

# COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

\*\*\*\*\*

## COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 4 MAI 2021

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 1<sup>er</sup> JUIN 2021

## Sommaire

1.	Informations du président de la CME	6
2.	Avis sur le projet médical 2021-2025 de l'AP-HP	11
3.	Avis sur une modification du règlement intérieur de l'AP-HP concernant les visiteurs médicaux	12
4.	Personnel médical contractuel : point sur la mise en œuvre des réformes du « Ségur de la santé »	14
5.	Cybersécurité	21
6.	Présentation du « projet de santé numérique @Hôtel-Dieu »	23
7.	Approbation du compte rendu de la CME du 6 avril 2021	24
8.	Questions diverses	24

## CME du mardi 6 avril 2021

en visioconférence

16h30 – 19h30

Ordre du jour

### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME
2. Avis sur le projet médical 2021-2025 de l'AP-HP
3. Avis sur une modification du règlement intérieur de l'AP-HP concernant les visiteurs médicaux (M. Marc DUPONT)
4. Personnel médical contractuel : point sur la mise en œuvre des réformes du « *Sécur de la santé* » (M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD)
5. Cybersécurité (D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER)
6. Présentation du « projet de santé numérique @Hôtel-Dieu » (M. Nicolas CASTOLDI)
7. Approbation du compte rendu de la CME du 6 avril 2021
8. Questions diverses

### SÉANCE RESTREINTE

#### Composition C

- Avis concernant l'engagement d'une procédure disciplinaire à l'encontre d'un praticien hospitalier

**- Assistent à la séance :**

• ***Avec voix délibérative :***

P <sup>r</sup>	René	ADAM	D <sup>r</sup>	Bruno	GREFF
P <sup>r</sup>	Philippe	ANRACT	M <sup>me</sup>	Sophie	GUILLAUME
D <sup>r</sup>	Marie	ANTIGNAC	P <sup>r</sup>	Christian	GUY-COICHARD
D <sup>r</sup>	Thomas	APARICIO	D <sup>r</sup>	Jean-	HERMIEU
P <sup>r</sup>	Jean-Yves	ARTIGOU	P <sup>r</sup>	Sandrine	HOUZÉ
P <sup>r</sup>	Elie	AZOULAY	P <sup>r</sup>	Jean-Louis	LAPLANCHE
D <sup>r</sup>	Sébastien	BEAUNE	D <sup>r</sup>	Eric	LE BIHAN
P <sup>r</sup>	Sadek	BELOUCIF	P <sup>r</sup>	Eric	LE GUERN
M.	Guy	BENOIT	P <sup>r</sup>	Michel	LEJOYEUX
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Laurent	MANDELBROT
P <sup>r</sup>	Jacques	BODDAERT	P <sup>r</sup>	Xavier	MARIETTE
P <sup>r</sup>	Olivier	BOURDON	D <sup>r</sup>	Stefan	NERAAL
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	P <sup>r</sup>	Yann	PARC
D <sup>r</sup>	Donia	BOUZID	M	Louis-Paul	PATY
D <sup>r</sup>	Leila	BOUZLafa	D <sup>r</sup>	Juliette	PAVIE
P <sup>r</sup>	Sophie	BRANCHEREAU	P <sup>r</sup>	Antoine	PELISSOLO
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup>	Jean-Claude	CAREL	P <sup>r</sup>	Marie-	PERALDI
P <sup>r</sup>	Alain	CARIOU	D <sup>r</sup>	Nathalie	PONS-KERJEAN
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
D <sup>r</sup>	Julie	CHOPART	P <sup>r</sup>	Louis	PUYBASSET
P <sup>r</sup>	Olivier	CLÉMENT	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
P <sup>r</sup>	Yves	COHEN	D <sup>r</sup>	Nathalie	RICOME
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
M <sup>me</sup>	Audrey	DARNIEAUD	M <sup>me</sup>	Clara	SALINO
D <sup>r</sup>	Jean-Philippe	DAVID	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
D <sup>r</sup>	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P <sup>r</sup>	Virginie	SIGURET-DEPASSE
P <sup>r</sup>	Vianney	DESCROIX	P <sup>r</sup>	Thomas	SIMILOWSKI
P <sup>r</sup>	Hubert	DUCOU LE POINTE	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	D <sup>r</sup>	Brigitte	SOUDRIE
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
D <sup>r</sup>	Vincent	FROCHOT	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU	M <sup>me</sup>	Karine	VIRETTE
P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER	D <sup>r</sup>	Noël	ZAHR

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P<sup>r</sup> Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- D<sup>r</sup> Michèle GRANIER, présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France
- M<sup>me</sup> Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'Île de France (ARS)

- M<sup>me</sup> Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

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

- M. Sylvain DUCROZ, directeur des ressources humaines
- M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ, MM. Pierre-Emmanuel LECERF et François CRÉMIEUX, directeurs généraux adjoints ;
- M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, directeur délégué – direction générale AP-HP
- M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- M<sup>me</sup> Véronique DROUET et M. Patrick CHANSON, directrice adjointe et directeur de la communication
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M. Marc DUPONT, direction des affaires juridiques
- M. Florent BOUSQUIÉ, directeur de cabinet, direction générale
- M. Nicolas CASTOLDI, directeur délégué, direction générale
- M. Jean-Guillerm XERRI et M<sup>me</sup> Sophie BRUN, direction de la stratégie et de la transformation (DST)

- **Invités :**

- P<sup>r</sup> Philippe RAVAUD, chef de service d'épidémiologie, Hôtel-Dieu
- D<sup>r</sup> Manuela KLAPOUSZCZAK, direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI)

- **Secrétariat de la CME :**

- M<sup>me</sup> Coryse ARNAUD (DPQAM)
- M<sup>me</sup> Déborah ENTE (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M<sup>me</sup> et MM., P<sup>rs</sup> et D<sup>rs</sup> Véronique ABADIE, Frédéric BATTEUX, Fadi BDEOUI, Lynda BENSEFA-COLAS, Yves-Hervé CASTIER, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALES, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Mathilde DUVAL, Julien FLOURIOT, Emelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Véronique LEBLOND, Rachel LEVY, Emmanuel MARTINOD, Salomé MASCARELL, Rafik MASMOUDI, Giovanna MELICA, Vianney MOURMAN, Samir TINE, Valéry TROSINI-DÉSERT et Michel VAUBOURDOLLE.

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

## **1. Informations du président de la CME**

### **Hommage**

La CME a rendu un hommage au P<sup>r</sup> Ady STEG, ancien chef du service d'urologie de l'hôpital Cochin, décédé le 11 avril 2021 à l'âge de 96 ans, ainsi qu'au D<sup>r</sup> Michel DRU, anesthésiste-réanimateur, longtemps membre de la CME où il a présidé la commission de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS), décédé le 21 avril 2021 à l'âge de 65 ans.

### **Crise sanitaire**

**Le président** indique que la troisième vague de l'épidémie semble avoir atteint son pic mais la baisse est très lente. Les hospitalisations restent très nombreuses. Le nombre d'entrées en réanimation et en soins critiques est de 100 par jour, soit le niveau le plus élevé atteint pendant la deuxième vague. Par ailleurs, 43 % des blocs sont fermés et 34 % des soins sont déprogrammés ou non programmés. Dans les conditions actuelles, il est difficile de reprendre une activité hors Covid. À ce stade, les projections de sortie de crise de l'AP-HP ne sont pas encore assez stables pour être présentées par le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX. L'Institut Pasteur a récemment partagé ses propres projections qui prennent en compte divers paramètres. Plusieurs éléments conditionneront l'avenir, le premier étant l'effet de la levée des mesures. On peut craindre que la levée des mesures de restriction conduise à une reprise des contaminations s'il y a une relâche dans l'observation des consignes. L'avenir sera aussi fonction de la vitesse de la vaccination. Passer de 250 000 vaccinations à 500 000 vaccinations par jour, voire plus, serait une aide mais les difficultés perdurent pour faire accepter la vaccination, y compris en milieu hospitalier. L'avenir dépendra enfin de la circulation des variants dont on sait encore peu de choses quant à leur transmissibilité et dont il est impossible de dire aujourd'hui s'ils prendront le pas sur le variant britannique. Des incertitudes portent aussi sur les mutations de ces variants et sur la probabilité qu'ils se diffusent auprès d'une population immunisée naturellement ou par le vaccin. Toutes ces données sont des sources d'inquiétude car une nouvelle hausse des contaminations dans les prochains mois n'est pas exclue.

**Le directeur général** indique que le taux de vaccination est de 62 % au sein de l'AP-HP mais l'écart perdure entre le taux de vaccination des médecins (autour de 80 %) et celui du personnel non médical. En ajoutant 8 % de personnels ayant eu la maladie au cours des six derniers mois, la couverture serait de 70 %, soit naturellement soit par le vaccin. Environ 25 000 vaccinations complètes avec première et deuxième doses sont comptabilisées au niveau de l'institution. D'importants efforts restent donc à faire pour convaincre les personnels à se faire vacciner car les doses sont disponibles contrairement aux semaines passées. Les vaccinés sont notamment moins nombreux dans les services de gériatrie mais des journées portes ouvertes peuvent être organisées afin de convaincre. Toutes les idées sont donc les bienvenues pour faire progresser le nombre de vaccinés, gage de protection des personnels et des patients. Des actions sont également menées pour augmenter le nombre de dépistages salivaires. Hors cluster, ces opérations conduisent à identifier entre 0,9 % et 1 % de taux positifs parmi les personnels. Là aussi, le taux d'adhésion aux tests salivaires pourrait augmenter encore.

L'AP-HP accueille entre 35 et 38 % des malades COVID, soit une proportion cohérente avec la part que représente l'AP-HP dans la prise en charge des soins critiques sur son territoire. Il n'y a donc pas de distorsion au détriment de l'AP-HP. C'est un élément qui est suivi de près. De la même manière qu'une équité a été recherchée entre les groupes hospitaliers de l'AP-HP au moment de

la montée en puissance des admissions de patients Covid, palier par palier, il sera veillé à ce que la descente s'opère également par palier pour répartir la charge équitablement. C'est d'autant plus important que toutes les équipes (médicales, paramédicales, techniques, administratives, etc.) sont fatiguées après des vagues successives. La direction réfléchit actuellement aux moyens d'augmenter l'activité non Covid tout en permettant aux personnels de prendre des repos dans les semaines et mois à venir.

**Le président** constate que le taux de vaccination n'atteint pas encore un taux satisfaisant, même si ce taux est plus élevé que celui observé pour la population générale. Il convient donc encore d'échanger dans les services sur ces questions pour convaincre les personnes qui doutent.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** souligne que les consignes nationales relatives à la prise en charge des défunts ont évolué mais que les consignes de l'AP-HP ne sont pas parfaitement alignées dessus. En outre, celles du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CÉPIDC) sont encore différentes. Il a le sentiment que l'application des consignes dépend des chambres mortuaires. Des gériatres, mais aussi des réanimateurs, sont donc demandeurs d'informations car certaines chambres mortuaires refusent que les corps puissent être vus par la famille. Dans ces conditions, à la douleur de la perte d'un proche s'ajoute celle de ne pas pouvoir voir le corps du défunt afin de commencer le processus de deuil. Il souhaite donc des éclaircissements car les familles et proches devraient pouvoir voir le corps du défunt si le décès survient à plus de dix jours du début des symptômes ou après 24 jours si les malades étaient en réanimation ou immunodéprimés. Il souhaite une mise au point de la direction pour éviter les injonctions contradictoires.

**Le président** indique avoir saisi le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) début novembre 2020 au sujet de la mise en housse mortuaire. Le travail mené par le HCSP sur la contagiosité des corps après le décès a été très complet et circonstancié. Ce rapport d'une vingtaine de pages pourra être communiqué aux membres de la CME. Ce document indique que, dix jours après l'apparition des premiers symptômes, les patients Covid sont très peu contagieux de leur vivant comme *post mortem*. Ces consignes ont été rappelées aux collégiales de médecine intensive et réanimation (MIR) et des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR). Par ailleurs un décret de janvier 2021 les a confirmées. Ce texte indique aussi qu'il n'y a pas lieu de mettre les corps dans une housse mortuaire 10 jours après l'apparition des premiers symptômes.

**Le D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER** confirme que les recommandations de l'AP-HP ont tenu compte de l'avis du HCSP. Des réunions régulières ont lieu avec les représentants des chambres mortuaires afin que ces recommandations soient appliquées et permettre aux familles de voir les défunts.

**M. Marc DUPONT** estime important que les écarts par rapport à cette règle soient identifiés et signalés, car il pensait qu'elle était désormais connue de tous. Si le délai des 10 jours après l'apparition des premiers symptômes n'est pas respecté, la présentation du corps reste possible en ouvrant légèrement la housse mortuaire. S'il s'avère que ces règles ne sont pas suffisamment connues, il sera procédé à une nouvelle information.

**Le président** souligne que la diffusion de la règle reste toujours problématique. Après avoir sondé plusieurs chefs de service de réanimation, il a pu se rendre compte que la règle n'était pas toujours connue. Il indique avoir rencontré M<sup>me</sup> Yannick TOLLIA-HUET, présidente de la collégiale des chambres mortuaires, pour lui demander qu'elle intervienne sur ce point devant la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU). Avec le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY, vice-présidente de la CME, il ira visiter une chambre mortuaire. Les personnels ont également fait part de difficultés pour la rédaction du certificat de décès, pour le clinicien qui le signe car il n'a pas toujours toutes les informations nécessaires comme pour la

chambre mortuaire qui prend en charge le patient après son décès. Il s'agit d'un sujet important qu'il portera à l'ordre du jour d'une prochaine CME.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** précise que la consigne est connue des services depuis janvier 2021 mais la difficulté tient à l'application de ces règles, d'autant que les chambres mortuaires ne dépendent pas de l'autorité médicale.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** constate que le privé lucratif a continué son activité en chirurgie. La CME devrait donc se préoccuper de l'avenir de la chirurgie de l'AP-HP. Pour rappel, 43 % des blocs ont été fermés, ce qui n'a pas été le cas dans les cliniques privées. Cette situation conduit une fuite de patient. À l'issue de la crise, pour récupérer la chirurgie notamment orthopédique, il faudra déployer un plan ambitieux de sauvetage. La chirurgie de l'AP-HP est une autre victime de l'épidémie.

**Le directeur général** souligne que le taux de chirurgie et la nature des activités cliniques ne sont pas les mêmes entre les établissements de l'AP-HP. Il est en revanche possible de suivre les jauges, c'est-à-dire le nombre de patients COVID pris en charge par le secteur privé, en soins critiques et en hospitalisation conventionnelle. Ce suivi est quotidien et permet de connaître la part de patients pris en charge par catégorie d'établissement (AP-HP, hôpitaux publics hors AP-HP, établissements de santé privés d'intérêt collectif [ÉSPIC], cliniques privées, hôpitaux militaires). Ce pilotage permet de montrer que le secteur privé a joué son rôle. Cependant certaines cliniques ont pris la décision de mener une activité de chirurgie ambulatoire le week-end pour compenser les créneaux pris en semaine, mais cette activité supplémentaire n'est pas contrôlable. Lors de la troisième vague, l'AP-HP a pris en charge plus de patients en soins critiques que lors de la première vague avec 7 200 patients en Ile-de-France au printemps 2020 contre 9 200 à date, alors que le pic de décroissance ne vient que de commencer. Lors de la première vague, 80 % de l'activité de chirurgie avait été déprogrammée pendant quatre semaines alors que la déprogrammation n'a jamais dépassé 40-45 % lors de la troisième vague. Ces chiffres témoignent donc que les situations sont très différentes entre 2020 et 2021. Le projet médical ambitionne toutefois de renforcer la chirurgie.

**Le P<sup>r</sup> Louis PUYBASSET** note toutefois des différences majeures puisque, lors de la première vague, des injonctions de l'agence régionale de santé (ARS) avaient conduit à fermer les blocs dans les petites structures privées qui n'avaient pas de service de réanimation, ce qui ne s'est pas reproduit en 2021. Aussi des cliniques comme *Jouvenet*, *Geoffroy-Saint-Hilaire* ou *Blomet* ont continué à fonctionner à plein régime alors qu'elles avaient été obligées de fermer lors de la première vague.

**Le directeur général** confirme et rappelle que l'AP-HP, avec les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs et la médecine intensive réanimation, qui s'est opposée aux injonctions de fermeture lors des deuxième et troisième vagues. Au départ, l'ARS souhaitait imposer des paliers de déprogrammation, ce qui avait l'avantage de concerner aussi les petites cliniques, mais qui présentaient le désavantage de ne plus pouvoir faire de la chirurgie sans avoir de patients COVID à accueillir. En définitive, les équipes ont préféré annuler au jour le jour une opération programmée plutôt que de déprogrammer *a priori* pour éviter de perdre toute opportunité de prise en charge. Cette logique a pu avantager les petites cliniques mais il existe aussi des sites de l'AP-HP où la déprogrammation a été moins forte mais le global des cliniques sur la prise en charge des patients ne souffre pas de discussion par rapport aux données des tableaux de bord.



**Le P<sup>r</sup> Louis PUYBASSET** comprend cette logique dans une vision macro mais il partage aussi la préoccupation de ceux qui pensent que les malades « froids » pourraient fuir l'AP-HP. À l'avenir, ces chirurgies pourraient avoir lieu plus systématiquement hors AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** indique qu'une étude de la Fédération hospitalière de France (FHF) a démontré que le secteur privé avait joué le jeu pendant les pics mais qu'il reprenait aussi très vite ses habitudes. Raisonner en termes d'équilibre de prise en charge pendant les pics n'est pas le plus adapté, il faut plutôt surveiller l'aire sous la courbe. Il souhaite savoir si les tableaux de bord confirment cette évaluation de la FHF. Si c'est le cas, c'est le signe que l'agilité du privé est plus forte et qu'il retrouve plus vite son objectif principal, à savoir la rentabilité.

**Le directeur général** confirme que les aires sous la courbe sont regardées. Des différences peuvent être notées en début de vague car les hôpitaux de l'AP-HP sont sollicités en premier. Entre la deuxième et la troisième vague, l'AP-HP a continué à accueillir beaucoup de patients, raison pour laquelle la décélération de la troisième vague est suivie pour s'assurer qu'elle se produise au même rythme dans tous les secteurs.

**M. François CRÉMIEUX** confirme que la proportion est à peu près la même que le point soit fait à date ou en cumul. En Île-de-France, depuis août 2020, l'AP-HP, le secteur privé et les ÉSPIC ont accueilli la même proportion de patients à chaque instant.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** constate qu'au-delà des différences constatées avec les établissements hors AP-HP, la disparité est aussi forte en interne à AP-HP. Les spécialités qui ont le plus fermé sont la chirurgie cardiaque (40 %), l'orthopédie, la chirurgie plastique et la chirurgie digestive. Or, certaines spécialités ne prenant pas en charge des pathologies vitales ou à risque sont très maintenues. Dans son GHU, les diminutions sont fortes à Tenon et Saint-Antoine (avec 58 % de déprogrammation) mais beaucoup moins à la Pitié-Salpêtrière. À Saint-Antoine, les déprogrammations concernent la chirurgie orthopédique mais aussi la chirurgie digestive alors que d'autres spécialités, certes graves, mais pas vitales, sont préservées avec une déprogrammation de 5 % seulement à la Pitié-Salpêtrière. Il demande donc un rééquilibrage du personnel en conséquence.

**Le P<sup>r</sup> Thomas SIMIŁOWSKI** demande au P<sup>r</sup> PARC s'il estime que la neurochirurgie a été moins déprogrammée à Saint-Antoine qu'à la Pitié-Salpêtrière.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** indique qu'à Saint-Antoine, la chirurgie digestive a été plus déprogrammée que la chirurgie maxillo-faciale.

**Le P<sup>r</sup> Thomas SIMIŁOWSKI** lui demande de transmettre des chiffres précis. Il propose de les analyser en interne pour voir si les cancers en maxillo-facial ont été beaucoup retardés.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** indique que les chiffres avancés ont été fournis par le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX. La difficulté qu'il pointe ne concerne pas que son GHU, ce n'est donc pas uniquement un sujet interne.

**Le président** confirme qu'il existe des disparités dans les taux de déprogrammation. La difficulté est que cette situation dure longtemps contrairement à la situation de la première vague où la déprogrammation avait été massive mais limitée dans le temps. La coordination à mettre en place n'est pas simple mais apparaît nécessaire pour viser l'équité et afin que les patients aient les mêmes chances d'être pris en charge, quel que soit l'établissement auquel ils s'adressent.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** souligne qu'il est difficile de déprogrammer la chirurgie maxillo-faciale dans sa dimension traumatologie puisqu'elle doit avoir lieu le lendemain ou le surlendemain. Elle génère un nombre de blocs importants mais relativement courts par rapport au reste. Les comparaisons de ce type d'une discipline à l'autre sont difficiles à faire.

**Le directeur général** reconnaît qu'il peut exister des disparités entre les établissements et en leur sein mais il n'en demeure pas moins que chacun a pris sa part pendant cette dernière période, toutes disciplines confondues. Ce constat n'est pas lié au hasard mais à une organisation et à une coordination exemplaire.

### **Consultanat 2021/2022**

**Le président** indique que les rapporteurs chargés d'examiner les demandes de consultanat ont été désignés et doivent rendre leur rapport d'ici le 20 mai. Les candidatures seront examinées lors d'une réunion des rapporteurs qui se tiendra sous sa présidence le 25 mai. Les candidatures seront ensuite soumises en séance restreinte à l'avis de la CME le 1<sup>er</sup> juin 2021.

### **École de chirurgie**

**Le président** indique que le sujet de l'école de chirurgie a été évoqué en directoire le 27 avril pour une ouverture toujours prévue avant 2024, mais avec un éventuel changement de bâtiment sur le site de Broussais. Il passe la parole au P<sup>r</sup> Sophie BRANCHEREAU, chargée de préparer le projet médical de la future école.

**Le P<sup>r</sup> Sophie BRANCHEREAU** confirme que le projet médical dans sa version courte est écrit et que le projet long est en phase de finalisation. Le projet initial visait à regrouper toutes les activités sur le bâtiment Leriche mais une localisation est désormais envisagée sur deux bâtiments : le don du corps et les plateaux techniques dans le bâtiment Halpern et la formation théorique dans le bâtiment Leriche. L'ambition est de respecter le calendrier établi pour la finalisation de la nouvelle école de chirurgie. Des réflexions doivent encore se poursuivre pour déterminer les articulations entre l'AP-HP, les universités et les financements privés ainsi que le modèle économique. Le projet médical doit également être affiné dans sa dimension recherche, pépinière et innovation, notamment pour attirer des financements. Pour ce qui concerne l'enseignement, le projet est d'intégrer la formation continue afin d'être éligible à un financement dédié. Le dimensionnement de la nouvelle école de chirurgie a fait débat car il s'agit d'un outil dont les chirurgiens ont besoin. Certains voulaient que le projet s'inspire de l'institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif (IRCAD) de Strasbourg, qui présente de réels atouts mais qui ne peut être dupliqué pour mettre en place une école ayant un rôle dans la formation initiale des internes de spécialité et dans la formation continue de tous les chirurgiens de l'AP-HP. Il convient donc de trouver une voie pour que le financement et le projet immobilier soient à la hauteur des attentes et des besoins.

### **Revue des travaux des sous-commissions de la CME**

**Le président** ajoute que la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT) se réunira prochainement pour passer en revue les conventions hospitalo-universitaires (HU), d'une part, pour travailler sur le dossier des praticiens à diplômes hors Union européenne (PADHUE) d'autre part. Elle devra aussi prochainement commencer à réfléchir sur la méthode d'évaluation des départements médico-universitaires (DMU).

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI**, président de la CHVT, indique que l'objectif est de passer en revue les conventions HU avant l'été. Les PADHUE répondent à une réforme nouvelle qui va avoir des conséquences. Enfin, il proposera un bilan des postes d'assistants partagés qui sont plébiscités par

les GHU et par les territoires. À l'issue de l'appel d'offres, il conviendra de vérifier comment les GHU se sont positionnés. Pour terminer, il indique avoir reçu le rapport de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) sur la démographie médicale, qui était très attendu.

**Le président** confirme que ce rapport de l'ONDPS est à la fois intéressant et un peu décevant. Il est intéressant car il acte les besoins de la population et en capacités de formation. Cependant, le travail mené est à l'échelle nationale et par grande famille (médecine, odontologie, maïeutique, etc.) sans entrer dans le détail par spécialités. Il attend donc sa déclinaison régionale. Ces travaux seront essentiels pour anticiper les besoins en matière de démographie médicale pour les années à venir. Il espère qu'il sera possible d'en parler prochainement en CME.

**Le président** indique que la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA) tiendra une réunion extraordinaire sur le programme de formation des chefs de service et sur le dispositif de signalement des violences au travail, présenté au directoire le 13 avril dernier.

**Le président** a par ailleurs demandé au P<sup>r</sup> Marie-Noëlle PERALDI et au D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN, présidente et vice-président de la sous-commission *Formation et comité des internes*, de travailler avec les internes sur la qualité de vie au travail, et notamment sur la prévention des suicides. Ces sujets très importants seront abordés lors de la réunion du comité des internes du 18 mai prochain. Le P<sup>r</sup> Marie-Noëlle PERALDI et le D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN seront également invités à la réunion de la CVHA du 13 avril puisqu'elle traitera de sujets qui les concernent aussi.

### **Projet social**

**Le président** indique qu'une nouvelle réunion sur la prime d'engagement collectif se tiendra le 5 mai. Les représentants de la CME, le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY et les P<sup>rs</sup> Claire POYART et Marie-Noëlle PERALDI y participeront. Il ajoute que la CME reste en attente de l'évaluation des charges de travail, inscrite également dans le projet social.

**Le directeur général** signale que le directoire a coopté deux représentants des usagers en son sein ce qui est une nouveauté depuis que le directoire existe en application du décret de janvier 2020. Il s'agit de M<sup>me</sup> Martine KAROUBI, représentante des usagers à l'hôpital Cochin et de M. Jacques WALCH, représentant des usagers à l'hôpital Avicenne. Ils auront voix consultative au directoire. Par ailleurs, la loi RIST prévoit la nomination d'un membre paramédical, hors directeur des soins. Cette procédure particulière va être lancée rapidement.

## **2. Avis sur le projet médical 2021-2025 de l'AP-HP**

**Le président** rappelle qu'une première version du projet médical a été présentée à la CME lors de sa séance du 9 mars et que les membres de la CME ont été invités à faire part de leurs observations. Les modifications apportées suite à leurs remarques et à celles de la direction de la stratégie et de la transformation (DST) apparaissent en rouge dans le document.

Le principal ajout concerne le projet recherche (de la page 35 à la page 40). Ce projet a été rédigé en commun avec la sous-commission *Recherche*, la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), et les P<sup>rs</sup> Philippe STEG, vice-président recherche du directoire, et Tabassome SIMON, son adjointe. Des membres de la sous-commission *Recherche* s'étaient émus de la disparition du paragraphe consacré à l'augmentation des crédits d'intéressement recherche. Il s'agissait d'une erreur et il a été rétabli.

Parmi les autres modifications, il faut signaler l'ajout d'une introduction qui reprend brièvement le contenu du projet médical et précise la méthode. Afin que ce projet ne soit pas que de simples belles paroles mais soit réellement mis en œuvre, le président de la CME en assurera un suivi rapproché et dressera un bilan annuel de sa mise en œuvre qui sera présenté à la CME et au directoire, conformément aux dispositions du code de santé publique. Ces points d'étape et de bilan sont nécessaires car le projet médical doit être suivi avec rigueur compte tenu des priorités pointées.

Les autres modifications sont les suivantes :

- ajout d'un paragraphe général sur le rôle du CHU ;
- enrichissement du paragraphe relatif aux coopérations avec la médecine de ville ;
- précision concernant les sages-femmes qui sont bien aussi concernées par la partie relative à la démographie médicale et celle relative à l'attractivité des carrières médicales ;
- ajout de la notion de subsidiarité ;
- ajout d'un paragraphe sur les unités de soins de longue durée (USLD) ;
- ajout d'un focus sur la pédopsychiatrie ;
- ajout d'un paragraphe sur la réanimation et les unités de surveillance continue dans le chapitre relatif aux soins non programmés ;
- ajout d'un paragraphe spécifique sur le développement durable et la transition écologique.

**Le président** propose à la CME de passer au vote du projet médical.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** remercie toutes les équipes qui ont contribué à ce projet médical dont M<sup>me</sup> Catherine RAVIER et la DST. La maturation du document a pris du temps mais ce travail était nécessaire pour prendre l'avis des acteurs du territoire au-delà de la consultation interne. C'est ce qui a permis de proposer un document abouti.

**Le président** se joint à ces remerciements qui s'adressent aux membres de la CME qui ont participé au projet, à la DST et à M<sup>me</sup> Catherine RAVIER.

*La CME adopte à l'unanimité le projet médical.*

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** remercie la CME pour ce vote unanime et rappelle que le projet d'établissement reste désormais à finaliser.

**Le président** ajoute que le projet d'établissement devrait être présenté au conseil de surveillance en juin.

### **3. Avis sur une modification du règlement intérieur de l'AP-HP concernant les visiteurs médicaux**

**M. Marc DUPONT** indique que la modification du règlement intérieur porte sur les conditions d'accès des visiteurs médicaux, agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé. Cette disposition avait été introduite après la rédaction en 2016 du rapport établi sous l'égide de la direction générale sur la prévention des conflits d'intérêts. Il concluait à la nécessité d'encadrer la visite médicale, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors. En 2016/2017, plusieurs textes (de la Haute Autorité de santé [HAS], des doyens, etc.) ont porté sur cette thématique. Une charte a été établie entre le Comité économique des produits de santé (CÉPS) et *Les entreprises du médicament* (LEEM). Les doyens ont enfin produit une charte éthique et déontologique des facultés de médecine. Cependant, tous ces textes ne sont pas parfaitement concordants notamment concernant les liens entre les visiteurs médicaux et les étudiants. Ainsi, la

charte éthique et déontologique des facultés de médecine et d'odontologie pose un principe d'interdiction d'accès aux étudiants sauf dérogations dans des cas très particuliers. À l'AP-HP, jusqu'à présent, il revient in fine au responsable de la structure médicale d'en décider. La modification du règlement intérieur proposée consiste donc à aligner les deux textes. La formulation proposée serait donc la suivante :

*« Les agents commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne sont pas autorisés à rencontrer les professionnels dans les zones de soins et de consultations ainsi que les étudiants au sein du GHU. Des autorisations dérogatoires peuvent être délivrées à des fins non commerciales dans le cadre de protocoles de recherche ou lorsque seul l'industriel dispose de la connaissance nécessaire, par exemple dans le cas d'une formation sur des appareils ou des équipements spécifiques.*

*L'accès de ces agents commerciaux et des visiteurs médicaux s'effectue uniquement dans le cadre de visites collectives ayant lieu devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre l'AP-HP et l'employeur de la personne concernée, et, pour le cas des médicaments antibiotiques, en présence du référent en antibiothérapie du GHU.*

*Il s'effectue dans le respect de la charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments et de la charte de la visite médicale pour les dispositifs médicaux à usage individuel prévues par le code de la sécurité sociale.*

*Les visites doivent s'effectuer selon une planification déterminée. Les visiteurs médicaux doivent être référencés par le GHU et être identifiables.*

*En cas de non-respect de ces dispositions, le directeur ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès au GHU du visiteur médical ou de l'entreprise qu'il représente ».*

**M. Guy BENOÎT** demande comment est organisée la formation sur les médicaments et sur les dispositifs médicaux. Il souhaite notamment savoir si la formation est régulière et s'il est possible de comparer les dispositifs médicaux de différents fournisseurs.

**Le président** ajoute que cette question peut être étendue aux médicaments. Un débat en directoire a eu lieu à ce sujet.

**Le directeur général** souligne qu'à ses yeux et à ceux de la majorité du directoire ce ne peut pas être à l'AP-HP les visiteurs médicaux et les agents commerciaux qui dispensent la formation mais cela suscite encore quelques débats.

**M. Guy BENOÎT** souligne qu'il ne défend pas la formation par les visiteurs médicaux mais qu'il souhaite savoir si cette formation est faite et comment.

**Le président** estime que les sujets de formation sont primordiaux, incluant la formation à l'esprit critique. Il sera possible d'en débattre en CME, notamment dans le cadre des travaux de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS).

**Le P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT** se réjouit que cette position soit prise et inscrite dans le règlement intérieur. Il est important d'acter que la formation et l'information ne doivent pas passer par les commerciaux. Par contre, il est important que l'AP-HP dispense une formation continue digne de ce nom sur les médicaments et les dispositifs médicaux. Il est aussi important que les praticiens les plus jeunes puissent participer à des congrès et que les formations post-universitaires soient financées mais les liens d'intérêt avec l'industrie sont de vrais obstacles.

**Le président** propose au P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT de se rapprocher sur ce sujet du P<sup>r</sup> Marie-Noëlle PERALDI et du D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN, qui pilotent la sous-commission *Formation et comité des internes*.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** se félicite aussi de cette modification du règlement intérieur car elle permet de réglementer l'intervention des visiteurs médicaux dans les établissements. Les chefs de service sont sans cesse harcelés de messages des industriels pour les inviter à contourner le règlement intérieur de l'AP-HP au titre de l'article E35 du référentiel de l'information promotionnelle. Il ne pense pas que tous les chefs de service répondent de manière aussi vigoureuse qu'il le fait avec une réponse-type circonstanciée, aussi, il préconise que l'AP-HP interdise aux industriels de solliciter individuellement les chefs de service pour contourner le règlement intérieur de l'AP-HP. Il propose d'envoyer son support de réponse au président.

**Le président** indique que ce sujet peut être partagé par d'autres et pourra être mûri.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** estime que chaque chef de service doit gérer les sollicitations qu'il reçoit en conscience et qu'une telle règle générale n'est pas nécessaire.

*La CME adopte la modification du règlement intérieur à l'unanimité des suffrages exprimés et une abstention.*

#### **4. Personnel médical contractuel : point sur la mise en œuvre des réformes du « Ségur de la santé »**

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** rappelle que le paysage réglementaire du personnel médical subit actuellement de profonds changements, dans au moins six grands domaines. Tous les textes qui précisent ces réformes ne sont pas encore parus mais des points réguliers pourront être présentés en CME.

- Pour les études médicales, les réformes du 3<sup>e</sup> cycle et du 2<sup>nd</sup> cycle ont et auront des impacts majeurs sur l'organisation des jeunes dans les services de soins.
- La réforme des praticiens à diplôme hors Union européenne aura pour conséquence la suppression des choix de gré à gré, l'affectation par le Centre national de gestion (CNG) sur proposition de l'ARS, un parcours de consolidation en deux ans et une répartition territoriale. Ces changements entraîneront des effets très importants sur la ressource humaine médicale à diplôme étranger dans les hôpitaux. Une information dédiée aura lieu au cours d'une prochaine CME.
- Par ailleurs, la réforme du contrat unique voulue par les pouvoirs publics lors du « Ségur de la santé » de la santé aboutit à la mise en place d'un contrat unique plus attractif. Elle emporte des enjeux de rémunération et d'accès plus rapide à la titularisation. Ces changements auront des impacts forts sur l'AP-HP au vu de la structuration des emplois.
- Pour les praticiens hospitaliers, le « Ségur de la santé » prévoit un statut unique, le développement des temps partagés, des assouplissements de l'activité libérale et pour l'activité mixte. La réforme aboutira à la mise en œuvre de valences cliniques et non cliniques et à la mise en place de l'entretien professionnel.
- Pour les hospitalo-universitaires, le « Ségur de la santé » propose la fusion des corps de HU et la mise en place d'une prime d'exercice territorial. Un groupe de travail spécifique doit prochainement rendre ses conclusions.
- Enfin, en ce qui concerne la gouvernance hospitalière, les ordonnances du 17 mars 2021 prévoient la médicalisation des décisions et la mise en place d'une charte de gouvernance régissant les relations entre le président de CME et la direction générale. De même, la loi Ségur, qui vient de paraître, prévoit un projet de gouvernance et de management.

Avec la réforme du contrat unique, les pouvoirs publics expriment leur volonté de mettre fin à des contrats peu attractifs, de favoriser les liens ville-hôpital, de préserver les activités cliniques essentielles, de favoriser un accès rapide au statut de PH et de proposer une alternative à

l'intérim, dont le « *Ségur de la santé* » entend limiter les dérives. Le cadre du contrat unique n'est pas encore stabilisé. Ils sont issus de réflexions entre la direction générale de l'offre de soins (DGOS), de la Fédération hospitalière de France (FHF) et les établissements de santé.

À ce stade, il s'agirait d'un contrat unique remplaçant et regroupant les praticiens hospitaliers contractuels (PHC), les praticiens attachés et les cliniciens. La durée des contrats serait limitée entre 3 et 6 ans, sauf pour les praticiens exerçant moins de 5 demi-journées qui pourraient être en contrat à durée indéterminée (CDI). L'échelle de rémunération serait réévaluée (entre 3 280 € et 5 645 € brut) avec une possibilité de part variable permettant d'atteindre 8 900 € brut mensuels dans certains cas, pour attirer des ressources dans les disciplines en tension et dans les territoires en situation de carence médicale. Les contrats en cours seraient exécutés jusqu'à leur terme, selon l'ancienne réglementation, mais les nouvelles modalités s'appliqueraient en cas de renouvellement.

Un seul contrat répondra aux différents motifs de recrutement possibles : une faible quotité de temps de travail, un remplacement ou surcroît temporaire de travail, un poste d'attente de PH et l'attractivité de profils concurrentiels. Un seul outil permettra donc de rémunérer l'ensemble des missions confiées aux contractuels.

La réforme a des conséquences fortes pour l'AP-HP car la proportion de praticiens contractuels hors universitaires y est significativement plus forte que dans les autres établissements publics. À l'AP-HP, le taux de praticiens hospitaliers est de 49 % (contre 63 % sur l'ensemble de la France) et le taux de contractuels de 41 % (contre 28 % sur l'ensemble de la France). Par ailleurs, 22 % des seniors sont des attachés (contre 12 % dans le reste des CHU). Ces chiffres montrent que la structure des emplois est atypique à l'AP-HP. La réforme aura donc des conséquences importantes qu'il faut anticiper.

Cette réforme emporte de forts enjeux en termes de ressources humaines, de recrutement, de parcours mais aussi en termes organisationnels. Elle modifie profondément les modalités de recours aux contractuels avec une durée du contrat limitée pour les praticiens travaillant à plus de 50 %. Des interrogations persistent sur les missions spécifiques qui peuvent actuellement passer en CDI. À court et moyen terme, cette réforme modifie le parcours prévu pour certains praticiens. Elle nécessite donc de mener une réflexion sur la structuration des emplois par service, sur le parcours des praticiens par disciplines, sur les missions des contractuels au sein des services (cliniques, surspécialisation, développement ville-hôpital, recherche) et sur la titularisation précoce des jeunes praticiens. Cette réforme emporte aussi des enjeux financiers puisque le plancher du nouveau contrat sera supérieur au plancher actuel des contrats d'attachés. Le plafond, quant à lui, sera très nettement supérieur. Cependant, son coût n'est pas financé par le « *Ségur de la santé* ». Selon les hypothèses retenues et à structure des emplois équivalente, le surcoût pourrait être compris entre 9,5 et 15,5 M€ à l'AP-HP.

Les textes qui encadreront cette réforme ne sortiront sans doute qu'à l'automne, ce qui va favoriser la possibilité de réflexion. Un groupe de travail réunissant des membres de la CVHA, de la CME, des directeurs des affaires médicales et des représentants des contractuels, dont le D<sup>f</sup> Nathalie RICHOME, a engagé des travaux en vue de définir une politique institutionnelle de rémunération des contractuels à l'AP-HP. Ce travail sera mené avec les collégiales sur les parcours par discipline.

**Le D<sup>f</sup> Diane BOUVRY** ajoute qu'il est important de distinguer l'application de ces nouvelles mesures pour les futurs entrants et pour les contractuels déjà présents. Les situations sont très diverses au sein de l'AP-HP et les inquiétudes sont grandes, notamment pour ceux qui sont en CDI et souhaite

accéder à une éventuelle titularisation. Elle souhaite donc savoir si un nombre de postes de PH disponibles pour les titularisations à venir a été annoncé.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** reconnaît que les inquiétudes sont grandes car le cadre n'est pas encore fixé. Une réunion dédiée pourra être organisée, peut-être avec les représentants des contractuels, pour mieux expliquer les éléments actuellement disponibles. En revanche, il n'existe pas à date un cadrage sur un niveau d'emploi qui relèverait de la révision des effectifs. Il est clair que les pouvoirs publics souhaitent un accès précoce des jeunes praticiens au corps de praticiens hospitaliers. Cependant, vu la structuration des emplois, l'AP-HP ne pourra pas maintenir à la fois une augmentation des titularisations et une augmentation des postes de contractuels.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** indique que la rémunération minimale actuelle des PHC est de 4 000 € alors que la rémunération minimale du futur statut unique sera de 3 000 € environ. Il souhaite donc savoir si la rémunération des contractuels diminuera.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** précise qu'il n'y a aucun risque car les contrats passés seront préservés sur la base de la même rémunération. Par ailleurs, les établissements auront une latitude pour négocier. Les établissements de santé et la FHF militent pour qu'une grille de rémunération soit fixée alors que les pouvoirs publics ne proposaient initialement qu'un plancher et un plafond. Ils souhaitent également que la grille de rémunération soit associée à certains types de missions.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** souhaite avoir l'assurance de bénéficier d'une certaine latitude dans la fixation de la rémunération lors de futurs recrutements d'autant que des établissements hors AP-HP surcotent les médecins engagés et crée une concurrence difficilement tenable, par exemple en gériatrie.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** confirme que c'est tout l'enjeu des discussions à mener, notamment pour déterminer s'il sera nécessaire de privilégier certaines disciplines.

**M. Jean-Eudes FONTAN** demande si la réforme concernera les assistants.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** répond qu'ils ne sont pas concernés par la réforme.

**Le P<sup>r</sup> Sandrine HOUZÉ** relève que des praticiens attachés peuvent être à temps plein notamment dans les laboratoires et parfois depuis très longtemps avec des contrats à durée indéterminée. Elle souhaite savoir si la transformation en statut de PH sera automatique alors que certains d'entre eux ne remplissent pas la totalité des missions attendues de la part d'un PH.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** répond que les praticiens attachés en CDI pourront rester en CDI sans être menacés jusqu'à leur départ en retraite ou jusqu'à ce qu'ils changent d'établissement. Il n'y aura pas de titularisation automatique. Il ne sera pas possible de maintenir une augmentation des titularisations et une augmentation du nombre des contractuels. Des choix seront à opérer. La question de la transition et de la gestion des services entre plusieurs statuts de contractuels sera étudiée par le groupe de travail.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie RICOME** constate que le nombre de PH est de 49 % à l'AP-HP contre 63 % au niveau national. Elle souhaite donc que la réforme conduise à augmenter ce ratio pour le porter au moins à 60 %. Elle demande également que cette réflexion englobe non seulement les nouveaux recrutements mais également les praticiens contractuels déjà en poste, c'est-à-dire les Praticiens Attachés en CDI et les PHC dont le statut doit aussi être revalorisé. Le salaire annoncé pour ce nouveau statut est flou, entre 3 280 € et 8 900 €. Il est indiqué que la rémunération sera fixée au cas par cas en fonction des missions de chacun dans le service mais la crainte est que cette



flexibilité conduite à une division au sein des services et des GH. Sachant que la réforme n'est pas encore votée, elle espère qu'il sera encore possible de faire évoluer ces éléments. Les statuts actuels étant très différents, il apparaît très compliqué de mettre en place un statut unique. Il est à noter qu'ayant informé tous mes collègues contractuels de l'AP-HP, ils m'ont exprimé une très grande inquiétude en ce qui concerne cette réforme.

**Le D<sup>r</sup> Stefan NERAAL** constate que cette réforme est évoquée depuis six mois mais qu'elle a été négociée sans les représentants des jeunes médecins ni les représentants des internes. Vu le ratio de PH à l'AP-HP, il ne voit pas comment il sera possible de titulariser tous les praticiens actuellement en contrat à durée déterminée (CDD) ou CDI avant que les nouveaux contractuels n'atteignent trois ans d'exercice et doivent être titularisés. Les anciens contractuels craignent d'être doublés par les nouveaux.

**M. Guy BENOÎT** constate que le goulot d'étranglement porte sur le nombre de postes de PH. Ce n'est pas le signe d'une mauvaise volonté, mais l'hôpital n'a pas les moyens de recruter les PH plus tôt. Les contractuels représentent 41 % des effectifs mais tous ne sont pas sur des statuts précaires puisque certains sont en CDI. Aujourd'hui, l'AP-HP compte 877 attachés temps plein, soit 25 % du total. Il demande combien sont en CDI et quelle solution leur sera proposée car le but serait d'améliorer leur statut plutôt que de le faire disparaître. Il rappelle que de jeunes professionnels ont rejoint l'AP-HP dans l'espoir d'être titularisés et ils devraient pouvoir bénéficier d'une titularisation après trois ans d'exercice.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** constate que les PHC resteront dans un statut intermédiaire et que les cliniciens sont quasiment absents à l'AP-HP. Ce sont donc uniquement les attachés qui seront concernés par la réforme. Depuis des années, la politique de l'AP-HP est de faire disparaître les postes d'attachés sur de petits pourcentages pour privilégier les postes temps pleins. La question posée est donc de savoir si ces attachés temps plein seront nommés PH afin d'augmenter le ratio de titulaires.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** constate que les institutions hospitalières ont laissé une mosaïque de statuts prospérer avec des conditions parfois iniques. Le « Ségur de la santé » permet de revoir cette problématique et d'assainir la question de l'emploi et de l'employabilité des médecins. Il découle de cette question beaucoup de sujets sur le décompte du temps de travail, sur la reconstitution des carrières, etc. Alors que la démographie médicale est en danger, il souhaite s'assurer de l'attractivité des emplois, qui sera difficile à proposer sans moyens et alors que d'autres établissements font preuve de *dumping*. Une titularisation d'envergure devrait donc être proposée aussi bien aux nouvelles générations qu'aux anciennes.

**Le P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT** souhaite savoir si le ratio tient compte des chefs de cliniques assistants.

**Le P<sup>r</sup> Alain CARIOU** demande si l'AP-HP a vocation à atterrir sur les mêmes ratios que les autres établissements de santé sachant que certains jeunes praticiens occupent des fonctions certes non titulaires mais relativement transitoires dans leur carrière.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** confirme que l'AP-HP n'a pas vocation à atteindre le taux des autres établissements car certains jeunes sont présents pour se former avant de rejoindre d'autres établissements, ce qui est la mission du CHU. Par ailleurs, il ne sera pas possible de titulariser tous les contractuels. L'enjeu est d'attirer les jeunes et d'avoir des contractuels mieux payés, mais peut-être en moins grand nombre et auxquels il sera possible de proposer, quand ils le souhaitent, un parcours de titularisation au sein de l'AP-HP. C'est l'ensemble de ces champs qui seront couverts par les réflexions à venir du groupe de travail.

**Le D<sup>r</sup> Julie CHOPART** signale qu'elle est PHC depuis quatre ans et à la fois gériatre et spécialiste en médecine palliative. Après avoir pris contact avec d'autres PHC, elle sait qu'il y a autant d'attachés et de PHC que de situations différentes qu'il s'agisse des échelons ou de la rémunération. Il faudrait réussir à mettre en place un système moins inégalitaire. La rémunération par missions lui semble délétère car à ce jour déjà il est difficile de savoir exactement ce que font tous les PHC.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** précise qu'elle compte sur le D<sup>r</sup> Julie CHOPART dans le groupe de travail.

**Le D<sup>r</sup> Stefan NERAAL** rejoint le fait que le taux de 63 % de PH n'est pas forcément un objectif à atteindre à l'AP-HP. Il note aussi la volonté de proposer des contrats de 3 à 6 ans considérant que ces jeunes médecins viennent se former à l'AP-HP et n'ont pas forcément l'envie d'y faire carrière. Cependant, certains PHC sont actuellement en poste depuis 8 ans et occupent des fonctions de PH mais ne peuvent pas accéder à ce statut car il n'est pas possible de créer de postes supplémentaires. Il souhaiterait donc que le taux de 63 % soit une limite à se fixer par service afin de pouvoir proposer une titularisation PH et répondre à des missions ou besoins spécifiques. La crainte est que les attachés en CDI se perpétuent tandis que les nouveaux contrats uniques pourront être titularisés au bout de 3 ans tout en étant mieux rémunérés que les attachés en CDI.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** comprend que ce sera aux hôpitaux de trouver les financements pour rémunérer les médecins avec un statut précaire. Il souhaite savoir si l'objectif est de diminuer le nombre de contractuels pour financer ceux qui restent ou si des financements pourront être dégagés pour ne pas diminuer les effectifs

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** confirme que la réforme n'est pas financée. La clé est peut-être de mieux rémunérer un peu moins de personnel d'autant plus à l'AP-HP où la densité de personnel et la structuration des emplois sont incomparables avec celles du reste des autres CHU.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** observe qu'une partie du « *Sécur de la santé* » n'est pas financé, ce qui crée une « bombe à retardement sociale » sur les médecins et l'avenir des hôpitaux publics.

**Le D<sup>r</sup> Julie CHOPART** rappelle que la motivation des médecins à l'AP-HP n'est pas la rémunération. Les médecins surspécialisés qui endossent des missions d'enseignement et de recherche restent à l'AP-HP car ils sont fiers de l'institution et de la servir.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** constate que certains contractuels ont opté pour ce statut pour avoir un pied dans l'hôpital, assister au staff et y transférer leurs patients. Pour ces médecins, il s'agit d'une activité annexe car ils ne souhaitent pas forcément une titularisation. Il souhaite savoir si leur nombre est connu.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** indique par exemple qu'environ 1 000 attachés effectuent une demi-journée.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** ajoute que cette part est très importante dans certaines disciplines. Ces mécaniques sont aussi à l'œuvre dans une logique ville / hôpital.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie RICOME** demande si le risque n'est pas de mettre en place un contrat plus précaire qu'aujourd'hui avec une rotation du personnel tous les trois ans. En effet, ce contrat sera non renouvelable pour les praticiens à plus de 5 demi-journées par semaine. À leur départ, de nouveaux praticiens seront alors recrutés. Cette situation sera moins coûteuse pour l'AP-HP car il n'y aura alors ni augmentation d'échelon ni ancienneté. Pour cette raison, elle demande une augmentation du nombre de titularisations possibles et approcher le taux de 60 %.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** signale que, pour qu'un service clinique puisse bien fonctionner, il faut certes des PH mais aussi des libéraux qui viennent consulter une demi-journée ou une journée par semaine. Il se félicite donc que le contrat unique préserve ce mode de fonctionnement.

**M. Guy BENOÎT** souhaite savoir s'il est envisagé une régulation des flux afin de fidéliser les médecins une fois formés, au risque que ces personnes restent uniquement trois ans.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** explique que la durée du contrat pourrait être de 3 à 6 ans, ce qui donnera une souplesse pour gérer la transition. Tout l'enjeu des travaux du groupe de travail est de voir quels sont les parcours professionnels qui pourront être proposés par discipline.

**Le P<sup>r</sup> Xavier MARIETTE** relève que le problème est avant tout financier et tient à l'absence de financement de certaines mesures du « Ségur de la santé ». Pour l'AP-HP, le surcoût serait compris entre 9 et 15 M€, aussi il demande si ces arguments peuvent être avancés auprès du ministère pour récupérer des financements supplémentaires.

**Le D<sup>r</sup> Stefan NERAAL** souhaiterait proposer le vote d'une motion au nom des représentants des attachés et contractuels pour manifester les inquiétudes de la CME à propos de cette réforme et en donne lecture :

*« La commission médicale d'établissement de l'AP-HP s'inquiète de la mise en place précipitée d'une réforme du statut des médecins non titulaires (sans valence universitaire).*

*La réforme proposée n'a fait l'objet d'aucune concertation avec les organisations représentatives des principaux intéressés et a été présentée directement aux responsables du personnel médical des hôpitaux par les instances ministérielles.*

*De plus, elle n'est associée à aucun financement et nécessiterait, pour sa mise en œuvre, de prendre aux uns pour donner aux autres. Les nouveaux postes tels que proposés nécessiteraient une accession obligatoire au statut de PH après une certaine durée de contrat, entre 3 et 6 ans, sous contrainte de devoir sinon se séparer de ces collègues à cette échéance.*

*En particulier, la CME s'inquiète de la perpétuation des contrats à durée indéterminée de PHC et de PA déjà en poste, sans accès possible au statut de PH, les postes risquant d'être réservés pour que certains nouveaux contractuels puissent rester après la fin de leur contrat de trois ans.*

*L'AP-HP n'a au sein de son personnel médical non universitaire que 49 % de titulaires contre 63 % au national. La CME soutient la mise en œuvre d'une stratégie visant à titulariser l'ensemble des médecins non titulaires non HU, inscrits sur liste d'aptitude et présents à l'AP-HP depuis plus de 3 ans, le souhaitant. Cette dynamique doit permettre que ces titularisations soient toutes intervenues avant que les premiers bénéficiaires des nouveaux contrats temporaires n'aient atteint trois ans d'ancienneté ».*

Le but est d'éviter que les PHC en CDI restent bloqués à l'échelon 4 pendant des années.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** souligne que le deuxième paragraphe de la motion est inexact puisque les négociations sont menées avec les organisations représentatives. Il ne peut pas être annoncé que la réforme n'a pas fait l'objet d'une concertation avec les organisations représentatives. Par exemple, *Jeunes médecins* appartient à *Avenir hospitalier* et fait partie des négociations même si cette organisation n'a pas signé l'accord du « Ségur de la santé ». Pour être exact, il faudrait que la motion indique que la négociation doit impliquer toutes les organisations représentatives des praticiens non titulaires.

**Le D<sup>r</sup> Stefan NERAAL** pensait que ces discussions avaient eu lieu après celles « Ségur de la santé ».

**Le P<sup>r</sup> Sadek BELOUCIF** indique que cet élément précis n'a pas fait partie des discussions du « Ségur de la santé ». C'est un élément qui a été examiné après.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** ne peut pas dire si ce sujet a été discuté au Conseil supérieur des praticiens médicaux (CSPM) ou « post-Ségur ». Quoi qu'il en soit, les médecins ont des instances représentatives syndicales consultatives, donc le ministère peut passer outre un avis négatif. Il enjoint donc à supprimer ce paragraphe de la motion pour insister plutôt sur la question du financement.

**M. Guy BENOÎT** est d'accord sur le fond avec la motion mais il relève que la titularisation de tous les statuts précaires conduira à afficher un taux de 100 % et non de 63 %.

**Le D<sup>r</sup> Stefan NERAAL** précise que la titularisation évoquée dans la motion ne concernerait que les personnes présentes depuis plus de trois ans, inscrites sur liste d'aptitude et qui le souhaitent.

**M. Guy BENOÎT** note que les attachés depuis plus de trois ans sont titulaires.

**Le D<sup>r</sup> Stefan NERAAL** répond qu'ils ne sont pas PH. Ils ont des statuts de contractuels en CDI non titulaires ce qui les bloque à l'échelon 4.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** rappelle que le salaire du contrat unique peut être librement fixé.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** ajoute qu'une grille de rémunération pourrait être mise en place pour fixer un cadre, sans laisser tous les éléments à libre négociation de chacun.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** ne souhaite pas que la motion évoque une absence de concertation mais il propose qu'elle insiste sur l'absence de financement.

**Le D<sup>r</sup> Stefan NERAAL** indique avoir supprimé le deuxième paragraphe.

**Le président** considère que l'importance du sujet mérite que cette rédaction fasse l'objet d'une concertation plus poussée pour emporter l'adhésion du plus grand nombre avant d'être votée.

**Le D<sup>r</sup> Stefan NERAAL** propose de soumettre une nouvelle version de la motion lors d'une prochaine CME après échanges internes.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** estime ce délai nécessaire car le sujet est encore instable. La diversité est telle dans les services qu'un travail d'inventaire serait utile et il sera mené dans le groupe de travail. Les collégiales seront aussi mises à contribution pour tenir compte des spécificités de chaque discipline.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** appuie ce point de vue et confirme que le groupe de travail affinera cette vision d'autant que le D<sup>r</sup> Nathalie RICOME y participe. À l'issue, des propositions pourront être proposées pour la prochaine CME.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** rappelle que l'objectif est de favoriser l'attractivité médicale. Ce défaut d'attractivité a aussi concerné les paramédicaux et le prix à payer pour réamorcer la dynamique a été lourd. Il prend l'exemple des centres maladies rares qui forment des praticiens très spécialisés payés en tant que PHC mais il est très difficile de les titulariser. Ces derniers, une fois très bien formés, peuvent ensuite partir en province. L'enjeu est donc aussi celui de l'accession à la titularisation de personnels très bien formés.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie Ricome** précise que le groupe de travail qui s'est réuni pour le moment n'a été qu'informatif et qu'il n'a pas été possible de discuter du contenu de la réforme pour le faire évoluer.

**Le président** propose que ce sujet soit revu lors de la prochaine CME.

**Le P<sup>r</sup> Sadek Beloucif** ajoute que les négociations sur l'attractivité des emplois concernent aussi les HU. La prochaine réunion de négociation aura lieu le 7 mai 2021. La précédente a eu lieu le 11 mars. Le délai a été long entre les deux réunions en raison d'arbitrages entre Matignon, le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur. La demande du P<sup>r</sup> Sadek Beloucif porte sur une augmentation de 10 % pour éviter que les émoluments des PU soient inférieurs à ceux des maîtres de conférences des universités – praticien hospitalier. Il est aussi demandé que la retraite complémentaire passe à 15 % des émoluments dans un premier temps, puis à 21 % contre 9 % aujourd'hui. Le périmètre des émoluments devra englober aussi les gardes et astreintes ainsi que la prime de service public exclusif. Or, ces demandes ne seraient pas retenues, ce qui est extrêmement préoccupant.

## 5. Cybersécurité

**Le P<sup>r</sup> Laurent Tréluyer** souligne que le sujet de la cybersécurité n'est pas propre à la France ni à l'AP-HP car depuis un an les attaques contre le secteur public et le secteur de la santé explosent au niveau mondial. Ces attaques peuvent être menées pour des raisons lucratives mais idéologiques (par des activistes ou cyber-terroristes), étatiques, ludiques (par exemple, par des adolescents), techniques par des ingénieurs souhaitant tester la robustesse de certains systèmes, ou pathologiques et des fins de vengeance personnelle contre une entreprise. Ces attaques peuvent visent plusieurs objectifs : l'espionnage, l'agitation ou la déstabilisation, la destruction d'installations, la cybercriminalité ou la neutralisation d'un ennemi. La majorité des actes de délinquance est commise par des groupes criminalisés très organisés et qui se sont spécialisés au cours des dernières années. Il existe ainsi des chaînes de *hackers*, chacun détenant sa propre spécialité certains dans le développement de programmes malveillants et de virus informatiques, des groupes en charge de la commercialisation de ces programmes, des hébergeurs spécialisés dans le stockage des contenus malveillants, des groupes spécialisés dans la vente de données volées et des intermédiaires financiers en charge de collecter l'argent et de le distribuer aux différents maillons de la chaîne.

Tous les outils nécessaires à une attaque informatique sont disponibles sur le *dark web*. De nombreuses attaques relèvent de l'ingénierie sociale, lorsque le hacker étudie le comportement de sa cible sur Internet et les réseaux sociaux pour collecter des informations et identifier les vulnérabilités. La plus connue de cette technique est l'attaque au président : le pirate se fait alors passer pour un responsable important de la structure dans laquelle évolue la victime pour soutirer de l'argent en demandant le paiement immédiat de factures par le biais de virements. Cette arnaque utilise des leviers psychologiques en soulignant que la demande est urgente et confidentielle ou encore en valorisant ou en intimidant son récipiendaire.

Le *phishing* est une autre forme d'attaque relevant de l'ingénierie sociale. Cela consiste à envoyer des courriels dans lesquels il est demandé au destinataire de renseigner son numéro de compte bancaire ou encore ses mots de passe. Des dizaines de millions de mails, que les outils anti-spam tentent de contrer, sont envoyés chaque jour. Chacun doit être vigilant à la réception d'un tel mail car un simple clic sur le lien qu'il contient suffit pour télécharger un virus sur son ordinateur. Les données de l'ordinateur sont alors cryptées et donne lieu à une rançon. C'est le cas des attaques contre les hôpitaux de Dax et Villefranche.

S'agissant de la sphère privée, des *logins* et mots de passe de personnels de l'AP-HP ont pu être découverts récemment en vente sur le *dark web*. Les 538 personnes concernées ont été prévenues afin qu'elles puissent modifier leurs mots de passe. Le site [www.aphp.fr](http://www.aphp.fr) a également été concerné par des attaques avec des tentatives de connexion massive conduisant à bloquer le système dans son ensemble. Au final, ces attaques peuvent parvenir à leurs fins car il existe des vulnérabilités dans l'institution avec des logiciels qui ne sont pas à jour, des cloisonnements insuffisants, une gestion des mots de passe défaillante, une gestion des droits d'accès laxiste, des utilisateurs insuffisamment sensibilisés aux dangers.

Les cyber-menaces sont en augmentation depuis trois ans car elles sont très lucratives et très peu risquées, car il est très difficile d'identifier les cyber-attaquants. Pour se protéger, il faut appliquer des mesures simples de sécurité. À cette fin, 42 règles sont édictées par l'Agence nationale de sécurité des systèmes d'information (ANSSI) ont été diffusées à l'AP-HP. Pour mieux lutter contre cette menace, il faut sensibiliser les collaborateurs. Le rapport de l'ANSSI de février 2021 montre que les hôpitaux sont fragiles du point de vue de la cyber-sécurité car ils utilisent beaucoup de logiciels d'application et les attaques y sont très opportunistes en ciblant les machines vulnérables. À l'AP-HP, 1 527 attaques ont été détectées et bloquées par les systèmes antivirus en 2020-2021. Les attaques sont quotidiennes. L'AP-HP a une dette technique importante puisque beaucoup de postes fonctionnent encore sur *Windows 7*. Cette situation crée des vulnérabilités tant sur les serveurs que sur les postes de travail mais l'AP-HP investit pour améliorer la situation. Cette vulnérabilité tient aussi au fait que les applications y sont très nombreuses.

Enfin, l'AP-HP est certifiée hébergeur de données de santé pour les applications en central. Les travaux en cours visent à rendre plus complexes et coûteuses les attaques informatiques contre le SI de l'AP-HP, mais aussi à informer et former contre les risques. Pour améliorer son niveau de protection, l'AP-HP doit améliorer sa capacité de détection et de réaction aux attaques, assurer la continuité du service hospitalier pendant la crise et réduire l'impact et la durée du sinistre, notamment en organisant des exercices de réaction aux attaques. Un exercice de cyber-crise sera d'ailleurs organisé le 27 mai pour que les équipes s'entraînent à gérer une crise cyber.

**Le président** rappelle tout l'enjeu de cette question qui a des conséquences très importantes sur les hôpitaux. L'augmentation de la menace invite chacun à faire preuve de vigilance, notamment pour ne pas cliquer sur les messages qui peuvent être suspects.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'interroge sur la fuite des données notamment avec *Dedalus* qui s'occupe d'*Orbis*. Il s'enquiert par ailleurs des risques encourus par l'entrepôt de données.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** confirme que *Dedalus* a été concerné par une fuite de données sur la partie laboratoire. Pour le moment, la cause identifiée de la fuite est une négligence sur le respect d'une procédure dont on ne sait pas encore si elle est du fait de *Dedalus*, d'un client ou d'une faute conjointe. Les données en cause ne sont pas les données *Orbis* qui ne sont pas accessibles sur Internet. Par ailleurs, en tant qu'hébergeur de données de santé, l'AP-HP fait l'objet d'audits très réguliers et d'une surveillance par l'ANSSI qui réalise des audits d'intrusion. Sur l'entrepôt de données de santé (EDS), l'AP-HP est plutôt bien protégée car c'est un système récent. La fragilité de l'AP-HP vient essentiellement de sa surface et de sa capacité à gérer l'ensemble des systèmes.

**M. Guy BENOIT** s'enquiert du montant qui sera consacré à la cybersécurité en 2021-2022 et du pourcentage que représente ce budget sur les dépenses totales. Il souhaiterait également pouvoir comparer ce montant aux investissements consacrés à la cybersécurité par les grands hôpitaux américains.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** explique tout d'abord que le renouvellement du parc informatique ou des serveurs améliore de fait la cyber-sécurité. Ces remplacements représentent un budget d'environ 15 M€ par an. Si l'on exclut ces dépenses, la cyber sécurité pure représente de 4 à 5 M€ par an. Ces dépenses sont en augmentation car l'équipe compte désormais une quinzaine de personnes. Les dépenses consacrées à la cybersécurité par les hôpitaux américains sont bien plus élevées qu'en France

**Le directeur général** indique que la *Mayo clinic* a changé son système équivalent à *Orbis* il y a deux ans pour un budget de 1 200 € de dollars. Or la *Mayo clinic* est trois à quatre fois plus petite que l'AP-HP.

**Le président** ajoute que le budget moyen de l'AP-HP pour son système d'information représente 2 à 2,5 % de son budget total contre environ 6 % en Amérique du nord et dans certains pays d'Europe du nord. Il existe en effet une dette technique et l'AP-HP manque de moyens pour consolider ses systèmes. Dans des domaines aussi stratégiques, la question peut se poser de dépenser davantage pour accroître la sécurisation des systèmes au-delà de la vigilance dont chacun doit faire preuve.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** précise que le budget moyen des hôpitaux en France est de 1,8 % contre 2,1 % ou 2,2 % dans les CHU. L'AP-HP dépense 2,3 % de son budget ainsi - soit 170 M€ au total en incluant les investissements, le budget de personnel et le budget de fonctionnement. Ce budget est en moyenne de 4,7 % aux États-Unis et de 7,5 % à 8 % pour la *Mayo clinic*. Aux États-Unis, les hôpitaux universitaires consacrent 7 à 8 % de leur budget à ces sujets. Cependant, il faut savoir que l'informatique coûte plus cher aux États-Unis qu'en France.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** croit savoir qu'un exercice test d'hameçonnage a été lancé sur le périmètre de l'AP-HP et souhaite en connaître les conclusions.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** confirme que 1 430 mails ont été envoyés aux cadres dirigeants de l'AP-HP dont les présidents des CME locales (CMEL) et les directeurs des hôpitaux. Ce *mail* contenait un faux *phishing* et une soixantaine de personnes ont été trompées jusqu'à donner leur login et leur mot de passe. Ces exercices ont un coût puisqu'ils sont gérés par un prestataire, mais ils sont aussi un moyen utile pour sensibiliser. Au-delà de la vigilance à observer lors de l'ouverture des courriels, les personnels doivent aussi prendre garde à ne pas utiliser des clés *Universal serial bus* (USB) sans vérification et se retourner vers leur système d'information en local en cas de doute.

## **6. Présentation du « projet de santé numérique @Hôtel-Dieu »**

**M. Nicolas CASTOLDI** indique qu'une réflexion est engagée autour d'un pré-projet autour de l'Hôtel-Dieu mais ouvert à toute l'AP-HP. Ce projet s'inscrit dans la stratégie d'accélération de la santé numérique lancée par le gouvernement. Cette stratégie n'est pas encore publique. Pour nourrir cette stratégie, deux initiatives ont été prises : une consultation publique et un appel à manifestation d'intérêts lancé essentiellement par le ministère de la santé et par le ministère de l'économie des finances. Cet appel à manifestation d'intérêts est ouvert jusqu'à mi-juin et les réponses collectées permettront de nourrir la stratégie qui verra le jour et de dégager ou mobiliser des financements au titre du plan de relance et du « programme d'investissements d'avenir ». Cette stratégie pourrait s'associer à un programme d'équipements prioritaires et de recherche, portés par le ministère de la recherche et de l'innovation. Ce programme pourrait être coordonné par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'Institut national de recherche en informatique et en automatique (INRIA).

Dans ce contexte, l'AP-HP a souhaité formuler des propositions autour de la santé numérique, et singulièrement autour du suivi à distance des patients avec l'utilisation des objets connectés. L'idée est de participer à cet appel à contribution et de prolonger le travail engagé depuis plusieurs années en vue de rappeler que l'AP-HP et les CHU sont des acteurs sur le champ de l'innovation en santé.

L'Hôtel-Dieu serait moteur dans ce projet compte tenu de ses projets déjà lancés autour des maladies chroniques. L'objectif est de faciliter les interactions avec les entreprises pour la construction de solutions médicalement pertinentes et déployables en environnement hospitalier pour le suivi des patients. Le projet est de faciliter les contacts mais aussi de les inscrire dans un cadre institutionnel mais aussi pleinement réfléchi et articulé à la recherche (recherche clinique, recherche en sciences humaines et sociales, recherche économique, etc.). Pour rappel il existe à l'Hôtel-Dieu une chaire d'économie de la santé, construite avec l'École d'économie de Paris, et une chaire de philosophie, construite avec l'École normale supérieure.

Cet avant-projet exprime donc une proposition autour de trois grandes idées, à savoir construire des relations de co-innovation avec des *start-up* pour que les développements aient lieu en amont et éviter d'adapter des solutions *a posteriori* aux contraintes hospitalières ; offrir une approche institutionnelle cadrée aux *start-up* qui souhaitent renforcer des liens avec des services de soins ; structurer la réflexion autour des questions de santé numérique sachant que ces innovations soulèvent de nombreuses questions (sur la sécurité des données, sur le sens de la relation à distance, etc.) Les pouvoirs publics n'ont pas encore répondu à cette première proposition. Le processus suit son cours.

**Le président** propose que ce sujet soit inscrit à l'ordre du jour d'une prochaine CME, lorsque le projet aura avancé.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** demande si le travail engagé avec les *start-up* et l'AP-HP aboutira à une propriété intellectuelle partagée. Elle souhaite par ailleurs savoir si tout projet envisagé avec une *start-up* doit donner être validé par la direction.

**M. Nicolas CASTOLDI** répond que le produit du travail de « co-conception » ou de « co-innovation » a vocation à être partagé entre l'AP-HP ou un acteur universitaire et la *start-up* concernée. L'AP-HP souhaite être copropriétaire de la solution construite en commun ou prévoir en amont les conditions de retours financiers dans une logique de partage des résultats. Ces modalités sont déjà prévues dans d'autres domaines de la recherche.

Pour répondre à la deuxième question, il ne s'agit pas de construire une porte d'entrée unique pour le travail avec les *start-ups* mais de travailler sur un périmètre circonscrit qui est celui des solutions de suivi à distance des patients ou des solutions intégrant des objets connectés. Ce n'est pas une porte d'entrée obligatoire mais la construction d'un lieu qui permet de croiser les regards et les expertises et de donner envie à d'autres acteurs de participer.

## **7. Approbation du compte rendu de la CME du 6 avril 2021**

Le compte rendu de la CME du 6 avril 2021 est approuvé à l'unanimité.

## **8. Questions diverses**

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'étonne que l'AP-HP ait déposé plainte auprès de 8 représentants associatifs après l'occupation de l'Hôtel-Dieu par des migrants le 13 février dernier dont certains



sont convoqués par la justice le lendemain. Il comprend que la méthode soit condamnable, mais l'AP-HP devrait peut-être faire preuve de magnanimité.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** témoigne que l'association *Droit au logement* (DAL) a décidé d'envahir l'Hôtel-Dieu et de perturber les opérations de vaccination. Il comprend l'action sociale de l'association mais elle ne peut pas avoir lieu au détriment des patients. Il déplore que le DAL ait choisi une solution opportuniste, à savoir envahir l'Hôtel-Dieu car ses portes étaient ouvertes en raison de la campagne de vaccination, alors que l'association aurait pu cibler d'autres lieux, notamment ceux des syndicats patronaux. Il approuve une sanction légère mais trouve que le DAL exagère.

**Le directeur général** ne peut pas répondre n'ayant pas été informé de ce sujet ni de cette question. Il suppose que le GH a été à l'initiative de cette plainte. Il fera suivre des informations plus précises sur cette affaire après avoir obtenu ces éléments de la direction des affaires juridiques.

*La séance est levée à 19 heures 25.*