

# COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

\*\*\*\*\*

## COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 6 DÉCEMBRE 2022

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 10 JANVIER 2023

## Sommaire

1.	Informations du président	6
2.	Approbation du compte rendu de la CME du 8 novembre 2022	11
3.	Plan d'action pour les 12 mois à venir	11
4.	Guide de l'entretien annuel individuel des praticiens	25
5.	Avis sur la révision des effectifs 2023 de praticiens hospitaliers	28
6.	Guide de la laïcité	29
7.	Bilan 2021 de la santé au travail et de la radioprotection travailleur à l'AP-HP	30
8.	Questions diverses	30

# CME du mardi 6 décembre 2022

16h30 – 19h30

## Ordre du jour

### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 8 novembre 2022
3. Plan d'action pour les 12 mois à venir (M. Nicolas REVEL)
4. Guide de l'entretien annuel individuel des praticiens (M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET)
5. Avis sur la révision des effectifs 2023 de praticiens hospitaliers (M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET)
6. Guide de la laïcité (Mme Marie-Charlotte DALLE)
7. Bilan 2021 de la santé au travail et de la radioprotection des travailleurs à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS, P<sup>r</sup> Hubert DUCOU LE POINTE)
8. Questions diverses

### SÉANCE RESTREINTE

#### Composition A

- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2023

**- 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	D <sup>r</sup>	Christian	GUY-COICHARD
D <sup>r</sup>	Marie	ANTIGNAC	P <sup>r</sup>	Agnès	HARTEMANN
P <sup>r</sup>	Jean-Yves	ARTIGOU	D <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU
P <sup>r</sup>	Jean-Louis	BEAUDEUX	P <sup>r</sup>	Sandrine	HOUZÉ
P <sup>r</sup>	Sadek	BELOUCIF	D <sup>r</sup>	Éric	LE BIHAN
D <sup>r</sup>	Guy	BENOIT	P <sup>r</sup>	Éric	LE GUERN
D <sup>r</sup>	Lynda	BENSEFA-COLAS	P <sup>r</sup>	Rachel	LEVY
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Laurent	MANDELBROT
P <sup>r</sup>	Olivier	BOURDON	P <sup>r</sup>	Xavier	MARIETTE
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	D <sup>r</sup>	Vianney	MOURMAN
P <sup>r</sup>	Sophie	BRANCHEREAU	D <sup>r</sup>	David	OSMAN
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	P <sup>r</sup>	Yann	PARC
M.	Cédric	CARDOSO	M.	Paul-Louis	PATY
P <sup>r</sup>	Alain	CARIOU	D <sup>r</sup>	Juliette	PAVIE
D <sup>r</sup>	Sonia	CERCEAU	D <sup>r</sup>	Antoine	PELHUCHE
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	P <sup>r</sup>	Antoine	PELISSOLO
P <sup>r</sup>	Olivier	CLÉMENT	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup>	Yves	COHEN	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
M.	Léonard	CORTI	P <sup>r</sup>	Louis	PUYBASSET
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
D <sup>r</sup>	Tristan	CUDENNEC	D <sup>r</sup>	Nathalie	RICOME
M <sup>me</sup>	Audrey	DARNIEAUD	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
P <sup>r</sup>	Loïc	DE PONTUAL	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
D <sup>r</sup>	Olivier	DRUNAT	M <sup>me</sup>	Yasmine	SMAIL
P <sup>r</sup>	Hubert	DUCOU LE POINTE	D <sup>r</sup>	Brigitte	SOUDRIE
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU	D <sup>r</sup>	Valéry	TROSINI-DESERT
P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)

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

- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME
- P<sup>r</sup> Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'île de France (ARS)

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

- M<sup>mes</sup> Stéphanie DECOOPMAN et Laetitia BUFFET, P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ, directrices générales adjointes
- M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET et M. Kevin MARCOMBE, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE, directrice des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP)

- M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie et de la transformation (DST)
- M. Patrick CHANSON, M<sup>mes</sup> Véronique DROUET et Gwéno­lée ABALAIN, direction de la communication.

- **Invités :**

- M. Lionel COLLET, président du collège de déontologie et référent laïcité de l'AP-HP
- P<sup>r</sup> Pascal PAUBEL, agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)

- **Secrétariat de la CME :**

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

- **Membres excusés :**

M<sup>mes</sup> et MM., P<sup>rs</sup> et D<sup>rs</sup> Véronique ABADIE, Octave AKAMATSU, Thomas APARICIO, Élie AZOULAY, Frédéric BATTEUX, Fadi BDEOUI, Valérie BLANCHET, Jacques BODDAERT, Jean-Claude CAREL, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Julie CHOPART, Jean-Philippe DAVID, Vianney DESCROIX, Édouard DEVAUD, Jacques DURANTEAU, Yann FLÉCHER, Jean-Eudes FONTAN, Vincent FROCHOT, Ariane GUDIN, Émelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Jean-Louis LAPLANCHE, Michel LEJOYEUX, Emmanuel MARTINOD, Rafik MASMUDI, Loïc MORVAN, Marie-Noëlle PERALDI, Nathalie PONS-KERJEAN, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, Samir TINE, Thomas SIMILOWSKI, Michel VAUBOURDOLLE, Karine VIRETTE et Noël ZAHR.

## **1. Informations du président**

**Le président** fait le point la CME sur la situation face à l'épidémie de bronchiolite. Si leur nombre est toujours élevé, les passages aux urgences pédiatriques sont moins nombreux depuis une semaine. La situation semble ainsi se détendre, même si l'affluence demeure importante. Cette tendance en Île-de-France n'est pas celle observée dans le reste de la France qui poursuit une phase ascendante. En revanche, la situation demeure très tendue pour les urgences adultes avec une forte affluence et un capacitaire limité en lits d'aval. Les lits brancards sont donc très nombreux dans les services de l'AP-HP, mais aussi plus largement dans tous les hôpitaux de la région et en dehors.

À cette situation déjà difficile s'est ajoutée la cyberattaque du centre hospitalier de Versailles. Cette situation a conduit à détourner des flux entrants mais assez peu de patients hospitalisés ont été transférés. Des hôpitaux de l'AP-HP (Ambroise-Paré, Antoine-Béclère, Bicêtre), mais aussi l'hôpital de Poissy, ont accueilli des patients qui ne pouvaient pas être hospitalisés à Versailles. En début de semaine, 150 lits-brancards ont été enregistrés à l'AP-HP contre 180 la semaine précédente, avant la cyberattaque. Ce nombre était encore d'environ 134 le 6 décembre. Les équipes des services d'urgence sont dans un état de fatigue et de tension palpable.

Les assises de la pédiatrie, qui seront constituées de groupe thématiques, ont été annoncées par le ministère en charge de la santé la semaine passée et seront officiellement lancées le 7 décembre. Elles seront copilotées par M. Adrien TAQUET, ancien secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles, et le P<sup>r</sup> Christèle GRAS-LEGUEN, présidente de la société française de pédiatrie et pédiatre au centre hospitalo-universitaire (CHU) de Nantes. Les travaux doivent aboutir en mars 2023. Les pilotes ont souhaité que cette échéance soit repoussée car l'objectif est de mener des travaux en profondeur sans se limiter à une simple communication.

**Le président** a convié le P<sup>r</sup> Pascal PAUBEL, chef du service « évaluation pharmaceutique et bon usage » à l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), à présenter en fin de CME un point sur les tensions actuelles sur l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux.

**Le président** indique que le directeur général commentera au cours de la réunion le plan d'action issu du plan dit « 30 leviers pour agir ensemble » et que le calendrier de sa mise en œuvre sera modifié à la marge. Il rappelle que plusieurs axes importants du plan d'action ont pu être discutés à l'occasion du bureau exceptionnel du 30 novembre et remercie le directeur général d'offrir cette possibilité d'échanges aux membres de la CME. Il estime que le point relatif à l'intéressement prête à discussion dans la communauté médicale et qu'il sera donc important d'y consacrer le temps nécessaire pour en parler.

**Le directeur général**, propose d'évoquer les mêmes sujets d'actualité que le président, à savoir la crise de la pédiatrie en raison de l'épidémie de bronchiolite, la situation dans les urgences adultes et la cyberattaque du centre hospitalier (CH) de Versailles.

Concernant l'épidémie de bronchiolite, l'activité reste très élevée. Toutefois, les chiffres des derniers jours semblent dessiner une pente légèrement à la baisse qui permettrait d'écarter l'idée d'un deuxième pic aussi critique que celui connu lors du week-end de la Toussaint. Ce premier pic

avait été plus précoce et plus élevé que les années précédentes. Mais cela ne signifie pas pour autant que le nombre de bronchiolites sera plus élevé à la fin de l'hiver. Cette situation a conduit l'AP-HP à rehausser ses capacités en réanimation pédiatrique et soins critiques au-delà des objectifs fixés au titre du plan « épidémies hivernales » (ÉPIVER). Cette configuration était nécessaire, car quelques transferts supplémentaires hors Île-de-France ont de nouveau eu lieu au cours des derniers jours. Cette situation appelle à anticiper une possible charge plus forte, plus concentrée et plus précoce l'hiver prochain en capitalisant sur ce qui a été construit cette année. Il espère également que la situation générale de la filière pédiatrique, mais aussi des autres filières, se sera améliorée à l'horizon de l'été prochain. Le directeur général profite de ces informations pour saluer l'engagement des équipes pendant la période. À partir des témoignages qu'il a recueillis au plus du terrain, il sait ce qu'ont enduré les équipes, tout particulièrement cette année.

Concernant les urgences adultes, le niveau d'activité est très élevé comme en atteste le nombre de lits brancards qui avoisine les 100 en général, mais a atteint 188 le 21 novembre, avec des concentrations plus fortes sur certains sites. Ces configurations ont certes déjà été rencontrées les années précédentes, mais elles entraînent des prises en charge extrêmement dégradées.

Après le pic du 21 novembre, avec le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON, il a appelé l'ensemble des services à envisager des déprogrammations ciblées pour aider les services d'urgences à orienter les malades présents ayant besoin d'être hospitalisés, même si les services de médecine de recours ont une activité programmée et des malades ayant besoin d'être suivis. La responsabilité imposait toutefois d'envoyer ce message, car l'urgence commande.

Par ailleurs, la cellule de crise centrale a été réactivée et le directeur général la réunit chaque semaine, en présence du président de la CME, du directeur médical de crise, des présidents des CME locale, des directeurs médicaux de crise et des représentants des collégiales (médecine d'urgence, gériatrie, médecine interne). L'objectif de cette cellule est de suivre les services d'accueil des urgences (SAU), mais également leur aval, car les lits brancards dans les urgences concernent tous les services de l'hôpital. Dès lors, la décision a été prise de réactiver les cellules de sortie dans chacun des sites en les médicalisant davantage, car la juste évaluation de la situation de chaque patient rend son orientation plus efficace. Il a également été demandé que chaque site organise des échanges et des réunions de travail avec les services d'urgences, les services d'aval et la direction, pour éviter l'émergence des tensions et rechercher des solutions au sein de la communauté médicale. Il est aussi demandé de désigner un référent gériatrique au niveau de chaque CHU pour sortir des patients des services médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) vers les services de soins de suite et rééducation (SSR), unité de gériatrie aiguë (UGA) ou, plus rarement, soins de longue durée (SLD). Un travail est donc à mener pour mobiliser tous les lits disponibles en SSR, ce qui n'était objectivement pas le cas au cours des dernières semaines.

Une mesure portant sur les ressources humaines a aussi été prise avec la possibilité de déclencher l'attribution d'heures supplémentaires majorées de 50 % dans le cadre du dispositif « Ségur de la santé » en allégeant les conditions de formalisation du contrat. En effet, les professionnels doivent normalement s'engager à réaliser ces heures pour une certaine durée mais le formalisme de cet engagement pouvait être perçu comme un frein. Enfin, un travail a été engagé pour proposer des solutions nouvelles à des patients qui pourraient sortir de lits de MCO mais restent hospitalisés faute de lieu d'accueil en raison de leur situation sociale et/ou familiale. Ils bloquent donc des lits et un recensement très fin de leur profil est en cours. L'objectif est d'envisager une solution d'hébergement social géré par des associations dont c'est le métier, avec au besoin une présence

paramédicale. Ces structures d'hébergement pourraient se situer à l'AP-HP, là où des locaux sont vacants comme à l'hôpital Chardon-Lagache ou dans certains services ou ailes disponibles au cours des prochains mois. Cette piste permettrait de fluidifier les parcours des patients sans multiplier les déprogrammations.

Concernant la cyberattaque du centre hospitalier de Versailles, elle s'apparente à celle qui a touché le centre hospitalier Sud-Francilien (CHSF) avec 80 à 85 % des postes cryptés et donc inaccessibles. La gestion centralisée des services de soins intensifs n'est plus opérationnelle : sans alarme, il est donc nécessaire de déployer des personnels en visibilité dans chaque chambre. La biologie fonctionne à 20 %. Les équipes de Versailles tentent de garder les malades autant que possible hormis quelques transferts, dont six en néonatalogie, pour ne pas peser trop fortement sur les établissements voisins, dans une zone déjà fragile. En effet, l'hôpital de Poissy a rencontré des difficultés au cours des dernières semaines l'obligeant à fermer son service d'urgences. L'inconnue reste donc la durée de ces dégradations et la capacité des équipes à tenir avec le risque de délestage pouvant en découler. Le directeur général s'alarme de la multiplication des cyberattaques dans la région parisienne qui ne sont pas des faits anodins. Nul n'est à l'abri d'une telle attaque, même si les dispositifs de sécurité de l'AP-HP sont robustes.

**Le président** rappelle que le système de protection du centre hospitalier Sud-francilien était assez faible et souhaite savoir s'il en est de même pour le centre hospitalier de Versailles. Il souligne que c'est un sujet de forte préoccupation dans la mesure où les cyberattaques se multiplient à l'encontre d'établissements hospitaliers mais également d'entreprises privées.

**Le Pr Catherine PAUGAM-BURTZ** souligne qu'il est trop tôt pour se prononcer sur le niveau de sécurité du CH de Versailles. Cet hôpital est passé sur un réseau privé virtuel (*virtual private network* [VPN]) pour la biologie avec une simple authentification et non une double. Il faut attendre une analyse plus poussée pour déterminer ce que l'antivirus a pu détecter. Certains pirates informatiques ciblent les zones les plus vulnérables, car elles sont plus faciles à atteindre, mais aucune structure n'est inviolable même les mieux protégées. Dans ce contexte, de bonnes pratiques doivent être rappelées. La solution de la double authentification semble une évolution nécessaire, même si ces mesures pèsent sur le quotidien, tout comme l'utilisation d'un matériel informatique récent.

Concernant Versailles, la volonté des équipes est de maintenir l'activité au maximum après avoir pu prendre totalement la mesure des conséquences de la cyberattaque. Quelques activités de biologie et de radiologie sont maintenues, mais visible que sur console. Trois patients ayant eu un accident vasculaire cérébral ont été admis. L'hôpital a volontairement délesté ses urgences pédiatriques et adultes. Il accepte les pédibus (soit 50 patients le 5 décembre). La biologie simple qui est délocalisée fonctionne. La régulation du service d'aide médicale urgente (SAMU) des Yvelines s'est adaptée à la situation. Un travail est en cours pour répartir les ré-adressages dans la région en évitant de déstabiliser encore plus des structures déjà fragiles. L'objectif est de mettre en place un plan à plusieurs étages permettant de répartir la charge, ce qui représenterait une charge supplémentaire de 2 à 3 malades par établissement. Cette solution éviterait que l'hôpital de Poissy se trouve engorgé par 50 malades supplémentaires. Des informations plus précises pourraient être disponibles le 7 ou 8 décembre sur le devenir des filières spécifiques, comme la chimiothérapie, puisque la pharmacie de l'hôpital est en difficulté. Les équipes du CH de Versailles et du CHSF ont noué des contacts pour apporter de l'aide.



**Le directeur général** ajoute que les équipes de la direction des systèmes numériques (DSN) de l'AP-HP sont aussi très présentes depuis dimanche.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** indique que le travail consiste à reconstruire un système neuf. Cependant, des informations sont encore en attente comme l'état des sauvegardes.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** a lu que la loi interdisait tout paiement de rançon et demande alors pourquoi les pirates attaquent des structures auprès desquelles ils ne pourront pas récupérer d'argent.

**Le directeur général** précise qu'un projet de loi envisageait d'interdire la prise en charge par les assureurs de l'indemnisation de la rançon mais cette législation n'est pas en vigueur à ce jour. Cependant, il est certain qu'aucun hôpital public ne paie la moindre rançon. Ainsi les pirates savent qu'ils n'obtiendront pas de rançon en France en attaquant un hôpital mais espèrent valoriser les données qu'ils récupèrent. Ces attaques sont aussi un « tableau de chasse » pour les pirates informatiques.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** demande si une cellule spécialisée se rend dans l'hôpital attaqué lors de ces événements pour intervenir en soutien. Elle souhaiterait également savoir si une alerte est donnée sur le poste de travail pour indiquer qu'une attaque est en cours et qu'il faut mettre fin à toute opération. Elle souhaiterait enfin connaître le temps moyen pour se remettre d'une attaque informatique.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** répond qu'il faut 6, 8 ou 12 mois pour revenir à un fonctionnement nominal. Une présentation *ad hoc* pourra être programmée devant la CME pour expliquer le plan de cyber-résilience des systèmes informatiques comme des systèmes de soins. Le délai de reprise dépend du volume des données corrompues. Lorsqu'une telle attaque se produit, le dilemme est de savoir s'il est préférable de couper le système le plus vite possible pour éviter la corruption ou s'ils peuvent supporter un passage en mode dégradé. Par ailleurs, une cellule de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) intervient de manière systématique : elle apporte une aide en termes d'analyse, mais les établissements doivent avoir leur propre plan de cyber-résilience, notamment pour l'organisation des soins qui relève de leur compétence propre. L'ANSSI apporte essentiellement une aide technique complémentaire, pour faciliter l'analyse des logs et déterminer les points d'entrée des pirates informatiques ou qui a pénétré le système. Des prestataires peuvent aussi apporter leur aide comme *Orange Cybersécurité*. La DSN de l'AP-HP est particulièrement compétente et a réalisé récemment un exercice de cyber-crise. Avec l'agence régionale de santé (ARS), des discussions sont en cours pour mettre en place une force d'action rapide disposant du matériel nécessaire. Le P<sup>r</sup> Matthieu RAUX a été missionné pour finaliser le plan cyber-résilience pour les soins. Une présentation pourra être réalisée d'ici trois à quatre mois devant la CME.

**Le D<sup>r</sup> Marie ANTIGNAC** indique que les informations obtenues de ses collègues de la pharmacie du CH de Versailles montrent qu'ils s'étaient préparés à un tel événement et disposaient d'outils de sauvegarde. La chimiothérapie et la stérilisation fonctionnent en mode dégradé. Par ailleurs, des commandes de médicaments ont eu lieu le 6 décembre.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** souligne que les informations évoquées plus tôt étaient des informations obtenues le 5 décembre. Elles étaient conditionnées à la possibilité de récupérer des données sur les systèmes de sauvegarde.

**Le D<sup>r</sup> Marie ANTIGNAC** ajoute que les retours d'expérience des derniers hôpitaux touchés (CHSF, Dax, Versailles) montrent le besoin d'avoir un ou plusieurs ordinateurs personnels (*personal computer* [PC]), selon la taille de l'établissement, jamais connectés au réseau et sur lesquels stocker les données. Il serait utile d'avoir ce matériel et des disques de sauvegarde.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** indique que le CH de Versailles doit être dans une situation problématique, car un malade à opérer a été transféré dans son service pendant le week-end puisque l'hôpital ne pouvait pas faire fonctionner ses blocs, par exemple les ventilateurs.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** confirme qu'aucune intervention n'a eu lieu pendant le week-end. Le 5 décembre, deux interventions en urgence ont été réalisées. Les opérations programmées n'ont pas eu lieu.

**Le président** estime que cette nouvelle attaque invite à renforcer la sécurisation des systèmes qui prévoient parfois la double authentification. Il suggère également de demander au D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER si le système informatique d'autres CHU impose déjà des sécurités supplémentaires comme la vérification que le demandeur n'est pas un robot. Il conviendra également de renforcer les exercices et les simulations car une cyberattaque ciblant l'AP-HP serait dramatique.

**Le directeur général** rappelle qu'un exercice, concentré à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, a été organisé durant un jour et demi courant novembre. Il s'est déroulé sur la base d'un scénario « intermédiaire » en termes d'impact et l'objectif serait de durcir sa difficulté pour sa prochaine occurrence.

**Le président** indique que les conférences budgétaires et stratégiques ont commencé le 6 décembre. Ce premier cycle se terminera d'ici les vacances de Noël. Un deuxième cycle commencera en janvier 2023 pour les questions d'investissement. Ces cycles conduiront à établir le plan global de financement pluriannuel (PGFP) et l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD).

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** indique que 80 à 90 % des patients qui occupent les lits brancards aux urgences sont des personnes âgées de plus de 75 ans. Cette situation montre qu'il existe un fort besoin de places en gériatrie. De nombreux lits sont fermés en SSR et SLD car le manque de personnel est considérable. Les équipes de gériatrie et les UGA travaillent à flux tendus pour vider les urgences. Les SSR sont en seconde ligne. Il est vrai que certains lits sont vides en SSR, mais cette situation traduit un manque d'effectif. Occuper ces lits reviendrait donc à diminuer encore les ratios, qui sont déjà très bas. Par ailleurs, des lits sont bloqués en gériatrie faute de solution par l'aide sociale, parce que les patients sont en attente de mesure de tutelle ou à cause des prix des structures d'hébergement. De nombreux malades bloquant des lits (*bed blockers*) sont dans son service, mais ceux-ci ne peuvent pas être placés dans une structure quelconque, car atteints de la maladie d'Alzheimer et au comportement violent. Parmi les admissions directes des urgences dans les services de gériatrie, certains cas positifs à la COVID peuvent être découverts et ils peuvent contaminer tout un service. Compte tenu du nombre de patients ayant une réaction de polymérisation en chaîne (*polymerase chain reaction* [PCR]) positive, il est encore plus compliqué d'organiser les services.

**Le président** ajoute que certains patients sont aussi atteints du virus de la grippe qui circule activement et dont les conséquences sont similaires à celles de la COVID-19. La vaccination contre la grippe est faible dans la population générale, mais aussi parmi les soignants. Il faut donc renforcer

la vaccination notamment en la proposant au sein des services. Il indique que l'épidémie de grippe risque certainement d'être plus forte cette année, en nombre de cas et en sévérité. C'est ce qui a été constaté en Australie et en Amérique du Nord. Ces prévisions incitent à vacciner davantage, notamment les sujets fragiles et les soignants pour éviter l'absentéisme.

**Le directeur général** a bien conscience des difficultés pour fluidifier l'aval de l'aval. Il n'a pas demandé la réouverture à marche forcée des lits à effectif constant, mais que tous les lits disponibles soient mobilisés sans délai. Il arrive en effet que l'on puisse identifier des lits disponibles pendant quelques jours, car les rythmes d'admission dans les services de SSR ne sont pas toujours aussi réguliers que souhaité. Concernant les sorties des patients qui ne nécessitent plus d'hospitalisation, un travail très fin est mené compte-tenu du profil de chaque patient. Ces alternatives n'aboutiront sans doute que pour une faible proportion d'entre eux, mais permettre la sortie de quelques dizaines de patients dits « *bed blocker* » serait bénéfique. Toutes les petites solutions qui permettent d'alléger la contrainte doivent être étudiées.

## **2. Approbation du compte rendu de la CME du 8 novembre 2022**

Le compte rendu de la CME est adopté.

## **3. Plan d'action pour les 12 mois à venir (M. Nicolas REVEL)**

**Le président** indique que cette présentation sera axée sur certains leviers du plan d'action qui concernent plus particulièrement la communauté médicale, par exemple, l'intéressement.

**Le directeur général** confirme que ce plan sera finalisé dans une quinzaine de jours, avec un léger retard par rapport au calendrier initial qui a permis de mener un intense travail. Il remercie d'ailleurs toutes les équipes qui y ont participé : d'une part, les membres de la CME présents au sein du directoire et, d'autre part, les parties prenantes au format tripartite avec deux des quatre organisations syndicales (SUD et CFDT), des représentants de la direction et de la CME, dont son président. Ces réunions tripartites, enrichissantes et constructives, se sont déroulées dans un bon climat. Il était initialement prévu de présenter un document finalisé au cours de la présente CME, mais l'échéance a été repoussée, compte tenu des élections professionnelles qui se déroulent actuellement afin de ne pas perturber le déroulement du scrutin ou la validité de ses résultats. Pour cette même raison, la CME a dû se réunir dans les locaux de la Fédération hospitalière de France (FHF) et non au siège où sont installés les bureaux de vote. Il propose de présenter le sommaire du document et une dizaine de mesures plus directement dans le champ d'intérêt de la CME, arrêtés avec son président, bien que toutes les mesures intéressent par définition la commission.

Le document qui sera diffusé la semaine prochaine s'inscrit dans la continuité de celui diffusé mi-septembre avec 30 leviers, qui, sans être exactement les mêmes, couvrent les mêmes sujets. Le parti pris assumé reste d'activer beaucoup de leviers à la fois considérant qu'aucun ne serait à lui seul décisif alors que la combinaison de plusieurs peut avoir un réel impact. Ce document est devenu un outil de travail très opérationnel et beaucoup plus détaillé que sa précédente version.

Une question qui a été posée régulièrement est de savoir s'il est raisonnable d'agir simultanément sur plusieurs leviers. La conviction du directeur général est que chacune des actions doit s'inscrire dans un calendrier réaliste sans être renvoyée à plus tard car tous les sujets sont importants : le

logement, les conditions de travail des paramédicaux, la recherche, le collectif dans les équipes, etc. Cet ensemble forme un tout cohérent. Il préconise donc d'avancer d'un même front sur tous ces sujets en essayant de mettre de la méthode, des objectifs et des échéances réalistes sans placer d'emblée l'AP-HP dans l'impossibilité de réussir.

Concernant la capacité à agir d'un point de vue économique et financier, le président de la CME l'a rappelé précédemment : des discussions sont en cours pour définir le PGFP 2023-2027 de l'AP-HP. Bien que son officialisation soit attendue mi-février, il sera important de connaître les grands principes de ce futur PGFP quand le plan d'action sortira. Cette articulation sera évoquée lors du conseil de surveillance du 16 décembre prochain. Des réponses de principe des ministères sont attendues rapidement même si le détail sera affiné en janvier 2023. Pour le moment, l'écoute des tutelles est attentive. À date, un chemin de faisabilité se dessine pour mettre en œuvre les 30 leviers.

### ***Présentation du sommaire du plan d'actions***

Il se structure en neuf chapitres. Le premier couvre le recrutement, l'accueil et la fidélisation des professionnels autour de six leviers :

- préparer dès maintenant la campagne de recrutement de 2023 et 2024 ;
- réussir l'accueil et accompagner les départs ;
- accompagner la prise de poste et l'intégration de ceux qui rejoignent l'AP-HP, avec un accompagnement en sortie d'instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) qui est primordial, en particulier compte tenu de la refonte de la formation initiale ;
- fidéliser en développant des carrières paramédicales plus riches et variées ;
- améliorer l'attractivité des parcours médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires ;
- faire de l'égalité entre les femmes et les hommes une priorité institutionnelle.

Le deuxième chapitre porte sur la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle avec quatre leviers :

- doubler l'offre de logements pour améliorer le pouvoir d'achat et diminuer le temps de transport, avec un effort à inscrire dans le PGFP pour augmenter très significativement la capacité à proposer chaque année des logements (sociaux et de fonction) pour les professionnels, *a fortiori* sur les métiers en tension ;
- réduire la pénibilité du travail de nuit ;
- permettre aux équipes de choisir l'organisation horaire qui leur convient le mieux et d'être plus autonomes dans la gestion de leurs plannings, point sur lequel il faudra caler une méthode pour avancer et diversifier les formules ;
- stabiliser les plannings pour permettre aux professionnels de s'organiser, notion qui renvoie beaucoup aux questions d'heures supplémentaires et de suppléance.

Le troisième chapitre vise à redonner du temps pour soigner et comprend trois leviers :

- renforcer l'appui administratif, logistique et technique au plus près des équipes de soins ;
- mettre à niveau les réseaux, le matériel et le support informatique ;
- déployer de nouveaux outils numériques qui simplifient la vie quotidienne.

Le quatrième chapitre porte sur les éléments favorisant l'esprit d'équipe et l'esprit collectif au sein des services avec trois leviers :

- améliorer la cohésion d'équipe entre personnels médicaux et paramédicaux ;
- appuyer l'encadrement pour lui permettre de retrouver le cœur de sa mission en proximité des équipes ;
- mieux accompagner les binômes chefs de service – cadres dans l'exercice de leur responsabilité managériale.

Le cinquième chapitre favorise un fonctionnement plus fluide et efficace en s'appuyant sur deux principes : confiance et subsidiarité. Il comporte trois leviers :

- clarifier les processus de décision et donner plus de marges de manœuvre aux équipes de soins ;
- revoir les périmètres et améliorer le fonctionnement des DMU pour garantir leur cohérence et leur valeur ajoutée ;
- rénover les modalités du dialogue et de la délégation de gestion en replaçant les contrôles au bon moment et au bon niveau, avec une phase pilote qui s'engage au GHU Nord.

Le sixième chapitre porte sur les conditions d'une réouverture durable des capacités de soin et sur la possibilité de fixer un cap à cinq ans sur l'évolution du projet médical au service des patients. Il comporte cinq leviers :

- prioriser les besoins de réouvertures capacitaires à court terme en créant les conditions d'une stratégie durable en termes de conditions de travail dans les équipes, qui sont souvent en fragilité, c'est-à-dire comment réallouer les moyens supplémentaires entre ces deux objectifs qu'il faut concilier ;
- retrouver le plus vite possible un meilleur fonctionnement des blocs opératoires ;
- aider les services à trouver des solutions d'aval pour leurs patients les plus complexes ;
- arrêter des priorités stratégiques en matière d'évolution de l'offre de soin à 3 et 5 ans ;
- fixer de nouveaux objectifs pour garantir aux patients une prise en charge lisible, fluide et sécurisante. Certains pourraient considérer que ces deux derniers leviers sont moins urgents, mais il est important de s'en saisir rapidement.

Le septième chapitre concerne l'investissement dans la recherche pour qu'elle soit un atout et un facteur d'attractivité de l'institution :

- accélérer, simplifier, renforcer les dispositifs d'aide à la recherche ;
- mieux exploiter les infrastructures de recherche et d'innovation et préparer les prochaines étapes de leur développement.

Le huitième chapitre vise l'exemplarité en matière de lutte contre le réchauffement climatique et comporte un levier : réduire l'empreinte carbone de l'AP-HP en mobilisant tous les leviers à sa main.

Le neuvième chapitre vise à créer ensemble les conditions d'une trajectoire économique soutenable pour préserver les investissements porte trois leviers :

- mobiliser la communauté AP-HP dans l'identification des justes leviers de performance ;

- améliorer la qualité du codage ;
- assurer qu'une part de l'amélioration de la trajectoire revienne aux services plutôt que de servir uniquement à réduire le déficit, notion qui peut s'apparenter à un intéressement.

### *Focus sur certains leviers*

**Le Pr Catherine PAUGAM-BURTZ** indique, concernant le premier chapitre, que l'amélioration de l'attractivité des carrières médicales doit passer par des temps identifiés permettant aux professionnels de faire de la recherche, des missions non cliniques ou obtenir les qualifications nécessaires pour s'engager dans une carrière HU. Ce point avait déjà été évoqué au sein de la CME lors de la présentation des résultats de l'enquête portant sur les valences non cliniques. Les préconisations du conseil national des universités (CNU) santé ont également été reprises pour les HU. Pour cela, le projet de service doit être valorisé pour faire vivre l'équipe, car il précise le projet médical, le projet hospitalo-universitaire et le projet de recherche, mais aussi l'organisation du service, et donc les missions cliniques et non cliniques de chaque membre de l'équipe. Le projet de service doit être établi de manière collaborative et recenser les souhaits et aspirations collectés notamment lors des entretiens annuels individuels. Il permettra de construire progressivement la carrière des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires. Certains peuvent être sceptiques face à ces deux outils que sont le projet de service et l'entretien annuel individuel. Pour autant, ils permettent d'accompagner les carrières dans le temps. Il est par ailleurs prévu que les PH qui le souhaitent puissent exercer leur demi-journée d'exercice non-clinique et que les hospitalo-universitaires puissent disposer du temps nécessaire pour les missions universitaires, *a fortiori* pour les plus jeunes. Construire un dossier HU prend du temps et il est donc essentiel de sacraliser le temps nécessaire pour l'obtention des qualifications requises pour ces candidats. L'objectif est aussi de mener un travail avec les doyens pour faciliter la réalisation pratique de la mobilité universitaire, qui concerne souvent des profils seniors avec donc avec des enjeux financiers indéniables.

Concernant le levier relatif à l'égalité entre les femmes et les hommes, dans le premier document, cette thématique était perlée sur l'ensemble des leviers, mais la nouvelle version la consacre dans un levier spécifique. 80 % des paramédicaux et 56 % des personnels médicaux sont des femmes, mais elles représentent 32 % des chefs de service et 23 % des directeurs médicaux des départements médico-universitaires (DMU). Il convient donc d'augmenter le nombre de femmes en situation de responsabilité et de poursuivre le travail de lutte contre les discriminations et tout type de comportement inapproprié. Les actions sont largement inspirées des travaux menés par le groupe de la CME. L'ambition est de construire une offre de repérage et d'accompagnement des femmes médecins souhaitant s'engager dans une carrière hospitalo-universitaire, car elles sont nommées PU-PH en moyenne deux ans après les hommes. La prise de responsabilité des femmes médecins qui le souhaitent doit être encouragée dès le début de leur carrière, notamment à travers l'entretien annuel qui est un moment privilégié pour connaître les aspirations des femmes et, le cas échéant, les accompagner. Pour toutes, l'ambition est aussi de lancer une communication inspirante sur les réussites féminines et les bonnes pratiques adoptées sur le terrain pour promouvoir l'égalité. Une attention devra être portée à la parité dans la composition et la présidence des commissions diverses, à la lutte contre les inégalités liées à la parentalité, à la lutte contre les stéréotypes, les discriminations et les violences sexuelles et sexistes, etc. Une attention particulière sera portée à la parité lors du renouvellement des directeurs de DMU à l'été 2023.

**Le Pr Yann PARC** estime que les propositions concernant le projet de service reviennent à poser « un pansement sur une jambe de bois ». Écrire le projet de service de façon conjointe n'a de sens que

lorsque les professionnels ne travaillent pas ensemble. L'orientation d'un service, son organisation, ses projets de recherche et les projets individuels de chaque personne doivent être naturels au sein d'une équipe. Être obligé de dire quel sera le rôle de chacun est le signe que le fonctionnement du service n'est pas opérant. Il propose donc plutôt de se focaliser sur les services qui dysfonctionnent et d'aller plus loin, car la rédaction d'un projet de service ne sera pas suffisante pour améliorer la situation.

**Le directeur général** confirme qu'il ne faut pas passer trop de temps à écrire ce qui fonctionne bien. Cependant, le constat est que tout ne va pas bien dans tous les services de l'AP-HP. La proposition est donc d'exiger que les services se réunissent pour réfléchir aux incontournables qui permettent de faire vivre le collectif. Ce premier exercice doit jouer un rôle de déclencheur dans les services qui sont loin de l'objectif. Une fois cette étape franchie, ce projet de service devra vraiment vivre. Le plan d'action ne le détaille pas, mais des ajouts pourront être portés, si la CME le souhaite, pour préciser la manière dont le fonctionnement des services sera suivi, grâce à quelques indicateurs incontournables (réalisation des entretiens individuels, association de l'équipe paramédicale à la réunion *staff*, organisation de réunions collectives, etc.). D'autres éléments pourront être suivis en complément, comme le *turn over* car cet indicateur n'est sans doute pas suffisamment pris en compte aujourd'hui. Suivre cet indicateur ne vise pas à accuser les services d'être responsables de ces départs, mais doit favoriser les échanges entre le binôme chef de service – cadre de santé et le niveau supérieur, car ces échanges n'existent pas suffisamment à ce jour. Des réunions ont certes lieu sur l'activité, mais pas sur le fonctionnement des services et les difficultés rencontrées sur le plan des ressources humaines qui est pourtant un enjeu majeur. C'est une action à construire sans suspicion. Le projet de service doit être une aide pour les équipes, parfois en difficulté, afin d'intervenir avant de générer des situations plus critiques, qui sont malheureusement identifiées régulièrement.

**Le président** estime que les règles ne doivent pas être systématiquement écrites lorsque l'équipe fonctionne bien. Toutefois, certaines équipes rencontrent plus de difficultés dans ce domaine et il convient, dans ce cas, de les accompagner.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** en déduit que tous les services, y compris ceux qui fonctionnent, devront s'astreindre à la même méthode. Or, les services qui marchent bien suivent la méthode tandis que les autres ne le font pas. Il suggère plutôt d'identifier les services qui ne fonctionnent pas correctement pour leur demander de suivre strictement la méthode, sans alourdir le fonctionnement des autres.

**Le directeur général** n'est pas en mesure de dire quelles équipes fonctionnent et celles qui ne fonctionnent pas correctement. Personne n'est capable de le dire.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** estime que les services qui ne fonctionnent pas bien sont connus.

**M. Léonard CORTI** explique que les internes sont soucieux de pouvoir bénéficier de plages horaires dédiées à la recherche et au temps non clinique. Repenser les carrières hospitalières en dehors de la carrière HU sera très attractif pour les jeunes. Concernant l'égalité entre les femmes et les hommes, il recommande d'ajouter un point de suivi concernant la formation. En effet, en tant que représentant syndical, il a pu être amené à accompagner des personnes victimes de harcèlement ou de violence sexuelle ce qui lui a permis de découvrir que le niveau de connaissances des chefs de service, médecins ou administratifs était plutôt faible, ne serait-ce que sur la définition de

l'agression sexuelle, mais aussi sur les leviers d'accompagnement à mobiliser. Une formation à l'écoute et à l'accueil de la parole de la victime est aussi nécessaire, car même des personnes de bonne volonté peuvent se montrer maladroit.

**Le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE** souligne qu'il est essentiel que les cadres de proximité et paramédicaux participent aux staffs hebdomadaires (nouveaux malades, suivis complexes), mais bien souvent, les PH et/ou chefs de service doivent insister pour que les cadres et personnels assistent aux staffs, du fait d'interférences avec d'autres réunions programmées aux mêmes horaires et imposées par la direction des soins, de la qualité ou des ressources humaines. Les *staffs* permettent aux personnels paramédicaux de bien connaître les dossiers, d'échanger directement avec les médecins, ces derniers devant faire un effort d'enseignement afin d'enrichir les débats. Les paramédicaux apprécient de participer aux staffs avec les médecins ces temps d'échanges doivent être reconnus comme importants et priorités.

**Le président** ajoute que c'est souvent la réalisation des soins qui empêche les équipes paramédicales de se libérer.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** craint que ces mesures aboutissent à s'enfermer dans un formalisme stérile. Organiser un rendez-vous une fois par an pour mettre des croix dans des cases est un processus infantilisant. Il faudrait s'orienter vers des dispositifs plus modernes dans un format plus souple. Ces entretiens qui étaient déjà inscrits dans le plan dit « ressources humaines - personnel médical » (RHPM) n'ont d'ailleurs quasiment pas été mis en œuvre. Il émet l'hypothèse que cela est dû, soit à la défaillance des chefs de service, soit à l'inutilité de la mesure. Par ailleurs, tout axer sur le binôme chef de service - cadre de proximité est également rétrograde. Une réflexion plus poussée doit être menée sur le management des services et des équipes, à l'aune des notions de management participatif. Il reconnaît qu'il est aberrant que les réunions de staff n'associent pas toute l'équipe, mais aussi que beaucoup de réunions pourraient être supprimées afin de gagner du temps. Il adhère au plan d'action et fera tout pour qu'il réussisse, néanmoins quelques ajustements restent à faire concernant notamment le management.

**Le président** rappelle que le management ne se résume pas à l'organisation des entretiens individuels. Il estime que ces entretiens ne constituent pas une démarche ringarde et qu'il est utile d'y consacrer un temps d'échange annuel.

**Le directeur général** précise que l'entretien individuel ne se résume pas à remplir un document pour y mettre des croix. Cette prise de contact annuelle oblige aussi le manager à réfléchir à ce qu'il dira à son collaborateur en termes de bilan. Cet entretien permet de clarifier les messages que l'on souhaite adresser, mais aussi d'interroger son interlocuteur sur la manière dont il se projette dans l'avenir. Bien sûr, il y a normalement beaucoup d'autres occasions de se rencontrer, mais pas avec la même finalité. Il entend donc la critique et le risque mais confirme sa volonté d'en faire un moment important.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** constate à regret que le chapitre sur l'attractivité des carrières médicales n'évoque pas la permanence des soins, notamment pour les métiers du bloc opératoire. Pour les professionnels, la question posée n'est pas celle de l'accès à la carrière puisque des postes existent, mais celle de la prise en compte de la permanence des soins. Beaucoup de départs de jeunes professionnels tiennent à cette pénibilité insuffisamment prise en compte. Par ailleurs, pour réaliser des entretiens dans son service depuis plusieurs années, elle pense pouvoir dire qu'ils sont utiles,



notamment car ils permettent à ceux qui ont moins de facilité à aborder un chef de service de faire le point avec lui.

**Le directeur général** présente le levier consacré à la recherche. L'une des pistes est d'augmenter l'intéressement, qui est aujourd'hui de 3 %, soit 10 M€, considéré comme insuffisant. Il sera et revu et rebasé en 2023. Puis, il progressera les années suivantes sans être calculé sur un pourcentage de la dotation socle, mais sur la base d'une clé de répartition plus équilibrée sur la progression de la dotation socle. Ces nouvelles règles devraient entraîner une augmentation très significative de l'intéressement, assortie de davantage de souplesse dans son utilisation, une capacité à recruter des techniciens d'études cliniques (TEC) pour les dédier notamment à l'inclusion dans les essais cliniques et une répartition du supplément d'intéressement. Cette dernière ne sera pas exactement paritaire entre direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), GHU et DMU/services. Compte tenu des attentes, le travail à engager avec la DRCI sur l'amélioration des processus et les délais sera clé. Un appel à candidatures sera lancé pour identifier des PH souhaitant se consacrer à une activité de recherche à plein temps (pendant un an) ou à mi-temps (pendant deux ans), avec un nombre de postes qui augmentera au cours des trois années à venir. Enfin, la valence non-clinique recherche devra être sanctuarisée pour les PH qui le souhaitent.

Concernant l'axe « redonner du temps pour soigner », l'appui administratif, technique et informatique sera renforcé avec plusieurs centaines de postes dédiés au plus près des équipes de soins, et si possible dans les services mêmes. Comme le nombre de demandes sera certainement supérieur au nombre de postes, un appel à projets sera lancé pour que les services explicitent leurs besoins et en quoi ce poste d'appui leur permettrait de libérer du temps soignant. Un arbitrage sera opéré en 2023 et en 2024, puisque ces postes représentent un effort budgétaire qu'il faudra échelonner dans le temps.

Une piste d'action porte sur la mise à niveau des réseaux, du matériel et du support informatique, remontés comme des irritants du quotidien. L'enjeu portera sur les infrastructures réseaux et postes, en réalisant ces travaux dans le cadre du plan d'investissement et avec des crédits supplémentaires potentiels. Il existe des lenteurs, mais aussi de l'obsolescence : lorsqu'ORBIS met dix minutes à s'ouvrir, le problème tient aux réseaux et aux postes informatiques. L'AP-HP se donne donc trois ans pour réaliser les travaux urgents car même dans les bâtiments récents, le câblage est défectueux. Il est également proposé de rendre le support informatique plus efficace avec un raccourcissement et une meilleure visibilité sur les délais d'intervention. De même, des améliorations sont attendues sur les outils numériques. Des progrès sont perçus avec *Dedalus*, mais il vaut mieux capter les attentes des utilisateurs finaux dans le développement de nouveaux outils. Plusieurs pistes sont déjà identifiées (approvisionnement, projets de recherche, maintenance, stock, etc.)

En ce qui concerne le fonctionnement, le plan d'action entend clarifier les processus de décision pour les fixer au bon niveau de responsabilité. Certains achats ou recrutements pourraient se décider au plus près du terrain. Alors que face à des questions juridico-financières majeures, il faudrait rendre l'ensemble du processus plus lisible et rapide. L'ensemble des services sera interrogé en janvier 2023 pendant un mois, puis la chaîne de décision pourra être redéfinie dès mars ou avril 2023.

Le renouvellement des chefferies de DMU aura lieu, comme prévu, à l'été 2023. L'objectif est que la dynamique de projet et d'échanges entre les équipes qui composent le DMU illustre la valeur

ajoutée qui est attendue de cette maille intermédiaire. Pour évaluer les besoins d'ajustement, un questionnaire sera envoyé à tous les services de l'AP-HP. Peut-être que ce sondage permettra de constater que beaucoup de services sont à l'aise avec la configuration de leur DMU, mais cela ne sera pas le cas de tous. Il serait même envisageable de recenser plus de DMU que les 80 actuels, s'il est fait le constat qu'ils n'ont pas pu trouver une cohérence autour d'une thématique, d'une filière ou d'une autre logique.

Pour choisir les directeurs de DMU, des appels à candidatures seront lancés. Cette méthode est directement inspirée des travaux de la CME. Ils seront ouverts à tous les PU-PH et PH qui le souhaitent en favorisant la parité. Les auditions seront ouvertes et la sélection sera fondée sur des projets. L'avis des chefs de service sera recueilli. Le principe de non-cumul des responsabilités sera posé, mais il connaîtra des exceptions assorties de conditions d'exercice de la chefferie de service. Chaque DMU devra être doté d'une charte de fonctionnement et reposer sur un projet médical. Ce fonctionnement sera réévalué 18 mois après sur le modèle de l'évaluation des DMU de 2022.

**M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET** détaille l'objectif de priorisation des besoins de réouvertures capacitaires à court terme tout en créant les conditions d'une réouverture durable. Un processus de dialogue devra s'établir entre les services, les DMU et les directions autour d'une trajectoire réaliste de réouverture capacitaire pour 2023 et 2024 en mettant en balance deux objectifs prioritaires. Le premier est de rouvrir des lits en hospitalisation conventionnelle pour répondre au mieux aux besoins de santé mais aussi des places en ambulatoire qui permettront de mieux répondre aux besoins les plus urgents. Le deuxième est d'identifier les situations d'effectifs difficiles justifiant un renforcement structurel en nombre, car la réouverture des lits pourrait se traduire par une fragilisation de ces équipes. Ce point d'équilibre entre ces deux priorités sera à trouver service par service et ne pourra pas être fixé de manière théorique et générale.

Ce plan d'actions fait le pari de nombreux recrutements en 2023. Plusieurs ont déjà eu lieu même s'ils ne produisent pas pleinement leurs effets, car le niveau de départ reste important. L'objectif est de ne pas perdre les recrutements de 2022, d'enrayer la dynamique des départs et de recruter encore davantage en 2023. Si ce pari est réussi, une partie de ces recrutements confortera les équipes où cela sera nécessaire sans augmentation du capacitaire. D'autres formes de soutien seront aussi envisagées : davantage de temps pour encadrer les jeunes professionnels et les stagiaires, mettre en place un schéma horaire plus attractif, mais plus consommateur sur le plan des effectifs, etc.

**Le directeur général** détaille les priorités stratégiques en matière d'évolution de l'offre de soins à 3 et 5 ans dans le cadre du projet d'établissement. Il ne propose pas formellement une refonte complète de ce projet, mais qu'un temps soit pris au premier semestre pour réfléchir spécialité par spécialité aux projections capacitaires des prochaines années. Une cartographie des lits ouverts et occupés à l'AP-HP sera présentée par spécialité en la comparant aux autres centres hospitaliers et hôpitaux privés. Cela permettra d'identifier un éventuel déplacement entre l'AP-HP et les autres offreurs d'Île-de-France. Il sera utile d'obtenir ce même travail des collégiales afin de voir comment elles projettent leurs disciplines en termes d'évolution organisationnelle, médicale et thérapeutique. Un travail plus fin au niveau des GHU devra également être mené par grande filière ou spécialité afin de projeter les besoins de réouverture.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** précise que toutes ces actions devront s'inscrire dans une trajectoire soutenable pour la conduire dans le temps, pour donner du sens et préserver les investissements.

Les projets seront à étudier en même temps que les finances. L'analyse des dépenses et des recettes permettra de dire si l'AP-HP aura été efficace sans transiger avec ses valeurs. Ce travail sera collectif pour que l'analyse soit légitime et que les décisions prises aient du sens, car c'est en confrontant les deux visions qu'il sera possible de construire les leviers. L'objectif sera donc de redresser la situation financière sans peser sur les emplois et les investissements, notamment ceux du quotidien, attendus par les équipes et qui amélioreront aussi la prise en charge des patients. Les enjeux concernent le codage de l'activité, la facturation, la pertinence des pratiques, la sobriété des organisations sans gaspillage, la juste prescription des produits de santé et les mécanismes d'achats. Pour débattre de ces sujets, il faudra partager des données et donc construire des outils communs.

**Le directeur général** ajoute qu'il est proposé de créer un dispositif de retour économique lié à l'amélioration de la situation de l'AP-HP, qui est très déficitaire et pourrait le rester encore pendant plusieurs années. Le retour à l'équilibre prendra du temps et mobilisera les équipes. Les leviers de performance devront obéir à un certain nombre d'impératifs : être médicalement incontestables, ne pas toucher aux emplois, préserver les investissements. Dès lors, le fruit des efforts collectifs doit aboutir à de meilleurs soins, mais aussi à une marge de manœuvre économique et financière des services pour accompagner des projets collectifs au-delà de la prime d'engagement collectif qui est une rémunération individuelle. Cette logique conduirait à mettre en place un dispositif de retour économique lié à la trajectoire d'amélioration sans flécher ces améliorations uniquement vers la résorption des déficits. Il existe certes des services déficitaires et des services bénéficiaires, car la tarification à l'activité (T2A) est ainsi faite. Aussi le système reposera sur l'amélioration du solde. Même dans cette approche, la T2A peut être inégalement dynamique suivant les activités, ce qui impliquera une péréquation pour rendre le système juste. Des informations de suivi seront données aux services pour se positionner en cours d'année. Ce dispositif qui peut être comparé à un « intéressement », devra être évalué pour s'assurer de son appropriation et de sa compréhension. Certains craignent que ce mécanisme produise des effets pervers en poussant une suractivité et si cela se réalise, des ajustements auront lieu. Alors que la trajectoire économique sera très exigeante l'AP-HP sera attendue sur sa capacité à réussir collectivement sans obérer ni les investissements ni la masse salariale. Dans cette recherche de réussite, il est légitime d'utiliser ce levier pour renforcer la dynamique dans les services, qui est intrinsèquement un élément de la solution. Il existe donc une boucle vertueuse dans ce dispositif qui doit démontrer que le service est une « cellule vivante » dans laquelle est injecté un peu d'oxygène.

**Le président** souhaite que la CME prenne le temps d'échanger sur ce dernier volet. Il est important que l'AP-HP garde ses valeurs de service public tout en se préoccupant de la question économique.

**Le D<sup>r</sup> Diane Bouvry** confirme qu'il convient de bien utiliser les ressources confiées à l'hôpital public pour prodiguer les meilleurs soins. Mettre en place un dispositif permettant un retour vers les services sera appréciable car il permettra de visualiser directement le fruit des efforts. La péréquation sera importante pour apprécier les efforts des services compte-tenu du type d'activité et du lieu d'exercice sans dépendre uniquement de la T2A. Il faut également se méfier de ce moteur qui pourrait générer de la sur-prescription.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** revient sur les échanges précédents concernant l'entretien annuel, car sa préconisation était qu'il ait lieu mais à la demande du praticien quand il en a besoin. Sur le reste du plan d'action, il salue les améliorations qui permettront de lever les « lourdeurs bureaucratiques ». Il espère que cette piste pourra aboutir sans que les freins habituels empêchent sa réalisation. Il estime dangereux de présenter la création de poste comme solution à tout problème. Il faut que

ces postes montrent leur utilité et que l'on étudie la piste du redéploiement interne, avant de faire des créations.

Concernant les DMU ou fédérations médico-universitaires (FMU), le sujet est traité sous le bon angle, c'est-à-dire celui de la valeur ajoutée. Cependant, ce terme de valeur ajoutée devra être précisé pour affiner sa signification sans se limiter à redéfinir le périmètre de certains DMU. Les remaniements devront être proposés en fonction des avis des premiers concernés, à savoir les services. De plus, lors de l'évaluation effectuée par le groupe animé par le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI, même le DMU le mieux noté n'avait obtenu qu'un score de 33 % de satisfaction, ce qui dénote une certaine aversion pour la structuration actuelle.

Le modèle de financement hospitalier fixe des règles du jeu mais elles ne sont pas nécessairement les plus rationnelles et les plus efficaces. Il peut exister une opposition entre la pertinence des pratiques et la recherche d'optimisation des recettes issues de l'activité. Il est donc favorable au mécanisme de l'intéressement qui permet d'obtenir les fruits de ses sacrifices, au lieu que les sacrifices en appellent de nouveaux l'année suivante. Ce retour direct est un ressort de l'action, mais à la condition qu'il n'y ait pas de conflit éthique. Il faut donc bien réfléchir à toutes les implications, utilisations et aux biais de ce dispositif. Il conviendra par conséquent de dresser un bilan précis de la première année de fonctionnement pour vérifier ce qu'il faudra garder et modifier. Il salue globalement ce plan et confirme qu'il le soutiendra pour qu'il réussisse.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** indique que tous les membres de la CME sont attachés à ce que ce plan réussisse, car c'est peut-être le plan de la dernière chance. Chacun peut adhérer aux mesures prises une par une, mais il faudra prendre garde à certains points, notamment ceux relatifs à la fidélisation du personnel et à l'accueil des nouveaux arrivants, qui ne sont pas des idées neuves, mais maintes fois expliquées sans modification concrète sur le terrain. Il ne faudrait pas qu'une nouvelle fois rien ne se passe sauf à susciter un profond découragement. Le rapport de la Cour des comptes de novembre 2016 soulignait que la croissance des équivalents temps plein (ÉTP) infirmiers de 9 % paraissait proportionnée à la croissance de l'activité enregistrée entre 2011 et 2016, soit 14 %. Il était écrit aussi que « le personnel infirmier fait cependant part d'un sentiment d'alourdissement de la charge de travail et de densification du temps de travail, sentiment que les données d'activité permettent d'objectiver ». Or la charge de travail n'a pas diminué depuis lors. En 2018, il était recensé environ 18 000 infirmiers contre 16 000/16 500 actuellement. Dans ce contexte, il lui semble risqué voire contre-productif d'afficher l'espoir. Il comprend les raisons qui amènent à formuler cette proposition, il comprend les difficultés et ce que l'AP-HP souhaite défendre vis-à-vis du gouvernement, mais il faut aussi mesurer l'état de découragement des équipes. Certes, il faut restaurer l'activité, mais il serait sans doute utile que l'ensemble du personnel voie les premiers signes de l'action de la direction dans le quotidien avant d'afficher les premières tentatives d'augmentation de l'activité. Il faut favoriser la pertinence des pratiques, mais cela n'est pas possible en situation de sous-effectif. Cela se reflète notamment dans l'analyse des accidents médicamenteux renseignés dans *Osiris* qui sont souvent liés à une erreur de lecture ou de dosage, c'est-à-dire un geste simple sur lequel de nombreuses communications ont déjà eu lieu.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** remercie le directeur général au nom de le groupe *ad hoc* de la CME puisque le plan a tenu compte de l'ensemble des recommandations formulées au sujet des DMU. Elle pourra être associée aux travaux dans l'hypothèse où certains points seraient à revoir. Par ailleurs, en tant que chirurgien, il estime que le mot « intéressement » n'est pas tabou. Pour autant, un risque de « surchauffe » se profile. En effet, si l'intéressement est mis en place d'emblée, les chirurgiens et

les interventionnistes seront volontaires pour entrer dans la démarche, mais seront freinés par l'accès aux blocs opératoires et par le manque d'infirmiers de blocs opératoires diplômés d'État (IBODE). Il faudrait donc d'abord créer les conditions d'attractivité et de fidélisation avant de lancer le dispositif d'intéressement.

**Le Pr René ADAM** souligne que l'intéressement est une innovation extrêmement intéressante qu'il soutient. Aujourd'hui, une structure bien gérée voit sa performance abonder le déficit de son GHU ou de son DMU alors que le nouveau système permettrait de mettre en place une mesure incitative et motivante. Il souhaiterait donc connaître le pourcentage qui pourrait être reversé aux services, même s'il est modique. Il souhaiterait également savoir à quelle maille cette analyse serait menée : service, DMU, GH, tout en notant qu'il jugerait plus pertinent d'effectuer ce retour au niveau du service.

**Le Pr Yann PARC** estime que la T2A n'est pas un mauvais système en soi, mais il a été dévoyé. La T2A n'est pas à abandonner et mérite des améliorations. Le mécanisme de l'intéressement lui semble intéressant, même s'il pourrait être plus symbolique que réel au démarrage. De plus, certaines activités pourraient ne pas pouvoir croître en raison d'autres freins, ce qui pourrait créer des frictions internes. Il faudra être vigilant sur la manière de le mettre en place.

**Le président** estime que la T2A est appropriée pour certaines activités, mais pas pour d'autres et qu'elle ne peut donc pas constituer le seul guide.

**Le Dr Christophe TRIVALLE** estime que la T2A et l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) entraînent forcément un déficit de l'hôpital. Par ailleurs, le plan est certes ambitieux, mais très théorique et il ne sait pas comment il sera possible de passer à la pratique. Sa crainte est donc que les problèmes économiques passent avant le plan. La note d'orientation économique et budgétaire reprend finalement le discours d'avant-COVID, ce qui constitue un retour en arrière. Le plan souligne que les actions seront en accord avec les valeurs de l'AP-HP, mais la facturation des chambres seules, si elle peut sembler logique, ne vaut que si la chambre seule est demandée par le patient. En revanche, lorsque le malade est placé en chambre seule parce qu'il a le COVID, il n'est pas logique qu'il paie une surfacturation. De même, il n'est pas normal qu'il paie la chambre seule s'il est dément. Il n'est pas d'accord non plus lorsque le plan évoque une dynamique inflationnisme des recrutements médicaux alors que tous les GHU fournissent des efforts et que les mouvements ne visent qu'à remplacer les départs.

**Le président** considère que les chambres seules restent utiles en période de forte circulation du virus.

**Le Pr Agnès HARTEMANN** rappelle que, avant 2019, la direction de son hôpital indiquait que certains services seraient rentables avec la T2A, mais que d'autres ne le seraient jamais et que la logique de l'hôpital public était de ne pas privilégier les uns par rapport aux autres. Elle constate que les interventionnistes sont favorables à la mise en place d'un intéressement, mais elle a le sentiment que cette proposition s'inscrit dans la logique de 2019 lorsqu'il fallait privilégier le séjour, ce qui conduisait les équipes à « faire le tri » des patients qui risquaient de plomber la durée moyenne de séjour. Elle apprécie le discours de dialogue du directeur général et souhaite rester optimiste, mais elle ne voit pas sur quels critères cette nouvelle mesure d'intéressement pourra se baser dans les services de médecine. Par ailleurs, elle apprécie que tous les recrutements ne seront pas dédiés à la réouverture des lits. Cependant, sur le terrain, ce n'est pas le discours de la direction des soins.

Elle souhaiterait donc savoir si les propositions fixées dans le plan d'action seront opposables aux directions de terrain.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** souhaite savoir si l'intéressement serait fixé sur des critères de qualité des soins compte-tenu de la thématique dont les équipes s'occupent, car, si l'intéressement est fonction de l'amélioration de la performance, la mesure pourrait être démotivante. La mesure sera-t-elle fonction de la T2A et donc pénalisante pour les services qui accueillent les malades atteints de maladies chroniques, ou alors de la durée moyenne de séjour en pénalisant les patients ayant besoin de l'hôpital sur une durée longue, ou d'un critère de qualité défini par les équipes ? Il a souhaité également comprendre comment l'enveloppe globale serait ventilée (par GHU, par DMU ou en fonction du nombre de lits ouverts et de personnel). Si l'objectif est de démontrer aux tutelles que l'AP-HP peut faire mieux avec des ressources équivalentes ou moindres, alors la proposition ne rencontrera pas l'enthousiasme des équipes, car c'est ce discours performatif totalement dissocié des valeurs du soin qui a provoqué la fuite des soignants : attention à ne pas reproduire les erreurs qui ont mené l'APHP dans le mur dans le domaine de la gestion des ressources humaines

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui-Quoc** indique qu'il sera nécessaire de fixer une trajectoire de réouverture des blocs opératoires en même temps que la trajectoire de réouverture des lits. Aujourd'hui, un quart des IBODE sont des intérimaires et le recrutement des infirmiers de blocs est donc absolument nécessaire. Par ailleurs, en chirurgie, il serait difficile d'aller plus loin en matière de virage ambulatoire, lequel a déjà été amorcé dans nos disciplines il y a plus de dix ans, pour ce qui était possible de faire ; ce levier de réorganisation ne peut par ailleurs s'appliquer au reste des patients chirurgicaux « lourds » qui sont pris en charge.

**Le directeur général** explique que le soutien qui pourra être apporté pour les missions administratives, logistiques et techniques devra être réfléchi au cœur des services. Aujourd'hui, les médecins et soignants passent une importante partie de leur journée à d'autres missions que celles de leur cœur de métier. Cette mesure a donc été proposée pour les soulager et comme un signe de considération. Il serait heureux de réallouer des postes administratifs « inutiles » dans les organisations, mais il doute qu'il en existe des centaines.

Afin de lever un possible malentendu, son objectif n'est pas de pousser à la productivité des effectifs en place, ni de leur demander d'en faire plus à effectifs constants. L'objectif est qu'une combinaison de mesures crée les conditions pour que les infirmiers qui nous rejoignent aient envie de rester à l'AP-HP. C'est ainsi que nous regagnerons des effectifs et pourrons rouvrir des lits. De plus, ce regain d'effectifs soignants doit nous permettre de trouver un point d'équilibre entre réouverture des lits et confortation des équipes. Ce point d'équilibre doit se définir au plus près du terrain. L'objectif est bien que la majorité des effectifs supplémentaires aille à la réouverture des lits, car l'AP-HP a besoin de retrouver de la capacité, compte tenu des retards de prise en charge et de l'embolie de filières. Ainsi, il restera une marge de manœuvre pour améliorer les ratios particulièrement critiques pour accompagner une maquette horaire plus consommatrice en emploi, dégager du temps pour créer des postes d'infirmiers spécialisés, etc. Cette mesure se traduira par une augmentation des « coûts de production » qui devra être intégrée dans notre trajectoire économique fixée par le PGFP.

Par ailleurs, l'intéressement ne sera pas fondé sur des critères de qualité de prise en charge. Alors que l'AP-HP est déficitaire, l'ambition est de dessiner une trajectoire de retour à l'équilibre qui prendra du temps. Cela mobilisera un travail managérial sur l'attractivité et la fidélisation, sur les

durées moyennes de séjour et les sorties (sans verser vers des pratiques non éthiques), le codage, etc. Cette trajectoire devra être dessinée en mobilisant des leviers qui ne portent ni sur des suppressions d'effectifs, ni des coupes dans les investissements, ni une augmentation de la productivité des équipes médicales et soignantes, etc. Pour autant, l'AP-HP ne pourra pas demander une aide économique conséquente à l'État et se désintéresser de sa performance pour des raisons de principe. Cette question doit au contraire être prise à bras le corps en nouant des dialogues intelligents. Un service qui aura réussi à fidéliser son personnel et qui pourra rouvrir quelques lits ou améliorer son codage aura amélioré son activité et ainsi contribué au retour à l'équilibre. Il est logique qu'il bénéficie d'un retour. Ce dispositif emporte en effet des risques et il nécessite de prendre de bien les évaluer et les corriger s'ils se vérifiaient. Si la mesure est mise en place d'emblée, un suivi très attentif devra s'instaurer pour s'assurer que la mesure est bien comprise. Si elle n'apporte pas les bénéfices attendus, elle sera arrêtée. Le directeur général se montrera très pragmatique sur cette question, l'idée n'étant nullement d'engager l'AP-HP dans une course folle à la productivité éloignée du consensus général.

**Le Pr Bernard GRANGER** estime que la question posée par le Pr Agnès HARTEMANN sur le caractère opposable est intéressante, car il est vrai que les discours bienveillants de la direction générale peuvent prendre ensuite une forme différente lorsqu'ils redescendent vers les GHU et les services.

**Le président** émet le souhait que des réalisations très concrètes arrivent rapidement pour que le personnel croie aux bénéfices du plan d'action. Il rejoint également ceux qui indiquent qu'il peut exister un certain décalage entre ce qui est entendu en CME et ce qui est vécu dans les services.

**Le directeur général** confirme que le fait que tous les recrutements n'alimenteront pas la réouverture capacitaire est opposable puisqu'écrit, mais cela ne peut pas être opposable à l'échelle de chaque service, mais à un niveau supérieur (GHU ou DMU). Seul l'équilibre global comptera *in fine*. Cependant, les informations sur cet équilibre global pourront être partagées, car il est très facile de suivre où iront les nouveaux recrutements. Pour le moment, les demandes portées lors des conférences budgétaires couvrent plutôt la confortation des équipes plus que le capacitaire. Par ailleurs, il faudra compter sur tous pour que le plan se concrétise dans les équipes.

### ***Tensions d'approvisionnement sur les médicaments et dispositifs médicaux***

**Le Pr Pascal PAUBEL** souligne que les ruptures et tensions d'approvisionnement sur les médicaments sont un phénomène ancien, mais il s'aggrave. Le nombre de ruptures et tensions a été multiplié par 50 entre 2008 et 2021. Plusieurs rapports et enquêtes ont été menés sur le sujet : rapports 2012 et 2018 de l'Académie nationale de pharmacie, rapport de Jacques BIOT au Premier Ministre, rapport de l'Assemblée nationale, rapport du Sénat d'octobre 2022, rapport du Conseil général de l'économie et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour le Haut-Commissariat au plan. Tous ces rapports aboutissent au même diagnostic. Entre 2008 et 2017, le nombre de signalements de ruptures et tensions a été multiplié par 10. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), plus de 2 000 ruptures ou tensions sur les médicaments ont été signalées en 2021. L'année 2020 doit être considérée comme atypique compte tenu de la crise COVID-19 avec des anesthésiques et des curares en forte tension. Hormis l'année 2020, la courbe est fortement haussière. D'après les derniers contacts pris avec l'ANSM, la hausse des ruptures et tensions serait de 20-25 % en 2022. Les classes thérapeutiques les plus impactées sont les médicaments du système cardiovasculaire, du système nerveux et les anti-infectieux qui représentent plus de 50 % des tensions d'approvisionnement.

Les principales causes sont de trois ordres. La première est industrielle avec une délocalisation de la production des principes actifs dans des pays à bas coût de production et dont les contraintes environnementales sont moins strictes, une complexification de la chaîne d'approvisionnement et une demande croissante de nouveaux pays. La deuxième cause est réglementaire avec une augmentation constante des normes de bonnes pratiques de fabrication avec un poids des dossiers de plus en plus important et un durcissement des inspections. La troisième cause est économique avec les prix faibles de certains produits anciens, qui conduisent les laboratoires à arrêter leur commercialisation, le faible niveau des stocks, les appels d'offres hospitaliers conduisant à la massification des achats et l'insuffisance de back-up en cas de rupture de stock.

Cette situation a été aggravée par les conséquences de la pandémie de COVID-19 et par la guerre en Ukraine induisant une hausse du coût des transports, notamment maritimes, la fermeture des usines à la suite des multiples confinements, la hausse du coût de l'énergie et des tensions sur la production de nombreux composants (aluminium, cartons, flacons verre, etc.)

Il existe par exemple de fortes tensions sur l'amoxicilline et l'amoxicilline - acide clavulanique depuis plusieurs mois, notamment sur les formes pédiatriques et en particulier les solutions buvables. Les formes orales adultes sont également en tension. Cette situation est liée à une hausse de la consommation. Pendant les deux années de crise COVID-19, les usines ont diminué leur activité et les productions n'ont pas été relancées, car les prévisions étaient difficiles à établir. Il faut aujourd'hui attendre la fin du mois de mars 2023 pour revenir à un niveau normal de production et de distribution. De plus, il a été décidé de ne pas orienter la prescription vers d'autres antibiotiques pour éviter des ruptures sur ces autres classes.

L'ANSM a mis en place des recommandations de bon usage avec les sociétés savantes. L'objectif est de respecter les indications surtout qu'il existe du gaspillage avec une prescription d'antibiotiques pour des infections virales. Il est également proposé de développer l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour vérifier que l'infection est bactérienne. Il a été décidé de diminuer la durée de traitement à 5 jours, ce qui pourrait permettre de diminuer de 20 % l'utilisation des produits. Il est proposé de travailler sur une dispensation à l'unité dans les officines. Il est proposé enfin d'utiliser les dosages adultes pour les enfants en adaptant la posologie.

À l'AP-HP, un groupe de travail a été constitué avec les référents de tous les centres concernés (Robert-Debré, Armand-Trousseau, Necker) ainsi qu'avec les pharmaciens, le secrétariat scientifique de la commission des anti-infectieux (COMAI). Les informations ont été partagées en mettant en relation les consommations par rapport à l'état des stocks. Les recommandations ont été diffusées. Une réunion sera organisée le 7 décembre pour décider comment relayer les informations. Un tableau a également été préparé pour expliquer quels dosages utiliser pour les enfants à partir de produits destinés aux adultes.

Sur les dispositifs médicaux (DM), la problématique est encore plus complexe. Le suivi est beaucoup plus récent puisque l'ANSM ne l'assure que depuis septembre 2021. Les difficultés tiennent à l'accessibilité des matières premières (plastiques, métaux précieux, etc.), aux transports (fret maritime, aérien, transport routier) et à la hausse massive du coût de l'énergie. Il est noté un déséquilibre entre l'offre et la demande, notamment avec des usines en sous-production, en particulier les usines chinoises dans les zones confinées. La guerre en Ukraine emporte aussi son lot de conséquences sur l'approvisionnement en acier, aluminium, papier, etc.



Depuis mai 2021, l'Europe a par ailleurs durci les exigences réglementaires, cliniques et documentaires, avec la mise en œuvre du nouveau règlement européen sur les DM, ce qui entraîne une plus grande complexité des dossiers et un arrêt de fabrication de certaines gammes et le retrait du marquage « conformité européenne » (CE) sur ces produits. Les producteurs de produits marqués CE n'ont pas forcément la capacité à livrer. De plus, lorsque le produit sans marquage CE est sans concurrent, l'ANSM doit délivrer des dérogations. Il existe peu de données quantitatives sur les ruptures de dispositifs médicaux et un travail récent a été engagé entre l'ANSM et la société savante des pharmaciens qui suit les dispositifs médicaux (EURO-PHARMAT), notamment au travers d'une enquête à laquelle 12 établissements ont répondu. De ce sondage, il ressort qu'ont été signalées 1 500 ruptures de la part de 130 fournisseurs et que l'augmentation des ruptures est de 25 % entre 2021 et 2022. En outre, environ 50 références seraient en arrêt de commercialisation. Des dispositifs médicaux produits en petite quantité sont aussi arrêtés, car ils deviennent trop compliqués à produire et qu'il n'existe pas de remplacement possible pour ces produits de niche.

Pour la pédiatrie, des solutions sont recherchées. Un comité a été mis en place au niveau de l'ANSM avec les représentants des hospitaliers, des syndicats professionnels, la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale des entreprises (DGE). Tous ces paramètres entraînent une désorganisation des soins et de la prise en charge des patients. Ces ruptures et tensions sont très chronophages pour les unités et les pharmacies à usage intérieur (PUI). Le matériel de remplacement n'est pas toujours adapté. Ceci fait courir un délai dans la prise en charge avec un risque supplémentaire pour les patients.

**Le président** souligne que ce sujet est majeur. Ces tensions ne sont, certes, pas nouvelles mais elles ont tendance à s'aggraver sous l'effet notamment du contexte international. Malheureusement, la situation risque de se détériorer dans les années à venir. Au printemps 2020, le Président de la République avait appelé à relocaliser la production pour éviter une trop forte dépendance dans le champ sanitaire. Certains ont pris le sujet à bras le corps. Aux États-Unis, un consortium d'hôpitaux fabrique des médicaments. Dans l'hémisphère sud, certains pays (Afrique du sud, Brésil) produisent leurs médicaments.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** invite à organiser une information générale sur le sujet en direction de tous les services, car ces ruptures créent des tensions. Il ne faudrait pas se retourner vers l'AGEPS pour dire qu'elle a failli et que ces ruptures sont de son fait. Un message de bienveillance et de compréhension semble donc nécessaire.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** rappelle que le reprocessing, c'est-à-dire la réutilisation du matériel à usage unique, est interdit en France, mais qu'une réglementation européenne a permis de l'assouplir en début d'année avant d'être bloquée par décret en avril. Une tribune signée par une dizaine de sociétés savantes a été envoyée au ministère pour demander l'abrogation du décret pour faire appel au reprocessing comme les voisins européens.

#### **4. Guide de l'entretien annuel individuel des praticiens (M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET et P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD)**

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** souhaite rebondir sur les propos tenus précédemment tendant à dire que l'entretien annuel était « ringard » alors que c'est un élément mis en place suite aux événements dramatiques ayant touché l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). Tous les rapports (celui de M. Édouard COUTY, celui du P<sup>r</sup> Didier HOUSSIN ou le rapport de l'Inspection générale des affaires

sociales [IGAS]) pointent la nécessité de renforcer l'écoute et la reconnaissance individuelle, notamment par le biais de ces entretiens annuels individuels. De grands groupes industriels comme *Orange*, EDF, etc. dépensent des dizaines de milliers d'euros tous les ans pour faire en sorte que ces entretiens aient lieu et soient profitables à tous. Ils sont un levier de l'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des risques psychosociaux. De plus, alors que c'était une préconisation, c'est désormais une obligation par décret puisque cet entretien figure dans le statut des praticiens hospitaliers. Ce décret indique que chaque praticien senior doit bénéficier d'un entretien professionnel annuel par son responsable de structure. Le président de la CME locale assure ainsi l'entretien des directeurs de DMU, qui assurent l'entretien des chefs de service, qui assurent les entretiens des praticiens du service. Ces entretiens permettent de dresser le bilan de l'année écoulée, de parler du positionnement du praticien dans le service, d'évoquer ses projets en matière de recherche, de formation, de parler de son implication dans la vie institutionnelle. Deux enquêtes ont été lancées le 5 décembre auprès des praticiens et des chefs de service pour recueillir des éléments permettant d'établir un guide de conduite de ces entretiens.

**M<sup>me</sup> Marie Cécile PONCET** ajoute que l'entretien professionnel est un axe essentiel de l'amélioration de l'attractivité des carrières médicales hospitalières (H) et hospitalo-universitaires (HU). Il convient de développer la formation à la conduite de l'entretien pour tous les responsables médicaux qui le souhaitent, bien communiquer auprès des praticiens sur la vocation de cet entretien qui reste un entretien d'échange, et suivre les entretiens avec un relevé de conclusions qui reste entre les deux parties et la transmission aux affaires médicales du document attestant de la réalisation de l'entretien. Les informations relatives aux besoins de formation pourraient être communiqués aux directions des affaires médicales (DAM). La sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA) propose de maintenir les HU dans le périmètre de ces entretiens, sachant qu'ils sont obligatoires pour les H, mais pas pour les HU. La majorité des CHU sont dans la même démarche. Un guide d'accompagnement et une grille seront proposés pour aider à la réalisation de cet entretien en s'appuyant sur les résultats de l'enquête début 2023.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** rappelle que la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux n'est pas des plus progressistes. Finalement, les hôpitaux singent ce que font les grandes entreprises avec quelques années de retard. Beaucoup d'entre-elles ont abandonné l'entretien annuel pour des entretiens à la demande dans un format plus souple. On peut considérer que c'est un progrès à certains endroits, mais en faire une pièce essentielle du management est exagéré. Il ne s'oppose pas à le tester, mais souligne que tout dispositif obligatoire peut susciter contestations et procédures. Il sait aussi que beaucoup de décompensations psychologiques du personnel arrivent à l'issue de ces entretiens, car ils doivent être menés avec une grande bienveillance et qu'il faut le dédramatiser. Dans beaucoup d'entreprises, cet entretien conditionne les primes et les augmentations. Il convient d'en faire un instrument plus souple et mieux adapté au contexte de l'AP-HP sans le présenter comme le summum du management hospitalier.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande qui sera chargé des entretiens des présidents de CME locale et de CME.

**Le président** précise que ce n'est pas un entretien d'évaluation, contrairement à l'évaluation des agents qui peut produire un effet sur la fiche de paie.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** reconnaît que l'entretien annuel n'est pas l'intégralité de la politique managériale de l'AP-HP. Il indique que, dans l'ancien groupe hospitalier *Hôpitaux universitaires Paris – Île-de-France ouest* (HUPIFO), deux-tiers des personnes ayant eu un entretien avaient donné un score supérieur à 7 à l'intérêt du dispositif.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** indique que cette notation a eu lieu dans son groupe hospitalier. Les personnes étaient satisfaites de ce moment d'échanges. Il s'accorde à reconnaître que ces entretiens peuvent apparaître inutiles dans les services où les échanges sont francs et où les relations sont bonnes. Cependant, ce n'est pas le cas dans tous les services. Il n'est pas d'accord non plus avec le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER lorsqu'il dit que les grandes entreprises ont abandonné l'entretien, car il pourrait citer de nombreux exemples contraires. Il demande qui fait l'entretien des chefs de service et des directeurs de DMU.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** rejoint ceux qui affirment que les entretiens peuvent revêtir peu d'intérêt dans une équipe qui se connaît. Cependant, comme les médecins testent tout nouveau traitement pour vérifier son efficacité, il aurait souhaité que la démarche soit la même pour l'entretien. Ce dispositif peut se concevoir dans le secteur privé où les salariés peuvent évoluer dans leur poste, alors que la fonction publique a un mode différent avec des agents qui resteront jusqu'à ce qu'il exprime le souhait de quitter l'institution. Pour vérifier l'opportunité du dispositif, il propose donc que soit réalisée une étude avec un groupe passant des entretiens et un groupe témoin sans entretien annuel, afin d'identifier les éventuelles différences.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** se dit également perplexe quant à l'intérêt de l'entretien. La mesure peut avoir un intérêt dans les services qui dysfonctionnent, mais dans les services qui tournent, il ne s'agira que de cocher une case, comme il faut également en remplir pour les points issus du système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS), etc. De même, il n'est pas certain que l'entretien suffise à régler les problèmes dans les services qui connaissent des difficultés. Il trouve cette présentation un peu rigide.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** souligne que des entretiens individuels sont menés dans son service depuis 6-7 ans. Elle estime qu'ils sont très utiles, car ils permettent d'avoir un moment d'échanges privilégiés pour évoquer les difficultés. Cet entretien dure en moyenne 45 minutes. Elle trouve que c'est une bonne chose qu'il soit généralisé dans tous les services.

**M<sup>me</sup> Audrey DARNIEAUD** se dit étonnée par le scepticisme évoqué par beaucoup car disposer d'un moment consacré dans l'année pour se poser et réfléchir est très utile.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** explique qu'il reçoit bien volontiers des membres de son équipe dès lors qu'ils expriment des difficultés ou en ont le désir. Cependant, il n'a pas besoin qu'on lui donne une grille pour l'organiser.

**Le président** partage la réserve concernant le suivi strict d'une grille et d'un calendrier précis. Cependant, le projet a bien pour but d'inciter le plus grand nombre à entrer dans cette démarche.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** estime qu'il est possible de dissocier les grands services dans lesquels les contacts sont plus rares des services de taille plus faible. Dans les premiers, il peut concevoir que le chef de service soit moins accessible et que l'entretien annuel puisse être une aide. Cependant, il faudrait qu'il puisse être fait à la demande du praticien et non à dates fixes.

**Le président** reconnaît qu'il faut répondre à la demande d'entretien. Toutefois, force est de constater que tous les praticiens ne formulent pas de demande.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** indique que ces entretiens doivent être un plus dans les services où le fonctionnement est perfectible. Au-delà, ce qui serait un véritable plus serait que les chefs de service soient évalués par leur équipe, comme dans les facultés américaines où il est demandé aux étudiants de donner un avis sur leurs professeurs.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** précise que ces entretiens ne doivent pas forcément avoir lieu à des dates fixes. Il est simplement demandé que cet entretien ait lieu au moins une fois par an. Dans sa petite équipe, il peut témoigner que les jeunes chefs de clinique et les praticiens hospitaliers contractuels (PHC) sont très contents d'avoir un temps qui leur est uniquement dédié pour parler de leurs perspectives. La grille, par ailleurs, ne fait que rappeler les grands invariants à aborder sans avoir besoin de cocher de nombreux items. Pour sa part, cet entretien est aussi un moment de réflexivité pour que les PH lui transmettent leurs retours sur son management.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** demande si cette évaluation du chef de service par les praticiens est prévue dans le guide.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** répond que cela le sera en effet.

## **5. Avis sur la révision des effectifs 2023 de praticiens hospitaliers (M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET)**

**M<sup>me</sup> Marie Cécile PONCET** indique que la proposition de révision des PH pour 2023 s'inscrit dans un mouvement de progression constante depuis plusieurs années. Le nombre de demandes est ainsi passé de 303 en 2018 à 401 en 2023. Un certain nombre de ces postes dépend de mesures nouvelles (environ 30 équivalents temps plein) qui n'ont pas encore fait l'objet d'arbitrages qui interviendront à l'issue des conférences budgétaires.

La révision 2023 est marquée par une politique de consolidation des disciplines en tension localement (65 % du total des demandes). Certaines spécialités continuent à être fortement demandées comme la pédiatrie et la biologie. Le nombre diminue pour l'anesthésie-réanimation même si le nombre reste élevé. Il est noté aussi une légère baisse pour la chirurgie.

Parmi les candidats déjà identifiés, il est noté une plus forte proportion de femmes et une hausse des demandes de nomination à temps partiel (presque 20 % contre 12 % en 2022). Concernant les anciens grades des candidats, les anciens praticiens attachés, associés et assistants augmentent tandis que le nombre de praticiens hospitaliers contractuels (PHC) diminue pour la révision 2023.

**Le président** signale qu'il faut également tenir compte du nombre de départs enregistrés dans le cadre du calcul du solde global.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** rejoint cette remarque et souligne que les nominations sont plus nombreuses, car les départs sont plus importants. Il souhaiterait donc connaître le pourcentage de départs à la retraite, de démission et de mise en disponibilité.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** indique que le nombre de demandes de mise en disponibilité semble être important au regard des propositions de recrutement. Il s'étonne par ailleurs des chiffres en baisse pour l'anesthésie réanimation et la chirurgie avec 15 postes en 2023 contre 28 en 2022, ce qui interroge. Est-ce parce que les candidats sont insuffisamment qualifiés ou parce qu'il y a pénurie de candidats ?

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** explique qu'il n'y avait peut-être pas autant de postes à pourvoir en 2023. Malgré tout, il exprime aussi une inquiétude.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** précise que les candidats sont de moins en moins nombreux. Des jeunes partent et ne postulent pas.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** explique, pour ce qui concerne les anesthésistes-réanimateurs, que la plupart de ceux nommés au cours des cinq dernières années dans son service sont partis. C'est donc le solde qu'il faut analyser.

**M<sup>me</sup> Marie Cécile PONCET** indique qu'un travail est mené pour obtenir les soldes, mais l'exercice reste complexe. Ce travail est en cours avec les directions des affaires médicales des GHU, également pour affiner les départs par motif.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** ajoute que 300 dpostes supplémentaires sont enregistrés dans l'effectif es PH depuis trois ans.

**Le président** précise toutefois que ce solde global doit être affiné discipline par discipline.

*La CME rend un avis favorable à l'unanimité sur la révision des effectifs 2023 des praticiens hospitaliers.*

## **6. Guide de la laïcité (M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE et M. Lionel COLLET)**

**M. Lionel COLLET** indique que le principe de laïcité s'impose à tous les fonctionnaires. Néanmoins, force est de constater que ce sujet suscite encore des incompréhensions autour de ce qui relève de l'application du principe de laïcité notamment à l'hôpital. C'est dans ce contexte que la direction des affaires juridiques et de droit des patients (DAJDP) a élaboré un guide qui vise à expliquer ce qu'est la laïcité, et comment elle s'applique à l'hôpital en apportant des exemples très concrets.

Après un rapport sur les conflits d'intérêts et la loi du 20 avril 2016, portant sur la déontologie, les droits et obligations des fonctionnaires, qui a complété la « loi LE PORS » de 1983, l'AP-HP a décidé de créer en décembre 2017 un collège de déontologie et de lui confier les missions de référent déontologue. Ces missions sont d'apporter tout conseil utile au respect des obligations et des principes déontologiques (impartialité, dignité, probité, intégrité, secret professionnel) lorsque des faits susceptibles d'être qualifiés de conflits d'intérêts lui sont signalés.

Depuis sa création, le collège de déontologie est présidé par un conseiller d'État. C'est un collège totalement indépendant qui peut être saisi par les personnels et la hiérarchie. Il répond à des questions et émet des avis. Il contribue à la décision de la hiérarchie, mais ne prend pas de décision. Depuis 2020, le collège endosse aussi les missions de référent laïcité.

La loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République précisant que les administrations doivent désigner un référent laïcité. Celui-ci est chargé d'apporter tout conseil utile au respect du principe de laïcité à tout agent public ou chef de service qui le consulte. Il est aussi chargé d'organiser une journée de la laïcité le 9 décembre, date anniversaire de la loi de séparation des Églises et de l'État. Le séminaire en ligne organisé en 2021 a réuni près de 80 personnes. Le décret du 23 décembre 2021 précise par ailleurs que le référent laïcité exerce des missions de conseil, de sensibilisation des agents publics, de diffusion au sein de l'administration d'informations et d'organisation de la journée de la laïcité. Le référent peut être sollicité en cas de difficulté d'application du principe de laïcité entre un agent et les usagers du service public.

**M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE** indique que le guide a surtout une vocation pédagogique. Au regard du principe de laïcité, l'hôpital est peut-être l'administration qui se porte le mieux en France comme en témoigne la jurisprudence, car il n'existe pas de décision qui révèle de problématiques d'application du principe de laïcité. Cette situation peut s'expliquer par les pratiques d'ajustements ou « d'accommodements » appliquées au quotidien par les professionnels.

L'objectif du guide est de contribuer au développement d'une culture de la laïcité à l'hôpital, de permettre à la fois la poursuite de cette pratique d'accommodements et de tolérance tout en fixant

un cadre et rappelant les règles, notamment en éclairant les professionnels et en clarifiant les droits et les obligations des professionnels et des usagers. Il s'agit finalement d'outiller de façon très simple et pragmatique les professionnels au quotidien. Le guide est construit en effet miroir sur la base d'exemples. Le travail a été mené de manière commune : c'est la DAJDP en est l'auteur mais le document a été soumis aux représentants des usagers et au collège de déontologie en sa qualité de référent laïcité.

Le guide explicite ainsi le principe de neutralité des agents publics. Le principe de neutralité s'impose aux agents mais pas aux patients. De nombreux exemples sont donnés sur le port de signes religieux, sur le fait de tenir des propos religieux, sur la pratique du culte. Les patients, quant à eux, ont le droit à une expression religieuse, notamment vis-à-vis des tiers. Ils peuvent porter des signes religieux, pratiquer leur culte dans le cadre des soins. Ces questions sont souvent des sujets de crispations (choix du médecin, refus de soins, récusation d'un agent, rite alimentaire). Le rôle des aumôniers est aussi abordé dans le guide pour rappeler qui fait quoi et qui demande qui, sachant que l'aumônier ne peut venir au lit du patient que s'il a été invité par celui-ci ou par ses proches s'il ne peut pas s'exprimer. Le guide a vocation à être utilisé facilement pour obtenir des réponses dans des situations concrètes.

**Le président** souligne qu'il est important d'être bien informé sur ces questions.

#### **7. Bilan 2021 de la santé au travail et de la radioprotection travailleur à l'AP-HP (D' Lynda BENSEFA-COLAS, P<sup>r</sup> Hubert DUCOU LE POINTE)**

*Point reporté.*

#### **8. Questions diverses**

*Âge limite pour les cumuls emploi-retraite*

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** souhaite obtenir des précisions sur les conditions du cumul emploi-retraite, certains affirmant qu'il existe à l'AP-HP un âge limite fixé à 70 ans. Le texte réglementaire a évolué récemment puisque l'âge limite devait en effet être abaissé à 70 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023, alors qu'avant il était de 72 ans, mais cette mesure a été abandonnée. Or beaucoup de ces praticiens âgés de plus de 70 ans sont très alertes et expérimentés, auteurs de nombreuses publications et pourvoyeurs de points SIGAPS. Il s'étonne donc que l'AP-HP fixe un âge limite à 70 ans et non à 72 ans comme la règle s'applique ailleurs. Cette discrimination liée à l'âge est sévère. Par ailleurs, le cumul emploi-retraite conduit à un recrutement au premier échelon dans notre institution, alors que rien n'y oblige. Cette pratique est vécue comme un manque de reconnaissance. Il souhaiterait donc qu'il soit possible de prolonger le dispositif jusqu'à 72 ans à la demande du chef de service et de recruter à un échelon supérieur comme le font beaucoup d'autres hôpitaux. Ce serait aussi un moyen d'accompagner les départs et de faire montre de considération.

**Le directeur général** répond qu'il n'existe pas à sa connaissance de politique AP-HP qui fixerait une limite à 70 ans. Il peut en revanche exister des pratiques différentes d'un GHU à l'autre. Réglementairement, il est exact que la limite est fixée à 72 ans. La question posée est de savoir si le cumul emploi-retraite est un droit dès lors que le professionnel le souhaite ou s'il doit relever d'une appréciation du GHU. Cette question peut être réfléchiée collectivement. Personnellement, il est convaincu qu'il ne doit pas exister un droit à rester en activité jusqu'à 72 ans, car la réponse dépend

des situations et des besoins. Pour ce qui concerne le niveau où la question doit être tranchée, c'est un sujet qui pourra être débattu en CME ou en directoire. C'est une question qu'il faut discuter aussi avec les présidents CMEL.

**Le Pr Bernard GRANGER** invite à prendre une décision rapidement, car l'âge limite sera atteint prochainement pour certains d'entre eux. De plus, d'après ces informations, il a cru comprendre qu'il existait une règle assez générale.

**Le directeur général** souligne que si des GHU ont pu fixer une règle à 70 ans, il ne croit pas que cela soit la règle pour tous les GHU.

**Le président** estime que cette question devra faire l'objet d'un examen assez rapidement.

#### *Recueil de l'information sur les personnes de confiance*

**Le Dr Cyril CHARRON** précise qu'a été communiquée la procédure sur le recueil de la personne de confiance. Ce recueil peut être fait par l'équipe soignante au sens large, incluant les aides-soignants qui sont très proches des malades et des familles. Or les aides-soignants n'ont pas l'autorisation de renseigner l'information dans *Orbis*, c'est-à-dire qu'ils ont le droit de demander l'information, mais pas de la tracer.

**Le directeur général** s'engage à regarder s'il existe un cadre juridique, et le cas échéant un rationnel pratique, qui interdirait aux aides-soignants de saisir cette information dans les outils. Une réponse sera apportée ultérieurement.

*La séance est levée à 20 heures.*