COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 14 JANVIER 2025

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 11 MARS 2025

C1 - Interne

Sommaire

1. Informations du président 9

2. Approbation des comptes rendus des CME des 5 novembre et 3 décembre 2024 13

3. Plan cancer de l'AP-HP (Pr Serge UZAN) 13

4. Avis sur des projets de protocole de coopération (Pr Agnès HARTEMANN) 19

5. Évolution du dispositif des aides à la formation et à la mobilité (M. Emmanuel RAISON) 23

6. Médicaments et dispositifs médicaux : tensions d'approvisionnement (Pr Pascal PAUBEL) 27

7. Suivi de la mise en œuvre des « 30 leviers pour agir ensemble » (M. Milan LAZAREVIC) 31

C1 - Interne

CME du mardi 14 janvier 2025

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation des comptes rendus des CME des 5 novembre et 3 décembre 2024
3. Plan cancer de l'AP-HP (Pr Serge UZAN)
4. Avis sur des projets de protocole de coopération (Pr Agnès HARTEMANN)
   - « Consultation de santé sexuelle par l'infirmière en centre de santé sexuelle, centre de contraception et d'IVG en lieu et place du médecin ou de la sage-femme »
   - « Consultation infirmière de préparation et de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique, avec prescriptions de supplémentations vitaminiques et IPP et d'examens paracliniques en lieu et place du chirurgien et/ou du médecin. »
   - « Délégation de la correction de la délinéation des volumes cibles et des organes à risques et du choix de la dosimétrie dans le cadre de séances de radiothérapie externe adaptative pour une tumeur solide par le manipulateur en électroradiologie médicale en lieu et place de l'oncologue radiothérapeute, hors préparation. »
5. Évolution du dispositif des aides à la formation et à la mobilité (M. Emmanuel RAISON)
6. Médicaments et dispositifs médicaux : tensions d'approvisionnement (Pr Pascal PAUBEL)
7. Suivi de la mise en œuvre des « 30 leviers pour agir ensemble » :
   - Bilan d'étape du « levier 25 » relatif à l'accélération, à la simplification et au renforcement des dispositifs d'aide à la recherche (M. Milan LAZAREVIC)
8. Questions diverses

Assistent à la séance :

- ***Avec voix délibérative :***

Pr	Béatrix	BARRY	Pr	Nathalie	KUBIS
Pr	Alexandra	BENACHI	Pr	Karine	LACOMBE
Pr	Thomas	BLANC	Dr	Éric	LE BIHAN
Pr	Bahram	BODAGHI	Pr	Éric	LE GUERN
Mme	Maïssa	BOUKERROU	M.	Patrick	LÉGLISE
Dr	Diane	BOUVRY	Pr	Rachel	LEVY
Pr	Pierre-Yves	BRILLET			
Dr	Emmanuel	BUI QUOC	Mme	Marine	LOTY
Dr	Marina	CHARBIT			
Dr	Cyril	CHARRON	Mme	Fabienne	MARTEAU
Pr	Anne	COUVELARD	Pr	Emmanuel	MARTINOD
Dr	Christian	CUDENNEC	Dr	Olivier	MILLERON
Dr	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	Mme	Déborah	MONTMÉAT
Pr	Marie-Hélène	DELFAU-LARUE	Dr	Vianney	MOURMAN
Mme	Agathe	DELORME	Pr	Nicolas	OBTEL
Pr	Loïc	DE PONTUAL	Dr	David	OSMAN
Pr	Nicolas	DE ROUX	Pr	Yann	PARC
Dr	Georges	ESTÉPHAN	Dr	Juliette	PAVIE
Dr	Thierry	FAILLOT	Pr	Antoine	PÉLISSOLO
Dr	Julien	FONSART	Dr	Patrick	PELLOUX
Dr	Vincent	FROCHOT	Pr	Claire	POYART
Pr	Estelle	GANDJBAKHCH	Pr	Jean-Damien	RICARD
Pr	Sophie	GEORGIN-LAVIALLE	Dr	François	SALACHAS
Pr	Bertrand	GODEAU	Pr	Rémi	SALOMON
Pr	Bernard	GRANGER	Pr	Marc	SAMAMA
Pr	Agnès	HARTEMANN	Pr	Nathalie	SIAUVE
Dr	Sylvie	HAULON	Dr	Virginie	SIGURET-DEPASSE
Dr	Jean-François	HERMIEU	Dr	Farid	SLIMANI
Mme	Fabienne	HUARD	Dr	Jennifer	SOBOTKA
Dr	Anne	JACOLOT	Pr	Laurent	TEILLET
Pr	Nicolas	JAVAUD	Pr	Jean-Marc	TRÉLUYER
Pr	Jean-Marie	JOUANNIC	Pr	Marianne	ZIOL
Dr	Juliette	KAVAFIAN-LASSERRE			

- ***Avec voix consultative :***

– M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
– M. Yann GUITTIER, représentant du comité social d'établissement (CSE)
– Dr Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
– M. Loïc MORVAN, président de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

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

- Pr Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- Pr Lynda BENSEFA-COLAS, médecin responsable du service de santé au travail

- Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

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

– P^r^ Ėtienne GAYAT, directeur général adjoint
– MM. Emmanuel RAISON et Kévin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)

- ***Secrétariat de la CME :***

– Mme Sylvie LE GUILLOU (DAM)

- ***Invités :***

– Dr Olivier DRUNAT, président de la collégiale de gériatrie
– Pr Florence HUGUET, chef du service d'oncologie-radiothérapie de l'hôpital Tenon
– Pr Pascal PAUBEL, chef du service « Évaluations pharmaceutiques et bon usage (SEPBU) à l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) de l'AP-HP

- ***Membres excusés :***

– P^rs^, D^rs^, Mmes et MM. Mawan AMMAR, Philippe ANRACT, Anne-Sophie BATS, Fadi BDEOUI, Jean-Louis BEAUDEUX, Sophie BRANCHEREAU, Aurore BREGEON, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Caroline COLAS, Arthur DE BASTARD, Vianney DESCROIX, Édouard DEVAUD, Vincent GAJDOS, Jean-Marc GORNET, Ariane GUDIN-DE-VALLERIN, Patrick HINDLET, Sandrine HOUZÉ, Hawa KEITA-MEYER, Redwan MAATOUG, Nicolas-Marc MALAUSSE, Édan MALLET, Xavier MARIETTE, Philippe PIRNAY, Nathalie RICOME, Bruno RIOU, Sabine SARNACKI, Namik TARIGHT, Dominique THABUT, Briac THIERRY, Samir TINE, Valéry TROSINI-DESERT, Noël ZAHR

La séance s'ouvre à 15 heures sous la présidence du Pr Rémi SALOMON.

Le président présente ses vœux aux membres de la CME. L'année 2024 s'est malheureusement terminée par un drame, le décès brutal du Dr Christophe TRIVALLE le 20 décembre, qui a profondément affecté la CME et nombre de ses collègues de l'AP-HP. Le Dr Christophe TRIVALLE était praticien hospitalier, chef du service de gériatrie de Paul-Brousse, il avait été membre du comité consultatif médical de Paul-Brousse, puis membre de la CME depuis 2012, où il s'est, dès le début, beaucoup investi.

Le Dr Olivier DRUNAT, président de la collégiale de gériatrie, fait part de la tristesse de la collégiale d'avoir perdu brutalement un collègue, un compagnon et un ami. La collégiale a reçu de nombreux témoignages de respect et d'affection. Le Dr Christophe TRIVALLE était à la fois un homme de connaissance, de conviction et d'une grande humanité. Il se caractérisait également, comme le précise souvent un de ses amis, par une certaine parcimonie des émotions, qui cachait en réalité une grande humilité.

Il aimait faire référence à ses maîtres. Il évoquait fréquemment le Pr Éric BERCOFF, qu'il avait croisé à Rouen dans son parcours en médecine interne, mais également la Pr Renée SEBAG-LANOË, qui l'avait accueilli à Paul-Brousse avant qu'il ne prenne sa succession. Il citait souvent le Pr Jean-Pierre BOUCHON, décédé il y a peu de temps. La gériatrie compte ainsi de nombreuses pertes en peu de temps.

Il était connu par tous les gériatres de l'AP-HP, mais également au-delà, puisqu'il dirigeait un diplôme universitaire et qu'il était rédacteur en chef de la revue *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* (NPG).

Il était curieux de tout en gériatrie. Il était surtout méthodique et rigoureux. Il appréciait beaucoup d'accompagner les nouveaux collègues. Il avait développé sa réflexion notamment sur la vaccination des sujets âgés, en particulier sur la prévention du vieillissement pathologique. Il nous a malheureusement démontré la façon la plus radicale de l'éviter.

Tous regrettent un être profondément humaniste, à l'écoute des malades, soucieux de la qualité de vie au travail de ses équipes. Il était un véritable militant de la défense du service public hospitalier. Il manque à la communauté parce qu'il avait une réelle vision de la gériatrie. Il savait souvent rappeler les grands enjeux à venir. Il était qualifié de lanceur d'alerte ; il était visionnaire.

Pour le Dr Olivier DRUNAT, le Dr Christophe TRIVALLE est un modèle de praticien hospitalier. Il était capable d'accompagner ses patients au quotidien, de former les collègues, d'enseigner de façon académique et, simultanément, de prolonger sa réflexion par des études et des écrits. Il était également un modèle pour de nombreux gériatres.

Toute la collégiale se joint au Dr Olivier DRUNAT pour reconnaître en Christophe TRIVALLE un médecin, un gériatre émérite et pour lui rendre hommage.

Le Dr François SALACHAS intervient au nom du groupe des élus des praticiens hospitaliers et au titre du compagnonnage qu'il a entretenu avec le Dr Christophe TRIVALLE. Il souligne l'importance du Dr Christophe TRIVALLE au sein du groupe des praticiens hospitaliers élus à la CME depuis plus de dix ans. Il était guidé par une motivation sans faille. Il a exercé son mandat avec une conviction et un sérieux qui forçaient l'admiration. Ses interventions à la CME étaient toutes pleines de lucidité. Elles illustraient parfaitement sa connaissance des rouages de l'institution, mais qui, combinée à ses qualités de praticien de terrain, éclairait le débat. Il intervenait sans véhémence, mais avec une fermeté qui laissait poindre, sous une expression policée, une révolte et un refus d'abdiquer. Il avait en particulier à cœur de défendre la dignité de la personne âgée et la considération due aux équipes de soins qui avaient choisi d'y consacrer le meilleur d'elles-mêmes.

La perte est immense pour sa famille, pour ses amis, pour son équipe, pour ses compagnons de route à la CME, qui continueront de défendre de leur mieux les valeurs de l'hôpital public, comme le Dr Christophe TRIVALLE le faisait depuis plus de quinze ans, au sein d'abord du mouvement de défense de l'hôpital public, puis du collectif inter-hôpitaux, dont il était un membre important. Dans ce domaine, sa culture, sa rigueur, sa capacité de travail, son aptitude à transmettre les informations sur son *blog* ou les réseaux sociaux manqueront cruellement.

Le Dr François SALACHAS termine par une note plus personnelle en confiant qu'au cours des réunions, la bienveillance dont le Dr Christophe TRIVALLE faisait preuve à son égard en accueillant par un regard malicieux ses plaisanteries et ses jeux de mots parfois discutables restera gravée dans sa mémoire.

Le directeur général souligne que le décès brutal du Dr Christophe TRIVALLE a suscité une émotion qui dit beaucoup de la place qu'il avait prise dans le cœur de ses équipes, de ses collègues, mais également dans la vie de l'institution. Le matin du 20 décembre 2024, les membres du conseil de surveillance de l'AP-HP, où il siégeait comme représentant de la CME, l'attendaient. Il n'arrivait pas. Les membres du conseil de surveillance cherchèrent à le joindre jusqu'à l'annonce de sa mort par un SMS du Pr Frédéric ADNET qui les laissa sans voix et les plongea dans une tristesse infinie.

Le Dr Christophe TRIVALLE était un médecin passionné et exigeant. Il était également un homme d'engagement. Engagé, il l'était d'abord dans l'exercice de son métier auprès de ses patients. Il aimait ses patients. Lorsque le directeur général avait été accueilli l'année précédente par le Dr Christophe TRIVALLE dans son service à Paul-Brousse, il avait été frappé par la douceur de son regard, le calme de sa voix quand il leur parlait ou quand il les touchait pour les apaiser ou pour les rassurer. Engagé, il l'était également pour le développement de la gériatrie au sein de l'AP-HP, pour la modernisation des soins de longue durée, pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Le Dr Christophe TRIVALLE se battait pour ses malades, pour ses équipes, pour sa discipline, notamment afin d'obtenir la reconnaissance et les moyens adaptés à ce qu'il pensait être juste et nécessaire pour assurer une prise en charge de qualité. Il avait porté plus largement ce combat en défense de l'hôpital public, qui est un système de santé orienté vers la prévention et la qualité des soins.

Son activité sur les réseaux sociaux était l'une de ses manières de porter sa parole et ses messages, souvent avec humour, souvent également par un de ses « coups de griffes » qui ne laissaient jamais indifférent. Le directeur général avait d'ailleurs lui-même reçu un « coup de griffe » dès le premier jour de sa prise de fonctions, puisque le 5 juillet 2022 se tenait une CME dont le Dr Christophe TRIVALLE était l'un des membres toujours présents et incontournables. Il lui avait posé deux questions très précises sur la situation financière de l'AP-HP et sur les départements médico-universitaires. Les réponses apportées n'avaient pas eu la même précision que les questions, ce qui avait valu aussitôt au directeur général un tweet sévère. Toutefois, passé ce moment douloureux, le directeur général a rapidement appris à connaître le Dr Christophe TRIVALLE, à être conquis par sa compétence, son honnêteté intellectuelle, sa gentillesse et, pour reprendre des mots entendus après sa disparition, par son humanité profonde et touchante.

Le directeur général croit pouvoir affirmer, même s'il n'est pas certain qu'il le mesurait réellement, que par sa personnalité, son travail, son humour, son savoir et ses combats, le Dr Christophe TRIVALLE s'était acquis l'amitié et le respect de tous. L'institution, l'hôpital Paul-Brousse, ses équipes et plus largement le monde de la gériatrie ont perdu, évidemment, tout à la fois un formidable médecin, un défenseur passionné de l'hôpital public et tout simplement une très belle personne.

Le président connaissait le Dr Christophe TRIVALLE depuis son arrivée à la CME en 2016. Il sait combien il a été un des acteurs clés de l'instance. Toujours présent, il en était un des membres les plus actifs, intervenant très souvent pour prendre la défense de la gériatrie, mais également celle de l'hôpital public et de l'accès aux soins auxquels il était profondément attaché. Le président et le Dr Christophe TRIVALLE partageaient les mêmes valeurs qu'il défendait avec ardeur et beaucoup de talent.

Le président rappelle les différentes missions que le Dr Christophe TRIVALLE a occupées à la CME. Il a été membre de la sous-commission des structures et représentant de la CME à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France de 2012 à 2015, puis vice-président de la sous-commission des effectifs et du temps de travail de 2016 à 2019, puis représentant de la CME au conseil de surveillance et à la commission centrale de concertation avec les usagers, la commission de concertation avec les usagers (3CU), depuis 2020. Il a été également responsable, pendant 15 ans, du diplôme universitaire de prévention du vieillissement pathologique à la faculté de médecine de Paris XI, rédacteur en chef de la revue *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* (NPG), auteur de plusieurs ouvrages sur le vieillissement et la prévention.

Au-delà de la CME, le Dr Christophe TRIVALLE a beaucoup donné pour l'intérêt général. Il répondait présent lorsqu'il était sollicité dès lors que la sollicitation intervenait pour la cause commune. Le président souligne l'excellence de ses interventions sur les sujets de la qualité des soins. Il donnait beaucoup pour l'enseignement des plus jeunes et des moins jeunes, entièrement dévoué à celles et ceux de son service avec qui il travaillait, service qu'il dirigeait. Le président a pu le constater en leur rendant visite à Paul-Brousse. L'équipe est profondément bouleversée par la disparition précoce de son chef de service. Le président a une pensée pour ses membres aujourd'hui.

Le président a reçu de nombreux messages de collègues disant combien ils aimaient le Dr Christophe TRIVALLE, combien ils l'appréciaient pour ses qualités humaines et sa très grande gentillesse. Il souhaite citer les mots très justes du Dr Matthieu PICCOLI : « *C'est la gorge serrée que j'apprends cette terrible nouvelle. Le monde de la gériatrie est aussi clairement en deuil. Lui qui avait consacré sa carrière à mieux la faire connaître avec humanité, patience, pédagogie et humour. Il avait cette capacité d'allumer du regard la flamme de la complicité. Il fait partie de ces personnes que l'on croise en nombre infime, mais qui servent toujours de modèle des années après. Ayant eu la chance de l'avoir comme encadrant en tant qu'interne* ».

Le Dr Christophe TRIVALLE était très actif sur les réseaux sociaux. Le président a pu y lire également de nombreuses réactions après l'annonce de sa disparition. Il cite deux d'entre elles : « *Je viens d'apprendre le décès du Dr Christophe TRIVALLE. J'ai eu la chance de travailler un peu avec lui. Ça a été des moments géniaux, pleins de patience et de pédagogie, pleins de gentillesse, pleins de connaissance. Merci pour tout. Un grand monsieur nous quitte.* » ; « *Effectivement bizarre, connaître cette personne uniquement via les réseaux sociaux et être touché par sa disparition. Nous devions partager certaines valeurs.* »

L'ensemble des membres de la CME se souviennent des interventions du Dr Christophe TRIVALLE, notamment pour défendre la gériatrie. Ils n'oublieront pas et continueront de défendre cette discipline sans relâche. Le Dr Christophe TRIVALLE peut compter sur eux.

Au nom de toute la communauté médicale de l'AP-HP, le président adresse ses plus sincères condoléances à la famille et aux proches du Dr Christophe TRIVALLE. Il invite la CME à une minute de silence.

La CME respecte une minute de silence à la mémoire du Dr Christophe TRIVALLE.

1- Informations du président

Le président informe la CME que le Dr Cécile ROTENBERG, pneumologue à Avicenne, a quitté le groupe hospitalo-universitaire (GHU) Paris-Saint-Denis le 2 janvier, et a donc quitté son mandat de vice-présidente de la CME locale. Le Dr Samir TINE, gériatre à René-Muret, a été désigné pour la remplacer à titre intérimaire lors de la réunion de la CME locale du 18 décembre 2024. Une élection est prévue début mars 2025.

Le Pr Marie ESSIG, néphrologue à Ambroise-Paré, a été élue doyenne de l'unité de formation et de recherche (UFR) de santé Simone-Veil le 18 décembre.

Le Pr Nathalie CHARNAUX, ex-doyenne de l'UFR de Paris Seine-Saint-Denis, a été élue présidente de l'université Sorbonne Paris Nord le 9 janvier. Des élections seront prochainement organisées pour désigner un nouveau doyen ou une nouvelle doyenne.

Le président informe les membres de la CME que le directeur général a arrêté le nouveau règlement intérieur de l'AP-HP. Le président prendra prochainement une nouvelle décision de délégation de compétences dont il informera la CME lors de sa séance du 11 février.

Il ajoute que M. Denis ROBIN, directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, participera à un échange avec la CME le 11 février. La préparation de cet échange s'effectuera lors du bureau du 28 janvier. La veille de la CME, le 10 février, une réunion en présence du directeur général, de M. Denis ROBIN et du président abordera principalement le sujet de la pédiatrie.

Le président poursuit en expliquant qu'un groupe de travail sur les disciplines en tension est en cours de constitution. Ses résultats serviront à mettre à jour la lettre de cadrage de la révision des effectifs. Il invite

des représentants de chaque grande spécialité concernée à se porter volontaires auprès de M. Emmanuel RAISON pour y participer.

Le « point recherche » du 13 janvier a notamment évoqué le dispositif « praticien hospitalier recherche ». Il permet à des praticiens hospitaliers de se consacrer, à temps plein pendant un an ou à mi-temps pendant deux ans, à un projet de recherche en maintenant leur salaire hospitalier. Leur remplacement dans le service est assuré par le recrutement d'un contractuel financé par la direction de la recherche et de l'innovation. Un premier appel à candidatures a eu lieu en 2023 pour 10 postes. Un deuxième appel à candidatures s'est déroulé en 2024 pour 20 postes. Un nouvel appel à candidatures est désormais ouvert jusqu'au 3 février 2025 pour 30 postes. Il a également été question des plateformes technologiques dont le niveau de maturité varie.

Le président de la souhaite que ces plateformes fassent l'objet d'une présentation à la CME, notamment la plate-forme *Méary,* qui est la plus ancienne des plateformes.

Enfin, **le président** indique que le premier cycle des conférences budgétaires sur les investissements a débuté le matin même et qu'une synthèse sera présentée à la CME, compte tenu du contexte financier actuel qui pourrait remettre en cause certains investissements.

Informations du directeur général

Le directeur général aborde quelques points, dont le premier concerne l'épisode de **grippe** particulièrement intense vécu en Île-de-France. Le pic a été atteint entre le mercredi et le jeudi précédant la CME, avec une intensité probablement supérieure à celle de 2022. Pendant plusieurs jours consécutifs, 220 à 250 lits brancards ont été occupés dans les 17 services d'accueil des urgences (SAU) adultes. Malgré l'intensité de l'épisode, une meilleure résistance a été observée grâce à une anticipation plus efficace des processus de mobilisation des capacités hospitalières en aval. Cette amélioration est liée au travail effectué par les groupes hospitalo-universitaires (GHU) dans le cadre du dispositif « tensions hivernales – organisation de la réponse » (THOR). Un retour d'expérience sur la première année de THOR sera nécessaire pour identifier les pistes d'amélioration. Par ailleurs, les 610 lits supplémentaires ouverts depuis deux ans ont contribué à absorber le choc. Cependant, l'intensité régulière des épisodes de grippe suggère une récurrence probable, soulignant la fragilité structurelle du système, accentuée par une baisse de la vaccination en population générale, notamment chez les personnes âgées. Concernant les soignants, le taux de vaccination est de 19 %, en diminution chaque année.

S'agissant de la situation à **Mayotte**, à la suite du passage du cyclone, un appel au volontariat a été lancé auprès des professionnels de l'AP-HP. Plus de 2 000 professionnels de l'AP-HP se sont portés volontaires. Cependant, les besoins de renforts nationaux s'avèrent moins importants que prévu initialement, le bilan humain étant moins catastrophique qu'envisagé. Néanmoins, des besoins de renforcement de l'offre sanitaire, notamment du centre hospitalier de Mayotte, sont anticipés sur le long terme. Une convention a été signée avec cet établissement pour formaliser le soutien de l'AP-HP. À ce jour, environ huit professionnels de l'AP-HP sont partis en renfort à Mayotte.

Concernant les métriques de **ressources humaines** pour les personnels non médicaux en 2024, le bilan est globalement positif. Pour les infirmiers, le solde net est de + 949 professionnels. Ce résultat est nettement supérieur à celui de 2023 (+ 224 professionnels). En prenant en compte les mobilités internes, le solde d'infirmiers en fonctions est positif de 776 professionnels en 2024. Le directeur général évoque une belle réussite, à renouveler en 2025. Les préparateurs en pharmacie affichent un solde positif de + 39 professionnels, inversant la tendance négative des années précédentes. Cependant, les départs dans cette catégorie ont augmenté de 31 % en 2024, soulignant un enjeu de fidélisation. Le solde est positif, en l'occurrence, grâce aux recrutements. Les sages-femmes présentent un solde positif de + 53 professionnelles, avec près de 150 recrutements. Les effectifs des assistantes sociales sont également en hausse (+ 36 professionnelles) contre une baisse l'année précédente (– 18 professionnelles), avec enfin une baisse des départs de – 25 %.

Deux métiers connaissent des difficultés. Le premier d'entre eux est le métier des manipulateurs radio, qui enregistre un solde négatif de 10 professionnels. Les départs sont nombreux (14 départs en décembre 2024, par exemple). Les recrutements plus nombreux ne suffisent pas à pallier le nombre des départs. Le second métier en difficulté est le métier des infirmiers de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE). Le solde est de + 2 professionnels. Les effectifs, en réalité, sont stables à un niveau bas. Ces deux professions seront prioritaires dans les mois à venir.

L'**activité** de l'AP-HP a connu un léger fléchissement en novembre-décembre 2024. Le résultat financier ne s'améliorera pas par rapport à la prévision de – 460 M€, reflétant une dégradation nationale de la situation financière des hôpitaux publics, particulièrement des CHU. Cette situation est liée à une sous-compensation des mesures salariales nationales.

Le directeur général ajoute que le questionnaire du **baromètre social** (année 2) sera diffusé à partir du 20 janvier pour une durée de trois semaines. Il encourage les professionnels à une participation massive.

Le Pr Marie-Hélène DELFAU-LARUE demande l'inclusion des techniciens de laboratoire dans le bilan des personnels hospitaliers. Elle souligne l'importance de ce métier pour la médecine universitaire et la biologie, notant des difficultés de recrutement dans certains laboratoires. Par ailleurs, elle suggère la création d'un groupe de travail sur les biologistes, ce métier devenant en tension.

Le directeur général s'engage à inclure désormais les techniciens de laboratoire dans le bilan des personnels hospitaliers. Il assure cependant que la situation est moins tendue concernant cette catégorie de personnel que celle des manipulateurs radio et des infirmiers de bloc opératoires diplômés d'État (IBODE).

Le président prend note, pour sa part, de la demande d'un groupe de travail sur les biologistes.

Le Pr Nathalie SIAUVE soulève la question des radio-pharmaciens, considérés comme indispensables pour la médecine nucléaire. Une réflexion approfondie lui apparaît nécessaire concernant ce métier en tension.

Le président en prend note également. Il examinera avec les deux intervenantes précédentes la manière la mieux appropriée de traiter ces sujets.

Le Pr Estelle GANDJBAKHCH sollicite des précisions sur le métier de cadre.

Le directeur général confirme que le métier de cadre est classifié comme un métier en tension dans les dispositifs d'aide de l'institution. Il prend le point.

Le Pr Estelle GANDJBAKHCH souligne que les cadres sont souvent en grande souffrance.

Le directeur général précise que les effectifs de cadres sont globalement stables, mais avec de nombreux postes vacants.

Le Dr François SALACHAS exprime sa satisfaction concernant la présentation régulière du bilan relatif aux ressources humaines à la CME. Cependant, il souligne le manque d'informations sur les points haut et les points bas des recrutements. Cette donnée permettrait de mieux comprendre la situation actuelle, notamment concernant la reconstitution de l'effectif infirmier d'avant la crise de la COVID-19. Par ailleurs, il insiste sur l'importance de connaître le degré de fidélisation du personnel, compte tenu de la rapidité avec laquelle certains employés quittent l'institution après leur formation. Enfin, il s'interroge sur les actions mises en place pour améliorer l'attractivité de l'établissement.

Le président appuie les propos précédents sur la nécessité d'une vision plus précise de la fidélisation du personnel. Il juge le sujet essentiel pour la qualité des soins et l'attractivité auprès des jeunes professionnels, qui se sentent mieux quand ils sont encadrés par des collègues plus expérimentés. Il suggère l'introduction d'un indicateur permettant de rendre compte de l'ancienneté du personnel, notamment lors des conférences budgétaires.

Le directeur général s'engage à fournir des informations plus précises à l'avenir sur l'ancienneté moyenne des effectifs soignants. Concernant les effectifs infirmiers, il rappelle que l'institution a perdu 2 000 professionnels entre 2019 et le point bas de la crise de la COVID-19 intervenu en février-mars 2023.

Depuis lors, plus de la moitié du chemin a été parcourue pour reconstituer ces effectifs, avec un gain total de 220 professionnels en 2023 et de 949 professionnels en 2024, soit un solde positif d'environ 1 150 infirmiers, réduit à 1 000 professionnels environ en tenant compte des mobilités internes (la moitié des 2 000 professionnels perdus précédemment).

Il explique que la fidélisation se mesure par l'évolution du nombre de départs. Une baisse des départs combinée à une amélioration des recrutements indique une amélioration de la fidélisation. Pour les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH), malgré une forte augmentation des recrutements, les départs continuent de progresser, ce qui ne traduit pas encore une capacité à fidéliser correctement. En revanche, pour les assistantes sociales, le directeur général observe à la fois une augmentation des arrivées et une baisse des départs. Pour les infirmières, sur deux ans, il constate une augmentation de 28 % des arrivées et une diminution d'également 28 % des départs.

Le président souligne que le solde entre départs et arrivées reflète l'augmentation de l'effectif global, mais ne renseigne pas suffisamment sur la fidélisation et l'ancienneté du personnel. Il insiste sur l'importance de l'ancienneté dans des services techniques et pointus. Par exemple, dans certains services, l'ancienneté maximale n'est plus que de deux ans, alors qu'elle atteignait auparavant dix ans. Certes, certains services, comme la réanimation pédiatrique de Robert-Debré, conservent encore une part importante de personnel avec dix ans d'ancienneté. Cette situation, néanmoins, devient rare.

Le directeur général observe que l'augmentation des arrivées combinée à une baisse des départs se traduit forcément par une réduction du *turn over* et donc une meilleure stabilisation des effectifs. Il propose de définir une métrique appropriée pour mesurer l'ancienneté moyenne. Cependant, il met en garde quant à la nécessité de prendre en compte les spécificités de l'AP-HP, notamment les mobilités internes entre services et sites, qui peuvent apparaître comme des départs à l'échelle d'un service, mais pas de l'institution dans son ensemble.

Le président juge les informations sur l'ancienneté essentielles.

Le Dr Patrick PELLOUX souligne l'importance d'élargir le débat au-delà du service public et d'examiner la situation en ville qui impacte directement l'hôpital. Il évoque l'exemple récent de l'épidémie de grippe. Les majorations de consultations urgentes réalisées si les malades se rendant dans les cabinets présentaient un numéro du service d'aide médicale urgente (SAMU) ont eu pour effet de voir des médecins demander aux malades en consultation d'appeler le 15. Il évoque un supplément compris entre 15 et 45 € pour une consultation. Cette pratique soulève des questions sur une utilisation appropriée du SAMU. Depuis la crise de la COVID-19, environ 14 Md€ ont été alloués au secteur libéral pour encourager sa ré-implication dans la permanence des soins. Cependant, la situation reste problématique, avec une tendance à orienter systématiquement les patients vers les urgences hospitalières. Cette situation a conduit les quatre chefs de service des SAMU de l'AP-HP à exprimer leur inquiétude auprès de la direction générale de l'agence régionale de santé d'Île-de-France. **Le Dr Patrick PELLOUX** évoque également des difficultés dans d'autres départements, comme la Seine-et-Marne, où des médecins du SAMU démissionnent, estimant que leur rôle n'est pas de fournir des numéros. Il indique également que les certificats de décès en ville sont désormais établis par des infirmiers à la suite du refus des médecins de ville de les réaliser, entraînant des déplacements supplémentaires pour le SAMU. En conclusion, **le Dr Patrick PELLOUX** insiste sur la nécessité d'une approche collaborative et d'un engagement de tous les acteurs du système de santé pour faire face aux défis actuels et futurs, notamment en prévision des prochaines épidémies.

Le président revient sur les résultats de la récente enquête de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la permanence des soins en établissement de santé (PDSES). Les chiffres révèlent un déséquilibre entre l'hôpital public et le secteur privé lucratif. L'hôpital public assure 69 % des lignes de garde et d'astreintes pour 83 % de l'activité, tandis que le secteur privé lucratif couvre 23 % des lignes de garde et d'astreintes pour seulement 9 % de l'activité. Ces données, bien que déclaratives, soulignent la nécessité d'une meilleure régulation du partage des contraintes. La situation est similaire pour les urgences psychiatriques. Un rapport de l'Assemblée nationale indique que 80 % des cas les plus lourds et des urgences sont pris en charge par

l'hôpital public. Parallèlement, le secteur privé lucratif a augmenté son nombre de lits en psychiatrie, une activité particulièrement rentable. Cette disparité soulève des questions d'accès aux soins pour les patients et d'attractivité professionnelle, les praticiens étant tentés de rejoindre des structures offrant moins de contraintes.

Le Pr Agnès HARTEMANN nuance l'utilisation de 2019 comme année de référence pour l'hôpital public. Le grand mouvement social dans le secteur a en effet débuté avant la crise de la COVID-19, indiquant que la situation n'était déjà pas idéale. Bien que l'objectif de retrouver les effectifs de 2019 soit louable, il est important de ne pas considérer cette année comme un modèle parfait. Elle juge positif l'accent mis sur l'amélioration des conditions de travail et sur la consolidation des équipes avant la réouverture de lits. Elle considère cette approche comme essentielle pour éviter de reproduire les problèmes antérieurs. Il est par conséquent crucial de garder à l'esprit que l'année 2019 ne représentait pas une situation idéale pour l'hôpital public.

Le directeur général reconnaît l'érosion des effectifs infirmiers avant 2019. Cependant, il souligne que cette diminution n'est pas comparable au choc subi par l'AP-HP pendant la crise de la Covid-19.

2 - Approbation des comptes rendus des CME des 5 novembre et 3 décembre 2024

Le compte rendu de la CME du 5 novembre 2024 est approuvé à l'unanimité. Le compte rendu de la CME du 3 décembre 2024 n'étant pas prêt dans les temps, son approbation est reportée.

3 - Plan cancer de l'AP-HP (Pr Serge UZAN)

Le Pr Serge UZAN présente un document intitulé « Les engagements de l'AP-HP pour nos patients », comprenant cinq engagements et 24 actions.

L'AP-HP assure une part majeure de l'activité de cancérologie en Île-de-France, traitant environ 67 000 cas de cancer par an. Cette position implique des obligations morales envers les citoyens, des obligations de résultat envers les patients et des obligations d'attractivité pour les soignants. La répartition de l'activité de cancérologie en Île-de-France montre que l'AP-HP gère environ 30 % des cas, suivie par le secteur privé, les établissements privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC). La compétition des appels à projets a permis à l'AP-HP de s'améliorer et d'obtenir divers labels prestigieux, notamment le label européen *comprehensive cancer center (CCC)*. L'AP-HP est également désignée comme site pilote pour le projet européen *CRANE*. Ces reconnaissances soulignent l'excellence de l'institution dans les domaines des soins, de l'enseignement et de la recherche en cancérologie. Enfin, l'AP-HP est la première école de cancérologie et le premier pôle de recherche en cancérologie. Le Pr Serge UZAN estime que la compétition interne n'est pas nécessairement délétère, mais qu'elle doit rester porteuse de progrès pour l'institution dans son ensemble.

L'AP-HP assure une part majeure de l'activité de lutte contre le cancer, disposant du meilleur dispositif existant, qui inclut plusieurs instituts de lutte contre le cancer du CHU AP-HP. En réponse à la question récurrente sur le choix entre un centre de lutte contre le cancer (CLCC) et un CHU pour le traitement du cancer, la préférence est donnée à un équivalent de centre de lutte contre le cancer au sein d'un CHU. L'objectif actuel est donc de posséder l'équivalent de six centres de lutte contre le cancer dans six groupes hospitalo-universitaires (GHU) de l'AP-HP. Aucun GHU de l'AP-HP n'assure une activité inférieure à celle du plus petit centre de lutte contre le cancer, certains ayant même une activité supérieure au plus grand centre de lutte contre le cancer. L'AP-HP traite tous les types de cancers, à tous les âges, y compris les tumeurs rares, et assume ses propres urgences ainsi que celles d'autres établissements. L'institution prend en charge les formes les plus graves de cancer, mais traite moins les cancers dans leur phase initiale. Cette situation pose difficulté car ces cas initiaux génèrent une grande quantité d'actes simples, faciles à réaliser, et donnent lieu aux plus importants dépassements d'honoraires. L'AP-HP, en revanche, ne pratique pas de dépassements d'honoraires pour les patients qu'elle prend en charge. L'objectif est d' « ultra-personnaliser » les prises en charge, avec un traitement unique pour chaque patient. Enfin, l'innovation, la recherche et la formation font partie intégrante des missions de l'AP-HP.

Cependant, plusieurs problèmes sont identifiés :

- une hétérogénéité des parcours et de la gestion des critères qualité, d'où l'intérêt d'une labellisation unifiée ;
- un manque de visibilité de l'AP-HP en tant que structure de cancérologie ;
- certaines activités à l'AP-HP atteignant à peine le niveau du seuil recommandé par l'Institut national du cancer (INCA), par exemple 70 cancers du sein par an pour une équipe ;
- des marges d'activité et d'amélioration ni évaluées, ni explorées ;
- une disparité dans la pertinence et le coût des soins entre différents services.

Pour répondre à ces défis, un plan en deux étapes est proposé. La première d'entre elles a déjà été franchie. Elle consistait en :

- la création d'instituts de cancérologie dans chaque GHU, incluant l'oncohématologie ;
- le regroupement de tous les instituts de cancérologie en un « *cancer network* » compréhensible ;
- l'élaboration de chartes avec les hôpitaux partenaires.

La seconde étape reste à accomplir : Il s'agit de mettre en place un réseau territorial de structures partenaires ou affiliées, volontaires et associées à l'AP-HP, qui servira de modèle de réseau européen au niveau territorial, au niveau national et au niveau international dans le cadre du projet CRANE.

L'objectif final est de transformer la dispersion actuelle en une force au service de tous, garantissant l'équité territoriale en termes de qualité des soins et d'accès aux traitements. Des initiatives locales sont déjà en cours, comme la signature d'accords avec des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour améliorer l'accès aux soins. L'AP-HP dispose déjà de trois *comprehensive cancer centers*, les autres structures n'étant pas des versions dégradées, mais ayant parfois un volume ou une activité moindre. En outre, des coopérations sont en place avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le Centre national de recherche scientifique (CNRS), les territoires et la ville. Il s'agit à présent de contractualiser avec des structures publiques et privées extérieures, la démarche qualité devant être générale.

Concernant l'organisation, l'idée d'un réseau intégrant l'ensemble de l'AP-HP est privilégiée, plutôt qu'un réseau limité aux *comprehensive cancer centers*. Cette approche vise à valoriser l'ensemble de l'AP-HP tout en définissant clairement le rôle de chaque entité.

Pour les patients, l'objectif est de substituer un projet de vie à un simple objectif de survie. Le Pr Serge UZAN réfute le terme de « survivant du cancer » (« *cancer survivor* »), rappelant notamment que plus de la moitié des cancers affichent un taux de guérison supérieur à 90 %. Il souligne, pour sa part, l'importance d'un diagnostic rapide, mais sans précipitation nuisible à la qualité.

La prise en compte et l'inclusion des fragilités des patients dans les essais cliniques sont importantes. Le taux de patients inclus dans les essais constitue un critère de qualité en cancérologie.

S'agissant de l'onco-fertilité, cancer et grossesse, l'AP-HP possède la seule réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) efficace en France, recevant des patients de tout le pays. Le problème est de plus en plus fréquent et de plus en plus important. Dans la préservation de la fertilité, l'AP-HP occupe également le premier rang. En outre, l'immense majorité des patientes qui subissent une mastectomie à l'AP-HP bénéficient d'une reconstruction sans reste à charge. L'après-cancer doit être programmé. Les patients en situation palliative sont également à gérer.

La prévention et le dépistage sont des aspects intégraux de la prise en charge, à promouvoir tout au long de l'année.

Concernant les soignants, le cancer est l'affaire de tous, impliquant de nombreuses spécialités au-delà de la cancérologie. **Le Pr Serge UZAN** souligne l'importance de l'écosystème du GHU, avec des capacités parfois supérieures à celles de certains centres de lutte contre le cancer.

La politique institutionnelle doit être ancrée dans les groupes hospitalo-universitaires, avec un système de remontées d'informations et un groupe de travail pour des réponses rapides aux problèmes identifiés.

Le Pr Serge UZAN aborde le principe de réalité financière, soulignant le besoin d'une meilleure reconnaissance des spécificités de l'AP-HP dans la prise en charge des cas complexes et des complications.

Enfin, il mentionne l'importance des missions territoriales, qui sont à penser en lien avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Le Pr Serge UZAN souligne l'importance et l'utilité de certains actes médicaux, notamment la colposcopie, devenue rare à l'AP-HP. Cette situation oriente les patients vers d'autres filières de soins.

Il met l'accent sur l'imagination, l'innovation et l'attractivité pour les patients et le personnel. Concernant la stabilité du personnel, il suggère d'intégrer le pourcentage d'infirmières ayant plus de 5 ans d'ancienneté dans le service comme critère d'évaluation, conformément aux labellisations européennes. Il considère la qualité des soins et l'accréditation des équipes comme indissociables de la certification des établissements.

Le Pr Serge UZAN établit en outre une comparaison avec les levées de fonds liées à la politique de mécénat de l'institut Curie, révélant un déséquilibre préoccupant s'agissant de l'AP-HP.

Il détaille à présent la façon dont la réflexion a été menée. Le principe de faciliter la vie des services a été mis en avant, considérant qu'un service performant attire naturellement patients et personnel soignant. Des axes de travail ont été définis et des groupes ont été formés pour produire le document.

Aujourd'hui, l'accréditation en tant que « *comprehensive cancer network* » pour toute l'AP-HP constitue un objectif majeur. Cette labellisation rendrait l'AP-HP plus visible auprès des patients, améliorerait la qualité des soins et permettrait une meilleure coordination territoriale. **Le Pr Serge UZAN** identifie un certain nombre de défis, notamment la nécessité d'investir dans des ressources humaines dédiées à la qualité, la gestion du temps pour les acteurs impliqués, et les possibles résistances au changement. Le comité de pilotage, qui doit être légitime, représentatif, réactif, investi de pouvoir stratégique et organisé en un réseau de « commandos » dédiés à des problématiques spécifiques, doit à présent agir.

Le président précise que le comité de pilotage est en cours de finalisation. Il sera copiloté par les Prs Pierre-Laurent PUIG et Antoine VIEILLARD-BARON, directeur de la stratégie de transformation (DST). Ce comité inclura des membres de la CME, ainsi que des représentants des différents GHU et des principales disciplines de cancérologie. Le groupe restera néanmoins restreint pour davantage d'efficacité, avec la possibilité toutefois d'inclure des intervenants selon les questions abordées.

Le Dr David OSMAN s'interroge sur l'expérience des trois groupes hospitaliers déjà labellisés « *comprehensive cancer center* » (CCC), concernant notamment les sujets importants de seuil minimum de patients pris en charge, de délais de prise en charge et de la pertinence des soins. Il demande également si la labellisation « *comprehensive cancer center* » prend en compte les particularités de l'AP-HP, notamment la gestion des patients les plus fragiles, des urgences et des soins critiques.

Le Pr Serge UZAN juge la question pertinente. Il souligne, de son côté, l'utilité du processus de labellisation. L'expérience a notamment révélé des lacunes dans certains domaines, notamment dans la capacité à prouver la qualité des soins. Des critères spécifiques, tels que la survie à dix ans des patients, ont par exemple été difficiles à documenter initialement. Le processus a ainsi conduit à l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données sur la survie, les récidives et les complications. De nouveaux critères ont été créés pour évaluer la gestion des urgences et des complications post-opératoires. La préparation pour la certification a nécessité un an de travail pour répondre à 85 questions. Après la labellisation, des visites de contrôle ont été effectuées pour vérifier les progrès réalisés. Le processus de labellisation est, par conséquent, un outil d'amélioration continue, incitant les établissements à identifier leurs points faibles et à définir des objectifs d'amélioration mesurables.

Le Pr Estelle GANDJBAKHCH demande si la labellisation a favorisé la collaboration entre les services et entre les GHU, avec notamment une harmonisation des pratiques.

Le Pr Serge UZAN évoque l'évolution de la cohésion à l'intérieur du GHU. Historiquement, une rivalité existait entre les hôpitaux Saint-Antoine et Pitié-Salpêtrière. La fusion des hôpitaux a favorisé une meilleure collaboration. À présent, l'objectif est d'étendre cette cohésion entre les différents GHU à travers le « *comprehensive cancer network* ». Cette approche vise à inclure l'ensemble des GHU, plutôt que de se limiter à trois GHU sur six. **Le Pr Serge UZAN** estime que l'intérêt du réseau réside dans une cohésion inter-GHU élargie. En effet, à présent que la cohésion intra-GHU est avérée, il reste à démontrer la cohésion entre les GHU.

Le Pr Bertrand GODEAU rappelle le cas passé d'un patient atteint de cancer avec une urgence qui avait été redirigé vers les pompiers faute de service d'urgence dans un grand centre de lutte contre le cancer. Ce centre de lutte contre le cancer avait tout de même été labellisé. Il s'interroge sur l'équité des critères de labellisation entre l'AP-HP et d'autres établissements.

Le Pr Serge UZAN confirme que les critères sont généralement plus stricts pour l'AP-HP. La labellisation de de l'Organisation des instituts européens du cancer (OECI) a été initialement créée par et pour les centres de lutte contre le cancer, excluant certaines questions comme celle des urgences. Désormais, ces critères sont inclus dans la labellisation européenne. Une nouvelle labellisation européenne, moins sélective, est prévue pour 90 % des centres traitant le cancer, intégrant les critères d'urgence. Cette évolution est indispensable compte tenu de la nature inévitable des urgences en cancérologie.

Le Dr Patrick PELLOUX soulève deux points concernant les urgences. En premier lieu, certains instituts renommés de Paris et de la proche banlieue ne gèrent pas leurs propres urgences malgré des budgets alloués à la permanence des soins, ce qui impacte d'autres structures. En outre, il réitère sa suggestion concernant la gestion des rendez-vous des patients cancéreux. Actuellement, l'absence de communication sur les décès entraîne le maintien de nombreux rendez-vous inutiles, notamment en imagerie. Une meilleure gestion de cette information permettrait d'optimiser l'utilisation des ressources.

Le directeur général remercie le Pr Serge UZAN pour son travail. Il indique qu'au-delà de la présentation, un document détaillé d'une trentaine de pages présente 24 actions d'amélioration. Des marges de progression y sont identifiées sur des aspects concrets, notamment concernant les centres de dépistage rapide ou l'accompagnement des patients tout au long de leur parcours de soins. Actuellement, l'AP-HP manque de données précises sur les délais de prise en charge dans ces centres. De surcroît, les pratiques varient considérablement entre les services, par exemple en matière de consultations d'annonce avec protocole de soins.

Le Pr Serge UZAN précise que des informations sont désormais disponibles sur les délais moyens entre la prise de rendez-vous et la consultation, ainsi qu'entre la prise de rendez-vous et l'intervention. Par ailleurs, le délai entre l'intervention et la première séance de chimiothérapie est particulièrement crucial, sachant qu'au-delà de six semaines, l'efficacité du traitement peut être compromise.

Le directeur général précise qu'il parlait des centres de dépistage et des données manquantes concernant le délai entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous effectif. La démarche de labellisation lui semble, quant à elle, constituer un cadre permettant d'homogénéiser le niveau de qualité sur l'ensemble des six GHU. Les trois principaux GHU ont déjà entamé cette labellisation, et il est souhaitable que les trois autres s'y préparent également. Il existe, en l'occurrence, deux types de labellisation, la labellisation OECI, plus exigeante et plus ancienne, et la labellisation « *comprehensive cancer center* » ou CRANE, plus récente, portée par l'Union européenne et l'INCA. Cette dernière vise à inclure davantage d'acteurs, y compris les CHE, dans une logique de réseau. Cette démarche offre à l'AP-HP une opportunité d'engager un travail avec les centres hospitaliers franciliens, qui ne pourront prétendre à la labellisation CRANE qu'en se fédérant autour d'un acteur central hautement spécialisé, de préférence le CHU plutôt que Curie ou l'institut Gustave-Roussy

Concernant la communication, **le directeur général** juge préférable de ne pas communiquer immédiatement sur le plan d'action, en tous cas avant d'avoir suffisamment avancé dans la mise en œuvre des actions qu'il comprend. En revanche, il est nécessaire de communiquer davantage sur la marque AP-HP, notre offre de soins et la qualité de nos prises en charge.

Le processus entre à présent dans une phase clé. Après la finalisation du plan, la phase de mise en œuvre s'annonce, avec un comité de pilotage qui sera installé le 27 janvier. Ce comité impliquera de nombreux acteurs dans des groupes de travail *ad hoc*, s'inscrivant dans un travail de longue durée. Le directeur général suggère un point annuel en CME sur l'avancement du plan.

Le président précise que le plan dans sa version finale sera transmis aux membres de la CME.

Le Pr Lynda BENSEFA-COLAS aborde la question de la santé au travail dans le cadre de l'après-cancer. En effet, 40 % des patients diagnostiqués d'un cancer en France sont des actifs, soulignant l'importance du retour au travail dans le processus de rétablissement. Elle souligne l'importance de développer des outils de communication sur ce sujet auprès des patients. Par ailleurs, elle signale la signature en 2019 de la charte de l'INCA pour améliorer l'accompagnement des salariés touchés par le cancer. Une démarche spécifique est nécessaire pour accompagner les agents, en particulier les médecins, dans leur insertion et leur maintien au travail après un cancer au sein de notre institution.

Le Dr François SALACHAS s'interroge sur l'identification de facteurs limitants majeurs dans le parcours patient, notamment l'accès à l'imagerie en urgence pour un cancer et à la biopsie.

Le Pr Serge UZAN souligne l'importance de la cohérence du parcours et, de ce fait, l'importance du rôle des agents de coordination des rendez-vous. L'intelligence artificielle est envisagée pour identifier les points de blocage à l'avenir. Il évoque la pertinence des soins comme un facteur important dans le choix des examens. Lorsqu'il dirigeait un service, il passait des accords avec certains praticiens en ville pour faciliter l'accès aux examens nécessaires en secteur 1. Il préconise l'anticipation des problèmes et leur résolution frontale pour éviter les retards dans le parcours de soins.

Le Pr Pierre-Yves BRILLET précise que, pour les services de radiologie, les examens de suivi des patients sont considérés comme une variable d'ajustement.

Le président conclut en soulignant deux défis majeurs : la nécessité de travailler ensemble, entre les GHU , mais aussi avec les acteurs extérieurs à l'AP-HP, et l'amélioration de la communication et du partage d'informations. Il faut en effet, par exemple, résoudre les ruptures de parcours pour les patients pris en charge à l'AP-HP qui peuvent se retrouver dans d'autres établissements hors AP-HP sans que ces derniers disposent des informations nécessaires pour leur prise en charge. **Le président** souligne également l'intérêt des collaborations dans le domaine de la recherche, notamment pour l'évaluation des traitements et de leur pertinence. Enfin, **le président** informe la CME du travail réalisé par la conférence des présidents de CME de CHU pour constituer un réseau cancer des CHU en lien avec la Fédération hospitalière de France, sur le modèle d'*Unicancer*, le réseau des centres de lutte contre le cancer.

Le Pr Serge UZAN rappelle l'existence il y a trente ans d'un réseau CHU Cancer, concurrent d'*Unicancer*. Il suggère que le moment est peut-être venu de reconstituer un tel réseau, en commençant par un réseau AP-HP.

4 - Avis sur des projets de protocole de coopération (Pr Agnès HARTEMANN)

- « Consultation de santé sexuelle par l'infirmière en centre de santé sexuelle, centre de contraception et d'interruption volontaire de grossesse (IVG) en lieu et place du médecin ou de la sage-femme »

Le Pr Agnès HARTEMANN indique que le protocole vise à transférer certaines compétences des médecins et sages-femmes aux infirmières. L'objectif est de réduire les délais d'attente et de répondre plus rapidement aux demandes des patients. Les qualifications requises pour les infirmières incluent un diplôme obtenu depuis trois ans, dont au moins une année d'exercice dans un centre de santé sexuelle. Les délégants sont des médecins généralistes, des gynécologues et des sages-femmes. Dans le cadre de ce protocole, les infirmières pourraient prescrire des tests de dépistage, effectuer des prélèvements non-sanguins sanglants, annoncer les résultats négatifs, prescrire des préservatifs et des vaccins et les administrer. Elles auraient également la possibilité de renouveler une contraception déjà prescrite pour une durée maximale de six mois. Il s'agit, en outre, d'évaluer le risque de grossesse, de réaliser des tests de grossesse, de délivrer la

contraception d'urgence, et de poser et de retirer un implant contraceptif. La formation requise comprend un diplôme universitaire ou une formation spécifique, suivie d'une période d'observation en doublon et d'une validation interne des compétences.

Le Pr Agnès HARTEMANN rapporte que les sages-femmes craignent une possible dévalorisation de leur poste si certaines de leurs compétences sont déléguées aux infirmières. Une solution proposée serait de permettre aux patientes de choisir entre un suivi par une infirmière ou une sage-femme, ce qui inciterait les équipes à maintenir des postes de sages-femmes dans les centres de santé sexuelle.

Mme Fabienne HUARD exprime des préoccupations concernant le protocole de coopération proposé. Elle précise qu'une consultation approfondie a été menée auprès de diverses parties prenantes, notamment des collègues anesthésistes, des sages-femmes coordinatrices de maternité, des sages-femmes des CME locales et l'association nationale des sages-femmes orthogénistes. Son intervention vise à porter la voix des sages-femmes de l'AP-HP sur l'avenir de la santé des femmes dans l'institution et plus largement en France.

La proposition d'un protocole de coopération qui permet aux infirmières d'assurer des consultations de santé sexuelle, de contraception et d'interruption volontaire de grosses (IVG) en lieu et place des sages-femmes ou des médecins peut apparaître comme une urgence organisationnelle. Il existe cependant des enjeux de fonds qui sont plus importants pour les femmes et pour les sages-femmes.

En France, les sages-femmes ont vu leurs compétences élargies depuis plusieurs années pour répondre aux besoins pressants des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive. Le législateur l'a compris, faisant en sorte de leur permettre d'accompagner des femmes dans toutes les étapes de leur vie avec une expertise unique et reconnue. Dernièrement, la loi de protection de l'enfance a renforcé cette expertise puisqu'elle permet à des sage-femmes de diriger des centres de santé sexuelle.

Les sages-femmes assurent le suivi gynécologique de prévention, posent et prescrivent des contraceptifs, réalisent des dépistages d'infections sexuellement transmissibles, pratiquent les IVG, plus récemment les IVG instrumentales, et soutiennent les femmes les plus vulnérables. Cette question est intégrée avec les ouvertures récentes à l'AP-HP des maisons des femmes.

Finalement, le rôle des sages-femmes ne se limite pas à un acte technique. Il s'agit d'un accompagnement médical, global, humain et essentiel à la santé publique. Ne pas reconnaître le rôle des sages-femmes dans la santé génésique revient à méconnaître leur mission et à sous-estimer les besoins réels des femmes.

Le droit à l'avortement et à la santé sexuelle reste dans de nombreux endroits du monde une lutte quotidienne. Le renoncement aux soins constitue en outre une problématique significative en France qui touche particulièrement les femmes. Une étude de l'*Institut français d'opinion publique* (IFOP) révèle que 60 % des femmes ont déjà renoncé à une consultation de gynécologie. Dans ce contexte, le protocole de coopération présenté peut être une solution, mais sans pouvoir s'en contenter.

L'AP-HP a l'opportunité et le devoir d'agir en institution phare. En renforçant la place des sages-femmes, en valorisant leur expertise médicale et en leur permettant de jouer pleinement leur rôle, l'AP-HP peut devenir un modèle d'excellence dans la prise en charge des femmes. En revanche, en restreignant les sages-femmes aux salles de naissance ou aux actes isolés d'interruption volontaire de grossesse, l'AP-HP ne répondra pas aux besoins de demain. L'AP-HP doit leur offrir des perspectives, en reconnaissant leur autonomie et leur rôle crucial dans la santé des femmes, pour construire un système plus attractif, inclusif et durable.

Mme Fabienne HUARD appelle à une réflexion collective, ambitieuse et visionnaire. Elle ne souhaite pas limiter le regard à des solutions immédiates, mais veut penser à des stratégies pérennes qui garantissent un accès équitable et de qualité aux soins pour toutes les femmes. En investissant dans les sages-femmes, l'AP-HP investit dans l'avenir de la santé des femmes. Il s'agit d'un acte fort, d'un acte de justice et d'un acte de progrès. Les sages-femmes de l'AP-HP, par intervention de Mme Fabienne HUARD, souhaitent signifier qu'elles restent mobilisées et prêtes à travailler afin de bâtir des solutions durables et porteuses d'un réel changement, pour faire que l'AP-HP soit un symbole d'excellence et d'accompagnement pour la santé génésique.

Le Pr Alexandra BENACHI rejoint totalement les propos précédents. Elle dirige un service de gynéco-obstétrique de type 3 employant 65 sages-femmes et un centre de contraception et d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) qui réalise environ 1 000 IVG chaque année. Elle souligne le besoin crucial de personnel dans les CIVG. Cette année, du temps médical a été transformé en temps de sage-femme pour former une sage-femme aux IVG, en raison du manque de personnel. Même si elle est d'accord avec les propos de Mme Fabienne HUARD, elle souligne par conséquent le besoin de personnel dans les centres de contraception et d'interruption volontaire de grossesse. La demande d'IVG augmente, notamment en raison d'une génération n'ayant pas reçu de cours d'éducation sexuelle pendant la période de COVID-19. Les professeurs de sciences de la vie et de la terre n'ont pas souhaité dispenser ces cours en visioconférence, créant ainsi un besoin accru de prise en charge. Par conséquent, toute possibilité d'augmenter le nombre de personnes pouvant effectuer les consultations est la bienvenue. C'est pourquoi **le Pr Alexandra BENACHI** défend ce protocole, indépendamment de son soutien à la place des sages-femmes dans les centres.

Mme Agathe DELORME ajoute aux propos de Mme Fabienne HUARD le fait que le protocole entraîne de nombreuses dérogations, soulevant des interrogations sur la qualité d'une consultation médicale fondée uniquement sur des algorithmes. Elle souligne l'importance d'une prise en charge globale des femmes, incluant la prévention pour éviter l'IVG. Elle juge essentielle la compétence médicale dans ce contexte, tout en reconnaissant l'urgence de la situation et la nécessité de préserver l'accès aux soins.

Le Pr Jean-Marie JOUANNIC rejoint les propos précédents. Il insiste sur l'importance de faciliter l'accès aux soins pour les femmes sur tous les territoires en matière de santé sexuelle et de régulation des naissances. Il rejoint l'argumentaire de Mme Fabienne HUARD sur le rôle central des sages-femmes pour la santé des femmes. Il souhaite formuler deux commentaires. En premier lieu, il note des similitudes dans les éléments de langage avec d'anciennes résistances de la communauté médicale concernant la régulation des naissances. Il rappelle que la majorité des centres d'orthogénie fonctionnent grâce à l'intervention de médecins généralistes, en raison du manque de gynécologues obstétriciens. Il souligne l'importance pour l'AP-HP de faire figure d'exemple dans l'organisation nouvelle des soins, sans entrer en compétition avec l'implication des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes dans les maternités et services de gynécologie obstétrique. Enfin, pour être un peu provocateur, il s'interroge sur la possibilité d'avoir établi ce protocole de coopération entre médecins et infirmières plutôt qu'avec les sages-femmes.

Le président souligne l'importance de disposer des ressources humaines suffisantes dans les centres de santé sexuelle et des centres de contraception et d'interruption volontaire de grossesse, ainsi que la place essentielle des sages-femmes dans ces centres. Compte tenu de l'enjeu de santé publique, le protocole de coopération lui apparaît souhaitable. Il évoque la question plus large de l'attractivité et de la fidélisation des sages-femmes à l'hôpital public, notant les difficultés à maintenir la permanence des soins dans certaines maternités. Un travail collectif impliquant la CME, la direction générale et toutes les communautés concernées (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, anesthésistes réanimateurs) est nécessaire pour maintenir la permanence des soins dans les maternités.

Le directeur général confirme l'ouverture d'un chantier sur l'attractivité pour les sages-femmes au sein de l'AP-HP. Des actions ont déjà été engagées, avec des premiers résultats encourageants. Il mentionne une rencontre antérieure avec la collégiale des sages-femmes. Il se déclare prêt à les recevoir à nouveau pour avancer sur cette question.

Mme Fabienne HUARD souhaite réagir aux propos précédents concernant les sages-femmes et leur rôle dans la santé sexuelle. Certains centres de l'AP-HP n'ont pas de sages-femmes malgré leur implication dans la santé sexuelle. Il est important de placer les bonnes personnes aux bons endroits avant d'établir des protocoles. Les sages-femmes sont capables de penser par elles-mêmes pour leur profession et ne devraient pas être cantonnées à des actes techniques. Le morcellement de la prise en charge des femmes est problématique. Concernant l'attractivité, elle fait état d'une fuite des sages-femmes vers les activités libérales, où elles peuvent pleinement exercer leurs compétences, notamment en matière d'IVG médicamenteuse, de suivi gynécologique et de prévention. La part des sages-femmes en activité mixte (libérale et hospitalière) devrait atteindre 70 % d'ici 2050, selon les prévisions, contre déjà 34 % actuellement.

Il est par conséquent essentiel de permettre aux sages-femmes de l'AP-HP d'exercer pleinement leurs compétences pour éviter qu'elles ne quittent la structure.

Le Pr Agnès HARTEMANN souligne l'importance du débat qui a eu lieu concernant le protocole, après le mois de retard pris dans les travaux menés. Ce délai a permis aux sages-femmes de rappeler l'importance de leur mission. Il a conduit à l'organisation d'un nouveau rendez-vous avec le directeur général. Elle juge important de ne pas opposer les professions entre elles. En l'occurrence, les infirmières sont également capables d'avoir une vision globale des patients. Il serait injuste de considérer leur travail comme morcelé. En tout état de cause, elle juge importante la délégation des tâches des médecins aux infirmières. En conclusion, elle exprime son soutien au protocole.

La CME rend un avis favorable au projet de protocole « Consultation de santé sexuelle par l'infirmière en centre de santé sexuelle, centre de contraception et d'IVG en lieu et place du médecin ou de la sage-femme » à la majorité des votes exprimés (avec 3 votes défavorables et 13 abstentions).

- « Consultation infirmière de préparation et de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique, avec prescriptions de supplémentations vitaminiques et IPP et d'examens paracliniques en lieu et place du chirurgien et/ou du médecin. »

Le Pr Agnès HARTEMANN indique qu'après une intervention de chirurgie bariatrique, les patients nécessitent un accompagnement à long terme, ce qui génère des cohortes considérables pour les centres. Le protocole propose de transférer certaines tâches à des infirmières formées. Ces tâches incluent la coordination du parcours patient, la prescription d'examens, l'accompagnement du patient, l'organisation des réunions de concertation disciplinaire (RCP), et le suivi à long terme après une période post-opératoire de six mois, en alternance avec le médecin.

Le Pr Yann PARC rappelle que la chirurgie bariatrique représente 50 000 interventions. Il s'agit d'une des interventions les plus pratiquées en chirurgie digestive. Elle peut en outre entraîner des complications graves. Les patients opérés peuvent développer des urgences médicales sévères en quelques heures, notamment des problèmes liés à la carence en thiamine. **Le Pr Yann PARC** juge par conséquent le suivi indépendant par des infirmières comme bénéfique, car il peut faciliter la communication avec les patients et potentiellement améliorer la qualité du suivi. Il y voit une véritable mission de santé publique, impliquant également des psychologues. Le suivi post-opératoire se concentre principalement sur la gestion des vitamines et la prévention des complications potentiellement catastrophiques.

La CME rend à l'unanimité un avis favorable au projet de protocole « Consultation infirmière de préparation et de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique, avec prescriptions de supplémentations vitaminiques et IPP et d'examens paracliniques en lieu et place du chirurgien et/ou du médecin. »

- « Délégation de la correction de la délinéation des volumes cibles et des organes à risques et du choix de la dosimétrie dans le cadre de séances de radiothérapie externe adaptative pour une tumeur solide par le manipulateur en électroradiologie médicale en lieu et place de l'oncologue radiothérapeute, hors préparation. »

Le Pr Florence HUGUET indique que, lors d'une radiothérapie, les patients ont en premier lieu un scanner de centrage en position traitement, permettant de déterminer les volumes à irradier et les organes à risque. Il est alors possible de déterminer le traitement. La radiothérapie adaptative est une nouvelle technique apparue il y a deux ans utilisant des accélérateurs linéaires dédiés. Elle permet d'adapter quotidiennement le traitement à l'anatomie du patient. Cette méthode améliore la précision du traitement et réduit les risques de toxicité pour les organes à risque. Le projet vise à déléguer aux manipulateurs la validation des contours des organes à risque et de la tumeur, ainsi que le choix de la dosimétrie générée. Cette délégation nécessite un programme de formation approfondi en radio-anatomie et dosimétrie. Cette approche présente plusieurs avantages : la fidélisation des manipulateurs, un métier en tension, en leur offrant de nouvelles responsabilités et connaissances ; un gain de temps en évitant l'attente de la validation du médecin ; la

possibilité d'étendre cette technique à un plus grand nombre de patients. La formation des manipulateurs et la délégation de tâches visent à optimiser le processus de traitement tout en maintenant la qualité des soins.

Le président rapporte une question du Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU concernant la participation éventuelle des infirmières de coopération à l'activité de radiothérapie dans le secteur privé.

Le Pr Florence HUGUET précise que la délégation concerne les manipulateurs et non les infirmières. L'activité libérale ne fait pas partie du champ d'application de ce protocole de délégation.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU s'interroge sur le nombre de postes surveillés simultanément par un médecin radiothérapeute, en lien avec le gain de temps évoqué.

Le Pr Florence HUGUET explique que le médecin n'est pas présent en permanence. Le service dispose de trois machines traitant en moyenne 60 patients par jour. Les manipulateurs réalisent les séances de manière autonome, à l'instar des infirmières administrant des chimiothérapies en hôpital de jour. Un médecin d'astreinte est présent en permanence sur le plateau technique pour intervenir en cas de besoin de validation médicale.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU s'enquiert de la possibilité pour le patient de choisir entre un contrôle par un médecin radiothérapeute ou non, et si son consentement est demandé.

Le Pr Florence HUGUET confirme que le patient peut accepter ou refuser la délégation de tâches au manipulateur. Cette décision est révocable à tout moment. Des critères spécifiques encadrent l'autorisation de délégation. Un suivi individuel des patients est prévu.

Le Dr Diane BOUVRY précise que le recueil du consentement du patient fait partie intégrante des protocoles de coopération. Bien que ce consentement ne soit pas nécessairement écrit, les modalités de son obtention sont cruciales pour s'assurer de sa validité.

La CME rend un avis favorable au projet de protocole « Délégation de la correction de la délinéation des volumes cibles et des organes à risques et du choix de la dosimétrie dans le cadre de séances de radiothérapie externe adaptative pour une tumeur solide par le manipulateur en électroradiologie médicale en lieu et place de l'oncologue radiothérapeute, hors préparation » à la majorité des votes exprimés (avec 5 votes défavorables et 8 abstentions).

5 - Évolution du dispositif des aides à la formation et à la mobilité (M. Emmanuel RAISON)

M. Emmanuel RAISON précise que l'initiative s'inscrit dans le cadre des orientations des « 30 leviers », notamment le « levier 5 » visant à améliorer l'attractivité des carrières médicales hospitalières et hospitalo-universitaires.

Trois thématiques principales sont abordées. La première d'entre elles est l'encouragement aux premières étapes de la carrière des médecins et futurs hospitalo-universitaires. Le travail a porté sur deux thématiques particulières :

- l'évolution de l'année médaille pour les lauréats du concours, permettant désormais une mobilité hors AP-HP ou à l'étranger, avec également l'amélioration de la communication autour de ce dispositif, ayant déjà entraîné une augmentation du nombre d'inscrits en 2024 ;
- la collaboration avec le Fonds d'études et de recherche du corps médical (FERCM) pour financer des bourses destinées aux jeunes médecins, notamment pour des « masters 2 » (M2) et des thèses.

La deuxième thématique a trait aux aides à la mobilité. Elle consiste en :

- la révision du dispositif actuel d'aide à la mobilité internationale, jugé insatisfaisant ;
- la mise en place d'un appel à candidatures annuel à l'automne, avec retour des candidatures au premier trimestre ;

- l'élargissement de la cible aux futurs professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH), chefs de clinique, maîtres de conférence des universités – praticiens hospitaliers (MCU-PH), PHU et certains praticiens hospitaliers (PH).

Enfin, la dernière thématique concerne les aides individuelles à la formation pour l'ensemble du personnel médical de l'AP-HP.

Ces évolutions visent à améliorer l'attractivité des carrières médicales, à faciliter la mobilité et à optimiser le financement de la formation continue.

M. Emmanuel RAISON présente les nouvelles dispositions concernant la mobilité des futurs PU-PH et la formation continue des praticiens.

Un jury sera constitué pour sélectionner les projets de mobilité internationale les plus intéressants, sur une période d'un an. Le montant attribué pourra atteindre 30 000 € dans certains cas. Les critères de sélection incluront notamment les spécialités en difficulté de recrutement, les spécialités ne pouvant bénéficier de financements externes, et le caractère innovant du projet. En contrepartie, les bénéficiaires s'engageront à réintégrer l'AP-HP, à la citer dans leurs travaux, et à participer au mentorat de futurs candidats. La communication autour de ce dispositif sera renforcée pour encourager les candidatures. L'appel à projets sera lancé cette semaine, avec un retour des dossiers prévu pour mars 2025. Le jury se réunira ensuite pour sélectionner les candidats qui partiront à l'été ou à l'automne.

Par ailleurs, le dispositif de mission temporaire des hospitalo-universitaires (HU) a été revu par le décret du 16 octobre 2024. Il est désormais ouvert aux chefs de clinique, aux assistants et aux praticiens hospitalo-universitaires (PHU), en plus des PU-PH et des MCU-PH. La possibilité d'anticiper une mobilité d'un an sans avoir à attendre huit ans est introduite, avec une obligation de servir du triple de la durée de mobilité.

L'AP-HP accompagnera une dizaine de projets de mission temporaire. Les candidats conserveront leur rémunération. Les services d'appartenance des praticiens bénéficieront d'un financement équivalent à 50 % d'un praticien contractuel pour leur remplacement. Le jury décidera de l'attribution de ce financement et de la position de mission temporaire, après avis favorable des groupes hospitaliers et des doyens.

M. Emmanuel RAISON aborde ensuite les aides individuelles à la formation. Le dispositif actuel, doté d'une enveloppe de 500 000 à 600 000 € par an, sera élargi aux sages-femmes. Les demandes de financement seront examinées pour exclure les formations sans réel intérêt pédagogique. Le remboursement des transports sera plafonné selon les normes de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Un calendrier d'appels à projets sera mis en place pour les formations diplômantes, avec des fenêtres de candidature au printemps et à l'automne. Le plafond de prise en charge restera à 1 200 € pour le moment. Une avance de la moitié du coût de la formation sera désormais possible.

Enfin, une nouvelle plateforme de dépôt des demandes d'aide à la formation, basée sur l'outil *TimeTonic*, sera lancée cette semaine. Elle permettra aux praticiens de saisir directement leurs demandes, de télécharger les pièces nécessaires et de suivre l'état d'avancement de leurs dossiers. Une communication large sera réalisée pour informer l'ensemble des médecins de l'AP-HP de ce nouveau dispositif.

Le Dr Vianney MOURMAN évoque les améliorations apportées au système des bourses au cours des six dernières années. Un jury oral a remplacé l'ancien système de décision informelle. L'équité annuelle a été privilégiée par rapport à une approche « au fil de l'eau ». Les praticiens hospitaliers conservent l'accès à ces bourses, permettant des mobilités de recherche au-delà du cadre hospitalo-universitaire. Concernant les aides individuelles, un nouveau logiciel permettra de résoudre les difficultés techniques rencontrées à la suite de la perte du code source de l'ancien système. Des avancées ont été réalisées dans la facilitation de l'accès aux financements de la formation des médecins, notamment le remboursement de la moitié des frais de formation dès l'inscription, facilitant l'accès aux jeunes médecins. Cependant, le budget de formation reste limité à 500 000 € pour la formation individuelle, auquel 1 M€ s'ajoute pour les périodiques, montant insuffisant pour répondre à toutes les demandes potentielles. Une campagne d'information sur la formation

individuelle a dû être interrompue par le passé en raison de l'épuisement rapide des fonds. Cette situation soulève des questions sur l'adéquation du budget par rapport aux besoins réels de formation des médecins.

Le directeur général reconnaît le dilemme entre une communication excessive et une communication insuffisante concernant les opportunités de formation. Une solution équilibrée sera recherchée. Par ailleurs, la question d'une meilleure gestion des abonnements aux revues a été confiée au Pr Étienne GAYAT pour optimiser les coûts.

Le Pr Bertrand GODEAU salue l'engagement de l'AP-HP et les progrès réalisés dans l'aide à la mobilité pour les futurs hospitalo-universitaires. Il considère le décret du 16 octobre 2024, permettant aux HU non titulaires de prendre une mission temporaire d'un an payée par l'hôpital et l'Université, comme une avancée majeure. Il soulève des interrogations quant à l'intérêt de continuer à financer des années médailles, en raison de possibles problèmes de validation comme année de mobilité. Il suggère une réflexion sur la pertinence de maintenir une bourse de 30 000 € indépendante de la mission temporaire. Il préconise d'inclure un membre du Conseil national des universités (CNU) dans le jury d'attribution des bourses. Enfin, il signale que le Pr Valérie UGO**,** hématologue à Angers, préside désormais le CNU santé. Elle a été élue ce jour.

Le Pr Bernard GRANGER évoque la réforme en cours du Fonds d'études du corps médical des hôpitaux de Paris, créé en 1947 par des médecins pour soutenir la recherche médicale. Constitué en association en 1978, ce fonds est en cours de modernisation. Il formule une demande pour que l'Inter-syndicat, à l'origine de la création du fonds, reste étroitement associé au fonds et aux discussions sur sa modernisation.

Le Dr Éric LE BIHAN revient aux propos du Dr Vianney MOURMAN sur l'adéquation des moyens en matière de formation. Il souligne l'importance d'adapter les moyens de formation aux besoins des médecins, notamment dans le contexte de la mise en place de la certification périodique. Cette certification, dont les modalités varient selon les spécialités, s'échelonne sur une période de six ans pour les plus jeunes diplômés à un an pour les plus anciens. Il exprime des inquiétudes quant à la capacité de financer ces formations obligatoires, avec des conséquences potentielles sur l'autorisation d'exercer en cas de non-conformité. Il juge nécessaire une augmentation des moyens alloués à la formation personnelle.

Le Pr Nicolas DE ROUX soutient fortement l'opportunité de réaliser une année médaille dans un établissement public à caractère scientifique et technologique (ÉPST). Cette option s'inscrit en effet dans la dynamique d'un travail de *master* 2. Elle offre la possibilité de s'inscrire en première année de doctorat d'Université. Il considère cette approche comme particulièrement avantageuse, réduisant à une seule année le financement nécessaire pour les médecins souhaitant poursuivre un doctorat.

Le Pr Estelle GANDJBAKHCH soulève une réflexion sur l'impact de la réforme du diplôme d'études spécialisées (DES) sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires. L'allongement de deux ans du DES dans certaines spécialités, notamment avec l'introduction des docteurs juniors, a considérablement rallongé la durée de l'internat, posant un défi pour favoriser les mobilités, en particulier à l'étranger, qui sont plus faciles à réaliser tôt dans le cursus. En effet, la mobilité devient plus complexe lorsque les médecins sont installés, ont acheté un logement ou ont des enfants. Cette problématique est particulièrement prégnante pour les femmes. Par ailleurs, l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires pour les femmes n'a pas été abordée, bien qu'il s'agisse d'un sujet important. Des interrogations subsistent quant aux réflexions menées pour encourager les mobilités précoces, notamment les mobilités à l'étranger pour les masters, qui pourraient être plus simples à organiser. La question se pose de savoir si l'aide à la mobilité pourrait inclure un soutien spécifique pour ces *masters* à l'étranger.

Le directeur général aborde la stratégie d'allocation des bourses de mobilité. Plusieurs points sont soulevés concernant cette stratégie. Il est suggéré de coupler ces bourses avec le dispositif de mission temporaire pour maximiser leur impact. Les mobilités internationales, particulièrement celles outre-Atlantique, devraient être fortement valorisées et bénéficier d'un accompagnement financier conséquent, avec un montant évoqué d'environ 30 000 €. Pour les mobilités en Europe, où le salaire est déjà pris en charge, l'ajout d'une bourse supplémentaire peut être questionné. La possibilité d'attribuer ces bourses à des profils plus jeunes ou en début de parcours peut être envisagée.

Concernant la certification et l'augmentation du budget de formation continue pour les médecins de l'AP-HP, **le directeur général** s'interroge sur la nécessité d'un investissement porté par chaque CHU. Il soulève la question du rôle du développement professionnel continu.

Le Pr Yann PARC explique que le développement professionnel continu (DPC) est partiellement co-financé. Une partie sera prise en charge par la Sécurité sociale. Une partie du coût sera à la charge de l'employeur.

Le Pr Étienne GAYAT assure que le DPC n'est pas cofinancé car l'institution n'adhère pas à l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

Le président confirme que l'AP-HP a un statut particulier concernant le développement professionnel continu et n'adhère pas à l'ANFH.

M. Emmanuel RAISON confirme que l'AP-HP n'est pas adhérente à l'ANFH. Les actions de DPC sont financées par l'AP-HP elle-même. Ces actions contribuent à la certification périodique. Au-delà du DPC, d'autres modalités de formation existent au sein des services qui peuvent également y contribuer.

Le directeur général demande si l'adhésion à l'ANFH est à nouveau envisagée.

M. Emmanuel RAISON explique que la question de l'adhésion à l'ANFH est régulièrement réétudiée, tant pour le personnel médical que pour le personnel non médical. Le sujet a été abordé deux ans auparavant avec la direction des ressources humaines. L'ANFH était réticente, craignant que l'intégration de l'AP-HP ne déséquilibre l'organisation de l'association. De plus, il n'est pas certain que l'adhésion à l'ANFH soit financièrement avantageuse par rapport au système actuel.

Le Pr Étienne GAYAT souligne la coexistence problématique de deux systèmes. Il existe une volonté de convergence, avec des enjeux financiers importants pour le secteur privé. L'objectif est d'évoluer vers un mécanisme unique de certification périodique pour tous les professionnels de santé, ce qui entraînerait la disparition du DPC sous sa forme actuelle.

Le président rappelle que la Cour des comptes a fait une recommandation en ce sens dans un récent rapport.

Le Pr Étienne GAYAT le confirme.

Le Dr Patrick LÉGLISE note que, sans cofinancement, le montant de 500 000 € est loin du taux de 1 % ou 2 % de la masse salariale habituellement alloué à la formation.

M. Emmanuel RAISON observe que le montant n'est pas si éloigné du taux de 0,5 % de la masse salariale en incluant les revues.

Mme Déborah MONTMEAT aborde la question de l'année de mobilité pour l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires. Cette année de mobilité est perçue comme dissuasive par les internes, particulièrement pour les femmes. La difficulté de partir à l'étranger pendant un an à 35 ans, surtout avec un foyer, est évidente. La question de la légitimité de cette année de mobilité se pose, en lien avec les enjeux d'égalité hommes-femmes discutés en CME.

Le président reconnaît l'importance de la question soulevée. Il propose de reporter la discussion à une prochaine réunion, suggérant que le sujet soit abordé préalablement en sous-commission *Formation*.

Le Pr Bertrand GODEAU apporte des précisions sur la mobilité. Il explique que la mobilité peut être effectuée à l'étranger ou au sein du même CHU. Cette flexibilité a été obtenue au CNU. Il est possible par conséquent de réaliser une mobilité à Paris, à condition d'être dans une unité INSERM.

6 - Médicaments et dispositifs médicaux : tensions d'approvisionnement (Pr Pascal PAUBEL)

Le Pr Pascal PAUBEL indique que la situation, déjà évoquée en décembre 2022, ne s'est pas améliorée. Les causes sont multifactorielles : industrielles, réglementaires et économiques. Ces problèmes concernent toutes les classes de médicaments et catégories de dispositifs médicaux. Depuis 2022, plusieurs rapports institutionnels ont été publiés, accompagnés d'un renforcement de l'environnement juridique. Des sanctions

ont été appliquées par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), mais leur efficacité reste discutable.

Les situations diffèrent entre la ville et l'hôpital, avec des conséquences mutuelles. L'Agence générale des équipements et des produits de santé (AGEPS) s'efforce d'informer les utilisateurs sur les conséquences des ruptures et les solutions disponibles.

Selon le rapport du Sénat du mois de juillet 2023, 3 700 ruptures ont été comptabilisées. Fin 2023, ce chiffre est passé à près de 5 000 déclarations de rupture. Le dernier rapport d'activité de l'ANSM montre une augmentation importante, avec des pourcentages d'augmentation qualifiés d'hallucinants. Les prévisions pour 2024 ne sont pas optimistes.

Les ruptures touchent principalement le domaine cardio-vasculaire, le domaine du système nerveux et le domaine anti-infectieux. Certaines ruptures, même isolées, peuvent entraîner des conséquences graves, comme dans le cas de certains antinéoplasiques.

Les causes principales sont l'augmentation des besoins et les volumes de vente dans un marché mondialisé. L'autorisation d'un nouveau produit dans un pays comme la Chine peut entraîner une demande de centaines de millions d'unités supplémentaires. Les capacités de production des industriels ne suivent pas toujours cette croissance rapide. L'installation de nouvelles usines nécessite au minimum trois ans. D'autres facteurs aggravants incluent les défauts d'approvisionnement en matières premières, les problèmes de qualité (matières premières et conditionnement), ainsi que les contraintes réglementaires.

Malgré de nombreux rapports depuis 2012, peu d'améliorations concrètes sont constatées. La gestion des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur a évolué, avec une nouvelle liste de l'ANSM comportant 8 107 produits. S'y ajoutent une liste de médicaments essentiels établie par le Président de la République en vue d'une réindustrialisation en France (environ 150 produits), des listes différentes établies par les professionnels avec l'Institut national du cancer (INCA) et une liste européenne de 230 produits en dénomination commune internationale (DCI) critiques. Cette multiplicité de listes complexifie le suivi de la situation.

Pour les dispositifs médicaux, bien que les données quantitatives soient peu disponibles, les problèmes sont similaires. Le renforcement réglementaire européen (règlement d'avril 2017) aggrave les difficultés d'approvisionnement.

Le Pr Pascal PAUBEL donne un exemple concret avec l'alerte de matériovigilance sur les sondes de *Foley Coloplast* en décembre 2024. Cette rupture mondiale illustre les difficultés de substitution rapide et les délais de rétablissement, prévus au mieux pour mars-avril 2025, probablement plus tardivement. Il présente également d'autres défis d'approvisionnement auxquels l'établissement est confronté. Des alertes de ruptures sont attendues pour plusieurs dispositifs médicaux, notamment des sondes d'aspiration, des canules de Guédel, des sondes vésicales et des sondes rectales. La recherche de solutions de dépannage est en cours, mais celles-ci ne correspondent pas toujours exactement aux produits référencés dans le cadre des marchés.

Le Pr Pascal PAUBEL présente un bilan 2021-2024 des marchés d'exécution aux frais et risques des titulaires. Cette procédure permet, en cas de défaillance du titulaire du marché, de se fournir auprès d'un autre fournisseur, la différence de prix étant à la charge du titulaire initial. Les chiffres montrent une tendance à la hausse, particulièrement pour les dispositifs médicaux. 68 marchés de substitution ont été mis en place, représentant environ 500 références de dispositifs médicaux à modifier. Ces changements entraînent des surcoûts pour les industriels et une charge de travail accrue pour l'AGEPS, les pharmacies à usage intérieur (PUI) et les services de soins.

L'AGEPS représente l'AP-HP dans diverses réunions au ministère chargé de la santé, avec la Direction générale de la santé (DGS) pour traiter ces problématiques. Des travaux sont également menés avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'ANSM sur ces sujets. Enfin, des travaux sont menés avec la Direction

générale des entreprises (DGE) sur les projets de relocalisation et de maintien de la production sur le territoire national.

Le président souligne la gravité de la situation, particulièrement en ce qui concerne l'augmentation du nombre de molécules et de dispositifs médicaux touchés par les pénuries. Le contexte international influence fortement ces problèmes, avec des perspectives peu encourageantes. Les capacités d'action de l'établissement sur les questions de production sont limitées, bien que des initiatives existent au niveau national. L'impact sur la charge de travail dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) est considérable, certaines rapportant consacrer la moitié de leur temps à la gestion des conséquences des tensions d'approvisionnement. Ces difficultés affectent également la qualité des soins prodigués dans les services.

Le Dr Cyril CHARRON, en tant que réanimateur, évoque les problèmes d'approvisionnement récents, notamment pour les intubations. Il suggère de diversifier les fournisseurs lors des appels d'offres pour les dispositifs utilisés en grande quantité, comme les cathéters centraux. Cette approche consisterait à sélectionner deux prestataires et à répartir le volume commandé entre eux, afin de réduire les risques de rupture d'approvisionnement.

Le Pr Pascal PAUBEL explique que la diversification des fournisseurs est déjà mise en œuvre pour certains produits. Il cite l'exemple des solutés massifs, où le marché est passé d'un à trois fournisseurs. Cependant, cette approche peut générer des insatisfactions, car certains établissements peuvent se voir attribuer des produits différents. La diversification est appliquée sur certains dispositifs médicaux et médicaments, comme les immunoglobulines polyvalentes, où le marché est passé de deux à quatre fournisseurs. Néanmoins, même avec plusieurs fournisseurs, des difficultés peuvent survenir si l'un d'eux représente une part importante de l'approvisionnement. Les équipes techniques sont encouragées à discuter de ces stratégies lors des commissions préparatoires des consultations. L'objectif est de trouver un équilibre entre la sécurisation de l'approvisionnement et la satisfaction des utilisateurs.

Le Dr Cyril CHARRON suggère que, face aux contraintes actuelles, il est peut-être nécessaire d'abandonner une approche trop exigeante. Avec une communication adéquate, il estime que les professionnels peuvent comprendre et accepter de nouvelles obligations, abandonnant une posture trop exigeante.

Le Dr David OSMAN souhaite poser deux questions. La première d'entre elles concerne une éventuelle concurrence avec les hôpitaux hors AP-HP ou la ville, compte tenu des prix négociés par l'institution. Sa seconde question porte sur l'information des prescripteurs en amont des pénuries. Il demande si un travail suffisant est réalisé pour les informer de l'imminence d'une pénurie et de la nécessité d'envisager des alternatives thérapeutiques avant que la situation ne se dégrade.

Le Pr Pascal PAUBEL répond tout d'abord à la seconde question. Lorsque l'information est disponible, des efforts sont réalisés pour anticiper et informer les prescripteurs et les pharmaciens sur les pénuries à venir. Il cite l'exemple des immunoglobulines, un produit en tension depuis des années en France en raison de prix trop bas. Dans ce cas, une anticipation et une adaptation site par site sont mises en place. Cependant, certaines situations, comme les retraits mondiaux de dispositifs médicaux pour suspicion de rupture de stérilité, sont imprévisibles et nécessitent une réaction immédiate. Le multi-référencement est une option envisagée, mais il pose des défis pour la gestion des stocks et le risque de gaspillage.

Le Pr Pascal PAUBEL estime que les prix bas en France sont un facteur de tension, mais que l'AP-HP bénéficie d'autres avantages. L'AP-HP est considérée comme un client fiable par les industriels, capable de s'engager sur des quantités précises, contrairement à d'autres opérateurs d'achats nationaux. Cette fiabilité permet à l'AP-HP de négocier efficacement et d'imposer certains choix, comme dans le cas des solutés massifs. En conclusion, l'AP-HP travaille en étroite collaboration avec les fournisseurs et les utilisateurs pour améliorer la situation et anticiper les problèmes d'approvisionnement.

Le Pr Estelle GANDJBAKHCH soulève le problème des pénuries de médicaments pour les patients atteints de pathologies particulières, notamment en dehors de l'hôpital. Elle évoque le cas spécifique en cardiologie où un contingentement a été mis en place, nécessitant une ordonnance d'un CHU pour obtenir certains

médicaments en pharmacie. Cette situation a entraîné des difficultés d'accès aux traitements pour les patients, avec des conséquences parfois dramatiques comme des arrêts cardiaques. Elle s'inquiète de la récurrence probable de ces situations et de l'impossibilité de généraliser les dispensations hospitalières pour y faire face.

Le Pr Pascal PAUBEL explique que ces situations sont gérées en collaboration avec l'ANSM. En cas de pénurie sévère, l'ANSM peut décider de restreindre la distribution aux pharmacies hospitalières plutôt qu'aux 20 000 officines de ville. Le système d'alerte de l'ANSM permet de suivre les tensions d'approvisionnement et de préciser si elles concernent la ville, l'hôpital ou ces deux acteurs. La législation a évolué il y a environ deux ans pour permettre la rétrocession par les pharmacies à usage intérieur (PUI) en cas de rupture d'approvisionnement en ville. Cependant, cette pratique n'est possible que si elle est explicitement autorisée par l'ANSM pour éviter des problèmes de prise en charge par l'assurance maladie. Cette solution engendre une charge de travail supplémentaire pour les PUI, qui doivent gérer des patients et des prescripteurs inconnus, y compris du secteur privé. En cas de problème spécifique, il est recommandé de le signaler à l'ANSM pour qu'elle puisse adapter les circuits de distribution.

Le Pr Virginie SIGURET-DEPASSE souligne que les ruptures de stock de réactifs de laboratoire, bien que moins critiques que celles des médicaments, sont fréquentes et désorganisent considérablement les laboratoires. Elle remercie l'AGEPS pour l'assouplissement des règles concernant les produits chez les fournisseurs, qui aide à gérer ces situations complexes.

Le Pr Pascal PAUBEL remercie le Pr Virginie SIGURET-DEPASSE pour son intervention, qu'il transmettra aux collègues concernés.

Le président conclut en rappelant l'importance de faire remonter les informations sur les difficultés rencontrées avec certains produits.

7 - Suivi de la mise en œuvre des « 30 leviers pour agir ensemble » : bilan d'étape du « levier 25 » relatif à l'accélération, à la simplification et au renforcement des dispositifs d'aide à la recherche (M. Milan LAZAREVIC)

Le point est reporté.

La séance est levée à 18 heures 05.