

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 8 NOVEMBRE 2022

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 6 DÉCEMBRE 2022

Sommaire

1.	Informations du président	6
2.	Approbation du compte rendu de la CME du 11 octobre 2022	11
8.	Questions diverses	11
3.	Assistance médicale à la procréation et loi bioéthique	13
4.	Risques d'embolies gazeuses et manipulation des cathéters vasculaires	17
5.	Avis sur un ajustement de la grille des rémunérations des praticiens contractuels	20
6.	Résultats de l'enquête sur les valences non cliniques des praticiens hospitaliers	21
7.	Présentation du rapport sur les conditions d'accueil et d'exercice des étudiants en soins infirmiers à l'AP-HP	25

CME du mardi 8 novembre 2022

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 11 octobre 2022
3. Assistance médicale à la procréation et loi bioéthique (P^{ts} Catherine PATRAT et Rachel LEVY)
4. Risques d'embolies gazeuses et manipulation des cathéters vasculaires (D^r David OSMAN)
5. Avis sur un ajustement de la grille des rémunérations des praticiens contractuels (P^r Jean-Damien RICARD)
6. Résultats de l'enquête sur les valences non cliniques des praticiens hospitaliers (P^{ts} Jean-Damien RICARD et Éric LE GUERN)
7. Présentation du rapport sur les conditions d'accueil et d'exercice des étudiants en soins infirmiers à l'AP-HP (D^r Louis LEBRUN et M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL)
8. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	D ^r	Bruno	GREFF
M.	Octave	AKAMATSU	D ^r	Christian	GUY-COICHARD
D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Agnès	HARTEMANN
P ^r	Frédéric	BATTEUX	D ^r	Jean-François	HERMIEU
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
P ^r	Jean-Louis	BEAUDEUX	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Éric	LE GUERN
D ^r	Guy	BENOIT	P ^r	Rachel	LEVY
M ^{me}	Valérie	BLANCHET	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Olivier	BOURDON	D ^r	Vianney	MOURMAN
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	David	OSMAN
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	M.	Paul-Louis	PATY
M.	Cédric	CARDOSO	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Antoine	PELHUCHE
P ^r	Alain	CARIOU	D ^r	Patrick	PELLOUX
D ^r	Sonia	CERCEAU	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
D ^r	Cyril	CHARRON	P ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
D ^r	Julie	CHOPART	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Louis	PUYBASSET
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Jean-Damien	RICARD
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Nathalie	RICOME
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Olivier	DRUNAT	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	M ^{me}	Yasmine	SMAIL
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Jean-Eudes	FONTAN	D ^r	Samir	TINE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT

• ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT)
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME
- P^r Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'île de France (ARSIF)

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

- M^{me} Stéphanie DECOOPMAN et P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, directrices générales adjointes
- M. Florent BOUSQUIÉ, cabinet du directeur général
- M^{me} Marie-Cécile PONCET, direction patients, qualité et des affaires médicales (DPQAM)

- M^{me} Marie-Charlotte DALLE, direction des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP)
- M^{mes} Clémence MARTY-CHASTAN et Sophie BRUN, directrice et directrice adjointe de la stratégie et de la transformation (DST)
- M. Patrick CHANSON, M^{mes} Véronique DROUET et Gwénoyée ABALAIN, direction de la communication (DIRCOM)

- **Invités :**

- P^r Catherine PATRAT
- D^f Louis LEBRUN, direction de l'audit, de l'inspection, de la médiation et de l'évaluation (DAIME)
- D^f Yen-Lan NGUYEN, direction de la qualité, du partenariat et des patients

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M^{mes} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Thomas APARICIO, Jean-Yves ARTIGOU, Elie AZOULAY, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Léonard CORTI, Tristan CUDENNEC, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Vianney DESCROIX, Édouard DEVAUD, Jacques DURANTEAU, Yann FLÉCHER, Vincent FROCHOT, Emelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Jean-Louis LAPLANCHE, Michel LEJOYEUX, Emmanuel MARTINOD, Rafik MASMOUDI, Antoine PELISSOLO, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, Virginie SIGURET-DEPASSÉ, Thomas SIMIŁOWSKI, Michel VAUBOURDOLLE, Karine VIRETTE et Noël ZAHR.

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

1. Informations du président

Nouveaux membres de la CME

Le président accueille deux nouveaux membres de la CME :

- M. Cédric CARDOSO, interne à l'hôpital Charles-Foix et président du Syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale (SRP-IMG). Il représente les internes de médecine générale, en remplacement de M^{me} Alexandra DE SOUSA DANTAS ;
- M. Octave AKAMATSU, actuellement en stage dans le service de chirurgie plastique de l'hôpital Tenon, représente les étudiants de médecine générale en remplacement de M^{me} Clara SALINO.

Situation de la pédiatrie

Dans un contexte de crise de la pédiatrie, rendue particulièrement inquiétante par la sévérité de l'épidémie de bronchiolite, le ministre a annoncé que l'enveloppe de 150 M€ accordée en octobre serait portée à 400 M€. Toutefois, le ministre n'a pas précisé si celle-ci serait financée dans le cadre de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) ou en sus. De plus, le périmètre des services destinataires de l'aide n'a pas été défini précisément mais a priori ne devrait pas être réservé aux services de pédiatrie. Globalement, les mesures annoncées correspondent à une reconduction de celles qui avaient été prises durant l'été. Trois d'entre elles s'appliquent à l'hôpital :

- la revalorisation de nuit du personnel non médical : elle ne vise pas le doublement de la rémunération des heures de nuit mais celui de la prime de sujétion des heures de nuit qui oscille aujourd'hui entre 1 et 2 euros ;
- la majoration de 50 % des astreintes et gardes médicales. Ces deux mesures seront applicables jusqu'au 30 mars 2023 ;
- la prime de soins critiques qui est étendue de façon pérenne aux puéricultrices et auxiliaires puéricultrices : cela permet de réparer ce qui était perçu comme une injustice par les personnels concernés.

Les difficultés rencontrées par la pédiatrie concernent l'ensemble du territoire français, même si l'Île-de-France a connu cette crise en avance de phase, avec une épidémie de bronchiolite plus précoce que dans d'autres régions. L'offre francilienne est, en outre, limitée par la fermeture des lits, comme en 2021 et en 2019. Ce phénomène n'est donc pas nouveau même si la situation est moins favorable qu'il y a un an. L'année 2020 est particulière car le port massif du masque avait limité les transmissions et le nombre de bronchiolites.

La mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) menée en 2019 avait conduit à émettre plusieurs recommandations dont peu ont été suivies d'effets. Cette situation donne aux professionnels le sentiment que leurs alertes n'ont pas été prises en considération. Or, si des mesures avaient été prises par le passé, la situation actuelle serait différente. Il est vrai que l'épidémie de bronchiolite de 2022 est plus précoce qu'en 2021 mais aussi plus grave car les nourrissons qui arrivent à l'hôpital sont plus souvent hospitalisés. De plus, ils restent en ventilation assistée plus longtemps. Cette situation pourrait être aggravée par l'épidémie de grippe car, aux États-Unis et au Canada, des cas plus graves de grippe en pédiatrie sont constatés. Cette tendance observée outre-Atlantique laisse augurer des mois de novembre et décembre difficiles, surtout si les deux épidémies, grippe et bronchiolite, se conjuguent. Tous ces éléments font penser que le plus

dur est à venir alors que 35 à 40 transferts ont déjà été organisés de l'AP-HP vers d'autres établissements hors région parisienne.

Les services de réanimation connaissent traditionnellement ces tensions, mais ils les vivent d'autant plus mal lorsqu'ils ne parviennent pas à hospitaliser des enfants en grande détresse dans le service adéquat. Des nouveau-nés sont parfois placés en ventilation non invasive (VNI) dans des salles d'urgence. Ils sont parfois contraints d'attendre 6 à 8 heures ou davantage avant de pouvoir rejoindre la salle de réanimation. Faute de places en service de réanimation, ils sont souvent accueillis dans des unités de soins critiques (USC) ou en pédiatrie générale alors qu'ils devraient rejoindre des services de réanimation pédiatrique.

À cette situation de tension extrême, s'ajoute une augmentation des départs de pédiatres surtout dans les centres hospitaliers. Ainsi, une dizaine de praticiens hospitaliers de pédiatrie a quitté l'hôpital public en Île-de-France. Selon une enquête qu'il a menée auprès des conférences nationales des présidents de CME, à laquelle 90 participants ont répondu, il ressort que la situation est tendue dans les CHU mais maîtrisée, tandis que les CH souffrent de ces départs car leurs effectifs sont déjà réduits. Ils émettent donc de vives craintes pour cet hiver. La pédiatrie libérale souffre aussi d'une pénurie. Certains hospitaliers sont ainsi tentés de s'installer en ville et, une fois installés en médecine de ville, il est fort probable que ces pédiatres ne reviendront plus vers l'hôpital. C'est donc l'avenir de la pédiatrie qui est actuellement en danger d'autant que la spécialité est déjà sinistrée dans sa dimension de santé publique (médecine scolaire, protection maternelle et infantile [PMI], secteur médicosocial, etc.). Ce contexte global explique le désespoir des pédiatres mais aussi une certaine forme de colère.

Le D^r Sonia CERCEAU souligne que la situation de la pédiatrie prend une ampleur sans précédent. C'est la première fois que des services sont amenés à transférer autant de patients dans d'autres régions. Ces transferts sont très mal vécus par les familles. Elle ajoute que, dans les CHU, s'il n'est pas constaté des départs massifs de pédiatres qui interviennent aux urgences par roulement, les départs et la multiplication des arrêts des personnels non médicaux sont inquiétants.

Le président confirme que beaucoup des difficultés tiennent à la fuite du personnel non médical et aux difficultés de recrutement de ces catégories de personnel. Cette situation concerne la pédiatrie comme les autres services et les tensions actuelles qu'ils connaissent ne sont pas de nature à donner envie à ces personnels d'y rester.

Le directeur général souhaite illustrer la vague épidémique actuelle, qui, malgré son caractère saisonnier affiche cette année une intensité particulièrement forte et précoce. Au cours de la semaine 43, 855 passages aux urgences ont été enregistrés pour des bronchiolites. Ce chiffre qui est en augmentation par rapport à 2021 est le second plus fort depuis 2012. Sur la même semaine, 216 hospitalisations ont été comptabilisées, soit presque un doublement par rapport au point haut de 2021. Dans leur ensemble, le nombre d'hospitalisations a crû de 25 % tous motifs confondus pour les enfants de moins de 2 ans. À date, 38 transferts hors région ont été organisés. Par ailleurs, au cours du week-end de la Toussaint, une trentaine de transferts inter-établissements a été comptabilisée par jour. Ces transferts n'ont certes pas eu lieu en dehors de l'Île-de-France, mais l'accueil d'enfants loin du domicile de leurs parents génère nécessairement d'importantes contraintes pour les équipes et les familles.

Le président ajoute que les transferts hors réanimation ne sont pas forcément comptabilisés.

Le directeur général indique que l'AP-HP a pris des mesures et déclenché le plan « épidémies hivernales (ÉPIVER), quelques semaines avant la date habituelle fixée début novembre. Fin octobre, 62 lits de réanimation étaient ouverts, puis début novembre, la cible finale était déjà atteinte avec 68 lits. En revanche, seuls 38 lits d'unités de soins critiques étaient ouverts, soit une douzaine de moins que l'objectif ÉPIVER. Conformément au plan, 280 lits dédiés étaient ouverts en pédiatrie générale. Ces capacités supplémentaires doivent cependant être remises dans un contexte plus global de fermeture de lits, même si cette dégradation de l'offre touche un peu moins la pédiatrie que les unités de médecine chirurgie obstétrique (MCO) qui comptent en moyenne 16 % de lits fermés.

L'AP-HP est surtout pénalisée en cascade par les difficultés rencontrées par les autres centres hospitaliers d'Île-de-France où les proportions de fermeture de lits en pédiatrie générale sont bien plus élevées. La situation connaît toutefois à date une accalmie à la suite des vacances de la Toussaint – avec un retour à environ 1 000 passages aux urgences par jour depuis le 5-6 novembre contre 1 500 au niveau le plus haut - mais un deuxième pic devrait intervenir d'ici deux à trois semaines. Il est difficile d'en prédire l'intensité mais les membres de la cellule de crise appellent à se préparer au pire des scénarios d'autant que la capacité des CHU voisins à accepter des transferts de patients pourrait se réduire lorsque ces régions seront également touchées par l'épidémie de bronchiolite.

Le président ajoute que, de l'enquête qu'il a menée le 3 novembre à laquelle 19 CHU ont répondu, il ressort que 12 d'entre eux sont saturés et 7 le sont presque. Un seul sur les 19 indiquait disposer encore d'une marge de manœuvre.

Le directeur général souligne que cette situation pourrait s'aggraver et rappelle la nécessité de se préparer avec un plan de « sur-crise ». Celui-ci prévoit deux niveaux de réaction qui sont actuellement travaillés avec les équipes des groupes hospitalo-universitaires (GHU) concernés pour trouver les moyens d'action les plus pertinents et moins impactant possible. Ces mesures doivent permettre d'augmenter la capacité des lits de réanimation, de soins critiques et de pédiatrie générale. De fait, ces mesures obligeront à assumer de la déprogrammation mais elles seront strictement adaptées à la situation observée, en espérant qu'elles ne s'avéreront pas nécessaires.

Le directeur général confirme l'actuelle attente du texte qui précisera les mesures ministérielles correspondant à l'enveloppe de 400 M€. Les deux principales mesures portent sur la prolongation de la majoration de l'indemnité de nuit pour toutes les équipes paramédicales et la majoration des gardes et astreintes pour les médecins. L'extension de la prime soins critiques a par ailleurs été confirmée. Ces mesures sont très attendues car le risque de les voir s'interrompre après l'été était redouté. Compte-tenu des échanges avec les équipes, d'autres mesures ont été prises au périmètre de l'AP-HP, comme l'ouverture des heures supplémentaires majorées à 50 % en dehors du dispositif de contractualisation mis en place par le « Ségur de la santé ». En effet, la majoration de 100 % n'ayant pas été reconduite, la majoration de 50 % reste possible dès lors que le professionnel s'engage à réaliser un quota d'heures supplémentaires pendant plusieurs mois, voire un an. Pour les services de pédiatrie, cette majoration de 50 % a été proposée mais sans demander d'engagement contractuel des professionnels. L'objectif est que ces équipes s'engagent pour les semaines à venir sans avoir besoin de signer formellement un document auprès de leur direction des ressources humaines (DRH), avec une régularisation *a posteriori*. Par ailleurs, le recrutement d'aides-soignants, de brancardiers, de logisticiens et d'agents apportant un soutien administratif pour libérer indirectement du temps médical a d'ores et déjà été ouvert.

Le président souligne que les médecins des services adultes participent aussi à la prise en charge des enfants les plus grands. Certains des enfants accueillis dans des services d'adultes ont 9 ou 10 ans mais il est complexe de descendre en dessous de cet âge pour des questions liées au poids. Dans d'autres centres hospitaliers, des services adultes prennent également en charge les enfants, y compris les nourrissons. Cependant, cette prise en charge n'est pas optimale.

Plan « 30 leviers d'action »

Le directeur général rappelle que ce sujet a fait l'objet d'échanges lors de la CME du mois d'octobre, ce qui a permis de collecter de nombreuses contributions. S'ouvre maintenant le travail d'élaboration et de formalisation des actions opérationnelles à mener pour constituer la feuille de route concrète des prochains mois. L'objectif est de parvenir à une copie finalisée d'ici la fin du mois de novembre pour la partager avec les membres de la CME.

Activité libérale : arrêt du Conseil d'État du 6 octobre 2022

M^{me} Marie-Charlotte DALLE souligne que l'arrêt du Conseil d'État a fait l'objet d'une médiatisation qui peut être sujette à confusion ou malentendu, raison pour laquelle le président de la CME a souhaité qu'elle en fasse une explication devant la communauté médicale. Le 14 octobre 2022, l'*APM news* affichait en titre « *Un hôpital peut devoir répondre de la faute d'un praticien commise dans le cadre de son activité libérale* ». D'aucuns se sont réjouis d'y voir une sorte de « prime » à l'indemnisation par le service public de l'activité libérale des praticiens, mais il faut nuancer cette décision.

Pour rappel, cette décision du Conseil d'État fait suite à une prise en charge dans un CHU hors AP-HP d'un patient ayant consulté un praticien dans le cadre de son activité libérale. Ce praticien a posé un diagnostic de maladie osseuse. Le patient a ensuite été pris en charge dans le secteur public de ce praticien, mais une plainte a été déposée car cette indication thérapeutique de maladie osseuse s'est révélée mauvaise, accélérant même les symptômes jusqu'au décès du patient. Sa famille a saisi alors le tribunal administratif qui a rendu une décision confirmée en appel et par le Conseil d'État et qui consiste à condamner le CHU à indemniser la famille au titre d'un défaut d'informations de la part du praticien, d'une mauvaise indication thérapeutique et d'une prise en charge fautive.

Il ne faut pas croire que, quelle que soit la qualité de la prise en charge dans le cadre de l'activité libérale, l'hôpital assumera toute la responsabilité. Mais l'un des principes qui sous-tend la décision rendue par le Conseil d'État, c'est que le patient ne doit avoir à faire qu'à un seul interlocuteur lorsque la prise en charge mêle secteur privé et secteur public de manière discontinue au sein de l'établissement de santé. Le patient ou ses ayants-droit doivent pouvoir être indemnisés sans avoir à lancer plusieurs procédures contre les différents acteurs. C'est l'état d'esprit de l'arrêt. Ainsi, le défaut d'information dans l'activité libérale a engendré une mauvaise indication thérapeutique qui a entraîné ensuite une mauvaise prise en charge dans le cadre du service public, mais l'établissement public dispose d'une action récursoire, c'est-à-dire qu'il peut se retourner contre le praticien au titre de sa mauvaise information. Dans le cas présent, l'information donnée n'a pas été complète ni au moment de la prise en charge lors de la consultation en secteur libéral, ni au moment de la prise en charge opératoire. L'indication erronée posée dans le cadre d'une activité libérale a été confirmée lors de la prise en charge dans le cadre du service public. Certes, l'établissement public a assumé la prise en charge du patient et les dommages qui en résultent mais il pourra se retourner – à bon escient selon l'arrêt du Conseil d'État – contre le praticien à la fois pour que celui-ci rembourse l'indemnisation au titre du défaut d'information, au titre de l'indication thérapeutique erronée et au titre d'une prise en charge fautive puisqu'elle a accéléré la pathologie du patient.

La communauté médicale doit donc se garder d'une lecture précipitée de cet arrêt, éventuellement induite par certains médias médicaux. Cet arrêt fait en outre écho à un article du code de la santé publique que le Conseil d'État vise mais n'utilise pas dans sa décision puisque la question ne lui a pas été posée dans le cadre du litige. En effet, l'article R. 1112-23 du code de la santé publique interdit le transfert d'un patient d'une activité d'un secteur vers un autre : « *Aucun malade ne peut être transféré dans le secteur d'activité libérale des praticiens s'il a été admis dans l'établissement au titre du service public, ni être transféré dans le secteur public s'il a été admis dans le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers, sauf exception avec autorisation du directeur sur demande motivée* ».

Le président remercie pour ces précisions mais doute que les interdictions de transferts d'un secteur à l'autre soient respectées à la lettre sur le terrain.

Le P^r Yann PARC confirme que cette disposition est peu appliquée : il est rare que la demande du patient de changer de mode de prise en charge soit refusée.

Le président estime que des questions déontologiques se posent dans l'hypothèse où, par exemple, un patient passerait par les urgences hospitalières pour être ensuite directement admis dans le secteur libéral.

Le P^r Yann PARC confirme que les patients provenant des urgences ne peuvent pas être pris en charge en libéral, mais en routine, c'est le patient qui décide.

Le D^r Emmanuel BUI-QUOC demande quel serait la procédure si le chirurgien relevait du domaine public et l'anesthésiste du domaine privé, ou inversement.

M^{me} Marie-Charlotte DALLE précise que le patient engagerait une procédure contre l'hôpital, mais c'est le juge qui statuerait. Le partage des responsabilités entre le chirurgien et l'anesthésie n'est pas toujours évident à établir. Le juge aurait donc à analyser la situation sur la base d'expertises. Dans les faits, le patient demandera à l'établissement d'être indemnisé, puis la procédure judiciaire fera le tri des responsabilités. Elle peut être amenée à sanctionner le fait qu'il y ait eu un transfert d'un secteur d'activité libérale vers un secteur public car le circuit du patient n'est pas toujours très clair dès l'admission.

Le P^r Bernard GRANGER souhaite savoir si le cas du patient qui sollicite une consultation privée, puis demande à être vu en consultation publique pour le rendez-vous suivant est un cas qui contrevient au code de santé publique qui vient d'être rappelé. La question se pose également pour les transferts entre le public et le privé. Il suppose que l'esprit du texte est plutôt de limiter les abus et donc les transferts du public vers le privé. Concrètement, il souhaite savoir si le code de la santé publique interdit tout transfert du privé vers le public.

M^{me} Marie-Charlotte DALLE précise que la loi demande d'abord à informer en transparence les patients sur les effets et les délais associés à des choix. Le code de la santé publique précise par ailleurs que, à titre exceptionnel, le transfert peut être autorisé par le directeur sur la demande motivée du malade ou de ses ayants droit et après avis du chef de service. La loi n'exclut donc pas cette possibilité et c'est la demande du patient qui prime. Celle-ci doit être motivée. Cependant, pour que cette demande soit motivée, elle doit être éclairée par les incidences de ce choix.

Le président estime qu'il ne devrait, normalement, pas exister de différences de délai de prise en charge entre le public et le privé.

M^{me} Marie-Charlotte DALLE précise qu'il en existe dans les faits.

Le P^r Bernard GRANGER signale que des différences de délais sont enregistrées, ne serait-ce que parce que le carnet de rendez-vous du secteur public se remplit plus vite que celui du privé. Cependant, il ne devrait pas exister de différences lorsqu'est pris en compte l'ensemble du service. Matériellement, il est impossible de proposer des délais totalement équivalents.

Le directeur général retient que la décision du directeur général est requise pour autoriser les changements de statuts et ajoute que sa décision sera évidemment acquise lorsqu'il s'agira d'autoriser des transferts du privé vers le public.

Plan global de financement pluriannuel (PGFP)

Le président précise qu'une réunion de la *commission Activité, ressources (CAR)* se tiendra jeudi 10 novembre à 14 heures pour discuter du PGFP. Les membres de la CME qui souhaitent y participer peuvent s'adresser à M. Guy BENOÎT.

Le directeur général estime prématuré d'évoquer le PGFP dès le 10 novembre puisque les travaux sur le contenu du plan 2023-2027 démarrent. Cela permettra d'établir une base tenant compte de la situation réelle de l'AP-HP pour construire une trajectoire de réduction progressive du déficit. L'objectif est d'accompagner cette trajectoire et d'identifier les capacités de rebond. Cela suppose aussi un travail avec les tutelles puisqu'un soutien financier de l'État sera nécessaire. Une discussion a déjà eu lieu avec l'agence régionale de santé (ARS) mais elle doit se poursuivre avec les ministères chargés du budget et de la santé. Des réunions sont programmées dans les prochains jours. Ces éléments permettront de donner une visibilité sur la capacité de l'AP-HP à mettre en œuvre ses 30 leviers d'action.

Conférence des présidents de CME de CHU

Le président informe la CME que la conférence des présidents de CME de CHU s'est réunie en session plénière le mardi 8 novembre. Elle a été précédée le 28 octobre d'un séminaire des trois conférences de CHU (présidents de CME, doyens, directeurs généraux), qui a donné lieu à un communiqué de presse rappelant notamment le rôle essentiel des CHU dans la formation des médecins et des autres professionnels de santé. Face aux défis posés par la démographie médicale, les difficultés d'accès aux soins, les transferts de tâches, la coordination entre la ville et l'hôpital et l'internat de médecine générale, les questions de formation sont cruciales. C'est essentiel de le rappeler au moment où le rôle du CHU semble peu reconnu dans les réunions du conseil national de la refondation, alors que sa place dans le territoire est incontournable. Le rôle du CHU en tant que recours a aussi été rappelé, en même temps que la nécessité de valoriser à son juste niveau cette activité. La crise sanitaire l'a montré, mais elle a aussi fragilisé les CHU. La conférence a par ailleurs constitué un groupe en charge de réfléchir à la chirurgie.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 11 octobre 2022

Le compte rendu de la CME du 11 octobre 2022 est approuvé à l'unanimité.

3. Questions diverses

Le D^r Patrick PELLOUX indique que sa question porte sur la succession du P^r Pierre CARLI à la tête du service d'aide médicale urgente (SAMU) de Paris. Il se réjouit que cette question commence à être discutée compte tenu de l'importance du SAMU de Paris et alors que commencent à circuler des

rumeurs délétères pour les équipes. Le SAMU de Paris regroupe 500 professionnels et fonctionne tous les jours de l'année, 24 heures sur 24. Le SAMU de Paris a été en première ligne lors des attentats qui ont eu lieu dans la capitale. Il l'est aussi lors des catastrophes et des évacuations. C'est un service crucial pour l'AP-HP et la continuité de sa gestion semble donc indispensable. Il s'étonne d'apprendre qu'il existerait la volonté de regrouper les quatre SAMU, projet qui semble en outre impossible compte tenu des volumes d'activité. Ce projet semble d'autant moins pertinent que le service d'accès aux soins (SAs) doit être mis en place. Il signale qu'un jury se réunirait pour sélectionner les candidats. Aussi, le D^r Patrick PELLOUX souhaiterait qu'un comité de la CME soit constitué pour veiller à ce que le jury soit intègre, mais aussi pour que le nouveau directeur du SAMU de Paris ne soit pas imposé aux équipes. Ce choix doit absolument faire l'objet d'une adhésion collective car le changement à venir revêt une importance stratégique.

Le directeur général confirme que le P^r Pierre CARLI cessera ses fonctions de chef de service à l'été 2023 compte tenu des limites d'âge fixées par les textes. L'AP-HP doit donc créer les conditions qui permettront de choisir le meilleur candidat à installer à la tête d'un service dont la mission et le périmètre d'action à l'échelle de tout le territoire de Paris, lui confère une dimension particulière. Il souhaite également rendre hommage au travail effectué par le P^r Pierre CARLI dont le professionnalisme est très largement reconnu. Après avoir échangé avec le président de la CME et avec la gouvernance du GHU Paris-Centre, la méthode consistant à organiser un appel à candidatures a fait consensus. De manière plus générale, le directeur général pense qu'il est pertinent de favoriser ce type de processus. Un appel sera donc lancé et une commission analysera les candidatures sur la base d'un attendu couvrant la dimension médicale et l'organisation des soins, la dimension recherche et innovation, la dimension managériale, les partenariats avec les professionnels de ville et la brigade des sapeurs-pompiers de Paris. Il sera aussi important que les candidats partagent leur vision pour mieux faire travailler ensemble les quatre SAMU de l'AP-HP mais cela ne signifie pas, une fusion des quatre SAMU. Si tel était le cas, c'est un autre appel à candidatures qu'il faudrait lancer. Pour autant, une meilleure coordination entre les quatre structures doit faire partie des éléments sur la base desquels le candidat à la succession sera choisi. Le directeur général souhaite que le processus de sélection puisse être terminé à la fin du premier trimestre 2023 afin de préparer sereinement la transition.

Le P^r Claire POYART considère que cette succession est absolument cruciale. Elle n'estime pas choquant que soit lancé un appel à candidatures vu l'importance de la tâche qui incombera au futur chef de service du SAMU75. Bien entendu, le cahier des charges fera état de toutes les missions qui seront attribuées au futur chef de service pour conduire les projets existants et ceux à venir, avec des enjeux importants autour de l'organisation des Jeux olympiques 2024 de Paris. Pour cela, une concertation – et non pas une fusion – sera nécessaire entre les différents acteurs. La gouvernance du GHU Paris. Centre est en accord avec les propos du directeur général concernant la méthode.

Le P^r Bernard GRANGER fait remarquer qu'il a souvent été reproché aux appels à candidatures de chefs de service d'être pipés compte-tenu de la composition du jury. La loi a changé pour ce qui concerne la désignation des chefs de service et, à l'AP-HP, il a été souhaité que le président de la CME centrale participe au choix sans délégation au président de CME locale, comme cela avait été évoqué à un moment. Il est en effet important que la CME soit impliquée dans ce choix à côté des acteurs locaux. Aussi, il souhaiterait savoir comment le président de la CME envisage son rôle dans ce processus ainsi que celui de la CME pour donner à cet appel d'offre toutes les chances de succès.

Le président estime que l'appel à candidatures devrait être une procédure généralisée. Comme cela a déjà été souligné lors de la précédente mandature lorsqu'il était vice-président de la commission *Vie hospitalière*, il convient d'anticiper les successions car elles sont souvent des moments où les

conflits se cristallisent. Il est donc préférable d'anticiper les successions et de les ouvrir au moyen d'un appel à candidatures. Ce mode de recrutement est utilisé dans de nombreux pays et l'AP-HP devrait en faire également sa méthode de recrutement afin de pourvoir ce type de poste. Le président estime, pour le cas particulier du SAMU de Paris, que cette succession dépasse le cadre du GHU Centre et de l'hôpital Necker car c'est une étape très structurante pour l'activité francilienne dans son ensemble. Cette succession doit donc s'inscrire dans une vision globale de cette activité qui a joué un rôle tout à fait déterminant dans un passé récent et qui continuera à être un maillon essentiel. Pour ces raisons, il est essentiel que le directeur général et le président de la CME participent à ce processus de nomination.

Le directeur général confirme qu'il faut veiller à ce qu'une commission soit constituée sans que sa composition ne donne le sentiment d'une partialité.

Le Pr Bernard GRANGER ajoute que les candidats à la chefferie de service du SAMU pourraient être interpellés sur la question des interventions d'urgence qui relèvent de la psychiatrie. Dans ce domaine, une organisation spécifique serait peut-être à imaginer.

Le Dr Patrick PELLOUX indique à ce sujet que le Dr Gaëlle ABGRALL effectue un travail extraordinaire à la tête de la cellule d'urgence médico psychologique de Paris et d'Île-de-France. Grâce à la mise en place du service d'accès aux soins (SAS), des psychiatres sont présents jusqu'à 23 heures. Une unité mobile accueillant un psychiatre a aussi été créée, même s'il reste encore quelques points de fonctionnement à améliorer. Cette organisation permet à des psychiatres et à des soignants d'intervenir face aux urgences psychiatriques plutôt que la police ou les sapeurs-pompiers qui renvoyaient ensuite ces patients aux urgences. Ceci doit plaider pour que le cahier des charges permettant de sélectionner le futur chef de service du SAMU de Paris, prenne en effet en compte la prise en charge psychiatrique.

Le Pr Yann PARC souhaite pour sa part apporter un bémol sur la méthode de sélection proposée car celle-ci a déjà pu conduire à des échecs. Aussi, avant de se lancer, il serait utile de jauger le terrain et de s'assurer que le nombre de candidats sera suffisant.

Le directeur général n'identifie pas ce risque pour le moment. L'essentiel est de démontrer que le processus en place permettra un traitement équitable des candidatures et à chacun de défendre sa chance.

3. Assistance médicale à la procréation et loi bioéthique (Pr^s Catherine PATRAT et Rachel LEVY)

Le Pr Rachel LEVY présente un bilan de l'activité d'assistance médicale à la procréation (AMP) 15 mois après la promulgation de la loi bioéthique en août 2021. Ce bilan s'appuie sur des données en provenance de deux sources : le comité de pilotage de l'AP-HP qui suit les évolutions de ces activités et le comité de suivi national organisé par l'Agence de biomédecine (ABM) et par les ARS. Les dernières réunions de ces deux instances ont eu lieu respectivement les 11 et 17 octobre 2022.

Le Pr Catherine PATRAT explique que l'activité d'assistance médicale à la procréation était déjà soutenue mais que cette activité a été fortement impactée par les modifications introduites par la loi de bioéthique. Ce sont en particulier trois nouveautés introduites par la loi qui ont eu un impact sur l'activité.

La première est l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes non mariées alors qu'elle était jusqu'alors réservée aux seuls couples hétérosexuels infertiles. Le Conseil d'État a par ailleurs défini des critères d'âge de prise en charge qui varient suivant la procédure (insémination

intra-utérine [IUI], fécondation in vitro [FIV], utilisation d'ovocytes ou d'embryons congelés par exemple).

La deuxième modification importante concerne l'organisation du don de spermatozoïdes, d'ovocytes ou d'embryons. Jusqu'au 31 août 2022, les donneurs restaient totalement anonymes mais, depuis le 1^{er} septembre 2022, tout candidat au don devient identifiable, c'est-à-dire que les enfants issus de ce don, à partir de leur majorité, pourront s'ils le souhaitent avoir accès à des données non identifiantes (par exemple la catégorie socioprofessionnelle, les motivations, l'âge) ou à des données identifiantes (nom, prénom, date de naissance). Par ailleurs, la loi a créé une commission à laquelle tout enfant issu du don pourra s'adresser à partir de sa majorité pour avoir accès à des données identifiantes ou non identifiantes sur le donneur. Deux cas de figure se présenteront alors : si la personne est issue d'un donneur identifiable, la commission pourra avoir accès directement au registre collectant ces données; si la personne est issue d'un don anonyme et non identifiable, la commission devra s'adresser au centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) dont est issu l'enfant pour récupérer l'identité du donneur et lui demander s'il est ou non d'accord pour transmettre ses données aux enfants issus de son don. Depuis le 1^{er} septembre 2022, la situation est transitoire. En effet, pour éviter l'arrêt de la mise à disposition de toute paillette, il y a à la fois des dons de donneurs identifiants et non identifiants. La durée de cette période de transition n'est pas encore définie et devrait durer deux à trois ans.

La troisième modification importante concerne la possibilité d'auto-conserver des gamètes dans un contexte non médical et selon des critères d'âge fixés par le Conseil d'État. Cette autoconservation est remboursée par la sécurité sociale.

Le Pr Rachel Levy indique que l'Île-de-France se trouve en première position sur le plan territorial et l'AP-HP au centre du processus avec 20 autorisations cliniques et 33 autorisations biologiques dont 13 portent uniquement sur l'insémination artificielle. Pour l'ensemble de l'Île-de-France, seuls trois CECOS sont autorisés à organiser le don de spermatozoïdes (hôpitaux Cochin, Tenon et Jean-Verdier). L'ARS Île-de-France a donc demandé aux praticiens cliniciens de réaliser des conventions avec ces trois CECOS. Au niveau de l'autoconservation de gamètes pour raisons non médicales, ce sont 7 centres qui sont autorisés de manière dérogatoire, 4 à l'AP-HP (hôpitaux Cochin, Tenon, Jean Verdier, Antoine Béclère) et 3 hors AP-HP (centre hospitalier de Poissy, institut mutualiste Montsouris, Saint-Cloud). Au cours des dernières réunions du comité de pilotage, a été évoquée la possibilité d'accorder deux ou trois autorisations supplémentaires dérogatoires dans l'attente du nouveau régime d'autorisation pour 2023 pour l'hôpital Bichat (qui avait déjà déposé un dossier par le passé), l'hôpital Foch (qui a déposé un dossier) et la clinique Pierre-Cherest (qui est en discussion). Sur les 5 CECOS d'Île-de-France, seuls trois sont autorisés pour le don de spermatozoïdes, les deux autres (l'hôpital Antoine Béclère pour l'AP-HP et l'hôpital de Poissy-Saint-Germain) le sont uniquement pour les activités de don d'ovocytes.

Le Pr Catherine PATRAT souligne que la loi de bioéthique a eu des conséquences très importantes en termes de demande. Au 1^{er} septembre 2022, l'AP-HP avait reçu plus de 3 000 demandes de don de spermatozoïdes, soit une multiplication par 7 à 8 fois par rapport à 2021. La majorité des demandes d'AMP avec don de spermatozoïdes émane de femmes seules (70 % des demandes). À date, environ 125 consultations ont été réalisées par mois, soit un nombre multiplié par 7 par rapport aux consultations réalisées en 2021. Un ralentissement du nombre de premières consultations en vue de demandes de don de spermatozoïdes est noté à partir du mois de mai mais ce ralentissement s'explique par les parcours de prise en charge puisqu'ils impliquent deux consultations. Au 30 septembre 2022, 141 tentatives d'IUI ou FIV ont été réalisées. La moitié concernait des femmes seules. Un an après la publication de la loi de bioéthique, 23 grossesses sont issues de paillettes

délivrées par les 3 CECOS de l'AP-HP. Depuis septembre 2022 et encore davantage en octobre, il est enregistré une augmentation exponentielle de l'activité. Pour ce qui concerne les demandes de préservation de la fertilité dans un contexte non médical, la demande des femmes est extrêmement soutenue sans signe d'infléchissement avec une moyenne de 400 demandes pour les quatre centres autorisés pour cette activité. Un an après la publication de la loi de bioéthique, 181 femmes ont bénéficié d'une autoconservation de la fertilité dans un contexte non médical.

Le P^r Rachel LEVY souligne que les ministères ciblaient 3 000 demandes par an sur toute la France et ces prévisions ont été contredites par la réalité puisque 3 000 ont été recueillies sur le seul périmètre de l'AP-HP. L'AP-HP représente un cinquième, voire un sixième de toutes les demandes au niveau national. Le goulot d'étranglement qui est constaté tient au taux de grossesse après une IIU ou une Fiv, expliquant que les personnes refont une, ou plusieurs, tentatives.

Le P^r Catherine PATRAT précise que cette situation a conduit à réfléchir à l'harmonisation des critères de prise en charge pour les dons de spermatozoïdes, comme pour les autoconservations d'ovocytes, dans un contexte non médical. L'objectif était que toutes les femmes s'adressant à un CECOS bénéficient d'une équité dans la prise en charge. En effet, suivant le CECOS, l'âge limite de prise en charge variait. Cette harmonisation visait aussi à offrir une meilleure lisibilité pour les patients et médecins correspondants, entre autres. Cette réflexion a conduit à définir deux référentiels de prise en charge qui s'appliquent à tous les centres de l'AP-HP : l'un pour le don de spermatozoïdes et l'autre pour la préservation de la fertilité. Dans les deux cas, ces référentiels se sont basés sur l'état de l'art de la littérature scientifique. Pour les demandes de don de spermatozoïdes, compte tenu des délais de mise à disposition des paillettes par rapport à la demande initiale de la femme (environ un an) et compte tenu des chances de naissance vivantes quasi-nulles de grossesse au-delà du 43^e anniversaire de la femme, le référentiel fixe une date limite de prise en charge à 42 ans. Cet âge limite ne correspond pas à celui qui a été défini par le Conseil d'État, ce qui a suscité des réactions d'associations de patientes. Pour les demandes de préservation de la fertilité féminine dans un contexte non médical, le référentiel conduit à harmoniser la prise en charge en fonction de l'âge et du bilan de fertilité de la femme. Compte tenu des délais et du nombre très important des demandes, il est impossible de répondre à toutes les demandes avant l'âge limite maximum fixée au 37^e anniversaire.

Le P^r Rachel LEVY ajoute qu'il est proposé d'appliquer une tarification à l'acte lorsque c'est possible : tarification à l'activité (T2A), nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ou classification commune des actes médicaux (CCAM). Une modification a aussi été apportée aux missions d'intérêt général (MIG). Jusqu'alors, l'attribution de la MIG intervenait à N-2 mais une délégation devrait arriver en novembre, correspondant pour la première fois à une MIG calculée sur l'activité N-1, en intégrant la revalorisation du « Ségur de la santé », sur une base de 24 M€. De plus, une nouvelle MIG « don de spermatozoïdes » a été mise en place après concertation avec les professionnels. Parallèlement, des aides à la contractualisation ont été attribuées. L'aide reçue pour 2022 sera complétée en fin d'année ou début 2023, lorsque les tutelles auront davantage de visibilité sur l'évolution de l'activité et sur les crédits engagés par les établissements de santé. Ce montage permettra d'organiser le tuilage avec une MIG 2023. Une nouvelle enquête de l'Agence de biomédecine est ainsi en cours : elle s'adresse aux centres disposant à la fois de l'autorisation de dons de spermatozoïdes et de l'autorisation d'autoconservation ovocytaire. Elle porte sur l'utilisation des moyens (équipements et ressources humaines) alloués. Par ailleurs, un groupe de travail de l'ABM travaillant sur l'évaluation médico-économique vise à réfléchir à la mise en place de nouvelles MIG. Trois pistes sont envisagées à date : la préservation de la fertilité non médicale, car cette activité suit un parcours de soins différent ; le don d'ovocytes ; la préservation de la

fertilité pour raisons médicales en différenciant les raisons oncologiques et les autres motifs dans l'objectif d'adapter la MIG pour financer au mieux les missions non couvertes par la T2A.

Les moyens à mobiliser pour l'AMP sont divers. Au niveau des ressources humaines, ce sont des biologistes et médecins de la reproduction, des personnels d'accueil et de secrétariat, des techniciens, des psychologues, mais aussi des assistants sociaux, notamment pour accompagner les femmes seules, et des conseillers en génétique médicale et des généticiens, puisque leur intervention est obligatoire légalement dans le processus de don. Au niveau de l'équipement, les postes de travail ont dû être équipés de hottes, de loupes, d'incubateurs, de cuves d'azote et d'échographes. Sur le plan informatique, pour automatiser le processus et éviter les doublons, des formulaires en ligne ont été créés. Un développement a aussi été demandé afin de pouvoir tracer les paillettes distribuées. Un parcours simplifié du type passeport a été mis en place à l'hôpital Tenon permettant de préparer les pièces en amont de la première consultation.

La forte augmentation des demandes nécessite de disposer de davantage de boxes de consultation et de postes de travail. Par ailleurs, l'augmentation des demandes d'autoconservation suppose aussi de revoir le nombre de cuves d'azote. L'hôpital Tenon a fait le choix de faire appel à une société spécialisée, *Creapharm bioservices*, qui a réalisé une étude des besoins sur dix ans en faisant varier différentes hypothèses. Cette étude a permis de proposer une solution pérenne.

Le président remercie les intervenantes pour cet exposé qui montre que la promulgation de cette loi a produit des impacts importants sur l'activité. Il retient également que ces conséquences avaient peut-être été sous-estimées par les tutelles, ce qui pose un certain nombre de problèmes.

Le P^r Catherine PATRAT ajoute que les hôpitaux Antoine-Béclère et Cochin ont bénéficié de mesures nouvelles. À l'hôpital Cochin, le siège, la direction et la présidente de la CME locale ont soutenu les mesures nouvelles pour faire face à cette augmentation de l'activité.

M^{me} Valérie BLANCHET souligne que l'augmentation des demandes n'était pas anticipée à un tel niveau. Il est possible de gérer les dons de spermatozoïdes, même si les demandes exprimées par les femmes seules nécessitent plusieurs rendez-vous avec des psychologues ou assistants sociaux car ces femmes ne se rendent pas forcément compte des difficultés à élever un enfant en étant seules. La plus grande difficulté concerne toutefois la préservation de la fertilité pour des raisons non médicales. À l'hôpital Cochin, il est enregistré autant de demandes de femmes souhaitant une autoconservation que de demandes de couples hétérosexuels souhaitant une FIV pour un problème d'infertilité. Comme prioriser les demandes n'est pas une option retenue localement, les délais sont extrêmement longs. Ainsi, une femme demandant une autoconservation devra attendre deux ans. À partir de l'âge de 34 ans, il faut la prévenir que la tentative ne pourra peut-être pas avoir lieu. Ce sont les secrétaires qui sont les premières interlocutrices de ces femmes et qui doivent faire face à ces situations.

Le D^r Cyril CHARRON s'enquiert de l'impact de l'activité d'autoconservation de la fertilité sur la prise en charge de l'infertilité médicale des couples. Il suppose qu'il est en effet complexe d'ajouter une activité nouvelle sans conséquence sur l'activité historique en termes de rallongement des délais ou de nombre de demandes.

Le directeur général souhaite savoir s'il est possible d'évaluer le volume de demandes supplémentaires découlant d'un effet ponctuel lié à l'élargissement de l'AMP à de nouveaux publics depuis la promulgation de la loi de bioéthique, et s'il pourrait ensuite évaluer le nombre de patients attendus en « rythme de croisière ». Il retient par ailleurs que le référentiel appliqué fixe un âge limite à 42 ans, alors que la loi le fixe à 45 ans. Cette décision a conduit à des réactions des

associations de patientes mais aussi un rappel du ministère. Il comprend le rationnel qui a entraîné cette décision, puisque les chances de succès sont très faibles, mais il faudra rapidement modifier la manière de présenter cette référence à 42 ans compte tenu des règles juridiques qui s'appliquent à nous et que nous ne pouvons pas méconnaître.

Le Pr Rachel Levy précise que les associations de patientes sont très nombreuses et très actives. Au comité de pilotage national, les représentants des associations sont plus nombreux que les professionnels. Compte tenu de leur niveau d'implication, il sera nécessaire de porter une grande attention à la communication. En outre, les activités de prise en charge des infertilités médicales sont la priorité. Pour l'activité d'autoconservation pour raisons non médicales, les délais dans son établissement sont d'environ un an. Cependant, la réflexion doit être menée dans une approche territoriale puisque des établissements hors AP-HP ont déjà une autorisation et que d'autres autorisations seront accordées. Cette réflexion devra être menée avec l'ARS pour déterminer comment travailler en commun, par exemple en adressant les femmes pour lesquelles le délai d'attente est long vers des centres qui peuvent prendre en charge leur requête plus rapidement.

Le Dr Patrick PELLOUX salue tout d'abord le travail mené depuis la promulgation de la loi qui acte une évolution de la société. Tout en reconnaissant le travail important que jouent les associations de patients, il souligne aussi que leur forte implication peut aussi représenter un poids. Il souhaiterait par ailleurs qu'un bilan de cette activité puisse être présenté une fois par an devant la CME afin qu'elle soit un réel appui institutionnel.

Le Pr Catherine PATRAT indique que l'ouverture de l'AMP a eu un impact sur les demandes des couples infertiles ayant besoin d'un don de spermatozoïdes puisqu'il n'est opéré aucune discrimination suivant le projet parental. Cette ouverture a aussi un impact pour certains centres d'AMP sur les IUI et les FIV puisque l'activité est en très forte progression, ce qui conduit à rallonger les délais.

4. Risques d'embolies gazeuses et manipulation des cathéters vasculaires (Dr David OSMAN)

Le Dr David OSMAN rappelle que le risque d'embolie gazeuse a déjà été évoqué lors du bilan des événements indésirables graves (ÉIG) pour l'année 2021 et propose pour la présente séance de présenter un bilan spécifique de la démarche de prévention de ces embolies gazeuses, démarche déjà initiée depuis plusieurs années mais qu'il faut poursuivre.

Pour introduire le sujet, il présente un cas d'embolie gazeuse cérébrale enregistré chez un jeune patient transplanté admis un jour férié dans un service de réanimation pour des échanges plasmatiques en urgence dans un contexte de rejet aigu. Après la mise en place d'un cathéter de dialyse, le choix d'un abord jugulaire interne et la réalisation des premières séances d'échanges plasmatiques sans rencontrer de difficultés, une dernière séance est rendue difficile par des coagulations itératives du circuit. Au moment de la restitution, le patient perd soudainement connaissance et l'infirmière observe qu'une voie du cathéter n'est pas clampée. Le patient est alors intubé et transféré par SAMU au centre d'oxygénothérapie hyperbare (OHB). Un état de choc apparaît en chemin et rend impossible cette séance d'oxygénothérapie. Ce patient est finalement sorti de réanimation après 20 jours avec des séquelles neurologiques. Cet événement a été déclaré à l'ARS et la revue de mortalité et morbidité (RMM) qui a suivi a conduit à discuter du cas, sur le plan académique (pour comprendre le mécanisme de l'embolie gazeuse cérébrale et celui de l'état de choc) et sur le plan organisationnel (pour discuter des mesures médicales mises en œuvre immédiatement, et relever les facteurs humains qui ont pu contribuer, et notamment la fatigue de l'équipe de réanimation au décours d'une « vague COVID »).

Le risque d'embolie gazeuse fait l'objet de déclarations récurrentes d'événements indésirables graves : 9 ont été déclarés en 2022 contre 2 en 2021 et 4 en 2020. Cette augmentation n'est pas le signe que les embolies gazeuses sont plus nombreuses mais qu'elles sont probablement davantage déclarées qu'avant. Il existe néanmoins une sous-déclaration : entre 2019 et 2021, 36 embolies gazeuses graves ont été prises en charge à l'hôpital Raymond-Poincaré et chaque année plus d'une centaine de séjours sont codés associés à une « embolie gazeuse ». Ce phénomène de sous-déclaration n'est pas propre à l'AP-HP. Une récente étude épidémiologique nationale (enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins, ÉNÉS 3) montre qu'il se produit 4 ÉIG par mois dans un service de 30 lits alors que moins de 2 % des ÉIG observés se retrouvent dans la base de l'ARS.

Le risque d'embolie gazeuse est un risque connu, potentiellement très grave mais également très rare. Comme il est rare, il peut faire l'objet d'une banalisation. C'est aussi un risque pour lequel il est difficile de maintenir les connaissances. Les embolies gazeuses sont souvent liées à une erreur humaine, assez facilement individualisable. Cette situation fait écho aux pertes de pratiques infirmières mais aussi à un défaut de connaissance médicale. Elle renvoie également à l'influence des facteurs humains et organisationnels (charge en soins, fatigue, personnels en formation). Lorsque de tels événements se produisent, l'impact psychologique est notable pour les soignants impliqués. L'événement peut bien sûr aussi s'accompagner d'un volet contentieux et de responsabilité. Ce sujet a conduit la commission des dispositifs médicaux stériles (CODIMS) à émettre des recommandations en 2019. Elles ont été difficiles à diffuser, en particulier dans une période de crise sanitaire. Un audit d'auto-évaluation a suivi mais a été également difficile à mettre en place. L'intention était de l'adresser à tous les personnels car tous sont concernés, y compris les personnels en formation. Cet audit avait aussi une visée pédagogique puisque les professionnels recevaient une analyse de leurs propres réponses en même temps que les recommandations de la CODIMS. 77 % des répondants à cet audit étaient des infirmiers diplômés d'État (IDE) avec une représentation peut être insuffisante des médecins (10 % des répondants). Dans les réponses collectées, 93 % des répondants affirmaient que la recherche des bulles d'air dans la perfusion était systématique. 66 % ont indiqué supprimer systématiquement les bulles d'air mais 30 % ont répondu que le volume et la taille des bulles influençaient leur décision de purger la tubulure de la perfusion, ce qui ne correspond à la « tolérance zéro » recommandée par la CODIMS. Concernant la position du patient lors d'une manipulation à risque d'ouverture du circuit ou lors du retrait du cathéter veineux central (CVC), 38 % des répondants disent que le patient devait être en position couchée, bassin légèrement plus haut que les épaules, et 30 % qu'il devait être en position couchée à plat dos, deux positions qui respectent les recommandations. En revanche, 12 % des répondants ont indiqué que la position importait peu dès lors que le circuit était maintenu fermé. Dans 12 % des cas, les répondants ont indiqué que le patient devait être en position demi-assise, ce qui correspond à une contre-indication. 14 % des médecins ont également fait cette réponse. 9 % des répondants ne connaissaient pas la réponse à la question sur la position du malade.

Concernant le contrôle de la respiration au retrait du cathéter, 42 % des répondants ont apporté la bonne réponse, c'est-à-dire que le patient doit expirer activement. 23 % ont répondu que le patient devait avoir une inspiration active (taux ramené à 10 % pour les seuls médecins). 21 % des répondants ne connaissaient pas la réponse à cette question.

L'audit a également conduit à interroger les répondants sur leur perception du risque. 52 % pensaient pouvoir reconnaître une embolie gazeuse mais 39 % n'en étaient pas certains. De même, 40 % annonçaient ne pas être certains de connaître la conduite à tenir face à ce risque. 52 % des répondants ont indiqué qu'ils feraient une déclaration interne en cas d'embolie gazeuse. 32 % pensaient le faire probablement et 11 % pas du tout, pensant que cet événement ne faisait pas

partie de ceux à déclarer dans OSIRIS. Ceci conforte l'idée qu'OSIRIS est insuffisant connu en tant qu'outil de déclaration des événements indésirables associés aux soins.

Les résultats de cet audit montrent que des progrès sont à réaliser. Ce travail a conduit à éditer une nouvelle version des recommandations CODIMS en mars 2022. Ces recommandations diffusées entre mars et mai restent encore trop peu connues et il faut continuer à en faire la promotion. Il a aussi été décidé de rédiger une procédure institutionnelle sur le retrait de cathéter, parce que les événements ont eu lieu dans des services où le cathéter n'avait pas été posé. La déclaration des événements indésirables doit être encouragée. Un accompagnement est proposé par le siège autour de ces événements dès lors qu'ils sont déclarés : diffusion de l'audit et des recommandations, diffusion d'une grille d'analyse qui facilite l'investigation. La semaine de la sécurité des patients qui sera organisée du 21 au 25 novembre 2022 sera l'occasion de parler de la déclaration des événements indésirables graves. Une journée sera notamment organisée sur les facteurs humains et organisationnels le 22 novembre. Un événement indésirable sera traité chaque jour et une journée sera consacrée à l'embolie gazeuse.

Le président souligne que, même si ces événements sont rares, le non-respect des recommandations est inacceptable. C'est un dossier sur lequel il faut porter une grande vigilance. Il est vrai que les facteurs humains sont des points-clés. Le *turn over* du personnel peut entraîner des difficultés car il faut du temps pour se former, se familiariser avec cette activité et acquérir les bons réflexes. Au-delà des infirmiers, il est également essentiel que toute l'équipe acquière une expertise dans ces activités délicates qui, lorsque les recommandations ne sont pas suivies strictement, peuvent entraîner des conséquences dramatiques.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne que le SAMU de Paris a été appelé samedi 5 novembre au centre de dialyse Édouard-Rist pour une embolie gazeuse après qu'une soignante a oublié de fermer le cathéter. En aparté, il indique que le réanimateur du centre d'oxygénation hyperbare de l'hôpital Raymond-Poincaré doit absolument être équipé d'un téléphone portable fonctionnel car il a fallu plusieurs minutes pour le joindre lors de cette intervention. La patiente a été sauvée. Sur la base de ce cas particulier, il souhaite savoir si cet événement indésirable aurait dû être déclaré sachant qu'il n'a pas eu lieu dans les locaux de l'AP-HP. Par ailleurs, alors que quasiment tous les centres de dialyse relèvent du secteur privé, il serait judicieux que la campagne de prévention puisse être étendue en dehors de l'AP-HP en lien avec l'ARS. Ces ÉIG risquent donc de ne jamais être déclarés.

Le D^r David OSMAN précise que les établissements privés doivent répondre à la même obligation de déclaration. Il ne peut pas dire si leur taux de déclaration des ÉIG est moins bons ou meilleurs qu'à l'AP-HP. En outre, toute personne ayant observé un événement indésirable grave peut le déclarer. Même le patient et ses proches peuvent se rendre sur le portail de déclaration des événements indésirables graves accessible sur internet L'AP-HP pourrait donc se charger de cette déclaration. Mais cette initiative pourrait être contre-productive, perçue comme une accusation envers l'établissement privé. Il semble préférable que ce soit l'équipe protagoniste qui soit à l'origine de cette déclaration. Pour autant, la loi permet de déclarer un événement même en tant qu'un observateur. Dans le cas remonté, la direction qualité du siège peut essayer de se mettre en contact avec la direction qualité d'Édouard-Rist pour inciter les équipes à déclarer l'événement. Ces contacts peuvent aussi passer par les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS).

Le D^r Cyril CHARRON souhaiterait savoir si les embolies gazeuses surviennent plutôt en soins critiques sur un effet volume ou plutôt en sortie de réanimation.

Le D^r David OSMAN précise qu'il est difficile de répondre à cette question sur la foi des déclarations puisque le phénomène de sous-déclaration doit être pris en compte. Par ailleurs, il est possible qu'il y ait un biais de déclaration positifs en réanimation, discipline mieux « acculturée » à ce sujet. Il relève cependant plusieurs événements ayant lieu hors soins critiques et liés au fait que des patients quittent un service de soins critiques avec un CVC. Certains événements sont le fait d'un personnel en formation, d'autres invitent à dire qu'il faut prescrire de manière plus rigoureuse les retraits de cathéters dès lors que les règles à suivre ne sont pas encore suffisamment connues.

Le D^r Cyril CHARRON indique que son service interdit toute sortie de réanimation avec des cathéters centraux pour éviter les infections plus qu'en prévention des embolies gazeuses. De plus, les cathéters *midlines* sont actuellement en rupture d'approvisionnement, mais cela devrait être temporaire. Il relève qu'ORBIS ne prévoit pas de catégorie dédiée pour le retrait des cathéters veineux centraux. Or, il pourrait être utile d'inclure le soin ablation dans le système en y faisant figurer toutes les consignes à suivre.

Le D^r David OSMAN indique que ce protocole n'existe pas mais pourrait faire l'objet d'une réflexion.

Le D^r Cyril CHARRON ajoute que la procédure pourrait être générale à l'AP-HP puisque la recommandation est institutionnelle. Le soin « ablation de cathéter central » avec les consignes institutionnelles est en passe d'être implémenté dans ORBIS.

Le président propose de retenir cette idée et de l'approfondir

5. Avis sur un ajustement de la grille des rémunérations des praticiens contractuels (P^r Jean-Damien RICARD)

Le P^r Jean-Damien RICARD rappelle que la réforme des praticiens contractuels fixe un seuil de rémunération minimum (40 774 €) et un seuil maximum (70 111 €), sans prévoir de grille salariale au sein de cette fourchette. Lors de la présentation de la réforme, il avait été donc décidé collectivement de fixer un certain nombre de règles. La seule recommandation émise par les textes concerne les praticiens recrutés sur le motif 3, c'est-à-dire en attente de nomination en tant que praticiens hospitaliers (PH) qui bénéficient alors de l'échelon qui leur sera appliqué lors de leur nomination.

Un groupe de travail a été constitué pour travailler à cette harmonisation. Ces travaux ont abouti à la diffusion d'une note de la direction générale et du président de la CME le 3 mai 2022 fixant les règles de gestion de la réforme des nouveaux praticiens contractuels. Il était prévu la mise en place d'un comité de suivi de cette la réforme pour s'assurer qu'aucune situation ne méritait d'être revue. Or, après deux réunions, le terrain a remonté des difficultés concernant les praticiens ayant entre 5 et 10 ans d'expérience pour lesquels il n'était pas prévu d'échelon intermédiaire. Il est donc désormais proposé d'introduire un échelon supplémentaire pour cette tranche d'ancienneté d'un montant de 5 102,46 €. Cet ajout ne déstabilise pas les grilles existantes. Un point plus complet sur la mise en œuvre de la grille dans les GHU sera organisé lors d'une prochaine réunion de la CME.

Le CME rend un avis favorable à l'ajustement de la grille des rémunérations des praticiens contractuels.

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

Le P^r Jean-Damien RICARD rappelle que le nouveau dispositif statutaire du 7 février 2022 introduit les valences non cliniques avec une obligation de mise en place par les services. L'AP-HP a devancé cette introduction en réalisant une enquête dès janvier. Il souhaite remercier toutes les personnes qui ont répondu à ce questionnaire : près de la moitié des responsables de structures internes et plus de 45 % des praticiens. La participation a donc été extrêmement élevée.

Pour les praticiens hospitaliers, la représentation des répondants par GHU correspond à la répartition de l'effectif personnel médical de l'AP-HP. La part des PH ayant répondu est supérieure à leur part réelle dans l'effectif global de l'AP-HP (67 % des répondants alors qu'ils représentent 48,7 % des personnels médicaux à l'AP-HP). 62 % des répondants ont déclaré exercer ou avoir exercé des activités non cliniques. Les 38 % qui déclarent ne pas en exercer disent qu'ils manquent de temps ou d'effectifs pour compenser cette activité extra-clinique et, dans une moindre mesure, que cette activité non clinique ne leur a pas été proposée (17 % des cas) et que le statut antérieur ne le permettait pas (10 %). Pour ceux qui ont déjà exercé des activités non cliniques, celles-ci se répartissent de manière assez homogène entre les responsabilités institutionnelles et managériales, l'enseignement, la recherche, le tutorat et des projets collectifs. En revanche, 64 % des répondants ont dit ne pas bénéficier de temps dédié pour réaliser ces activités alors que le temps consacré est en moyenne de 10 à 20 % par mois. Ce temps est souvent pris en dehors du temps de travail (soir et week-end).

Plus de 70 % des répondants trouvent un intérêt personnel au temps non clinique, mais aussi un équilibre de vie et un bénéfice intellectuel pour entretenir leurs connaissances. Ils mettent aussi en avant leur souhait de s'investir dans des missions d'intérêt général et dans l'amélioration des pratiques. Ils voient aussi ces temps non cliniques comme un moyen d'émulation et la vocation du CHU. Plus de 75 % des répondants déplorent un manque de temps et regrettent un défaut d'organisation mais aussi un manque de reconnaissance et de valorisation de ces activités.

L'enquête a interrogé les praticiens sur les bénéfices attendus de la modification statutaire. Le questionnaire ayant été diffusé en janvier, certains attendaient de mieux connaître la réforme pour se prononcer (32 %) mais 46 % pensaient que ces évolutions ne changeraient rien, soit parce qu'ils en bénéficiaient déjà, soit parce qu'ils craignaient de manquer de temps ou d'effectifs pour en bénéficier réellement. Les répondants ont demandé majoritairement une meilleure reconnaissance de ces activités tout en pointant la charge de travail avec des effectifs trop réduits pour appliquer pleinement ce nouveau droit. Pour autant, les répondants ont salué l'existence de cette enquête.

Le P^r Éric LE GUERN ajoute que ce questionnaire intégrait des questions sur la recherche, préparées par la commission Recherche de la CME. 60 % des répondants exercent ou ont exercé une activité de recherche en participant à des essais thérapeutiques, à la recherche translationnelle, à l'épidémiologie, à la santé publique et à des études sur des dispositifs médicaux. Certains praticiens hospitaliers sont rattachés à des structures de recherche labélisées : à 11,4 % à une unité de recherche de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et, dans une moindre mesure, à des départements hospitalo-universitaires (DHU) ou des recherches hospitalo-universitaires (RHU).

33 % des personnes interrogées ont répondu à la question portant sur le nombre de thèses ou mémoires encadrés au cours des cinq dernières années. 75 % d'entre eux ont suivi en moyenne 3,5 projets sur la période. Parmi les répondants ayant co-encadrés des thèses ou mémoires, 62 %

ont suivi en moyenne 3 projets. 20 % de réponses ont été obtenues aux questions portant sur les projets de recherche académique et 8 % à celles portant sur les projets de recherche industrielle. Pour les projets de recherche académique, 86 % ont déposé ou coordonné en moyenne 5,6 projets, soit un projet par an. Ces projets étaient variés : programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), Agence de biomédecine (ABM), etc. Certains répondants ont déclaré avoir été investigateur principal de projets de recherche. Pour les projets académiques, une écrasante majorité (89 %) a été investigateur principal d'en moyenne 2,2 projets. Pour les projets de recherche industrielle, ce taux est de 72 % pour une moyenne de 3,4 projets.

Entre 15 et 20 % des répondants ont indiqué avoir participé à des cohortes ou des essais thérapeutiques. Pour les cohortes, 95 % ont inclus des patients dont 71 % dans des cohortes de 1 à 100 patients et 8 % entre 200 et 1 000 patients. Pour les essais thérapeutiques, 86 % des répondants ont inclus entre 1 et 50 patients.

Le questionnaire incluait des questions ouvertes visant à recueillir les suggestions pour faciliter les activités de recherche. Les répondants ont pointé en premier lieu le financement et le temps dédié, même si d'autres suggestions concernaient aussi les effectifs, l'organisation, les moyens et la reconnaissance statutaire. Parmi les souhaits exprimés concernant les effectifs, les réponses ont porté sur un besoin de personnel médical dédié supplémentaire de personnel non médical, notamment pour des assistants d'études cliniques et en secrétariat. Il a été suggéré de pérenniser les postes, en particulier les structures de support de recherche pour s'assurer d'une continuité dans la prise en charge des projets. Il a été proposé de favoriser les postes d'accueil et d'en augmenter le nombre. Sur la thématique du financement, il a été proposé de remplacer le temps clinique des personnels qui auront une activité de recherche, de mettre en place une reconnaissance financière personnelle *via* une indemnité de recherche et d'activité non clinique, de disposer de budgets pour débiter des projets exploratoires pour répondre à des appels d'offres plus ambitieux, de faciliter les frais associés à la recherche, notamment les frais de publication et d'obtenir un retour plus important sur les points du Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) générés par les publications.

Concernant l'organisation et les moyens, il a été suggéré qu'ils soient pensés en concertation au niveau des services et que ces derniers disposent d'une certaine autonomie dans l'attribution des temps dédiés à la recherche. Il a été proposé également un renforcement des structures de soutien à la recherche, notamment pour les aspects juridiques liés au dépôt des projets et des comités de protection des personnes (CPP). Il a été demandé que l'aide méthodologique soit facilitée, notamment en faisant appel à des statisticiens. Enfin a été évoqué l'accès à des plates-formes de recherche de l'AP-HP ou d'unités INSERM.

Concernant le temps dédié, les répondants souhaitent que le temps de recherche soit considéré comme un véritable temps de travail. En Suisse, il est organisé un détachement un mois sur deux des praticiens. Le demande serait d'obtenir une journée ou une demi-journée sanctuarisée pour des activités de recherche.

Enfin, a été proposé la reconnaissance de la valence universitaire des PH et suggéré la possibilité de créer des postes de PH recherche. Il a été proposé également de renforcer la visibilité de l'encadrement par les PH de projets de recherche d'autant que beaucoup d'entre eux ont la formation requise (habilitation à diriger des recherches [HDR]).

Le Pr Jean-Damien RICARD restitue ensuite les résultats du questionnaire adressé aux chefs de structures. 47 % d'entre eux autorisent déjà ces activités non cliniques, mais 40 % n'ont pas répondu

à la question. Pour les 53 % indiquant que ces activités non cliniques ne sont pas exercées, une majorité évoque des freins organisationnels et un manque d'effectifs, d'autres ont indiqué que la demande n'était pas là ou que ces activités étaient sans objet dans leur service. 42 % des responsables permettaient déjà l'exercice de valences non cliniques avant la réforme. Les critères pris en compte pour les attribuer sont le volontariat, le respect des obligations réglementaires, l'intérêt pour le service ou les patients, la compatibilité avec la permanence des soins et la compétence du praticien. L'attribution de ces temps clinique faisait souvent l'objet d'une réflexion collégiale au sein de l'entité, ce qui semble à encourager.

Le questionnaire portait enfin sur les perspectives, mais 52 % des répondants n'ont pas complété cette question. 34 % trouvent des avantages collectifs dans la pratique et estiment que ces valences sont des leviers d'attractivité pour leur service. Un quart déplore un manque de temps et d'effectif pour les assurer correctement. Ces commentaires rejoignent ceux formulés précédemment sur l'absence de reconnaissance financière et sur les difficultés organisationnelles rencontrées. Les répondants espèrent donc une poursuite des évolutions statutaires mais certains redoutent un risque de surcharge de travail et un désinvestissement. Enfin, ils souhaitent réaffirmer le rôle décisionnaire du chef de service sans alourdir les procédures d'autorisation.

Le Pr Jean-Damien RICARD souhaite pour terminer, saluer le travail mené par M^{me} Coryse ARNAUD, et la remercier, puisqu'elle a préparé le questionnaire puis colligé les réponses.

Le Dr Juliette PAVIE, vice-présidente de la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité (CVHA)*, ajoute qu'un travail conséquent a été mené pour préparer le questionnaire. Cette initiative s'avère une réussite au vu du taux de réponse. Il ressort que les activités de recherche, d'enseignement et les responsabilités institutionnelles sont des facteurs d'attractivité majeurs pour les médecins, et notamment pour les PH. La plus grande difficulté semble être le manque de temps. La loi doit donc être vue comme une chance de repenser l'organisation. Celle-ci doit être envisagée au niveau de chaque service. L'entretien individuel doit aussi être le moment de discuter avec les médecins du service de la manière de s'organiser au mieux pour consacrer un temps à des activités non cliniques.

Le Pr Laurent MANDELBROT salue tout d'abord le travail effectué. Il s'associe par ailleurs aux remarques du Dr Juliette PAVIE. En complément, il souhaiterait que puisse être facilitée la participation aux congrès médicaux et à la formation. Ces événements ne peuvent plus être financés par les laboratoires pour éviter tout risque de conflits d'intérêts. Or, le financement par l'AP-HP ne permet la participation qu'à un seul congrès par an, à condition que le médecin avance les frais et remplisse de nombreuses autorisations administratives en amont. Faciliter cette participation aux congrès serait aussi une piste à explorer.

Le Dr Patrick PELLOUX estime que ce travail dessine le futur statut unique dans le monde hospitalier, puisque la définition qui est donnée du travail des PH ressemble à la description du travail des universitaires. Il souhaite par ailleurs rebondir sur le sujet évoqué en début de réunion concernant les départs de pédiatres, qui seraient à relier au reclassement des PH et à la perte d'échelons qui a été inscrite aussi dans la présentation relative aux valences non cliniques. Après le « Ségur de la santé », certains praticiens ont perdu des années et des échelons, soit l'équivalent de plusieurs centaines d'euros par mois, pendant que les échelons les plus élevés pouvaient atteindre un échelon supplémentaire et que les échelons les plus bas pouvaient bénéficier d'une prime d'entrée dans la carrière. Les échelons intermédiaires, pour ce qui les concerne, ont le sentiment d'avoir été floués. Une nouvelle fois, les professionnels qui travaillent la nuit, les week-ends, qui assument la permanence des soins, etc. sont oubliés. Avec la commission centrale de l'organisation de la

permanence des soins (CCOPS), une réflexion a commencé sur ce travail trop méconnu mais qui doit être valorisé car son défaut de reconnaissance entraîne également des départs.

Le président estime que s'il faut, certes, valoriser l'activité de recherche, l'activité de soins doit l'être tout autant. En effet, le soin tel qu'il est pratiqué au CHU est un soin d'excellence. Il est valorisant de participer à des activités de soins et de les prodiguer dans de bonnes conditions. Pour le responsable de l'équipe, il est aussi essentiel de s'assurer que chaque membre de l'équipe est heureux dans les missions qu'il accomplit. L'entretien individuel doit donc permettre d'évoquer ces souhaits, mais il est aussi important que les membres d'une même équipe sachent ce que font les autres, étant précisé que ces missions respectives peuvent évoluer au fil du temps. Ces missions devraient donc pouvoir être interchangeables entre les uns et les autres s'ils le souhaitent.

Le D^r Sonia CERCEAU remercie pour le travail accompli. De nombreux praticiens hospitaliers ont été sensibles au fait qu'on leur demande ce qu'ils faisaient et ce qu'ils souhaiteraient faire d'autant que ces professionnels intermédiaires ont pu être désorientés par les décisions du « Ségur de la santé ». Il faut retenir que 65 % annoncent qu'ils n'ont pas le temps pour faire autre chose que de la clinique. Certes, l'activité clinique est extrêmement importante mais tout ce qui est fait à côté du soin est aussi essentiel et concourt à l'attractivité. Si ces professionnels restent à l'hôpital, c'est qu'ils souhaitent aussi pouvoir s'épanouir dans d'autres domaines que le soin, car la clinique pure peut être réalisée en dehors de l'hôpital. Pour améliorer l'attractivité, il convient donc de commencer par reconnaître ce que font les hospitaliers quotidiennement : l'encadrement des jeunes, l'enseignement, les responsabilités institutionnelles par exemple en participant aux travaux de la CME, etc. Beaucoup pensent que le nouveau statut ne changera rien à la situation actuelle, ce qu'elle trouve dommage. Elle invite donc à sanctuariser ces temps pour ces activités annexes qui font aussi vivre les services et donnent envie aux personnels d'y rester. Elle regrette que deux GHU aient pris la décision de ne pas valoriser les chefs de structure, dont Sorbonne Université. Cette décision a été perçue comme un signe de mépris laissant entendre que ces chefs de structure ne le méritaient pas. Elle souhaite aussi qu'on le reconnaisse que c'est grâce à l'implication des hospitaliers qui n'assurent pas d'activités annexes que certains peuvent s'investir sur ces missions. Elle estime donc gênant que les uns bénéficient d'une revalorisation mais pas les autres.

Le P^r Jean-Damien RICARD souligne que les entretiens individuels doivent être l'occasion de faire le point. La distribution des tâches doit aussi être présentée comme une décision collective. C'est un point à mettre en exergue, par exemple lors des conseils de service. Dans les projets de service, la possibilité d'endosser ces activités doit aussi être mise en avant pour que les praticiens puissent faire des choix éclairés.

Le P^r Marie-Noëlle PERALDI salue cette enquête particulièrement intéressante. Elle souhaite apporter un complément sur les aides financières accordées pour participer aux congrès. Une réunion est organisée tous les deux mois pour attribuer ces aides mais le budget total reste limité (800 k€ pour toute l'AP-HP).

Le D^r François SALACHAS salue également la qualité de cette enquête. Il s'interroge sur le financement des temps médicaux de remplacement. Quelques interfaces sont possibles sur une durée limitée mais celles-ci sont peu nombreuses. En pratique, peu peuvent en bénéficier. Il est donc difficile pour les PH de s'investir sur un projet de recherche, par exemple. Dans les services qui s'occupent de maladies chroniques, les praticiens ne peuvent pas délaisser des cohortes importantes de malades pour des activités non cliniques sans solution de remplacement. Pour ce qui concerne le financement, il confirme la volonté que les revenus des SIGAPS puissent revenir vers qui de droit. La même question pourrait être posée pour les centres maladies rares sur lequel un

groupe de travail a été constitué. Une solution serait de créer des emplois pérennes de chefs de projet ou d'assistants de recherche clinique (ARC). Les tentatives menées en la matière n'ont pas été concluantes compte tenu de la rémunération proposée et du turnover observé. Ces conditions ne jouent pas en faveur de la pérennisation de l'expertise dans la recherche.

Le directeur général souligne que les résultats de cette enquête permettront d'alimenter les travaux actuels relatifs au 30 leviers. Un groupe de travail se penche notamment sur les règles de financement des centres maladies rares. Concernant les points SIGAPS, des propositions d'évolution des financements des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) sont attendues. Il retient également l'accent mis sur l'entretien individuel et sur la participation aux congrès. Il note surtout la question de l'équilibre entre temps clinique et non clinique en sachant que cette question s'inscrit aussi dans une réflexion sur notre capacité économique à avancer dans cette voie. Il faudra par ailleurs prioriser les objectifs compte tenu des tensions qui s'exercent aussi et bien plus fortement sur nos effectifs paramédicaux. L'AP-HP ne pourra pas avancer immédiatement sur tous les fronts à la lumière de la capacité budgétaire de l'institution.

Le président ajoute qu'il est aussi important que les professionnels soient en accord avec ce qu'ils font car c'est ainsi que l'on produit un travail de qualité. Or, même s'ils ne démissionnent pas, certains praticiens, qui sont physiquement présents, n'ont plus le cœur à la tâche.

Le directeur général souhaiterait pouvoir satisfaire toutes les demandes immédiatement. Il aimerait donc amorcer de premières propositions, puis les enrichir avec des propositions plus construites. Il est encore trop tôt pour en dire davantage car il faut d'abord définir les priorités de premier rang sur lesquelles porter l'effort.

Le président l'entend mais indique que sa remarque renvoie aussi à la capacité des chefs de service à animer les équipes au quotidien.

Le D^r François SALACHAS fait remarquer que c'est maintenant qu'il faut agir pour que l'hôpital soit attractif et que les médecins restent dans l'institution. L'urgence est là. Il comprend que la réponse ne soit pas uniquement dans les mains de l'AP-HP, mais c'est bien aujourd'hui qu'il faut agir pour conserver des experts. Ce qui se joue c'est le dilemme entre vision collective et vision individuelle avec un hôpital en mesure d'assurer une vision collective du soin et de la recherche.

7. Présentation du rapport sur les conditions d'accueil et d'exercice des étudiants en soins infirmiers à l'AP-HP (D^r Louis LEBRUN)

Le D^r Louis LEBRUN rappelle que la mission menée couvrait trois volets et concernait les filières de formation des trois métiers considérés en tension à l'AP-HP (IDE, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie médicale). L'audit a finalement vérifié l'hypothèse de départ, à savoir que les conditions d'accueil et d'exercice des étudiants en soins infirmiers en stage (alors que 6 à 7 stages sont réalisés pendant les trois années de formation, soit 60 semaines sur le terrain) sont essentielles dans le choix de ces étudiants de débiter ou non leur carrière à l'AP-HP. En effet, l'image donnée de l'AP-HP, son discours, l'attitude des équipes vis-à-vis des patients et entre professionnels, et notamment envers les étudiants, influent directement sur les recrutements.

L'audit pointe l'absence de système d'information qui permette de dresser un état des lieux précis du nombre et de la répartition des stages des étudiants des 14 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de l'AP-HP et des IFSI en dehors. Aucun système d'information ne permet non plus de qualifier l'offre de stage. On note une insuffisance du nombre de places par rapport à la demande. Il est difficile de faire accepter les étudiants de première année alors que c'est au début

de la formation que ces étudiants peuvent avoir envie de travailler à l'AP-HP. Il ne faut donc pas attendre leur dernier stage pour essayer de les recruter. Par ailleurs, l'IFSI se font une certaine concurrence pour trouver des places de stage et tous n'ont pas intérêt à mutualiser les informations sur les ressources existantes. Pourtant, la recherche de stages est une tâche chronophage pour les formateurs des IFSI et d'insécurité pour les étudiants qui connaissent tardivement leur lieu de stage.

Du côté hospitalier, le cadre réglementaire est inégalement respecté en ce qui concerne la formalisation de la politique de stages, de la mise à disposition des livrets d'accueil et de l'encadrement. La question de l'encadrement est pourtant centrale, notamment celle de l'évaluation, sous-estimée par les professionnels de l'AP-HP alors qu'il s'agit d'un point très sensible pour les étudiants pour juger de l'attractivité de l'institution.

Les maltraitances volontaires des étudiants ne sont pas fréquentes mais sont probablement sous-déclarées. Par ailleurs, des attitudes « traditionalistes » (mépris apparent, bizutage, façon impersonnelle de s'adresser aux étudiants), qui sont des « héritages » du passé, peuvent blesser des étudiants et les éloigner de l'AP-HP. Des questions sont posées aussi sur le sens de la transmission : des savoirs théoriques et pratiques sont appris mais les stages ne se limitent pas aux gestes. Ce sont aussi des lieux où l'on apprend des valeurs, un état d'esprit qui imprègne l'attitude des professionnels. De ce fait, les professionnels peuvent être perçus comme des aimants qui attirent ou, à l'inverse, des repoussoirs. Pour attirer les étudiants, il faut donc donner à voir un travail en équipe et des perspectives de carrière au risque de les voir, une fois formés par le plus grand CHU d'Europe, partir ailleurs. L'implication des médecins est donc aussi nécessaire, sujet que la CME a d'ailleurs pris en compte. Il est proposé enfin que les interventions de l'AP-HP, notamment dans les lycées au moment de l'orientation post-bac, soient mieux coordonnées.

La mission a couvert l'incidence variable de la crise Covid-19 sur l'intégration et l'accueil des étudiants en soins infirmiers. Elle a pu donner un sentiment d'appartenance à une communauté engagée. À l'inverse, des étudiants ont pu vivre un sentiment d'injustice car n'ayant pas bénéficié de certaines primes. Certains ont redouté aussi de recevoir un diplôme « au rabais ». A été évoquée la possibilité de mener un audit sur les retours d'expérience (RETEX) conduits au sein de l'AP-HP sur la crise Covid-19, RETEX qui sont parfois sous-exploités. Il ressort de ce travail 56 propositions classées selon cinq axes.

M. Loïc MORVAN indique qu'un plan d'action a été préparé sur la base des enseignements de cette étude mais aussi des échanges avec la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers, avec des étudiants et des formateurs. Ce plan se structure autour de cinq points. Ce travail s'imposait à l'AP-HP en tant que formateur mais aussi en tant qu'employeur car ces étudiants constituent un vivier de recrutement pour répondre aux besoins d'aujourd'hui et de demain, car il faut valoriser le travail des formateurs auprès des étudiants et car il faut mettre en avant la richesse et la diversité des terrains de stage offerts.

Un groupe de travail a été créé pour repenser la politique d'accueil des stagiaires à l'AP-HP. Il est structuré autour de cinq sous-groupes : sur la cartographie des places de stage, sur la labélisation des terrains de stage à l'instar du label hospitalité, sur le tutorat, sur les signalements et sur la plate-forme pour donner de la visibilité interne comme externe aux stages et faciliter les échanges avec les étudiants. Plus précisément, le sous-groupe labélisation vise à valoriser les organisations mises en place pour accompagner les étudiants, engager une dynamique d'amélioration continue et partager les bonnes pratiques en termes de formation et d'accompagnement. Le sous-groupe tutorat vise à redéfinir le tutorat à l'AP-HP et à le valoriser. Le sous-groupe plate-forme vise à mettre en place une plate-forme de recensement des places de stage et donner accès à des informations

pour que les échanges soient plus réactifs et améliorer la lisibilité. Le sous-groupe signalement vise à mettre en place un dispositif de signalements des difficultés rencontrées sur les lieux de stage. Le sous-groupe cartographie des stages doit aboutir à une cartographie exhaustive de l'offre de stage et à optimiser l'utilisation des places de stages. Les travaux de ces sous-groupes sont ambitieux. Ils impliqueront des étudiants, des représentants des GHU et des formateurs.

Le président salue le fait que cette thématique soit abordée en CME car elle est majeure et concerne au premier chef les médecins. Face à une pénurie d'infirmiers, l'objectif doit être d'en former davantage mais aussi de mieux les former. M. Olivier VÉRAN avait annoncé une augmentation de 20 % des places en IFSI mais cela ne résoudra pas le problème de la fidélisation des étudiants dès lors que 30 % d'entre eux abandonnent en cours d'études. Il faut donc s'assurer de la qualité de la formation dispensée. Il souhaiterait que chaque chef de service puisse connaître la date d'arrivée des élèves infirmiers afin de les accueillir au sein de l'équipe. Cet accueil doit être organisé dès l'entrée en stage et doit concerner l'équipe au sens large. Dans son service, le président a déjà annoncé qu'il souhaitait accueillir les élèves infirmiers mais il se heurte à des résistances liées au fait que, traditionnellement, l'animation de l'équipe médicale et celle de l'équipe paramédicale sont gérées de manière distincte. Or, le travail doit se faire en équipe en rassemblant l'équipe dans son ensemble.

Le D^r Sonia CERCEAU est convaincue de l'importance de bien accueillir ces étudiants pour qu'ils se sentent bien dans l'institution. Elle souhaite savoir s'il sera proposé de remettre en cause certains stages effectués par les élèves infirmiers, notamment dans les crèches. Compte tenu de la durée limitée des stages, sans vouloir dire que ces stages sont une perte de temps, elle estime néanmoins que c'est peut-être un « gaspillage ». Dans le service de réanimation où elle travaille, elle est toujours étonnée de voir arriver des étudiants infirmiers en fin de cursus n'ayant quasiment jamais fait un acte invasif sur un patient, comme poser une perfusion ou une sonde urinaire. Ces infirmiers sont ensuite complètement perdus au moment de leur intégration dans un service où ils doivent maîtriser certains gestes techniques. Elle souhaite donc savoir s'il existe une maquette des stages, par exemple pour s'assurer qu'un étudiant réalise au moins un stage en service de réanimation. Les internes tiennent des carnets précisant le nombre d'actes qu'ils réalisent. Ces carnets permettent de connaître le nombre de fois où un geste a été réalisé et permettent de dire si l'acte est acquis. L'encadrement des élèves infirmiers anesthésistes auprès d'infirmiers anesthésistes est maintenant valorisé financièrement. Les élèves comme les infirmiers estiment que cette mesure a permis d'améliorer l'encadrement et la formation des étudiants. Elle souhaite donc savoir si ce même dispositif sera déployé pour les tuteurs d'IDE ou d'aide-soignant.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne qu'il manque de places en IFSI et regrette la fermeture de l'IFSI qui existait auparavant à l'hôpital Paul-Brousse. Par ailleurs, le manque d'infirmiers couplé à la présence d'intérimaires en mission longue conduit à proposer un encadrement de moins bonne qualité. En outre les infirmiers, nouvellement diplômés, n'ont pas le même niveau que les plus anciens, peut-être en raison de changements dans la formation, ils n'ont pas non plus la même motivation, la même implication et la même vision du travail, ce qui constitue une difficulté supplémentaire.

Le D^r Éric LE BIHAN souhaite aborder la question de la maltraitance lors des stages. Il s'agit d'une question sur laquelle l'AP-HP peut progresser par rapport à la concurrence. Avant la crise COVID-19, un mot-dièse « balance ton stage » avait été lancé et certains témoignages étaient très choquants. Si les étudiants infirmiers étaient mieux traités, ils seraient plus nombreux à vouloir travailler à l'AP-HP.

Le président s'associe à ces propos car il collecte aussi de nombreux témoignages allant dans ce sens. Ces retours ne sont pas anecdotiques et témoignent d'une problématique à traiter.

M^{me} Audrey DARNIEAUD souhaite savoir si la réflexion porte aussi sur l'accès à ORBIS par les étudiants infirmiers.

Le D^r François SALACHAS a cru entendre qu'il était illusoire de demander davantage de places en IFSI car les facultés seraient arrivées aux limites de leurs capacités. Comme pour les étudiants en médecine qui choisissent leur spécialité assez jeune et généralement sur un modèle, il pense que c'est la même chose pour les infirmiers avec un choix qui se fait en fonction de l'expérience vécue après un stage. Pour que ce compagnonnage fonctionne correctement, il faut aussi que les encadrants soient épanouis dans leur travail et c'est l'obstacle majeur rencontré lors du recrutement à l'hôpital public, et singulièrement à l'AP-HP.

M. Loïc MORVAN indique qu'il ne doit pas exister de barrière entre les médicaux et les non-médicaux. Des ateliers sont organisés pour favoriser ce travail collectif. Cela fait l'objet d'un chantier avec les directions des ressources humaines, les coordonnateurs généraux de soins et les collégiales. L'objectif est de favoriser les moments de rencontre entre les médecins et les étudiants infirmiers au moment de leur arrivée et d'organiser des temps communs pour parler de la prise en charge des patients et des sujets sur lesquels ils souhaitent améliorer leurs compétences.

Le président constate que ces barrières existent aujourd'hui et qu'il faut les faire tomber.

M. Loïc MORVAN confirme qu'il existe des barrières mais un travail en synergie est engagé pour les faire tomber lorsqu'elles existent. Concernant les terrains de stage, la réforme de 2009 a conduit à ne plus rendre obligatoires les stages en chirurgie et en pédiatrie alors que c'étaient des stages à fort contenu technique. Cette réforme a donc produit des effets dommageables. Il était vertueux de permettre aux étudiants infirmiers d'acquérir une culture plus large, notamment en santé mentale et sur d'autres aspects de santé publique. Pour autant, le métier d'infirmier suppose de maîtriser des gestes techniques que la nouvelle génération maîtrise moins bien. Ces remarques sont remontées au ministère par l'intermédiaire de plusieurs CHU et la Fédération hospitalière de France. Il peut être espéré que le cursus fera l'objet d'une nouvelle ingénierie.

Comme il existe un carnet des internes, les élèves infirmiers disposent d'un portfolio mais il serait sous-utilisé, comme le démontrent les résultats de la présente étude. Le projet est d'étendre le tutorat et de valoriser les infirmiers impliqués dans le tutorat des élèves. C'est une des pistes étudiées pour les 30 leviers d'action. Il faudra parallèlement que les tuteurs se forment au tutorat.

Concernant les fermetures d'IFSI, cette question dépasse le cadre de l'AP-HP puisqu'elle envoie aux quotas. C'est une question à dimension régionale, voire nationale.

Concernant la maltraitance, le dispositif de signalement, mais aussi la prise de conscience du problème, devra permettre d'apporter des réponses. Le point d'équilibre à trouver est difficile car l'AP-HP doit réussir à accueillir des étudiants sans mettre en tension les équipes soignantes en leur imposant une charge d'accueil qui serait trop importante. Pour ce qui concerne l'accès à ORBIS, la situation devrait s'améliorer mais c'est un point de fragilité avec des étudiants qui peinent à obtenir des codes.

Le D^r Louis LEBRUN ajoute que les étudiants ont actuellement des cartes professionnelles d'établissement mais il est proposé qu'ils reçoivent des cartes professionnelles de santé. Cependant, cela nécessite une discussion avec notamment l'agence du numérique en santé.

M^{me} Valérie BLANCHET indique avoir rencontré une élève qui recherche elle-même son stage. Elle s'étonne donc que les services ne soient pas étiquetés comme des terrains de stage.

Le P^r Catherine PAUGAM précise qu'une mission a été créée au niveau du ministère de la Santé et du ministère de l'Enseignement. Elle est portée par le P^r Christine AMMIRATI pour améliorer l'encadrement et l'évolution des formations des professionnels de santé mais aussi leur universitarisation. L'accent sera porté sur la reconnaissance de la professionnalisation de l'encadrement dans les services et la valorisation du statut de tuteur. L'objectif est également de proposer un encadrement de meilleure qualité pour fidéliser les infirmiers qui accepteraient cette mission d'encadrement.

Le directeur général souligne que la mission confiée au P^r Christine AMMIRATI est fondamentale. Au-delà de la question des stages, d'autres comme la maquette pédagogique, la place des enseignements théoriques et *Parcoursup* doivent également être traitées. Si des financements dédiés au tutorat ne sont pas obtenus, l'AP-HP devra dégager les moyens pour agir en interne, notamment pour renforcer l'encadrement et l'accompagnement des élèves infirmiers, comme des jeunes diplômés.

Le président se félicite que ce sujet soit identifié par le ministère mais cette question doit aussi être évoquée entre l'AP-HP, les doyens et les IFSI. Or, ces trois acteurs se concertent assez peu sur ces sujets importants.

Le directeur général ajoute que ce dialogue doit aussi avoir lieu avec les IFSI hors région parisienne.

La séance plénière est levée à 19 heures 35.