.

Le directeur général estime qu'il convient d'alerter les professionnels tout en essayant de convaincre *Le Point* de renoncer à son projet. Pour ce faire, il se demande si un courrier du directeur général de l'AP-HP appelant à ne pas faire figurer les noms des médecins de l'AP-HP peut avoir une valeur juridique et rendre plus difficile le bon aboutissement de cette enquête. Il vérifiera auprès de la DAJ si un tel courrier peut être dissuasif.

Le P^r Yann PARC indique que les personnes sollicitées devaient répondre avant le 16 septembre.

Mise en demeure de l'Intersyndicale nationale des internes (Isni)

Le président propose, en l'absence de M. Léonard CORTI, de rendre compte lui-même de la démarche du syndicat. Par trois arrêts du 22 juin 2022, le Conseil d'État a précisé les obligations des établissements de santé pour garantir le respect du plafond de travail de 48 heures par semaine : ils doivent se doter, en complément des tableaux de service, d'un dispositif fiable, objectif et accessible permettant de décompter, selon des modalités qu'il leur appartient de définir dans leur règlement intérieur, outre le nombre de demi-journées, le nombre journalier d'heures de travail effectuées par chaque agent. Suite à ces arrêts du Conseil d'État, l'Isni a mis en demeure les directeurs généraux des CHU de les mettre en œuvre sous les trois mois, faute de quoi elle saisirait le tribunal administratif.

Le président a eu des échanges avec MM. Gaétan CASANOVA et Léonard CORTI et a organisé une réunion exceptionnelle du comité des internes fin juillet. Le président considère que si la réglementation doit évidemment être respectée, la demande des internes doit conduire à s'interroger sur l'organisation des services, puisque la somme des gardes, des demi-journées de formation, etc. conduit vite à atteindre 48 heures hebdomadaires. Par conséquent, si le temps de travail des internes est raccourci, l'organisation du travail sera questionnée. Le président a demandé aux représentants des internes de participer à la réflexion, car nombre d'entre eux travailleront plus tard à l'hôpital, et que certains services sont actuellement en difficulté. Aussi il ne suffit pas d'énoncer une règle à respecter sans s'intéresser aux conséquences pratiques. Les internes ont entendu cet appel à la responsabilité, mais estiment que les internes travaillant plus de 48 heures devraient alors être davantage rémunérés.

Depuis ces premiers contacts, les échanges se sont poursuivis. Le président a entendu que certains CHU envisageaient de mettre en place des pointeuses à l'entrée des services. Une telle initiative peut surprendre et ne semble pas correspondre à la conception que les professionnels se font de leur travail. Par ailleurs, il faut rappeler que le temps de travail est comptabilisé en général en demi-journées, sauf dans certains services comme l'anesthésie ou les urgences. En outre, le maximum

des 48 heures hebdomadaires doit être lissé sur trois mois, ce qui offre un peu de souplesse sur l'organisation même si la question des conséquences de l'application des 48 heures sur l'organisation des services reste posée.

Une nouvelle réunion avec les internes est prévue prochainement, à laquelle les doyens sont conviés.

Le D^r Vianney MOURMAN explique que le comité des internes de juillet a été convoqué dans l'urgence pour tenter de définir la durée de la demi-journée, en particulier dans la perspective de la mise en place du nouveau logiciel. Il est à noter que la demi-journée ne sera pas de même durée en biologie qu'en chirurgie, par exemple. Avec M^{me} Marie Cécile PONCET, un travail est engagé en vue de la prochaine réunion du comité des internes à laquelle participeront tous les représentants dont les compétences seront nécessaires.

Le président ajoute que la question posée n'est pas nouvelle, mais celle-ci est dorénavant posée avec des postures différentes. À Grenoble, par exemple, une grève des internes a été déclenchée sur la base de positions fortes.

Le D^r Emmanuel Bui-Quoc explique que cette question a été discutée la semaine passée lors de la réunion du syndicat des chirurgiens. Pour les chirurgiens, la question est de savoir quel temps est compté : si c'est uniquement le temps de soins ou si le temps non médical est également inclus dans les 48 heures. Si ce n'est pas le cas, il sera difficile d'assurer les activités de chirurgie.

Le président constate que les spécialités chirurgicales sont plutôt demandeuses de travailler au moins 48 heures. En effet, en comptabilisant dans les 48 heures les demi-journées de formation, la garde, etc., le risque est que les internes en chirurgie ne puissent plus apprendre leur métier.

Le D^r Cyril CHARRON rappelle que cela fait des années qu'il entend des syndicats, et en particulier celui des anesthésistes, demander que soit définie la durée de la demi-journée, en vain. Il doute par conséquent que la pression des internes permette d'y parvenir. En définissant la durée de la demi-journée, le risque est que les finances de l'AP-HP explosent en heures supplémentaires ou autres plages additionnelles. Il ne pense donc pas que la voie consistant à passer par la définition de la durée de la demi-journée constitue une réponse.

Le D^r Bruno GREFF rappelle que la directive européenne sur le temps de travail s'applique à tous les salariés et doit être respectée. Ce sujet ne concerne pas que les internes. Il comprend que les ministères et que les directions des hôpitaux refusent de donner une définition à la demi-journée, car cette définition floue permet de générer du travail « gratuit ». Les internes ont réussi à se mobiliser, mais, dans l'absolu, il conviendrait que tous les praticiens se mobilisent et que le Conseil d'État rende un avis identique pour les autres catégories professionnelles. Dire que l'application de cette décision compliquerait le fonctionnement de l'hôpital n'est pas le problème des médecins, car ce ne sont pas eux qui organisent les soins. Cela fait des années que l'on dit aux médecins qu'ils sont de simples « employés » et c'est aussi pour ces raisons que les professionnels quittent l'hôpital public, car celui-ci ne peut pas être attractif dans ces conditions.

Le D^r Éric LE BIHAN souligne que le Conseil d'État a rappelé que les hôpitaux ont l'obligation de s'assurer que tous les salariés ne dépassent pas 48 heures par semaine. Ce sujet renvoie par conséquent au paramétrage de *Chronos*, car il semblerait que l'outil n'intègre pas cette limite. Il souhaite donc savoir si *Chronos* sera paramétré pour que le dépassement des 48 heures soit décompté, notamment pour les spécialités effectuant des gardes et dépassant régulièrement ce plafond.

Le P^r Sophie BRANCHEREAU estime que la question du temps de travail joue un rôle dans l'attractivité. Lors des échanges avec les praticiens en formation, la durée du travail et les niveaux de salaires par rapport à ceux pratiqués dans d'autres secteurs posent question, puisque cette comparaison n'est pas à l'avantage de l'hôpital. Les jeunes peuvent en effet imaginer d'autres projets professionnels et d'autres projets de vie. Aussi, sans régler la question du temps de travail, il ne sera pas possible de recruter et de rendre les métiers attractifs, c'est un déséquilibre chronique. Certes, la pointeuse n'est pas une solution idéale, mais une réflexion sérieuse doit être menée, car les jeunes ne s'engageront pas dans ces professions sans garantie sur leur temps de travail.

Le D^r Guy BENOÎT n'est pas surpris que ses jeunes collègues ne souhaitent pas travailler plus de 48 heures par semaine, mais s'étonne plutôt que certains ne le comprennent pas. Par ailleurs, le salaire d'un interne en spécialité en 5^e année est de 2 600 € bruts par mois, ce qui est loin du salaire proposé dans d'autres métiers. Les jeunes diplômés qui sortent d'une école d'ingénieurs ou de commerce de bon niveau perçoivent un salaire largement supérieur à celui d'un interne tout en bénéficiant de conditions de travail bien meilleures. Il ne faut donc pas s'étonner que la question du temps de travail soit posée. C'est même inéluctable et c'est un mouvement qu'il faudra suivre de gré ou de force, sans quoi, l'hôpital connaîtra une vraie désaffection. Il n'est pas choqué que les professionnels ne travaillent pas plus de 48 heures par semaine. Certains pourront travailler davantage, mais par choix. En tout état de cause, il ne faut pas penser que ceux qui ne le font pas ont tort.

Le président précise qu'il ne s'agit pas de savoir si cette revendication est une surprise ou non, mais d'organiser la transition. Par ailleurs, la ville rencontre également un problème de démographie médicale, notamment car la durée moyenne de travail a beaucoup diminué au cours des dernières années. Ce phénomène arrive aujourd'hui à l'hôpital, car les demandes se font de plus en plus pressantes pour des raisons sociétales car le rapport au travail est en train d'évoluer. L'hôpital doit adapter ses organisations pour faire face à cette demande et répondre aux besoins des patients. Son propos n'est pas de dire qu'il a été surpris par ce mouvement. En revanche, il accueille avec prudence la proposition consistant à installer une badgeuse à l'entrée des services. Le sujet est aujourd'hui de pouvoir travailler avec les jeunes praticiens afin de trouver les moyens de s'organiser.

Le P^r Yann PARC souligne que les internes de chirurgie ne sont pas en faveur d'un respect strict des 48 heures, car ils ne pourront pas, dans ce cadre limité, se former et acquérir l'expérience nécessaire. En revanche, si le temps de travail est mesuré, ils souhaiteraient que les dépassements des 48 heures donnent lieu à une rémunération adaptée. Il considère cette réponse plus logique, car le travail d'un chirurgien ou d'un médecin ne peut pas forcément se réaliser en 48 heures par semaine, beaucoup travaillant au moins 60 heures. Une solution serait donc de mesurer les temps de travail et de rétribuer ceux effectuant plus. Déterminer comment le faire sera le point le plus complexe tout en s'assurant de la faisabilité juridique d'un dispositif permettant de manière complémentaire, de travailler au-delà de ces 48 heures. Un amendement a pu être pris en Allemagne et Belgique pour que les praticiens, dans certaines spécialités, puissent aller au moins jusqu'à 60 heures, notamment les internes de chirurgie. Il doit donc exister des pistes de réflexion permettant d'accorder une compensation financière à ceux ayant une charge horaire plus volumineuse. C'est impératif, car appliquer le respect strict des 48 heures supposera d'augmenter le nombre d'internes dans les services, ce qui sera impossible, car les agences régionales de santé (ARS) ne voudront pas redistribuer les internes géographiquement. De plus, certaines spécialités sont obligatoires dans les maquettes sans être cœur de métier alors que les internes n'ont pas forcément le souhait de travailler dans de gros services qui ne seront pas dans leur cœur de métier.

Le P^r Laurent MANDELBROT invite à ne pas surcharger les médecins, notamment les internes, de tâches administratives pour faciliter leur qualité de vie au travail et leur quotidien. Il faut savoir que les tâches administratives (secrétariat, programmation, codage) prennent de plus en plus de place, alors que, par le passé, les médecins pouvaient se consacrer uniquement à leurs missions premières. Ce sont aussi des sujets sur lesquels il faudra mener une réflexion, sinon la charge de travail ne cessera de s'alourdir.

Le président indique que ce sujet touche les internes, mais aussi les médecins plus anciens. En effet, si les internes n'endossent plus ces tâches et que ce sont les seniors qui les prennent en charge, ces derniers demanderont aussi à comptabiliser leurs heures.

Le P^r Laurent MANDELBROT convient du fait que les tâches des internes ne doivent pas revenir vers les seniors.

Le directeur général souligne que la *statu quo* n'est pas possible puisque les arrêts du Conseil d'État appellent à se conformer à la loi et à comptabiliser le temps de travail. Que cette mesure du temps de travail passe par *Chronos* ou par la mise en place d'une badgeuse, il n'en demeure pas moins que cette décision s'impose à l'AP-HP. Si le Conseil d'État ne va pas plus loin, c'est qu'il mesure la difficulté de la transition. En effet, si les internes travaillent 48 heures uniquement, se posera fatalement un sérieux problème de continuité du service public hospitalier. Il n'est pas possible d'affirmer que ce n'est pas le problème de l'AP-HP, car cette situation va vite devenir un problème collectif si les internes arrêtent toute activité après 48 heures. Il convient donc de trouver les voies d'une transition, qui devront être définies au niveau national. Cela devra impliquer le ministère, la conférence des directeurs généraux de CHU et les internes pour baliser un chemin. L'exercice sera difficile, mais chacun convient qu'il est impossible de rester immobile.

Temps de travail et permanence des soins

Le président rend compte des échanges relatifs au temps de travail des urgentistes ayant eu lieu lors du bureau de la CME du 6 septembre 2022 en présence du D^r Hélène GOULET, présidente de la collégiale. Elle a expliqué l'état d'avancement des discussions menées avec la direction générale sur l'application de la circulaire dite « circulaire WELTY » de 2015 dont les urgentistes demandent la mise en œuvre effective, soit 39 heures d'activité clinique et 5 heures d'activité non postée, le temps de travail clinique supplémentaire devant être payé en heures supplémentaires.

Par ailleurs, un travail a été engagé par la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) sous l'égide du D^r Patrick PELLOUX avec l'aide de M^{me} Marie-Cécile PONCET pour rédiger une charte de bonnes pratiques pour les gardes aux urgences.

Confidentialité d'Orbis

Le bureau de la CME a également évoqué le sujet de la confidentialité dans *Orbis* à travers le travail mené conjointement par les sous-commissions *Informatique* et *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA), représentée par les D^{rs} Juliette PAVIE et Jean-François HERMIEU, et la direction des systèmes d'information (DSI). Leurs travaux se poursuivent, en particulier en ce qui concerne l'utilisation du « brise-glace » qui serait trop fréquente. Sur proposition du P^r Catherine PAUGAM, M^{me} Donatienne BLIN, déléguée à la protection des données, viendra faire un point à la CME sur les suites données aux analyses des traces ayant amené à constater des entrées illégales dans des dossiers patients.

Le président précise que le sujet est double. Il existe, d'une part, un problème de confidentialité dont se plaignent certains patients qui ne souhaitent pas que leurs données médicales circulent trop, tout en notant que cette circulation peut aussi présenter des avantages en interne à l'AP-HP. Par ailleurs, il existe aussi le problème de confidentialité des dossiers médicaux des personnels. Ce dernier sujet a déjà été évoqué en CME.

Situation budgétaire de l'AP-HP

Le président indique que lors de la réunion du bureau de la CME, le D^r Emmanuel BUI-QUOC a évoqué la question du budget. Il propose de lui donner la parole pour exposer brièvement ce point.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc prend la parole à la place du D^r Guy BENOIT, président de la sous-commission *Activités, ressources* (CAR) qui était absent lors de la réunion de la sous-commission qui s'est tenue le 30 août dernier. Lors de cette réunion, un point a été fait sur l'activité du premier semestre 2022 comparée à l'activité du premier semestre 2019, c'est-à-dire avant la crise COVID. Ce bilan a conduit à faire le constat d'une baisse d'activité, situation problématique dans un contexte de fermeture de lits. Pour rappel, fin avril 2022, 16,9 % des lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) étaient fermés et 18,2 % fin juillet 2022. Cette baisse d'activité creuse le déficit. Le déficit du compte principal était de – 39 M€ en 2015, de – 43 M€ en 2016, de – 199 M€ en 2017, de – 157 M€ en 2018, de – 169 M€ en 2019 (année de référence de la garantie de financement), de – 244 M€ en 2020 et de – 289 M€ en 2021 avec la garantie de financement en 2020 et 2021. Ce mécanisme se poursuit jusqu'en fin 2022. Cependant, avec la baisse de l'activité, la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP) estime un surplus de déficit à 160 M€ jusqu'à fin juillet, s'ajoutant au déficit précédent. Aussi, le budget 2023 qui sera hors garantie de financement sera très complexe à construire et il peut être projeté à plusieurs centaines de millions d'euros.

Le directeur général confirme que le fait que l'activité de 2022 soit moindre que celle de 2019 n'aura pas d'impact direct sur le déficit 2022 puisque la garantie de financement s'appliquera encore. Cependant, avec le retour à un mode de financement classique, un niveau d'activité en deçà du point de calcul de la garantie de financement générera un effet de base défavorable, ce qui compliquera singulièrement l'équation 2023. En 2022, le risque de creusement du déficit ne porte pas sur les recettes, mais sur des facteurs de coût liés à l'inflation et liés également à diverses mesures supplémentaires pour lesquelles des réponses du Gouvernement sont attendues quant à leur compensation. En effet, certaines ont vocation à être couvertes, par exemple la revalorisation du point d'indice de la fonction publique. Selon sa compréhension de la situation, le directeur général ajoute que les mesures issues du rapport Braun, dont le coût est estimé à 59 M€ pour le périmètre AP-HP, auraient également vocation à être couvertes. En revanche, la vision est plus floue pour ce qui concerne les surcoûts liés à l'inflation, notamment sur les postes énergétiques. Aussi, le niveau de dépenses pourrait se situer au-dessus de celui arrêté dans la première décision modification. À date, le directeur général n'exclut pas que le déficit voté à hauteur de 228 M€ soit dépassé. D'ailleurs, lors de la présentation du point budgétaire à la CME de juillet et au conseil de surveillance, il avait été annoncé d'emblée que les aléas étaient encore nombreux sans certitude sur le déroulement du deuxième semestre 2022. Il n'y a donc pas de surprise face à un budget 2022 qui ne se déroule pas conformément aux attentes. L'année 2023 est un autre sujet, et il est certain que le déroulement de cette année-là sera encore plus complexe.

Le président ajoute que les mesures du « Ségur » sont aussi difficiles à financer.

Le directeur général rappelle que la compensation des mesures issues du « Ségur de la santé » passe par les tarifs. C'est un bon dispositif lorsqu'il existe un niveau d'activité nominal, mais, lorsque

le niveau d'activité est inférieur, cette modalité de compensation pénalise la structure. Cela fait partie des points identifiés et sur lesquels des échanges ont lieu avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS). L'AP-HP n'est pas le seul hôpital à constater une activité en berne, mais il s'agit sans doute du plus important hôpital en taille à vivre cette situation.

Le président note également un différentiel d'activité pendant la période COVID entre les hôpitaux publics, les hôpitaux privés et les ÉSPIC, situation qui pose question. De manière générale, la valorisation de l'activité dans le CHU n'est sans doute pas suffisante.

Élaboration collective d'un plan de travail de l'AP-HP

Le président indique que l'essentiel du dernier bureau de la CME a porté sur l'élaboration collective du plan de travail de l'AP-HP pour les douze prochains mois, lancée par le directeur général. Une première réunion à ce sujet a concerné les présidents et vice-présidents de CMEL, le D^r Diane BOUVRY et lui-même.

Le directeur général rappelle que, lors de sa présentation devant en CME réunie en juillet, le jour de sa prise de fonctions, il avait précisé qu'il consacrerait ses premières semaines à des rencontres avec les professionnels de l'AP-HP, ce qu'il s'est employé à faire depuis lors. Après avoir effectué des visites dans plus de 28 sites, et avoir échangé de nombreuses heures avec les équipes, il a pu prendre la mesure des difficultés et de l'urgence à répondre à la crise des ressources humaines, mais pas uniquement. Au retour de la trêve estivale, il lui semble qu'il convient de passer vite aux travaux pratiques et d'apporter des réponses. La manière classique d'avancer aurait été qu'il établisse lui-même un plan d'action, mais il y a préféré une modalité de travail un peu différente pour privilégier une méthode en deux temps.

Dans un premier temps, il propose de présenter un document d'une vingtaine de pages qui pose des éléments de diagnostic, à travers trente pistes ou leviers d'action visant à répondre à quatre grands sujets. Le premier est celui de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels. Le deuxième sujet concerne le fonctionnement et l'organisation interne de l'AP-HP afin de rendre l'institution plus simple, plus rapide, moins compliquée. Le troisième sujet porte sur la trajectoire économique de l'AP-HP. Il conviendra de définir un nouveau plan global de financement pluriannuel (PGFP) puisque l'actuel est complètement déconnecté de la réalité. Ce PGFP devra être construit avec les tutelles, mais l'AP-HP devra aussi se poser un certain nombre de questions et tenter d'identifier les leviers permettant de se mobiliser autour d'une trajectoire de retour à l'équilibre soutenable. Certains leviers seront acceptables, mais d'autres ne le seront pas. Le document indiquera évidemment que toute réduction d'emploi est hors de propos dans la situation actuelle. Cette réflexion devra conduire à identifier les autres leviers médico-économiques comme les recettes, sur lesquels il sera possible de travailler. Le quatrième sujet s'inscrit plus sur une perspective de moyen terme mais reste une préoccupation. Il s'agit de se ressaisir du projet médical de l'AP-HP pour voir comment l'opérationnaliser plus rapidement, c'est-à-dire préciser sur quels sujets travailler en termes de stratégie médicale et d'évolution de l'offre de soins.

Le document, qui sera partagé avec les membres de la CME, proposera ainsi trente sujets et trente leviers avec à chaque fois un élément de diagnostic, une orientation proposée et un certain nombre de questions. Il pourra s'agir de questions de fond, des questions sur les conditions de mise en œuvre de ces leviers et des points relatifs à la méthode de travail. Au terme de ce travail collectif, sans doute dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre puisqu'il faut prendre le temps nécessaire aux échanges sans pour autant étendre trop cette période, il s'agira de construire collectivement le plan de travail. Celui-ci prendra la forme d'une feuille de route sur laquelle la communauté AP-HP devra s'entendre pour identifier les efforts à mener et les moyens d'y parvenir. Le directeur général

précise que c'est un point auquel il est attaché, car il a connu dans d'autres organisations, beaucoup de plans de travail qui, faute d'avoir été précis sur la méthode, sont restés à l'état d'intentions sans se traduire dans les faits. Or, les trente leviers évoqués dans le document montrent que la priorité est bien de produire un impact concret le plus rapidement possible sur les conditions de travail, sur le quotidien des équipes de soins pour résoudre pas à pas les difficultés et reconstruire la confiance. Son but sera d'être précis sur les leviers, de définir grâce à la concertation les conditions d'acceptabilité et de mise en œuvre des actions à mener et d'être le plus fin possible sur la méthode de déploiement pour produire des résultats rapidement. En effet, si aucun effet notable n'est perceptible d'ici l'été prochain, c'est que nous aurons échoué dans la mise en œuvre et qu'il faudra reprendre les choses.

Ce document sera adressé le 14 septembre aux membres de la CME et aux membres du directoire, mais aussi aux organisations syndicales de l'AP-HP et aux directeurs de groupes hospitalo-universitaires (GHU) qui pourront le partager au sein de leurs instances. Avec la CME, le directoire, les syndicats, il faudra trouver des modalités de travail efficaces. Un temps collectif sera peut-être à organiser selon des modalités encore à préciser. L'objectif est de pouvoir travailler sur les priorités qui auront été établies, courant novembre. Ce document conduira à consulter toutes les parties prenantes sur les priorités à retenir. Il s'agira de dire si cette trame comporte des manques, si de fausses bonnes idées figurent parmi les leviers d'action et si certaines idées novatrices doivent s'accompagner de conditions pour les rendre acceptables et atteignables. La méthode mise en avant consiste donc à partager un document qu'il sera possible d'amender, d'enrichir, de corriger dans une délibération collective. C'est ainsi qu'il sera possible de créer les conditions d'un engagement. Pour agir au cours des prochains mois, il faut que la communauté se retrouve dans une feuille de route collective lui permettant d'avancer ensemble dans la bonne direction.

Le président souligne que certains éléments évoqués dans le document ont déjà fait l'objet d'échanges, notamment dans le cadre du travail du groupe *ad hoc* sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU) ou lors des réflexions tripartites. Ils peuvent être considérés comme matures tandis que d'autres éléments de la note sont nouveaux.

Le directeur général confirme que ce travail ne part pas d'une feuille blanche. Beaucoup de choses sont sur la table de longue date. Un projet social a été signé. Des travaux ont été conduits dans diverses instances. L'objectif est de rassembler ces réflexions, mais aussi de traduire ces différentes pistes en capacité à agir. Il ajoute qu'il y aura bien entendu des débats.

Le président espère que ces travaux permettront de trouver une forme de consensus sur certains points. Cependant, il est vraisemblable qu'un accord sera plus difficile à trouver sur d'autres. Cependant, il ne souhaite pas préjuger de ce qui ressortira des échanges à venir.

Le P^r Bernard GRANGER indique qu'il lui tarde de découvrir ce document et de travailler avec le directeur général qui semble à l'écoute, d'autant que le corps médical comme les syndicats des personnels non médicaux réfléchissent à ces questions depuis des décennies et ont déjà pointé des domaines dans lesquels des progrès sont à faire. Il invite toutefois à se méfier de l'art consommé de l'administration à freiner toute initiative qui ne va pas dans son sens. Le deuxième risque tient à l'absence d'écoute des solutions qui viennent du terrain et qui sont, en général, les meilleures en matière hospitalière. Vouloir imposer d'en haut des solutions a déjà été tenté, mais ces initiatives ont rarement remporté de grands succès. Par ailleurs, dans une crise institutionnelle assez lourde, il faudra définir des priorités pour que le terrain sente sans tarder de premiers résultats concrets, notamment sur le plan de l'organisation et des conditions de travail. Selon lui, le directeur général a raison de vouloir agir vite sans créer de nouveau comité *ad hoc* mais en s'appuyant plutôt sur les instances existantes et les représentants déjà désignés. Il assure le directeur général du concours

du syndicat des médecins des hôpitaux et de l'intersyndicat qu'il engagera dans cette réflexion. Il pense que cette réflexion est cruciale pour l'avenir de l'AP-HP.

Rapport d'activité 2021 de l'AP-HP

Le président indique que le rapport d'activité 2021 de l'AP-HP a été mis dans le dossier électronique des membres de la CME qui ont donc pu en prendre connaissance.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 5 juillet 2022

Le compte rendu de la CME du 5 juillet 2022 est approuvé.

3. Point de situation sur les fermetures de lits et les effectifs (P^r Frédéric BATTEUX et M^{me} Laetitia BUFFET)

Le P^r Frédéric BATTEUX présente un point de situation sur l'évolution du capacitaire en sortie d'été. En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), la moyenne des lits ouverts sur les six premiers mois de 2022 a été de 9 570 lits. Un point bas a été atteint le 21 août avec 7 519 lits ouverts (soit 32 % de lits fermés). Depuis, la courbe reprend une évolution ascendante pour atteindre 9 292 lits le 12 septembre. Pour les trois semaines à venir, l'objectif est d'ouvrir près de 200 lits supplémentaires pour atteindre 9 436 lits. La réouverture de 189 lits supplémentaires correspond à un niveau un peu supérieur à celui constaté en 2021 et environ au même niveau qu'en 2019 (avec 194 lits ouverts au cours des trois dernières semaines du mois de septembre).

En médecine adulte, la moyenne des lits ouverts sur les six premiers mois de 2022 a été de 3 705. Un point bas a été atteint dans la troisième semaine du mois d'août à 2 815 lits. Pratiquement 1 000 lits ont été rouverts depuis cette date pour atteindre 3 736 lits le 12 septembre, l'objectif étant de parvenir à 3 753 lits d'ici trois semaines. L'objectif est donc d'ouvrir une centaine de lits, soit un résultat équivalent à 2019, le nombre de lits rouverts en 2021 étant un peu inférieur.

En gériatrie, la moyenne des lits ouverts sur les six premiers mois de 2022 a été de 820 lits. Un point bas a été atteint fin août à 713 lits. Depuis, les lits de gériatrie ont rouvert par palier pour atteindre 774 lits le 12 septembre, l'objectif étant de comptabiliser entre 784 et 803 lits d'ici trois semaines. L'objectif est donc d'ouvrir une vingtaine de lits de gériatrie, en ligne avec les ouvertures effectuées en 2019 comme en 2021.

En chirurgie adulte, la moyenne des lits ouverts sur les six premiers mois de 2022 a été de 2 028 lits. Le capacitaire est tombé en dessous de 1 500 lits en août avant d'enregistrer une remontée pour atteindre 1 969 lits en date du 12 septembre, l'objectif étant de parvenir au seuil des 2 000 lits à l'horizon des trois prochaines semaines, plus précisément à hauteur de 1 988 lits. Le nombre projeté de réouvertures pour 2022 est donc un peu inférieur à 2021 (avec 2 126 lits ouverts).

En obstétrique, l'inquiétude était grande avant l'été, mais la forte mobilisation de tous les services d'obstétrique de l'AP-HP a permis de rester proche de 2020. Entre 640 et 650 lits ont été ouverts pendant toute la période estivale. Ce nombre a été porté à 657 lits le 12 septembre. Toutes les salles de naissance ont été maintenues ouvertes au prix d'une diminution des consultations. La progression attendue du capacitaire en 2022 est en ligne avec les évolutions constatées au cours des trois dernières années.

Pour les soins de suite et réadaptation (SSR), la moyenne des lits ouverts sur les six premiers mois de 2022 a été de 2 635 lits. Des lits sont rouverts progressivement avec un peu moins de 2 500 lits

ouverts à date. Cependant, l'objectif est d'atteindre un capacitaire de 2 635 lits d'ici trois semaines, soit un niveau équivalent à la moyenne des six premiers mois de l'année.

Concernant les lits de pédiatrie, une difficulté a été signalée au cours de la nuit du 12 au 13 septembre avec six patients à placer, alors que la moyenne saisonnière est plutôt de trois ou quatre patients. Cette situation a conduit à organiser le transfert hors région d'un nourrisson de deux mois souffrant d'une bronchiolite vers le CHU de Rouen. Les autres enfants ont pu être pris en charge dans les services de réanimation pédiatrique de l'AP-HP.

Seule l'AP-HP opère des lits de soins critiques et de réanimation. À l'hôpital Necker, 12 lits sont ouverts comme l'an passé à la même date. À l'hôpital Robert Debré, 12 sont ouverts, mais 16 le seront le 15 septembre (contre 16 à la même date en 2021). Ce léger décalage peut expliquer la nécessité du transfert hors région qui a eu lieu. À l'hôpital Trousseau, 14 lits de réanimation médicale et néonatale sont ouverts contre 12 en 2021. Dans les hôpitaux Bicêtre et Raymond-Poincaré, les taux d'ouverture sont identiques à ceux de 2021 en réanimation comme en soins critiques. Un léger décalage entre 2021 et 2022 est aussi à constater sur les lits d'aval. 411 lits de pédiatrie sont ouverts à date contre 433 en 2021. En chirurgie, 160 lits sont ouverts contre 175 en 2021.

M^{me} Laetitia BUFFET présente les indicateurs relatifs aux ressources humaines. Une première analyse a été menée pour mettre en regard les effectifs présents au lit du malade, c'est-à-dire les effectifs tenant compte de l'absentéisme et auxquels sont ajoutés les heures supplémentaires et l'intérim, vis-à-vis des lits ouverts. Ces évolutions illustrent la période de janvier à juin 2022. Cette analyse confirme que la plupart des fermetures de lits sont dues à des manques d'effectifs. Sur le périmètre AP-HP, les deux courbes suivent la même allure, mais avec des différences de rythme qu'il conviendra d'analyser. Cette première analyse aura vocation à être poursuivie et creusée. Les effectifs d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) non présents de manière effective au lit du malade, comme les IDE en charge de la coordination, ne sont pas intégrés dans les données. Il ressort de cette analyse une baisse du ratio des aides-soignants (AS) et IDE pour un lit ouvert avec un ratio de 2,86 proche de celui de 2020 (2,87) et au-dessus de celui de 2019 (2,66). Ce ratio est en revanche au-dessous de celui enregistré en 2021 (2,97).

Près de 2 150 équivalents temps plein (ÉTP) sont en moins à l'AP-HP par rapport à la même période en 2021. Au sein de ces 2 150 ÉTP, on comptabilise 1 017 IDE en moins sur 12 mois glissants. En tendance, il est toutefois constaté une légère amélioration en août (+ 98 ÉTP d'IDE) à l'échelle de l'AP-HP. C'est l'amorçage de la légère amélioration qui pourrait être dessinée pour les mois à venir.

Par rapport à août 2021, les heures supplémentaires augmentent de 20 % en paiement tandis que l'intérim a crû de 10 % en paiement sur les huit premiers mois de l'année entre 2021 et 2022. L'absentéisme paramédical a, quant à lui, beaucoup baissé depuis janvier. Avec le variant *Omicron*, le pic avait été très important en janvier. Pendant l'été, l'absentéisme des IDE a été supérieur à celui des années 2019, 2020 et 2021.

1 475 arrivées d'IDE sont d'ores et déjà prévues pour le second semestre : 1 260 nouveaux infirmiers, majoritairement de jeunes diplômés, et 215 retours (après congé maternité, etc.). Ces arrivées s'échelonnent entre septembre et décembre. Le taux de diplomation des étudiants en instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) a fait chuter le nombre de recrutements prévus pour septembre, car les diplômés étaient moins nombreux qu'espéré tout en notant que le taux de diplomation des IFSI de l'AP-HP est plus important que celui des autres IFSI. Une session de rattrapage sera organisée en fin d'année. En prenant l'hypothèse qu'une grande majorité réussira l'examen, il est possible d'escompter sur ces arrivées même si elles seront décalées dans le temps.

Le nombre de 1 475 recrutements est un bon chiffre. C'est un résultat supérieur à celui de 2021 et de 2019. Cela traduit une mobilisation collective très intense.

À date, il est projeté que 1 100 personnes partiront d'ici décembre 2022. Ces données ne peuvent pas être comparées à celles des exercices 2020 et 2021, années pour lesquelles des plans blancs ont limité de fait les départs. En revanche, le nombre de départs attendus pour 2022 est en augmentation par rapport à 2018 et 2019 (respectivement + 240 et + 200) sans pour autant que ces chiffres témoignent d'une hémorragie. Pour autant, la situation est suivie de près car le chiffre de 1 100 sorties est une projection à date en fonction des départs connus, mais n'est pas exhaustif.

Au vu des projections actuelles, il est envisageable de revenir à un solde plus favorable d'environ – 500 IDE sur 12 mois glissants (contre – 1 000 au cours des derniers mois). Cependant, c'est une estimation fragile, car les prévisions de départs ne sont pas stabilisées. Sachant que 90 % des entrées paramédicales se font en sortie d'IFSI, les tensions resteront importantes. Cette situation montre l'enjeu majeur qui consiste à fidéliser les personnels pour éviter au maximum les départs.

Le président pense opportun de tempérer l'optimisme du P^r Frédéric BATTEUX puisque les écarts constatés entre le nombre de lits fermés en semaine 39 entre 2019 et 2022 restent importants. En effet, 18 % des lits de MCO sont fermés en 2022 contre 7 % en 2019 ; 20 % des lits sont fermés en médecine en 2022 contre 8 % en 2019. En gériatrie, les taux sont de 16 % en 2022 et de 4 % en 2019, en chirurgie de 21 % et de 5 %, en pédiatrie de 23 % et de 14 % et en soins de suite et de réadaptation (SSR) de 22 % et de 14 %. Par ailleurs, certains groupes hospitalo-universitaires (GHU) affichent des taux encore plus problématiques. En Seine-Saint-Denis, ce sont 47 % des lits de pédiatrie qui sont fermés en semaine 39 et un tiers des lits de gériatrie. La situation est donc plus que préoccupante.

Le président reconnaît que le solde entre des entrées et sorties d'IDE est un peu plus favorable en 2022 que les années passées, mais cette équation reste fragile. Face à cette situation, deux options sont envisageables : recruter ceux qui seront diplômés en fin d'année et limiter les départs. L'AP-HP a certes besoin d'ouvrir des lits pour répondre aux besoins des patients, mais aussi pour des raisons budgétaires, mais rouvrir trop rapidement fait courir le risque de mettre sous tension les équipes et d'accentuer le rythme des départs. C'est donc une équation difficile qu'il faut résoudre entre l'accueil des patients et la rétention des personnels.

Le D^r Christophe TRIVALLE se réjouit de voir apparaître dans le bilan les données pour la gériatrie et les SSR, données qu'il réclame régulièrement, même si ces chiffres révèlent une mauvaise tendance et que le taux de fermeture de lits de SSR et de gériatrie est assez important, ce qui explique en partie le nombre de lits brancards aux urgences. Par conséquent, il se demande s'il ne faut pas porter l'effort sur la gériatrie pour éviter d'emboliser les urgences. Il constate par ailleurs que les taux de fermeture de lits sont plus élevés qu'en 2021. Il ne partage donc pas l'optimisme des rapporteurs du dossier, d'autant plus qu'il a été demandé à des soignants de décaler leurs congés afin de passer l'été et que les missions longues prendront fin en novembre. De surcroît, les départs se poursuivent même si tous ne peuvent pas être tracés. Enfin, les recrutements sont inférieurs aux prévisions et étalés jusqu'en décembre. Au vu de ces éléments, il se montre plutôt pessimiste sur le rythme des réouvertures réelles par rapport aux réouvertures théoriques.

Pour ce qui concerne les effectifs infirmiers, il relève un écart de 1 000 à la lecture des graphiques et non de 500. Par rapport à 2019, les effectifs sont en diminution d'au moins 1 400 personnes. Par ailleurs, sous réserve que le tableau communiqué en octobre 2020 s'avère exact, il y était indiqué que les effectifs infirmiers étaient de 18 500 en 2016 et 2017, soit un écart de – 2 600 infirmiers, ce qui expliquerait en partie les difficultés actuelles. Le problème est que, chaque année, les courbes

des effectifs fléchissent. Or, avec ces effectifs en berne, il sera difficile d'assumer une activité équivalente à celle du passé.

Le directeur général souhaite lever tout malentendu car l'objectif n'est nullement d'expliquer que tout va bien. Le Pr Frédéric BATTEUX a uniquement pointé le nombre de lits rouverts depuis septembre pour souligner que l'augmentation du capacitaire au sortir du mois d'août était du même ordre de grandeur qu'en 2019. Pour autant, les taux de fermeture de lits sont bien plus élevés en 2022 qu'en 2019, par exemple en MCO avec un taux de fermeture de 18 % en 2022 contre 8 % en 2019 et un taux en chirurgie adulte de 20 % en 2022 contre 6 % en 2019. Ces chiffres montrent de manière claire que l'AP-HP n'est pas actuellement dans une situation nominale. Concernant les perspectives, il espère que les taux de diplomation de novembre seront conformes aux attendus et que les nouvelles recrues resteront en poste sans avoir à enregistrer une nouvelle accélération des départs. Cependant, comme souligné par M^{me} Laetitia BUFFET, la situation reste très fragile. Les conditions de la remontée de la pente restent un chantier à mener.

Le Pr Yann PARC constate que la réouverture des lits en septembre permet de revenir à la situation d'avant l'été, mais elle reste critique. Le taux moyen de fermeture en chirurgie est de 21 %, ce qui pose en particulier difficulté aux grands services. En effet, plus l'activité est importante et plus la spirale infernale est marquée, c'est-à-dire qu'un manque d'effectif infirmier devient aussitôt insupportable. Les services connaissant une forte activité tiennent en raccourcissant les durées moyennes de séjour (DMS), mais cette réponse ne peut pas suffire sur la durée. Il signale par ailleurs le départ récent d'un PU-PH d'orthopédie à la Pitié-Salpêtrière, car les lits ne sont pas suffisants pour accueillir les patients après intervention, et cela malgré les efforts fournis sur les DMS avec des patients qui peuvent parfois sortir à J+1 ou J+2 après des opérations relativement lourdes. Ces décisions ne conduisent pas à faire prendre des risques aux patients, mais force est de reconnaître que ces situations sont inconfortables du point de vue du patient. Il préconise de renforcer les services qui ont une forte activité. Si ce n'est pas le cas, il ne sera pas possible de retrouver un niveau d'activité permettant d'augmenter les recettes.

Le Pr Antoine PEUSSOLO précise que l'été, et plus généralement la crise actuelle, a pu être géré grâce aux heures supplémentaires réalisées par les infirmiers qui ont donné beaucoup et continuent à faire des efforts. Ils sont encouragés par les incitations financières. La solution des heures supplémentaires est par ailleurs préférée au recours à l'intérim, car les services préfèrent s'appuyer sur des forces en propre plutôt que sur le travail intérimaire. Toutes les mesures incitant à réaliser ces heures supplémentaires sont donc utiles, mais la fin de ces mesures incitatives pourrait conduire à de grandes difficultés. Le manque d'effectifs en propre dans les services tient aussi au fait que le calcul de l'effectif cible est trop optimiste sans prendre la pleine mesure de l'absentéisme. De plus, l'absentéisme joue sur l'attractivité puisque les personnels en poste, pendant que leurs collègues sont en arrêt pour maladie, souffrent d'une charge de travail alourdie. Cette situation invite à se pencher sur la définition des effectifs cibles pour tenir compte des arrêts, notamment longs qui peuvent durer plusieurs mois ou années. Pour ces derniers, une solution serait de les sortir des tableaux prévisionnels des emplois rémunérés (TPER) afin de pouvoir recruter sur ces emplois et sécuriser les équipes. Ce type de solution doit être explorée. En outre, certains cadres affirment que *Parcoursup* a modifié le profil des étudiants, ce qui a pu jouer sur le nombre d'étudiants diplômés. La crise sanitaire a certes pu jouer sur le taux d'abandon d'études, mais il semblerait que le profil des étudiants qui intègrent les IFSI ait également évolué et puisse expliquer un taux de diplomation moindre. Si ce lien de causalité est confirmé, il faudrait sans attendre lancer des alertes au niveau national pour revoir l'accès aux études d'infirmiers et s'assurer du bon profil des étudiants.

Le président précise que des alertes ont déjà été lancées à ce sujet, à la fois sur la sélection à l'entrée avec *Parcoursup*, mais aussi sur le suivi des études elles-mêmes. Concernant la rémunération des heures supplémentaires, elles sont majorées de 50 % jusqu'à fin septembre 2022, mais il ne sait pas si cette mesure sera prolongée. En outre, les heures supplémentaires ne sont pas une solution idéale, car elles entraînent une fatigue du personnel avec le temps.

Le directeur général explique que l'entrée dans les IFSI uniquement *via Parcoursup* sans entretien de motivation est en effet problématique. Cette situation a fait l'objet d'une alerte auprès des ministères concernés (ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation [MESRI], ministère de la Santé et Premier Ministre). Ce dossier sera suivi pour vérifier s'il est possible de faire évoluer les conditions d'entrée. Cette modification dans l'accès aux IFSI se traduit davantage par une augmentation du taux d'abandon, que par une augmentation du taux d'échec en fin de parcours. Le nombre de places a augmenté de 20 % et le nombre d'abandon de 30 % sur les trois années de formation. Au-delà, des questions peuvent être posées sur la construction des maquettes pédagogiques et sur le choix des stages. Une mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche est en cours sur ce chantier qui apparaît incontournable.

Le D^r Guy BENOÎT ne voit pas comment il est possible d'endosser une activité égale à celle de 2021 avec près de 1 000 infirmiers en moins. De plus, cette situation ne joue pas en faveur de l'attractivité. Il note qu'une cassure est intervenue en 2015 qu'il est possible d'attribuer à tort ou à raison à la réforme du temps de travail voulue par M. Martin HIRSCH. Pour rappel, 85 % des infirmiers recrutés en 2012 étaient toujours présents en 2014. Ce taux n'a fait que chuter depuis pour atteindre 65 % s'agissant des infirmiers recrutés en 2019 toujours présents en 2021. Par ailleurs, 1 450 infirmiers seront recrutés en 2022, soit un nombre supérieur à celui de 2019, or d'après le bilan social, le nombre d'infirmiers recrutés en 2019 était de 1 857.

M^{me} Laetitia BUFFET précise que le chiffre cité se rapporte aux recrutements de l'été.

Le directeur général confirme qu'il ne faut pas comparer un chiffre qui concerne l'année pleine à un chiffre qui se rapporte à la période allant de juillet à décembre. Or quelques arrivées, même si elles sont moins nombreuses que lors des sorties d'IFSI, ont dû avoir lieu au premier semestre. Ce chiffre sera donc communiqué aux membres de la CME.

Le D^r Guy BENOÎT relève que le nombre d'infirmiers recrutés en 2021 avait été de 1 363 sur la même période. Par ailleurs, puisque cette année la garantie de financement s'applique, il se demande si la réouverture « à tout prix » de lits est forcément une bonne idée et s'il ne serait pas préférable de lever le pied pour ne pas décourager les quelques infirmiers qui voudraient bien rester à l'AP-HP.

Le D^r Cyril CHARRON est inquiet du ratio des IDE par nombre de lits et se demande s'il ne faut pas faire définitivement le deuil d'un certain nombre de lits, même si la décision sera douloureuse, car la situation n'est pas tenable. Même si l'hémorragie des départs est moins importante, le ratio se dégrade et est appelé à se dégrader encore puisque les effectifs d'IDE diminuent de 500. Dans de telles circonstances, peut-être serait-il plus avisé de reconnaître que l'AP-HP n'y arrivera pas, car une réouverture des lits serait synonyme d'une dégradation des conditions de travail. Récemment, lors de l'une de ses gardes, une infirmière était en poste pour 29 lits de chirurgie, ce qui n'est pas tenable. Alors que les personnels continuent de quitter l'AP-HP et que les recrutements restent difficiles à concrétiser malgré les efforts fournis, la question doit être posée sans dogme.

Le D^r Patrick PELLOUX partage les constats dressés précédemment et se dit très découragé. Il pense que l'AP-HP pourrait envisager de changer la signification de son acronyme pour « Assistance

publique pour les hôpitaux privés ». En effet, des filières y sont désormais totalement organisées pour la chirurgie orthopédique et l'AP-HP perd du terrain. Face à cette situation, il faut lancer un plan de sauvetage ou dire la vérité et avouer que l'AP-HP renonce à certaines disciplines. Son inquiétude tient aussi au fait que la configuration actuelle ne permettra pas de faire face au flot attendu de visiteurs en Île-de-France pour les Jeux olympiques 2024. Alors que cette grande manifestation se tiendra en été, sera-t-il possible de maintenir le capacitaire alors qu'il est attendu une multiplication par deux de la population francilienne et que la Ville de Paris table sur la fréquentation de 14 millions de touristes. Comme d'autres l'ont dit avant lui, il est important de sonner l'alerte sur les dysfonctionnements de *Parcoursup* qui est une « usine » à empêcher les jeunes de suivre les études d'infirmiers.

Concernant l'attractivité et les heures supplémentaires, il existe deux réalités : dans le public, le taux est passé de 1,07 à 2,14 la nuit. Par ailleurs, les médecins libéraux, lorsqu'ils sont de garde, défiscalisent leurs heures sur la permanence de soins. Cette mesure a été obtenue grâce à l'action de leurs syndicats et leur permet d'engranger des cadeaux fiscaux pouvant atteindre entre 40 000 et 70 000 €. Proposer les mêmes mesures dans le public pour les métiers à garde sur lesquels il est difficile de recruter serait une mesure de bon aloi.

Il revient également sur l'ouverture d'une clinique de 400 lits et de 30 blocs opératoires à la Porte-Maillot qui ne pourra que siphonner tout ou partie de l'activité de l'hôpital public. Certes, la garantie de financement s'applique toujours aujourd'hui, mais elle ne perdurera pas. Or, moins l'activité sera forte et moins les recrutements seront nombreux puisque l'AP-HP sera moins attractive, c'est-à-dire que les deux mouvements se nourrissent mutuellement dans une spirale infernale.

Le D^r François SALACHAS estime que le tendancier sur quelques mois n'aide pas à la réflexion dans la situation dramatique actuelle sauf à y voir une incantation démontrant que l'AP-HP remonte lentement la pente. Beaucoup ne croient plus à ce type de démonstration conjoncturelle. La baisse des effectifs est dramatique puisque 2 500 postes infirmiers ont été perdus en cinq ans. Le delta entrées/sorties reste négatif et l'AP-HP va toujours « dans le mur », ou un peu plus doucement. Il faut désormais présenter la situation avec honnêteté afin de partager un constat commun. La question est également de savoir quelle décision sera prise en ce qui concerne le rythme de réouverture des lits et quelle communication sera faite auprès des équipes. Sera-t-il annoncé que l'AP-HP est malade, convalescente et que, par conséquent, il est nécessaire d'instaurer une pause dans les ouvertures de lit, le temps de réunir des effectifs permettant cette réouverture avec des ratios décents, définis par les équipes concernées ? Un discours clair s'impose pour mettre fin à une communication à deux vitesses entre le monde réel et ce qu'il est bon ton de dire pour ne pas affoler. Pour terminer, il estime qu'il serait intéressant d'entendre l'orthopédiste qui a quitté la Pitié-Salpêtrière, car sa décision a dû être prise la mort dans l'âme. Cette situation rejoint certainement les raisons qui poussent les personnels paramédicaux à quitter l'institution. L'urgence est aujourd'hui de convaincre, peut-être avec quelques expériences pilotes, et de passer d'une culture managériale du contrôle à celle plus efficace de la confiance.

Le directeur général indique que le P^r Frédéric KHIAMI qui a quitté la Pitié-Salpêtrière a été reçu par M^{me} Christine WELTY dans les jours qui ont suivi l'annonce de sa décision. Il est lui-même disposé à rencontrer ce praticien comme il a déjà eu l'occasion d'échanger avec des chirurgiens ayant pris la décision de quitter l'AP-HP. Il ajoute que trois infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) ont également annoncé leur volonté de quitter le service de chirurgie orthopédique de la Pitié-Salpêtrière, mais pour trois motifs très différents : le premier pour faire de l'intérim, le deuxième pour partir en province et le troisième pour changer de métier. Ces situations montrent que le point de départ porte sur les conditions d'exercice, mais la crise COVID-19 a renforcé certaines questions.

Plus globalement, la situation des blocs est sensible et se tend depuis les dernières semaines. À l'hôpital Avicenne, par exemple, l'ouverture des blocs est de 50 %. Une réflexion est menée pour savoir si une mission rapide pourrait être conduite pour venir en soutien. C'est un levier ressources humaines sur lequel il faut se sur-mobiliser. Des réflexions et des partages d'expérience sur la gestion des blocs sont aussi à envisager, car les pratiques sont différentes d'un service à l'autre et d'un établissement à l'autre.

Le directeur général précise de pas avoir dit que la situation s'améliorait massivement et rappelle qu'il a dissipé tout risque de malentendu à ce sujet. Pour autant, il lui semble que les chiffres de 2022 ne témoignent pas d'une évolution uniquement négative, notamment car le solde net sur les infirmiers en 2022 sera positif. Certes, l'écart est encore grand pour reconstituer le nombre d'infirmiers à l'AP-HP connu il y a un an, deux ans ou cinq ans, mais il est un fait que le solde net pour les infirmiers sera positif, c'est-à-dire que les entrées seront plus nombreuses que les sorties. C'est un mouvement à poursuivre, mais à prendre pour ce qu'il est.

Des questions ont également été posées sur les ressources en vue de savoir si les forces infirmières devaient aider à ouvrir des lits ou à consolider les équipes fragilisées. Cet arbitrage est d'ailleurs une des questions qu'il pose dans le document qui sera remis le 14 septembre aux membres de la CME. Ce n'est pas un sujet tabou. Cependant, la réponse ne sera pas binaire, car, à plusieurs endroits, la communauté médicale sera la première à affirmer qu'il faut absolument rouvrir des lits pour assurer les prises en charge et fluidifier les parcours. Si la question est posée clairement dans le document, c'est parce qu'il mesure bien que toute arrivée supplémentaire conduisant à une augmentation à due concurrence du capacitaire, pourrait conduire à tirer à nouveau sur la corde jusqu'à la rupture et ainsi amener à refermer ces lits rapidement. Le sujet doit être posé dans ces termes, et renvoyer à un dialogue de proximité pour essayer de trouver les bons équilibres. Le directeur général ne croit pas que la solution sera de consacrer toutes les ressources supplémentaires à la réouverture des lits ni qu'elles doivent conduire uniquement à conforter les équipes : il faudra trouver les bons compromis. **Le directeur général** admet que l'AP-HP est convalescente et que les équipes sont fragilisées, de ce fait, il faut trouver les bons dosages.

Le président pense que les responsables d'équipe, c'est-à-dire le chef de service et le cadre, devront être impliqués, car ce sont eux qui connaissent exactement la charge de travail, la typologie des patients et la capacité de l'équipe paramédicale à faire face à la charge de travail. En effet, il faut rappeler qu'un infirmier ayant rejoint les effectifs il y a trois mois ne prend pas en charge les mêmes missions qu'un infirmier plus expérimenté. Les responsables d'équipe sont véritablement les mieux à même de juger la situation : c'est un point à rappeler, car ces responsables sont rarement consultés sur ces questions.

Le directeur général reconnaît au sujet des Jeux olympiques (JO) 2024 qu'il faudra s'appuyer sur une estimation fiable de la fréquentation pour que l'AP-HP puisse être au rendez-vous de ce grand événement qui se tiendra entre la dernière semaine de juillet et la première quinzaine du mois d'août 2024. Un travail est engagé avec les représentants de l'État pour évaluer la sur-fréquentation touristique. À ce sujet, bien qu'il ne croit pas à une affluence de 14 millions de personnes, il faudra mesurer l'impact de cette surfréquentation. Pour ce faire, il faudra tenir compte de l'impact des JO de Londres ou d'Athènes sur la fréquentation hospitalière. La prévision pour Paris s'appuiera essentiellement sur ce qui aura été observé à Londres où ont été organisés les Jeux olympiques les plus récents en Europe. Sur cette base, sachant que les JO de Londres avaient été un succès en termes de fréquentation, il sera possible d'estimer le recours supplémentaire aux hôpitaux sur la période par rapport à un mois d'été classique. Il est évident que cette manifestation induira une

charge supplémentaire, il faudra donc mettre en place un dispositif particulier. Pour autant, il ne pense pas que la sursollicitation du système hospitalier sera aussi forte qu'anticipée par certains.

Le D^r François SALACHAS souhaite préciser sa dernière intervention en expliquant qu'il plaide pour un choc de confiance. Or ce choc de confiance n'aura pas lieu sans subsidiarité et sans descendre d'un niveau pour que les décisions sur l'organisation et la qualité des soins s'effectuent au plus près des légitimes expertes du terrain. Certes, il existe des contraintes, mais la première étape est bien de donner la parole aux praticiens du soin et de convaincre que l'*empowerment* des équipes de soins ne restera pas un élément de langage sans traduction dans la vie de ces mêmes équipes.

4. Bilan et projets du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (D^{rs} Édith PEYNAUD et Mélanie Houot)

Le D^r Édith PEYNAUD précise que 285 000 produits sanguins labiles ont été délivrés à l'AP-HP en 2021, soit un produit sur deux en Île-de-France et environ 10 % de la consommation nationale. Le taux de traçabilité est proche de 99 %, même s'il devrait être de 100 %, et le taux de destruction conforme à l'objectif réglementaire, moins de 1 %. La répartition de l'activité transfusionnelle sur les différents GHU est contrastée ainsi que le taux de traçabilité par GHU.

Les consommations sur les exercices 2019, 2020 et 2021 ont été comparées pour estimer les effets de la crise Covid sur les consommations. Il en ressort que la consommation des produits sanguins labiles a baissé de manière significative entre 2019 et 2020, passant de 291 000 produits à 277 000, alors que le nombre de produits détruits est resté stable. Les produits qui ont le plus diminué sont les plasmas frais congelés (- 21 %), probablement à relier à la diminution du nombre d'accidents de la route dans le contexte de confinement. Le nombre de concentrés de globules rouges transfusés et le nombre de plaquettes transfusées, en revanche, sont restés stables, ce qui témoigne d'une bonne dynamique avec le maintien des chimiothérapies et de la prise en charge des maladies chroniques.

678 événements indésirables ont été déclarés à l'AP-HP en 2021. Près de 90 % sont des événements non sévères. Un décès a été recensé. Le nombre d'incidents transfusionnels est de 3 pour 1 000 produits sanguins labiles transfusés au niveau national. Une alerte est posée depuis plusieurs années sur le fait que le taux d'incidents déclarés à l'AP-HP est inférieur au taux national (proche de 3 sans atteindre ce seuil). De manière plus nette au cours des dernières années, il est noté que certains GHU sont en grande difficulté avec un taux de déclaration très faible (entre 0,21 et un peu plus de 1 pour 1 000 produits sanguins labiles transfusés sur certains périmètres). Force est de reconnaître que le taux de déclaration est hétérogène selon les GHU et que l'AP-HP est marquée par une tendance à la sous-déclaration des incidents.

L'analyse a conduit à corréliser le nombre de produits sanguins labiles pour 1 équivalent temps plein (ÉTP) de correspondant d'hémovigilance. Au sein du GHU Paris. Saclay, 1 ÉTP est comptabilisé pour 80 000 produits sanguins labiles. Cette situation conduit à un taux de déclaration très bas, car la charge de travail du correspondant est beaucoup trop importante. À l'inverse, le GHU Henri-Mondor peut être présenté comme un modèle avec une organisation de l'hémovigilance mise en place par le P^r Philippe BIERLING en son temps. Sur ce périmètre, il est décompté 1 ÉTP pour 25 000 produits, taux recommandé réglementairement au début de la mise en place de l'hémovigilance, ce qui conduit à aboutir à un bon taux de déclaration des incidents transfusionnels.

En 2018, l'AP-HP comptait 9,3 ÉTP contre seulement 8 en 2021. Ces chiffres montrent que le dispositif s'essouffle depuis la création de l'hémovigilance en 1996 : beaucoup de correspondants sont partis à la retraite. La plus grande tension dans les services complique le recrutement des

candidats qui pourraient vouloir devenir correspondants hémovigilance d'autant qu'il ne leur est offert aucun moyen, ni temps dédié. Dans les plus petits établissements, il leur est même proposé d'occuper cette mission sur une fraction de temps (comme 0,1 ÉTP) sans aucune aide.

Les correspondants hémovigilance sont des personnels médicaux. Au début du dispositif, il s'agissait préférentiellement de médecins, mais les pharmaciens sont désormais de plus en plus nombreux. Après le départ d'un correspondant hémovigilance, son remplacement est souvent long, car aucune véritable fiche de poste n'est proposée et qu'il n'existe pas de dynamique pour recruter. Grâce aux actions menées en 2022, un sursaut a néanmoins été noté et des établissements qui ne comptaient plus de correspondants depuis deux, trois ou quatre ans ont recruté, mais souvent sur des temps insuffisants et sans préciser le temps consacré à cette mission sur la fiche de poste.

Parmi les incidents graves, sont dénombrés des œdèmes aigus pulmonaires (OAP ou TACO pour *transfusion-associated circulatory overload*). Les recommandations émises par la Haute Autorité de santé (HAS) dès 2008 sont peu connues des médecins. En 2021, un décès a été enregistré. Les OAP post-transfusionnels représentent la première cause de mortalité liée à la transfusion. Dans la plupart des cas, ils étaient évitables si les médecins avaient respecté ou connu les recommandations professionnelles. Parmi les incidents graves, il convient de citer également ceux faisant suite aux hémolyses drépanocytaires qui sont fréquentes en Île-de-France. De plus en plus d'hémolyses drépanocytaires se trouvent dans une impasse transfusionnelle.

Très peu de déclarations sont enregistrées pour les incidents graves de la chaîne transfusionnelle en 2021. Elles sont principalement déclarées par les GHU où les correspondants hémovigilance disposent d'un temps suffisant pour mener leur mission. On note la persistance des erreurs relatives à l'identité-vigilance qui entraînent ou peuvent entraîner une erreur de receveur et des incompatibilités ABO (8 erreurs receveurs ont été recensées en 2021). Par ailleurs, une augmentation des défaillances en relation avec une erreur de prescription médicale et erreur de délivrance est à noter.

Une enquête a été menée en mars 2022 sur la formation du personnel hospitalier à laquelle seuls 18 hôpitaux ont répondu. Sur ces 18 hôpitaux, 15 continuent d'organiser des formations à destination des IDE : 10 exclusivement en présentiel (mais compte tenu de la tension sur les ressources, les formations programmées pour un nombre de personnes défini peuvent finalement ne réunir que 3-4 professionnels), 4 en présentiel et apprentissage à distance et 1 uniquement en apprentissage à distance qui est un format intéressant, mais pas forcément adapté à l'activité d'un établissement. Dix hôpitaux ont aussi organisé des formations à destination des médecins, internes ou seniors. Ces formations ont uniquement eu lieu en présence physique, sans formalisation et essentiellement en direction des internes.

Pour rappel, le correspondant d'hémovigilance a pour mission de former les équipes et de prévenir les incidents. Il joue un rôle déclaratif des événements indésirables et est responsable de la traçabilité des produits sanguins labiles. Souvent, ce dernier anime également le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance. Par ailleurs, au cours des dernières années, il a joué un rôle très important dans l'accompagnement de la prise en main du dossier transfusionnel *Orbis* et dans la préparation à la certification de la HAS. En l'absence de correspondants d'hémovigilance et/ou de temps dédié suffisant, le taux de déclaration des événements indésirables diminue, une absence de déclaration et d'analyse en cas d'accidents graves est constatée ainsi qu'une disparition des actions de formation et de prévention et la réalisation d'audits. Les derniers audits montrent que les obligations réglementaires des médecins sont ignorées, méconnues. Du côté des infirmiers, les obligations sont globalement bien connues et effectuées. Il existe aussi une dégradation possible des indicateurs tels que la traçabilité des produits sanguins labiles. Par ailleurs, il n'y a pas

d'utilisation du dossier transfusionnel *Orbis* ni de prescription de produits sanguins *via* ORBIS. Assez souvent, il a été cherché à remplacer le correspondant médical par un temps paramédical notamment pour gérer la traçabilité. Cette initiative est intéressante, mais un temps paramédical ne peut pas remplir toutes les missions du correspondant médical.

Plusieurs indicateurs avaient été définis dans le cadre du projet qualité de l'AP-HP : le taux de traçabilité (plus de 99 %), le taux de destruction, le taux de déclaration (2,37 pour 1 000 produits à l'AP-HP) et le nombre de correspondants hémovigilance pour 25 000 produits (à l'AP-HP, il manque environ 3,5 ÉTP).

Le nouvel objectif est donc de désigner un correspondant hémovigilance pour chaque établissement avec une fiche de mission et une quotité de travail adaptée à l'activité transfusionnelle de l'établissement. Pour s'investir dans la mission, proposer des formations et se rendre dans les services, il semble indispensable qu'il y ait au moins 0,2 ÉTP pour les établissements transfusant plus de 1 000 PSL/an et 1 ÉTP par 25 000 PSL/an. L'objectif est également d'harmoniser les messages de formation à destination des infirmiers, médecins et transporteurs, d'autant que la réglementation a introduit des nouveautés au cours des dernières années. Au niveau des GHU, l'objectif est de viser une harmonisation des organisations d'hémovigilance avec une sanctuarisation des postes d'hémovigilants, rattachés à des pôles non cliniques, pour que le poste ne soit pas réintégré dans un pôle clinique au moment du départ d'un correspondant hémovigilance. Il est également souhaité que des audits soient conduits de manière régulière afin de faire évoluer : le taux d'information pré-transfusionnelle, la traçabilité de l'analyse bénéfice-risque de la transfusion, la prescription de l'acte transfusionnel par médecin à l'IDE (qui est souvent méconnu, mais obligatoire depuis novembre, car l'infirmier ne peut pas réaliser la transfusion sans cette prescription), le taux d'information et le suivi post-transfusionnel. Par ailleurs, des analyses telles que la pertinence des examens biologiques et des coûts engendrés seraient intéressantes à être menées.

Le D^r Mélanie Houot rappelle que les deux objectifs principaux de la nouvelle instruction de novembre 2021 sont de prévenir les erreurs évitables d'attribution des produits sanguins labiles, responsables d'incidents et d'effets indésirables graves, et de limiter l'apparition des œdèmes pulmonaires de surcharge. Cette nouvelle instruction comporte quatre fiches techniques et une annexe reprenant toutes les étapes du processus transfusionnel. Cette circulaire a été envoyée aux directeurs des établissements, mais son relai au niveau des services est inconnu. En effet, cette diffusion interne dépend certainement de la présence ou non d'un hémovigilant au sein de l'établissement.

La certification de la HAS pose des exigences, notamment en termes de transfusion. Elle pointe la responsabilité du médecin à trois étapes : l'information pré-transfusionnelle et post-transfusionnelle du patient, la traçabilité bénéfice-risque et la prescription de la transfusion (précisant notamment le débit). Ces exigences démontrent le besoin d'une collaboration étroite entre médecins et équipe paramédicale.

Afin de préparer les équipes à la certification, un groupe de travail a souhaité leur mettre à disposition des outils. Pour ce faire, un questionnaire a été adressé en juin 2021 à tous les médecins prescripteurs de l'AP-HP afin de dresser un état des lieux des connaissances actuelles, mais aussi de présenter les nouveaux outils institutionnels et effectuer des rappels sur la réglementation. À l'issue de ce questionnaire, un triptyque avait été mis à disposition des participants. Ce questionnaire a permis de collecter 410 réponses complètes dans 31 hôpitaux, dont 13 disposant du dossier transfusionnel *Orbis*. Les principaux enseignements de ce questionnaire portent sur la méconnaissance des obligations réglementaires et des recommandations professionnelles,

notamment l'information pré-transfusionnelle et post-transfusionnelle et concernant la prescription à l'IDE du débit transfusionnel. Ils ont aussi mis en avant une méconnaissance des outils déjà proposés par le réseau des hémovigilants. Cette initiative a conduit à mettre en place une grille AP-HP traceur ciblé transfusion. Cette grille a été mise à disposition de tous les établissements *via* le logiciel de travail collaboratif et de partage de fichiers du type de la direction qualité et affaires médicales (DPQAM). Cette grille est bien entendu à adapter localement.

Le dossier transfusionnel *Orbis* mis à disposition n'est aujourd'hui que partiel. Il a été mis en place en 2020 et 13 hôpitaux l'utilisent à ce jour. Son utilisation dépend de la présence d'un correspondant hémovigilance sur site. À date, le dossier comporte quatre onglets : biologie pré-transfusionnelle ; information pré-transfusionnelle ; prescription des PSL ; événements indésirables. C'est un outil qui vise à aider au quotidien. L'appropriation de cet outil est suivie au travers de trois indicateurs en constante augmentation (nombre d'ordonnances générées, nombre de lettres d'information pré-transfusionnelle, nombre de dossiers transfusionnels créés). Un quatrième indicateur (nombre de documents scannés) va être également suivi. Cette progression est prometteuse et doit permettre de cibler une amélioration des pratiques. Des évolutions sur *Orbis* ont été demandées : notamment, que les débits transfusionnels sur l'ordonnance soient ajoutés sous forme de cases à cocher, et cela afin d'aider à la prescription et à sécuriser l'acte transfusionnel. L'examen de cette demande a pris un peu de retard, mais sa mise en œuvre semblerait imminente. Une autre demande d'évolution concerne l'informatisation des étapes de réception et de traçabilité de l'acte transfusionnel au lit du patient pour disposer à terme d'un dossier transfusionnel complètement dématérialisé et ainsi sécuriser le processus.

Des manques majeurs existent cependant toujours dans l'outil : le rendu de la biologie de l'établissement français du sang (ÉFS) dans *Orbis*, qui est réglementaire depuis 2018 (prévu par les équipes informatiques de l'AP-HP au mieux pour 2023 pour les premiers hôpitaux et 2025 pour les derniers et plus gros transfuseurs) ; la prescription de produits sanguins labiles connectée à l'ÉFS (pas de date d'échéance connue) ; le flux de l'ÉFS vers les établissements avec l'envoi des données de délivrance dans *Orbis* (sans date d'échéance).

Le président retient notamment qu'il manque des correspondants hémovigilance, même si ce n'est pas la première fois que ce constat est dressé. Par ailleurs, l'outil *ORBIS* en cours de déploiement, n'est pas encore au point, mais permet d'avancer dans la bonne direction.

Le Pr Catherine PAUGAM-BURTZ peut comprendre la complexité de la connexion avec les systèmes de l'ÉFS, mais des aberrations sont aujourd'hui constatées, par exemple avec trois à quatre cartes de groupe sanguin par patient faute de pouvoir vérifier que l'ÉFS a déjà deux cartes de groupe sanguin et une recherche d'anticorps anti-érythrocytaire (RAI) de moins de 30 jours.

Le Dr Mélanie Houot confirme en effet que l'absence de mise à disposition des résultats dans *Orbis* engendre des groupes supplémentaires.

Le Dr Cyril CHARRON précise que les erreurs ne sont pas du fait d'*Orbis*. L'établissement français du sang n'a pas voulu communiquer pendant des années. Sa politique semble évoluer aujourd'hui, mais à chaque changement de direction fonctionnelle il faut repartir de zéro. Le deuxième problème tient au logiciel de gestion des laboratoires GLIMS même si la dernière version devrait pouvoir apporter un certain nombre de réponses. Cependant, les déploiements de GLIMS sont longs et ont pris du retard. Il faut retenir que les difficultés ne tiennent pas à *Orbis*, car il s'agit d'une donnée numérique très simple à réceptionner. Le problème rencontré tient au flux entre l'ÉFS et l'AP-HP.

5. Impact de la réforme des autorisations sur l'AP-HP et sur ses groupes hospitalo-universitaires (M^{me} Sophie BRUN)

M^{me} Sophie BRUN rappelle qu'une autorisation est une décision délivrée par la direction générale de l'ARS qui autorise les acteurs de soins à réaliser leur activité. C'est donc un outil essentiel de régulation de l'offre au niveau territorial. L'AP-HP a 700 autorisations couvrant 18 activités de soins, 150 autorisations d'équipements matériels lourds (ÉML) et 25 autorisations concernant les activités des pharmacies à usage intérieur (PUI).

Les travaux ayant conduit à aboutir à la réforme ont commencé en 2018-2019 avec des groupes de travail animés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui se sont tenus jusqu'à la veille de la crise sanitaire. Les travaux ont été suspendus en 2020 du fait du contexte de crise avant de reprendre dans le prolongement du « Ségur de la santé » et sur l'essentiel de l'année 2021. La réforme entre désormais dans sa phase finale. Fin 2021 et au premier semestre 2022, plusieurs décrets ont été publiés, mais sont encore attendus les textes qui concernent l'imagerie, la psychiatrie, la chirurgie, la médecine d'urgence et les soins renforcés. Ces textes devraient être disponibles fin septembre, mais des décalages de calendrier restent possibles. Pour les textes déjà parus et ceux à paraître, il est prévu une mise en application le 1^{er} juin 2023. Cependant, le dépôt des demandes de renouvellement des autorisations actuelles dans le nouveau régime ou de nouvelles autorisations interviendront après l'adoption du nouveau projet régional de santé 2023-2028, qui interviendra pour le 1^{er} novembre 2023 au plus tard. Concrètement, au regard des délais d'instruction suivant le dépôt des dossiers, le nouveau régime d'autorisation sera applicable essentiellement à compter de 2024.

M^{me} Sophie BRUN propose de balayer succinctement les principaux enjeux des textes déjà parus. Elle n'évoquera pas les textes non encore parus dans la mesure où leur contenu est susceptible d'évoluer par rapport aux versions provisoires connues à date.

Pour les activités de soins critiques, la réforme a des impacts significatifs. L'enjeu essentiel est d'élargir le périmètre du régime des autorisations à l'ensemble des soins critiques, là où aujourd'hui seules les réanimations sont soumises à des autorisations d'activités de soins, le reste des soins critiques étant soumis au régime des reconnaissances contractuelles dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). La réforme conduit aussi à une évolution des mentions de soins critiques, avec particulièrement la requalification des unités de surveillance continue (USC) en unités de soins intensifs polyvalentes (USIP) ou de spécialité ou, à défaut, en unités de soins renforcés qui seront des unités intermédiaires entre les soins critiques et les unités d'hospitalisation conventionnelle. Les unités de soins renforcés ne sont toutefois pas encore totalement définies aujourd'hui, les groupes de travail de la DGOS n'ayant commencé leurs travaux sur le sujet qu'avant l'été 2022.

Les textes couvrent à la fois les soins critiques adultes et les soins critiques pédiatriques avec la distinction d'un certain nombre de mentions. Un point saillant est que les unités de soins intensifs polyvalentes soient contiguës aux unités de réanimation sur les sites concernés. Il ne pourra plus exister à terme d'unités de soins intensifs polyvalentes distinctes physiquement des unités de réanimation sur les sites porteurs de réanimation. Les textes introduisent aussi une notion d'unité de soins intensifs dérogatoires pour les sites qui ne disposent pas de réanimation. Les mêmes principes sont proposés en pédiatrie. Les textes créent également une mention de réanimation pédiatrique de recours en plus de la mention de réanimation classique.

Pour l'AP-HP, l'enjeu est d'identifier le devenir de chacune des unités de soins critiques dans le cadre de la réforme, en particulier pour les unités de surveillance continue qui ne sont pas adossées

à une réanimation, afin de déterminer si elles deviendront des USIP dérogatoires, des unités de soins intensifs (USI) de spécialité ou des unités de soins renforcés, dont la définition n'est pas encore arrêtée.

L'AP-HP doit aussi se mettre en conformité avec les nouveaux ratios de personnels introduits par les textes, notamment sur les IDE, et s'assurer de la conformité de la composition des équipes pluri professionnelles, les textes précisant leur composition pour chacune des mentions.

Les textes posent également une question spécifique concernant les USC pédiatriques localisées sur des sites sans chirurgie pédiatrique : en l'état, les textes ne leur permettent pas de devenir USIP dérogatoires. La DGOS a été interpellée à ce sujet et a assuré que ces dispositions allaient évoluer à l'occasion de la publication du décret sur la chirurgie, afin de permettre de remplir cette obligation d'accès à la chirurgie pédiatrique par convention, sans mettre en danger les USC pédiatriques hors site de chirurgie pédiatrique de l'AP-HP.

La méthode de travail qui a été adoptée pour la réforme des soins critiques a été la même pour l'ensemble des réformes. Un comité de pilotage est mis en place pour le suivi de la mise en œuvre de la réforme. Il associe les collégiales concernées, les directions du siège concernées et les GHU. Un travail est aussi engagé sur l'outillage des GHU pour l'appropriation de textes assez techniques, mais aussi pour réaliser des autodiagnostic sur la conformité des services à l'ensemble des exigences posées par les nouveaux décrets. Le cas échéant, il est réalisé des études d'impact en termes d'effectifs et d'atteinte des seuils d'activité, car pour certaines réformes, des seuils d'activité sont fixés ou relevés.

Pour les soins médicaux et de réadaptation (SMR), dans la mesure où une présentation spécifique a été faite précédemment en séance, M^{me} Sophie BRUN rappelle uniquement que la réforme conduit à transformer les soins de suite et de réadaptation (SSR) en soins médicaux et de réadaptation, ce qui illustre la volonté de mieux mettre en avant le rôle de ces unités dans le parcours de prise en charge des patients. Pour l'AP-HP, l'enjeu est de se mettre en situation de proposer à la fois une offre conventionnelle et ambulatoire sur chaque site autorisé et chaque spécialité. Cette offre double peut être proposée sur site ou par convention. Aujourd'hui, certains sites ne disposent pas de la double offre. Il s'agit de s'assurer des bonnes articulations entre les sites pour garantir cet accès. L'enjeu est aussi de respecter les conditions de composition des équipes pluridisciplinaires et de s'assurer de la correcte intensité de la rééducation, les textes prévoyant un nombre d'interventions par patient et par jour. L'enjeu pour l'AP-HP porte également sur la mise en conformité des locaux et plateaux techniques. La méthode utilisée pour les SMR est la même que pour les soins critiques (comité de pilotage, outils de pilotage, analyse des activités).

Pour la cancérologie et le traitement des cancers, les principaux points de la réforme portent sur le renforcement des dispositions transversales sur la qualité et la sécurité des soins. La réforme propose l'instauration d'une gradation de l'offre, particulièrement en chirurgie oncologique et pour les traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC). Elle relève des seuils, sur la chirurgie majoritairement, notamment pour les cancers du sein, mais également pour la chirurgie digestive avec l'introduction de nouveaux sous-seuils par organe. Elle conduit également à relever le seuil pour les TMSC. La réforme propose aussi des nouveautés sur les modalités de régulation de l'offre pédiatrique assurée désormais par l'ARS.

Les enjeux pour l'AP-HP portent sur le respect des seuils d'activité. Trois sites sont fragiles vis-à-vis de ces seuils, l'enjeu est donc de renforcer leur activité pour qu'ils ne soient pas mis en danger. Il convient également de mesurer l'impact des modifications des seuils sur l'offre régionale puisque

certaines sites hors AP-HP pourraient ne pas les atteindre, ce qui conduirait à revoir la structuration de l'offre régionale.

Concernant la cardiologie interventionnelle et la neuroradiologie interventionnelle, les textes prévoient l'instauration d'une gradation des soins et le renforcement des exigences de qualité et de sécurité des soins.

Pour l'AP-HP, peu d'enjeux de seuil identifiés sur la cardiologie interventionnelle pour les sites détenteurs d'une autorisation. Le site de Necker qui ne dispose pas aujourd'hui d'une autorisation en propre, mais relève de l'autorisation accordée à Bicêtre, est en dessous du seuil. L'enjeu est de travailler à la préservation du régime dérogatoire actuel pour ce site. Il existe quelques enjeux liés à la mise en conformité aux nouvelles conditions concernant l'accès à certaines unités sur site ou par convention, notamment pour le GHU Centre, sans pour autant que ces mises en conformité ne soient considérées comme critiques. En revanche, pour les deux réformes, il existe l'enjeu de pouvoir analyser l'impact de l'instauration des nouveaux seuils et des nouvelles mentions sur l'organisation de l'offre au niveau régional, notamment sur la neuroradiologie interventionnelle avec la création de la mention A, pour la réalisation de la thrombectomie mécanique et des actes diagnostiques associés, conduisant à ce que des sites aujourd'hui puissent l'être demain. Se pose ainsi un enjeu d'articulation des établissements avec les sites qui seront autorisés demain, pour bien structurer le maillage de l'offre. Pour ce qui concerne le contrôle du respect des seuils, le département d'information médicale (DIM) du siège, en lien avec les GHU, réalise des analyses pour s'assurer de la conformité de l'ensemble des sites.

Pour la médecine nucléaire, les enjeux sont peu importants pour l'AP-HP. Le texte propose de passer d'une autorisation à l'équipement à une autorisation à l'activité. Cela signifie qu'un site autorisé pourra demander à installer des équipements supplémentaires dans la limite de trois équipements. En revanche, tout équipement supplémentaire au-delà de trois nécessitera une autorisation de l'ARS. Un seuil maximal est fixé à neuf équipements par site. À l'AP-HP, les 11 sites autorisés détiennent aujourd'hui jusqu'à cinq équipements. La réforme impacte en revanche la forme juridique des coopérations. L'AP-HP opère avec un partenaire privé un équipement de médecine nucléaire dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens, porteur de l'autorisation d'ÉML. Dans le cadre de la réforme, un GCS de moyens ne pourra pas être titulaire d'une autorisation de médecine nucléaire ; il faudra, en l'état des textes, passer par un GCS établissement de santé, bien plus lourd à administrer.

Pour l'assistance médicale à la procréation (AMP), le texte est simplement un texte de transposition des autorisations au nouveau contexte de la loi de bioéthique qui introduit la préservation de la fertilité hors raison médicale. Pour l'hospitalisation à domicile (HAD), la réforme propose de basculer vers le régime d'une activité de soins. Ce ne serait donc plus une modalité d'exercice de soins de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou SSR. Pour l'AP-HP, ces changements sont sans risque particulier : l'institution est conforme avec l'ensemble des dispositions. L'enjeu sera surtout de préserver le périmètre géographique régional de l'autorisation et de s'associer éventuellement avec d'autres acteurs qui ne respecteraient pas d'entrée de jeu l'ensemble des critères pour maintenir un maillage territorial satisfaisant. L'enjeu sera aussi de travailler à l'offre d'HAD de rééducation. Pour la médecine, aucun enjeu particulier ne se pose. Il s'agit essentiellement d'introduire dans le code de la santé publique les conditions d'attribution des autorisations de médecine qui n'existaient pas jusqu'ici. L'AP-HP est pleinement en conformité avec l'ensemble des dispositions. Comme pour le SMR, il convient cependant de disposer d'une offre ambulatoire et conventionnelle sur site ou par convention. Deux sites ne disposent que de l'une de ces modalités.

La réforme des pharmacies à usage intérieur est intervenue antérieurement. L'AP-HP est actuellement dans une phase de renouvellement de ses autorisations dans le cadre du nouveau régime introduit en 2018. Il a été noté ici une très forte mobilisation des PUI. Les dépôts de dossiers d'autorisation sont attendus en 2022 et 2023 pour être autorisés dans le nouveau régime au 31 décembre 2023 au plus tard.

Le président remercie M^{me} Sophie BRUN pour ces informations importantes qui peuvent avoir des impacts sur l'organisation des services. Sur l'AMP, il a entendu qu'il n'y avait pas d'enjeux alors que la loi de bioéthique ouvre l'AMP à un plus large public. Or, les moyens disponibles actuellement dans les services ne sont pas suffisants au regard d'une demande qui explose.

M^{me} Sophie BRUN explique que c'est uniquement le décret relatif aux autorisations qui n'emporte pas d'enjeux et non la loi de bioéthique.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que la présentation ne fait figurer aucun chiffre, ce dont il s'étonne. Il souhaite donc savoir si cette réforme aura aussi un impact financier et si certaines activités devront fermer consécutivement à ces réformes. Il suppose que la réforme des soins médicaux et de réadaptation (SMR) sera très complexe à mettre en place et qu'elle aura un impact financier colossal pour l'AP-HP. Or ces données n'apparaissent pas dans la présentation.

Le président précise que l'aspect financier de la réforme des SMR avait été abordé lors de la présentation du P^r Frédéric BATTEUX lors d'une précédente CME, qui précisait que l'impact financier ne serait pas négligeable.

M^{me} Sophie BRUN précise qu'elle a centré la présentation sur la réforme des autorisations qui est à distinguer de la réforme des financements, même s'il faut envisager l'ensemble. Pour les SMR, les deux réformes arrivent effectivement au même moment avec des impacts convergents. Cependant, les réformes des autorisations ne devraient pas conduire à fermer des services, car l'essentiel des conditions de fonctionnement sont remplies aujourd'hui. Sur les écarts identifiés, l'analyse pointe la cible à atteindre pour maintenir l'offre en l'état. L'AP-HP n'est pas en danger dans

Le P^r Jacques DURANTEAU rappelle que l'AP-HP a une spécificité s'agissant du fonctionnement de certaines salles de réveil, notamment celles présentes dans les *trauma-centers* qui accueillent les grands gardes de neuro-chirurgie ou les stroke. C'est une activité de réanimation ou de surveillance continue souvent méconnue ou incomprise, mais pourtant capitale puisque ces salles de réveil jouent au quotidien un rôle tampon, surtout face aux fermetures de lits de réanimation. Elles ont permis de passer la crise COVID et permettent tous les jours de maintenir les activités chirurgicales. Il convient donc de les prendre en compte pour reconnaître cette activité, et les équipes.

Le P^r Bernard GRANGER souligne que ces réformes semblent démontrer que la France souffre en effet d'un excès de réglementation. Pourtant, lors du « Ségur de la santé », une simplification des procédures avait été annoncée. Face à ces réformes, il souhaite donc savoir si la direction générale estime vraiment que c'est le cas.

M^{me} Sophie BRUN explique que la simplification n'est pas totale, mais force est de reconnaître que certaines dispositions pratiques ont vocation à simplifier la vie des établissements dans le processus d'autorisation. Ces simplifications passeront notamment par un système d'information pour les demandes d'autorisation évitant d'effectuer de multiples saisies des informations générales relatives aux sites autorisés. C'est un point important, notamment pour les équipes administratives. Les réformes visent aussi à alléger la charge des équipes en allongeant la durée des autorisations, 7 ans au lieu de 5 ans et entraînent aussi des évolutions dans le procédé d'évaluation. Le système

reposait sur des visites systématiques d'évaluation des autorisations et reposera demain sur des indicateurs qui seront à identifier par discipline. Cette méthode conduira à fixer des seuils d'alerte visant à attirer l'attention de l'ARS sur certains acteurs plutôt que de procéder à une revue systématique de l'ensemble des sites.

Le D^r François SALACHAS souhaite savoir, pour les SMR et les unités de soins renforcés qui représentent de nouvelles façons d'exercer à l'hôpital pour des patients qui ne trouvaient pas bien leur place, si les sociétés savantes ont été impliquées dans la définition des prérequis et dans la définition des ratios de personnel, qui doivent être des ratios sécurisés. Il souhaite également savoir si de tels lits seront ouverts en 2023.

M^{me} Sophie BRUN ne peut pas répondre à la dernière question. Les groupes de travail de la DGOS ont été lancés avant l'été. Seules deux réunions ont eu lieu en juin et en juillet. Les sociétés savantes sont associées aux groupes de travail ainsi que les fédérations. L'enjeu des ratios est embarqué dans la réflexion, et se pose également la question du modèle de financement de ces unités qui reste un gros point d'interrogation aujourd'hui. Les USC bénéficient actuellement d'un financement avec des suppléments, mais aucune réponse n'est encore proposée sur le financement des unités de soins renforcés (USR). Cela fait partie des questions posées lors des concertations. Malheureusement, il n'existe aucune visibilité sur le calendrier d'adoption de cette réforme.

Le D^r Guy BENOÎT rejoint les remarques sur la simplification et explique qu'elle est encore attendue pour les PUI. Par ailleurs, il constate que les ARS qui font appliquer les textes peuvent exiger un dépôt des dossiers de PUI plus d'un an en avance alors que ce délai est de six mois pour les déclarations. Alors que, sur un point précédent de l'ordre du jour, il a été évoqué l'arrêt du Conseil d'État qui invite l'AP-HP à appliquer les textes sur le temps de travail, il s'étonne que les ARS n'appliquent pas la loi alors qu'elles peuvent se montrer extrêmement tatillonnes envers les établissements. Il ne comprend pas que l'AP-HP accepte une telle posture de la part des ARS.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ précise que des représentants de l'AP-HP effectuent depuis deux ans le tour des ARS pour expliquer qu'il existe d'autres façons de faire, l'AP-HP n'acceptant pas ces exigences, mais il est parfois complexe de dialoguer avec les interlocuteurs de l'ARS sur ces sujets.

Le P^r Jacques DURANTEAU a le sentiment d'une qualification abusive des surveillances continues dans les cliniques privées. De son point de vue, c'est une manière de dévier l'argent vers ces unités privées. Il souhaite donc savoir si la réforme est de nature à remettre de l'ordre.

M^{me} Sophie BRUN peut l'espérer. Ce sera un des enjeux à regarder lors des réflexions sur le projet régional de santé (PRS) 3 pour que les critères fixés par les décrets soient strictement appliqués dans les renouvellements d'autorisation et dans les nouvelles autorisations pour les sites qui ont aujourd'hui des USC sans réanimation et qui prétendraient au régime des USIP dérogatoires.

6. Avis sur le bilan social 2021 (M^{me} Marie-Cécile PONCET et M. Florian TAYSSE)

M^{me} Marie Cécile PONCET commente le bilan social du personnel médical qui intègre pour la première fois, les sages-femmes. L'évolution des effectifs médicaux seniors est de 1,51 % au total entre 2020 et 2021, avec des variations suivant les statuts : l'évolution des hospitalo-universitaires (HU) titulaires est stable, celle des praticiens hospitaliers (PH) est de 4 %, celle des assistants de quasiment 11 %. Les effectifs de praticiens attachés sont en diminution, mais c'est plutôt une anticipation de la mise en application de la réforme puisque ce statut disparaît.

L'augmentation des effectifs physiques est moins rapide que celle des équivalents temps plein (ÉTP). Il faut en déduire que la quotité de temps de travail augmente par personne physique. C'est le cas pour les praticiens, mais le mouvement inverse qui est noté pour les sages-femmes, avec potentiellement des exercices mixtes partagés. Les PH représentent la part la plus importante dans les équivalents temps plein rémunérés (ÉTPR) moyens pour 40 %, suivent ensuite les attachés (20 %) et les HU (19 %). Plus de 86 % des sages-femmes sont titulaires ou stagiaires de la fonction publique.

Les femmes sont majoritaires dans les effectifs seniors en 2021 (56 %) sur l'ensemble des statuts sauf pour les HU titulaires. L'âge moyen du personnel médical senior diminue très légèrement sans qu'il existe de fortes variations entre les statuts. L'âge moyen des sages-femmes évolue également peu. Pour les praticiens attachés et les HU titulaires, l'âge moyen tourne autour de 50 ans tandis que l'âge moyen des HU temporaires et des assistants est inférieur à 35 ans.

Les rémunérations brutes augmentent de manière significative (+ 7,24 %) entre 2020 et 2021. L'augmentation des rémunérations est particulièrement marquée chez les HU : + 9,6 % pour les maîtres de conférences des universités (MCU-PH), + 20,3 % pour les PHU, chefs de clinique assistants (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU). Elle est aussi en augmentation pour les PH temps partiels et les assistants.

La masse salariale évolue de 6,61 % et les rémunérations brutes de 7,24 %. Ces évolutions s'expliquent par le reclassement des PH avec des premières mesures appliquées au 1^{er} octobre 2020 (suppression des quatre premiers échelons et création de trois échelons terminaux). Par ailleurs, la rémunération des PHU suit celle des PH. Des augmentations salariales ont également été accordées pour les étudiants et les internes. L'indemnité exclusive de service public est passée de 500 € à 70 €, puis à 1 01 €.

Les dépenses d'intérim ont augmenté de manière significative et les dépenses liées au temps de travail additionnel (TTA) sont passées de 12 M€ en 2020 à 15 M€ en 2021 avec une majoration proposée dans le cadre des mesures COVID. La provision des comptes épargne temps (CET) a également augmenté sur la période. Les trois spécialités ayant des dépenses de TTA de plus de 100 k€ sont l'anesthésie, les structures d'urgence et la réanimation chirurgicale.

Le nombre des accidents de travail a diminué entre 2020 et 2021. Le nombre de jours d'arrêt est moindre tant pour les médecins que pour les sages-femmes. Le taux d'absentéisme est de 4 % en 2021 réparti équitablement entre raisons médicales et non médicales (congés parentaux, événements familiaux, absences irrégulières et services non faits). L'absentéisme des juniors est moins élevé que celui des seniors. Le taux d'absentéisme des sages-femmes est de près de 6 % et s'explique pour 3,5 % par des raisons médicales. Pour les seniors, les juniors et les sages-femmes, le taux d'absentéisme augmente en 2021.

Les rémunérations sont plus faibles chez les femmes que chez les hommes, quel que soit le statut. Les médecins seniors femmes gagnent en moyenne 92 000 € en 2021 contre 99 000 € pour les hommes. On peut émettre l'hypothèse que cette différence s'explique par une évolution de la féminisation de la profession, mais elle implique que les femmes ont moins d'ancienneté que les hommes, ce qui se répercute sur les échelons. Les effets volumes de la répartition des femmes et des hommes par statut peuvent également expliquer l'écart au global, les femmes étant minoritaires au sein des HU titulaires et plus fréquemment concernées par le travail à temps partiel. Le montant annuel des primes, indemnités et permanences des soins est également moins évalué pour les femmes que pour les hommes (avec une différence de 6 500 € en moyenne en 2021 contre 3 300 € en 2019). Les femmes sont sous-représentées dans 12 des 16 spécialités concernées par la

permanence des soins. Elles sont également sous-représentées sur les postes à responsabilité, directeurs de département médico-universitaire (DMU) par exemple avec seulement 28 %.

M. Florian Taysse présente les grandes lignes du bilan social des personnels non médicaux (PNM). Les effectifs PNM sont en baisse sur la période 2019-2021. Le nombre des titulaires et des stagiaires diminue tandis que le nombre de contrat à durée indéterminée (CDI) et contrat à durée déterminée (CDD) augmente. Malgré les retraitements, ce mouvement est essentiellement lié aux effets du COVID, essentiellement pour les agents de service hospitalier (ASH) et chargés de missions recherche. C'est dans la catégorie des ouvriers et agents techniques que sont inclus les ASH et les chargés de mission recherche. Le personnel soignant a diminué de 1,90 % entre 2020 et 2021, avec un état des effectifs arrêté à décembre. Il est noté aussi une diminution pour les personnels administratifs et de direction, essentiellement liée à un retraitement des chargés de mission qui ont rejoint la catégorie des personnels ouvriers et techniques.

Pour les aides-soignants, la pyramide des âges montre une faible représentation des jeunes. Il est noté une structure inverse pour les infirmiers, sous l'effet des recrutements en sortie d'école. Il est constaté une diminution du nombre de jours de CET stockés tant sur les catégories A que sur les catégories B. En revanche, il augmente pour les professionnels de catégorie C. L'absentéisme avait augmenté fortement en 2020, sans comptabiliser les autorisations spéciales d'absence, et il baisse en 2021, mais sans pour autant revenir au niveau de 2019. La même tendance s'observe en 2022 également.

L'augmentation du turn-over est visible au niveau global de l'AP-HP. Elle se retrouve au niveau de quelques qualifications, plutôt parmi les personnels administratifs et de direction et parmi les personnels ouvriers et techniques. Les taux affichés dans le document se rapportent aux mobilités hors AP-HP sans prendre en compte les mobilités internes.

Le nombre de départs en retraite avait diminué fortement en 2020 avant d'augmenter en 2021. Au cours des dernières années, le nombre moyen de départs en retraite tournait autour de 1 500, mais il remonte depuis.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc rappelle que les effectifs PNM étaient de 72 812 en 2017 (pour mémoire : 70 200 en 2019, 70 069 en 2020 et 69 420 en 2021) et de 73 000 ou 74 000 au début des années 2010. C'est bien le signe que les effectifs sont en diminution sur la décennie.

Le D^r Guy Benoît constate un creux dans la tranche d'âge 40-55 ans pour les personnels médicaux (PM) alors que la courbe remonte sur la tranche d'âge des 55 ans et plus. Plusieurs raisons peuvent sans doute être invoquées, mais une étude sur les causes de départs serait intéressante à mener.

Pour le personnel non médical, les effectifs sont passés de 73 400 en 2016 à 69 400, soit une baisse de - 4 000. Pour le personnel soignant, la baisse est de - 3 000 qui se décompose comme suit : - 2 000 entre 2016 et 2019 et - 1 000 entre 2019 et 2021. C'est surtout le personnel titulaire qui est concerné, passant de 61 000 à 55 000. Dans le même temps, il a été noté une augmentation des CDI et CDD. Ces évolutions ont été compensées par l'intérim (500 ÉTP en 2018 contre 1 600 en 2021). Les heures supplémentaires ont été stables jusqu'en 2018-2019, mais elles ont augmenté depuis pour les heures supplémentaires rémunérées tandis que les non rémunérées sont restées pratiquement stables. Elles représentaient 750 ÉTP en 2018, 1 000 en 2019 et 1 800 en 2021. Traduits en termes financiers, ce sont donc 23 M€ de dépenses d'intérim en 2018 contre 83 M€ en 2021 et 31 M€ d'heures supplémentaires en 2018 contre 180 M€ en 2021. En ajoutant les 1 600 ÉTP liés à l'intérim et les 1 800 ÉTP liés aux heures supplémentaires, on obtient 3 400 ÉTP, qui peuvent

être comparés aux 3 000 ÉTP perdus. Son propos n'est pas une critique personnelle à l'endroit du précédent directeur général, mais ce dernier affirmait que la réforme du temps de travail allait permettre d'économiser 4 000 emplois. Certes, ils ont peut-être été économisés, mais ils sont payés désormais.

Le P^r Bernard GRANGER souhaite savoir combien de chargés de mission ont basculé d'une catégorie à une autre.

M. Florian TAYSSE répond que 500 ont basculé tandis que l'augmentation des ASH a été de 200.

La CME approuve à l'unanimité le bilan social 2021.

7. Questions diverses

Le D^r Cyril CHARRON indique qu'un praticien hospitalier (PH) qui s'est mis en disponibilité de l'AP-HP en 2020 pour prendre un poste à responsabilité au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a demandé sa réintégration, sa mission étant terminée. Cependant, ce dernier rencontre des difficultés à faire aboutir sa demande qui traîne depuis plus de six mois. Malgré l'intervention du président de la CME et du président de la CME locale (CMEL), il peine à obtenir des réponses. Sur ce cas particulier, il souhaite que soit précisée la procédure à suivre pour les personnels en disponibilité.

Le D^r Guy BENOÎT constate que les présidents de CMEL sont plutôt enclins à défendre leurs prérogatives sur la révision des effectifs. En revanche, quand il s'agit de réintégrer un PH, ils renvoient vers le siège. Or, il serait assez logique que le GH d'origine gère ses effectifs.

Le D^r Éric LE BIHAN souhaite profiter de cette question diverse pour indiquer que la procédure en place pour réaliser une mutation d'un PH est également très lourde et complexe. Récemment, il a pu trouver un candidat intéressé, mais qui a été découragé par la procédure de détachement. Le Centre national de gestion (CNG) a réalisé des efforts pour que les postes passent au fil de l'eau. Il ne comprend donc pas les freins posés par les commissions d'effectifs qui se réunissent annuellement.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ précise pour le cas particulier évoqué en séance, que des contacts sont pris avec le GHU concerné. Compte-tenu des souhaits du praticien concerné, tout sera mis en œuvre pour qu'ils coïncident avec les possibilités offertes.

Le D^r Cyril CHARRON précise qu'il y a urgence à prendre une décision puisque cette personne ne percevra plus de salaire à partir de fin septembre.

Le président indique qu'il n'y a pas de question sur sa réintégration à l'AP-HP, mais c'est le point d'atterrissage qui reste à déterminer.

Le D^r Emmanuel Bui QUOC souhaite poser une question au nom du syndicat des chirurgiens, car ils sont inquiets du temps que pourrait prendre la saisie des données dans le logiciel *Chronos*.

M^{me} Marie Cécile PONCET précise que l'ancien outil *Medtime* sera abandonné. Il était rempli par les secrétaires ou par les praticiens. Dans tous les cas, était prévue une validation du chef de service. Le praticien, lorsqu'il avait besoin d'éléments, était obligé de passer par le bureau du personnel médical ou par les secrétaires. *Chronos* présente d'autres modalités. L'outil a été déployé sur deux groupes hospitalo-universitaires : Henri-Mondor et Centre – Université Paris Cité. Plus de 80 % des données sont remplies par les secrétaires ou les référents médicaux. C'est le chef de service ou le

référent médical qui peut les valider. La saisie n'est pas consommatrice de temps pour les praticiens même si des points sont à améliorer et des évolutions à proposer. Des formations sont maintenant lancées pour les bureaux des personnels médicaux des quatre autres GHU et trois autres établissements, puis une formation et des ateliers et vidéos seront déployés jusqu'au 15 décembre.

La séance plénière est levée à 19 heures 45.