

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
du mardi 8 octobre 2024**

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 3 DÉCEMBRE 2024

## Sommaire

1. Informations du président	6
2. Approbation des comptes rendus de la CME du 10 septembre 2024	11
3. Avis sur le protocole de coopération « demandes d'examens radiologiques, d'avis et prescriptions d'examens biologiques pour le bilan initial et le suivi de patients atteints d'une maladie chronique du foie par les infirmiers et infirmières de coordination des parcours de soins en lieu et place des médecins »	11
4. Stratégie pour la médecine génomique à l'AP-HP	12
5. Qualité et sécurité des soins et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)	17
6. Questionnaire des internes sur la qualité pédagogique, l'ambiance et les violences au travail	19
7. Résultats de la mission « écoute des utilisateurs de l'entrepôt de données de santé »	25
8. Avis sur le rapport social unique (RSU) 2023	27
9. Questions diverses	27

**Ordre du jour**

**SÉANCE PLÉNIÈRE**

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 10 septembre 2024
3. Avis sur le protocole de coopération « Demandes d’examens radiologiques, d’avis et prescriptions d’examens biologiques pour le bilan initial et le suivi de patients atteints d’une maladie chronique du foie par les infirmiers et infirmières de coordination des parcours de soins en lieu et place des médecins » (P<sup>r</sup> Agnès HARTEMANN)
4. Stratégie pour la médecine génomique à l’AP-HP (P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE)
5. Qualité et sécurité des soins et conditions d’accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) :
  - Information sur la charte d’engagement de l’AP-HP relative au signalement des événements indésirables associés aux soins (D<sup>r</sup> David OSMAN, M<sup>me</sup> Paule KUJAS)
  - Hémovigilance (D<sup>rs</sup> Édith PEYNAUD-DEBAYLE et Mélanie HOUOT)
6. Questionnaire des internes sur la qualité pédagogique, l’ambiance et les violences au travail (M<sup>me</sup> Marine LOTY)
7. Résultats de la mission « écoute des utilisateurs de l’entrepôt de données de santé » (M<sup>me</sup> Caroline GERMAIN)
8. Avis sur le rapport social unique (RSU) 2023 (MM. Florian TAYSSE et Emmanuel RAISON)
9. Questions diverses

**SÉANCE RESTREINTE**

**Composition D**

- Avis sur le recrutement de chefs de clinique des universités – assistants des hôpitaux (CCU-AH) dans les établissements liés par convention avec l’AP-HP, au titre de l’année universitaire 2024-2025

**- Assistent à la séance :**

• ***Avec voix délibérative :***

P <sup>r</sup>	Béatrix	BARRY	P <sup>r</sup>	Nicolas	JAVAUD
P <sup>r</sup>	Anne-Sophie	BATS	D <sup>r</sup>	Juliette	KAVAFIAN-LASSERRE
D <sup>r</sup>	Fadi	BDEOUI	P <sup>r</sup>	Hawa	KEITA-MEYER
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Nathalie	KUBIS
M <sup>me</sup>	Maïssa	BOUKERROU	P <sup>r</sup>	Éric	LE GUERN
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	M.	Patrick	LÉGLISE
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	P <sup>r</sup>	Rachel	LEVY
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	M <sup>me</sup>	Marine	LOTY
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	D <sup>r</sup>	Fabienne	MARTEAU
P <sup>r</sup>	Nicolas	DE ROUX	P <sup>r</sup>	Emmanuel	MARTINOD
D <sup>r</sup>	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D <sup>r</sup>	Olivier	MILLERON
M <sup>me</sup>	Agathe	DELORME	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT	D <sup>r</sup>	Cécile	ROTENBERG
D <sup>r</sup>	Julien	FONSART	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
D <sup>r</sup>	Ariel	FRAJERMAN	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
P <sup>r</sup>	Vincent	GAJDOS	P <sup>r</sup>	Marc	SAMAMA
P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU	P <sup>r</sup>	Nathalie	SIAUVE
P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER	P <sup>r</sup>	Virginie	SIGURET-DEPASSE
P <sup>r</sup>	Agnès	HARTEMANN	P <sup>r</sup>	Farid	SLIMANI
D <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU	D <sup>r</sup>	Jennifer	SOBOTKA
D <sup>r</sup>	Patrick	HINDLET	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
P <sup>r</sup>	Sandrine	HOUZÉ	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
M <sup>me</sup>	Fabienne	HUARD	P <sup>r</sup>	Marianne	ZIOL
D <sup>r</sup>	Anne	JACOLOT			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT)
- D<sup>r</sup> Julie ROUPRET-SERZEC, représentante des pharmaciens hospitaliers
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- M. Yann GUITTIER, représentant du conseil social d'établissement (CSE)

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

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

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

- P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ, directrice générale adjointe
- MM. Emmanuel RAISON et Kevin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)

- P<sup>r</sup> Antoine VIEILLARD-BARON, CO-directeur de la stratégie et de la transformation (DST)

● **Secrétariat de la CME :**

- M<sup>mes</sup> Émilie BAYARD et Sylvie LE GUILLOU (DAM)

● **Membres absents :**

- M<sup>mes</sup>, MM., D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> Marwan AMMAR, Philippe ANRACT, Jean-Louis BEAUDEUX, Alexandra BENACHI, Lynda BENSEFA-COLAS, Thomas BLANC, Sophie BRANCHEREAU, Aurore BREGEON, Pierre-Yves BRILLET, Yves-Hervé CASTIER, Marina CHARBIT, Nathalie CHARNAUX, Caroline COLAS, Tristan CUDENNEC, Arthur DE BASTARD, Loïc DE PONTUAL, Marie-Hélène DELFAU-LARUE, Vianney DESCROIX, Édouard DEVAUD, Vincent FROCHOT, Estelle GANDJBAKHCH, Sophie GEORGIN-LAVIALLE, Jean-Marc GORNET, Ariane GUDIN DE VALLERIN, Sylvie HAULON, Jean-Marie JOUANNIC, Karine LACOMBE, Éric LE BIHAN, Redwan MAATOUG, Nicolas-Marc MALAUSSE, Édan MALLET, Xavier MARIETTE, Déborah MONTMÉAT, Vianney MOURMAN, Nicolas OBTEL, David OSMAN, Yann PARC, Juliette PAVIE, Antoine PÉLISSOLO, Philippe PIRNAY, Jean-Damien RICARD, Nathalie RICOME, Sabine SARNACKI, Namik TARIGHT, Dominique THABUT, Briac THIERRY, Jean-Marc TRÉLUYER, Valéry TROSINI-DESERT, Noël ZAHR.

*La séance s'ouvre à 15 heures sous la présidence du P<sup>r</sup> Rémi SALOMON.*

**Le président** souhaite la bienvenue au P<sup>r</sup> Antoine VIEILLARD-BARON, nouveau directeur de la stratégie et de la transformation, qui assiste aujourd'hui à sa première CME.

## **1. Informations du président**

*Invitation du directeur général de l'agence régionale de santé*

**Le président** a invité M. Denis ROBIN, directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), à venir échanger prochainement avec la CME sur le projet médical de l'AP-HP et de la manière dont celui-ci s'inscrit dans la politique régionale.

*École de chirurgie*

Le jury réuni le 23 septembre a retenu la candidature du P<sup>r</sup> Marc-Olivier TIMSIT, chirurgien urologue à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), pour occuper le poste de directeur médical de la nouvelle école de chirurgie.

*Charte de signalement des évènements indésirables*

La nouvelle charte d'engagement de l'AP-HP pour promouvoir la déclaration et l'analyse des évènements indésirables associés aux soins (ÉIAS) a été signée le 17 septembre par le directeur général, le président de la commission des soins et le président de la CME. Elle renouvelle une lettre signée en 2014 par le directeur général et le président de CME en fonction à l'époque.

*Certificat d'aptitude des internes*

Un courrier daté du 19 septembre et co-signé par le P<sup>r</sup> Vincent GAJDOS, président du comité des internes, et M. Emmanuel RAISON, a été envoyé à l'ensemble des praticiens de l'AP-HP pour attirer leur attention sur l'enjeu de l'entretien clinique mené dans le cadre de la délivrance du certificat d'aptitude des internes.

**Le P<sup>r</sup> Vincent GAJDOS** précise que ce courrier est le fruit d'un travail qui avait été débuté lors de la mandature précédente du comité, dans l'idée initiale de construire un kit complet d'aide à la réalisation des entretiens et d'organiser des accès facilités pour les néo-internes aux praticiens qui seraient d'accord pour faire ces entretiens. En pratique, tout n'a pas été mis en place. Le comité a tout de même tenu à faire un courrier pour rappeler que les réponses aux demandes des futurs internes font partie des statuts. Il s'agit aussi d'une manière de faciliter leur accueil. Ce courrier a suscité de nombreuses réactions positives parmi les professionnels qui l'ont reçu, ce qui prouve qu'ils sont très sensibles au sujet et qu'il existait un réel besoin d'information. Il faudra certainement effectuer un bilan auprès de tous ces praticiens pour savoir s'ils ont vu des internes, et continuer à travailler au cours de l'année pour finaliser le dispositif afin qu'il soit, l'année prochaine, à la fois opérationnel et visible par les futurs internes.

*Nominations équilibrées entre femmes et hommes*

Le groupe de travail sur les nominations équilibrées a tenu sa première réunion le 10 septembre. Il est chargé de faire des propositions sur la mise en place de la nouvelle loi qui impose une augmentation progressive de la proportion de femmes parmi les chefs de service et les directeurs de département médico-universitaire (DMU).

## *Innovation*

Le « point innovation » du 7 octobre était notamment consacré au nouveau groupement (*cluster*) d'intelligence artificielle piloté par Sorbonne-Université, lauréat en mai dernier de l'appel à manifestations d'intérêt lancé par l'État et soutenu par des institutions académiques. Le sujet du stimulateur (*booster*) de jeunes entreprises innovantes (*DeepTech*) a aussi été évoqué. Il est destiné à renforcer le dispositif de l'AP-HP pour accompagner financièrement la maturation des projets d'innovation technologique développés par les équipes de l'AP-HP ayant un potentiel de transfert industriel rapide, assorti de prise de participation de l'AP-HP dans les jeunes pousses (*start-up*). Le **président** juge important que la communauté médicale s'empare de ces sujets car les enjeux sont à la fois médicaux, scientifiques, financiers, éthiques et sociétaux. Il est donc nécessaire d'avoir des échanges en CME, qui, rappelle-t-il, a une compétence consultative sur les sujets qui concernent la recherche. L'intelligence artificielle aura un impact dans de nombreux domaines hospitaliers, aussi bien dans la recherche que dans le soin, et il conviendra d'avoir une discussion sur le sujet lors d'une prochaine CME.

### **Informations du directeur général**

**Le directeur général** observe que l'AP-HP entre progressivement dans le temps des tensions hivernales. Sur le front des épidémies du très jeune enfant, la situation est encore calme. La campagne *Beyfortus*® a repris à la mi-septembre. Comme l'an dernier, il s'agit d'une réussite, avec un taux d'adhésion des parents d'environ 85 %.

Concernant le plan d'épidémies hivernales ÉPIVER, la capacité devrait être équivalente à l'an dernier, sans embellie sensible, si ce n'est 4 lits supplémentaires en réanimation pédiatrique à Robert-Debré. Pour le reste, la situation est malheureusement « iso », avec une petite pointe inquiétude du fait de signes de tension extra-AP-HP sur la néonatalogie.

Concernant la prise en charge des urgences adultes, le début de mois de septembre a été plutôt calme. Cependant, les deux premiers jours de la présente semaine ont été particulièrement tendus avec quasiment 2 500 passages. Ces tensions hivernales ne sont pas une surprise : elles sont absolument récurrentes et prévisibles. Cela doit conduire l'AP-HP à travailler sur l'équivalent d'un plan ÉPIVER pour les adultes. Un travail est engagé et sera présenté en directoire rapidement.

Dans le cadre du suivi du « levier 17 » qui vise à rendre les processus plus simples, un questionnaire a été diffusé mi-septembre à l'ensemble des chefs de service responsables d'unité fonctionnelle (UF) et cadres, soit environ 3 000 personnes. Le niveau de réponse atteint déjà 50 %, ce qui est un élément positif. Il reste encore quelques jours pour répondre à ce questionnaire, dont les résultats seront présentés lors d'une prochaine CME.

Sur le plan ressources humaines, les fondamentaux continuent à se redresser sur le plan des effectifs paramédicaux. À fin septembre, le solde des entrées/sorties d'infirmières et infirmiers diplômés d'État (IDE) s'établit à + 865 sur les neuf premiers mois de l'année, contre + 335 à fin septembre 2023. Ce solde sera probablement amené à baisser d'ici la fin de l'année, comme il le fait chaque année, mais il devrait rester au-dessus de + 700. Le ralentissement des sorties a davantage joué que l'augmentation des entrées.

Par rapport à la période pré-COVID, le pire de la crise a abouti à un solde de – 2000 infirmières en début d'année 2023, qui a constitué le point bas de la crise. À date, il est revenu à – 1000. La moitié du chemin a donc été rattrapée. Il s'agit d'une bonne chose, mais il reste du travail. Certains CHU ont quasiment reconstitué leurs effectifs.

Pour les autres métiers en tension, depuis le début de l'année, le solde entrées/sorties est tout de même positif de + 49 pour les sages-femmes, de + 35 pour les assistantes sociales, de + 9 pour les infirmières et infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) et de + 11 pour les préparateurs en pharmacie. En revanche, le solde est négatif de - 8 pour les manipulateurs en radiologie. L'AP-HP n'a donc pas encore trouvé la solution pour recréer une attractivité forte et durable pour les infirmières de bloc opératoire, les préparateurs en pharmacie et les manipulateurs en radiologie.

À 7 %, le taux d'absentéisme n'a jamais été aussi bas à l'AP-HP. Il est le plus faible de tous les CHU de France. Ce taux d'absentéisme est même inférieur à son niveau d'avant-crise.

Sur le plan capacitaire, l'AP-HP affiche 468 lits de plus sur la dernière semaine de septembre par rapport à la dernière semaine de septembre 2023. Plus de 200 lits supplémentaires devraient être ouverts sur la semaine du 30 septembre. La dynamique de réouverture est donc bien réelle, d'autant plus que les réouvertures après l'été se sont mieux déroulées qu'en 2023. D'autres réouvertures sont programmées en octobre et novembre.

Malgré les recrutements et les réouvertures capacitaires, l'activité à fin septembre n'était pas tout à fait à la hauteur des attentes. L'activité du mois de septembre ressort en demi-teinte. Le taux d'occupation des lits est en baisse de 2 %, ce qui annule en partie l'effet des réouvertures capacitaires.

La masse salariale a progressé plus vite que prévu, en lien avec l'intérim, qui a continué à progresser de manière assez forte. L'AP-HP avait consommé 100 M€ d'intérim en 2022, puis 135 M€ d'intérim en 2023. L'objectif 2024 avait été fixé à 110 M€. Il a été réajusté avec les GHU à 140 M€ à mi-année, lorsqu'il est apparu que l'intérim avait largement dépassé nos prévisions au premier semestre. Il n'est pas encore certain que ce nouvel objectif annuel sera tenu.

Trois facteurs expliquent l'évolution de l'intérim. Globalement, le nouveau marché n'a pas eu pour effet de renchérir le prix unitaire des missions. Ce marché renchérit globalement les missions, mais auparavant, l'AP-HP réalisait beaucoup de hors marché, qui était encore plus cher. Au final, l'effet prix est neutre. En revanche, l'intérim progresse sur les qualifications qui coûtent plus cher : infirmières de bloc opératoire, manipulateurs, préparateurs en pharmacie. Les coûts salariaux de ces professionnels sont plus élevés que ceux des IDE. Ce point explique un tiers de la croissance de l'intérim. Les deux tiers restants tiennent au volume des missions. Il est essentiel de réduire le volume des missions d'intérim, alors que les effectifs d'IDE progressent de manière plus forte qu'attendu.

Autre point de vigilance, les recrutements d'effectifs non-médicaux sont supérieurs à la cible. Les effectifs devaient progresser de 1 040 personnels en 2024. Les recrutements liés aux métiers du soin n'avaient aucune limite. En revanche, des cibles de recrutement avaient été fixées pour les métiers qui ne sont pas en tension. Ces cibles étaient légitimes. Aujourd'hui, elles sont dépassées d'environ 200 équivalents temps plein (ÉTP) à l'échelle de l'AP-HP, soit 11 M€ en année pleine. Ce n'est pas rien. Il est important de tenir les objectifs fixés sur une année afin de pouvoir mieux aborder les années suivantes.

Tout ceci conduira à un résultat financier sur l'année qui ne sera pas à la cible. En 2023, le déficit avait augmenté en raison de l'inflation, passant de 300 à 400 M€. L'objectif de l'année 2024 était de revenir à 300 M€. Au regard des facteurs qui relèvent de l'AP-HP, donc hors mesures salariales nationales, le déficit devrait se situer plutôt entre 320 et 340 M€, sous réserve par ailleurs du niveau de compensation attendu de l'État. Les crédits de fin de gestion 2024 ne sont en effet pas acquis. S'il n'y en a pas, le déficit sera plus fort qu'attendu.



Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) que l'AP-HP a conclu avec l'État dans l'accompagnement des « 30 leviers » revêt une dimension contractuelle : l'effort d'accompagnement de l'État est lié aux efforts de l'AP-HP. L'AP-HP est attendue sur sa capacité à faire sa part du chemin.

Ce point est d'autant plus important que le contexte a changé. Les orientations, les éléments de méthode et les principes sur lesquels l'AP-HP a construit sa stratégie ne sont pas remis en cause. Pour les prolonger, il faut toutefois apporter la preuve que nous en maîtrisons les conditions de mise en œuvre. En cas de déficit accru, un recalage du PGFP devra être défini avec l'État. Il vaut mieux aborder cet exercice en pouvant démontrer que l'AP-HP a fait sa part du travail. Il est important que tout le monde en soit conscient.

**Le président** signale que les hospitaliers sont très inquiets des informations très inquiétantes qui commencent à se faire jour concernant le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de la compensation de fin d'année qui risque de ne pas se situer au niveau attendu. Il rappelle que l'AP-HP enregistre un déficit important en volume et que le déficit total de l'hôpital public en France est attendu à environ 2 Md€ en fin d'année, soit un niveau jamais atteint depuis des années. Il appelle à bien avoir à l'esprit ce qu'il s'est passé dans les années 2010 avec une restriction de la masse salariale qui avait fait entrer l'hôpital dans un cercle vicieux, qui avait d'ailleurs rendu la gestion de la crise COVID d'autant difficile. Il appelle à être attentif à ce que les mêmes causes ne produisent les mêmes effets et à ce que la dynamique dans laquelle se trouve actuellement l'AP-HP ne soit interrompue.

**Le D<sup>r</sup> Juliette KAVAFYAN-LASSERRE** se demande pourquoi l'AP-HP ne favorise pas l'intérim interne ou les heures supplémentaires à l'intérim externe, notamment pour les infirmières de bloc opératoire. Ce serait moins cher et les personnels sont demandeurs.

**Le directeur général** indique qu'il a clairement passé le message que la modération des moyens de remplacement est normale après les recours massifs durant la période COVID. Entre l'intérim et les heures supplémentaires, la priorité est de freiner l'intérim, qui coûte trois fois plus cher que les heures supplémentaires. De plus, les heures supplémentaires sont accomplies par des professionnels qui connaissent déjà les services. Enfin, elles représentent un gain de pouvoir d'achat pour les professionnels. Cette doctrine ne souffre d'aucune ambiguïté. Le message a été diffusé mais il ne signifie pas que le recours aux heures supplémentaires ne doive pas s'inscrire aussi dans une forme de modération.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** s'enquiert du pourcentage auquel correspond la hausse du capacitaire de + 468 à fin septembre. Il en va de même pour les questions budgétaires : le déficit de 320 ou 340 M€, voire plus, doit être mis en perspective du budget global, qui est de 9 Md€. Enfin, il serait intéressant de savoir comment se situe l'activité à fin septembre par rapport à la cible.

**Le directeur général** précise que cet écart à la cible n'est pas complètement stabilisé. Il sera communiqué lors de la prochaine CME. Tout le monde craignait un mauvais mois de mai en raison des ponts. En fait, il a été bon. À l'inverse, le mois de juin a été moins bon que prévu. Le mois de juillet a été moins mauvais que d'aucuns pouvaient le craindre du fait des Jeux olympiques. Enfin, le mois de septembre a été décevant en activité et en volume. L'AP-HP était à peu près à la cible fin août. Elle ne le sera vraisemblablement plus fin septembre. Pour autant, le décalage ne sera pas massif et il reste trois mois pour redresser la situation.

Pour le reste, plus de 10 000 lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sont ouverts, ce qui n'était pas arrivé depuis un certain temps. Le pourcentage de fermetures se situe autour de 15,

contre 18 à 20 % précédemment. À 95 %, le taux d'occupation des lits est à un haut niveau. Le mois de septembre a été paradoxal : le taux d'occupation a baissé, alors que des lits ont été rouverts. Cela ne peut pas durer très longtemps.

**Le Pr Bernard GRANGER** remarque qu'à 320 ou 340 M€, la part de l'AP-HP dans le déficit des hôpitaux publics à la fin de l'année risque d'être plus élevée en proportion que sa part dans l'activité hospitalière publique. Selon lui, seule Marseille fait pire. Ce phénomène est inquiétant pour l'institution. Il faut essayer de le comprendre. Peut-être la direction a-t-elle dans l'idée d'engager une réflexion sur des réformes structurelles. L'AP-HP a une organisation très particulière, voire « baroque », faite de multiples strates administratives et de bureaucratie. Cette lourdeur structurelle est un handicap.

**Le directeur général** assure qu'il s'intéresserait de très près au sujet s'il avait la conviction qu'il s'agit de la cause du déficit de l'AP-HP. Les causes sont probablement à rechercher dans bien des directions. Il existe notamment de nombreuses statistiques sur le ratio de soignants, de recettes rapportées aux effectifs médicaux ou de recettes rapportées aux différentes catégories paramédicales. Un échange avait eu lieu sur le sujet en CME en avril 2022.

Par ailleurs, dans les temps actuels, il ne croit pas qu'il soit opportun d'entretenir une petite musique sur la bureaucratie hospitalière, car un discours commence à se diffuser sur le pourcentage supposément trop élevé des emplois administratifs à l'hôpital public, évaluées à 38 %, soit 10 points de plus qu'en Allemagne. Ces chiffres n'ont aucun sens car ils incluent les secrétaires médicales, manipulateurs radio, les techniciens de laboratoires et tous les autres personnels médico-techniques, les assistantes sociales, les brancardiers, les techniciens de recherche, les agents de maintenance et la fonction informatique. L'AP-HP n'investit pas suffisamment dans la fonction informatique. Ainsi, si l'on prend les personnels de toute catégorie dédiés à des fonctions strictement administratives comme les fonctions ressources humaines, finances, paie, admission ou facturation, ainsi que toutes les fonctions de direction, dans les GHU ou au siège, leur pourcentage s'établit à moins de 7 %. Peut-être est-ce trop, mais ce n'est pas 35 %.

**Le Pr Bernard GRANGER** signale qu'il ne considère pas qu'il s'agisse de la première cause. Il n'en demeure pas moins que l'organisation de l'AP-HP est très particulière parmi les ensembles hospitaliers. La bonne réponse ne peut pas être de dire : « Circulez, il n'y a rien à voir ». Il est attribué à Einstein la phrase suivante : « La bureaucratie est la mort de toute action ». Pour excessive qu'elle soit, cette phrase invite à la réflexion.

**Le directeur général** précise qu'il ne croit pas à l'hypothèse d'un lien entre le déficit et la structure administrative de l'AP-HP. L'excès de lourdeur peut avoir d'autres conséquences, mais il n'est pas la cause du déficit de l'AP-HP. Pour autant, le fonctionnement quotidien de cette institution est un sujet. Un questionnaire a été adressé à tous les chefs de service et aux cadres pour mesurer l'évolution de la situation en matière de ressources humaines, d'achat, d'investissement et de recherche sur un an. Il faudra évidemment répondre à ce qui ressortira de ce questionnaire. Le sujet n'est absolument pas évacué.

**Le Dr François SALACHAS** estime que l'AP-HP souffre d'une carence en cadres phénoménale. Une équipe ne peut pas se construire sans un cadre qui soit capable de la guider dans les conditions actuelles d'exercice. Il sera impossible de redémarrer de manière significative sans résoudre ce problème. Or, rien ne semble mis en œuvre. Cette carence en cadres de proximité et en cadres supérieurs dans les services ne semble même pas monitorée. L'articulation avec la direction des soins dans les groupes hospitalo-universitaires pose des vrais problèmes de décision. Des chefs

d'équipe pérennes sont nécessaires, d'autant plus que les équipes sont jeunes et inexpérimentées, voire mal formées. Il serait intéressant de savoir si ce constat est partagé au sein de la CME.

**Le Dr Christophe TRIVALLE** constate qu'il y a du mieux, mais ce mieux n'est pas réparti de manière homogène. Des objectifs de diminution de l'intérim (de 70 %) et des heures supplémentaires (de 30 %) semblent avoir été fixés par les directions des soins locales, sans réelle réflexion, alors que les situations sont très différentes entre les services. Par ailleurs, il semblerait que le directeur de l'AP-HP Nord, M. Vincent-Nicolas DELPECH, partira à Bordeaux, tandis que le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ sera peut-être nommée à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

**Le directeur général** confirme la nomination de M. Vincent-Nicolas DELPECH à la direction générale du CHU de Bordeaux. L'information étant parue au Journal officiel, il n'avait pas jugé utile d'en faire état. Il s'agit d'une bonne nouvelle pour le CHU de Bordeaux, qui récupère un excellent directeur général, moins pour l'AP-HP qui devra pourvoir à son remplacement. Concernant Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ, elle a effectivement été proposée pour le poste de directrice générale de l'ANSM.

Il est exact que la reprise n'est pas homogène entre toutes les disciplines médicales et chirurgicales. Ainsi, la situation est plus difficile en pédiatrie, en gériatrie, en psychiatrie et dans les métiers du bloc.

Il n'existe aucun objectif chiffré de diminution de l'intérim ou des heures supplémentaires à l'échelle de chaque service. Les situations doivent être regardées pour ce qu'elles sont, avec discernement.

Pour redémarrer, l'AP-HP a besoin d'un encadrement suffisamment nombreux. Aujourd'hui, l'institution manque de cadres. Les entrées à l'institut de formation des cadres de santé (IFCS) ont été mieux pourvues cette année que les années précédentes, mais il reste du chemin. Il ne faut pas opposer les directions de soins et les cadres de proximité, mais faire en sorte qu'ils se parlent davantage et fonctionnent mieux ensemble.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** signale que l'Intersyndicale des médecins, chirurgiens, biologistes et spécialistes des hôpitaux de Paris souhaite que les candidats à la direction administrative d'un GHU puissent présenter leurs projets et leur parcours devant les communautés médicales, comme cela se fait déjà dans certains hôpitaux. Le processus existant est peu transparent et insuffisamment ouvert.

**Le directeur général** précise qu'il associe les présidents de CME à toutes les nominations de directeurs. La manière dont les présidents de CME souhaitent eux-mêmes opérer est à aborder avec chacun d'eux.

## **2. Approbation du compte rendu de la CME du 10 septembre 2024**

*En l'absence de remarque, le compte rendu de la CME du 10 septembre 2024 est approuvé à l'unanimité.*

## **3. Avis sur le protocole de coopération « Demandes d'examens radiologiques, d'avis et prescriptions d'examens biologiques pour le bilan initial et le suivi de patients atteints d'une**

## **maladie chronique du foie par les infirmiers et infirmières de coordination des parcours de soins en lieu et place des médecins » (P<sup>r</sup> Agnès HARTEMANN)**

Le P<sup>r</sup> Agnès HARTEMANN explique qu'il s'agit d'un protocole de coopération extrêmement simple qui répond à un besoin de fluidification, de sécurisation des parcours de soins et d'amélioration des délais de prise en charge.

*La CME rend un avis favorable à l'unanimité.*

### **4. Stratégie pour la médecine génomique à l'AP-HP (P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE)**

Le président insiste sur l'importance du sujet de la médecine génomique. Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE a accompli un travail considérable, avec une consultation des différentes équipes, puis une réflexion qui se sont étalées sur plusieurs mois.

Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE rappelle qu'il y a environ un an, le directeur général de l'AP-HP et le président de la CME lui ont proposé d'animer une mission collective sur la médecine génomique et sa structuration à l'AP-HP pour les années à venir.

Le contexte autour de la génétique est particulier, essentiellement sur le plan technologique. La génétique vit une révolution majeure depuis 20 ans. Les tests génétiques ont considérablement évolué, aussi bien du point de vue de leur longueur que de leur qualité. Les nouvelles machines permettent d'obtenir des informations sur l'entièreté des gènes codants ou sur un génome entier. Le coût de ces analyses a drastiquement chuté, passant de centaines de milliers d'euros il y a une dizaine d'années à moins de 1 000 € aujourd'hui pour un génome entier. Cette évolution technologique offre, sur le plan biologique, un accès sans précédent à l'information. Des développements de connaissance majeurs s'opèrent à travers cela, tant pour les maladies rares que pour le cancer, voire pour les maladies chroniques. De plus, la production massive de séquences génétiques par les machines ouvre de nouvelles perspectives.

Un aspect bio-informatique majeur est à souligner : les fichiers informatiques de séquence doivent être analysés (ce qui suppose des capacités de calcul), stockés et interprétés à travers des réseaux et les biologistes correspondants. Il en résulte une transformation technologique des produits de l'analyse génétique, ainsi qu'une transformation bio-informatique très importante. Cela s'est fait, à l'AP-HP, avec une très grande richesse des acteurs, mais aussi une certaine diversité, à la fois dans les approches et dans la qualité des tests rendus. Les délais sont parfois trop importants et la qualité inégale entre les sites.

Une problématique a trait à la mise à jour et à la standardisation des données de manière à apporter le meilleur pour les soins.

Un état des lieux du nombre de laboratoires et de leurs activités a été réalisé. Il est important de comprendre que les activités actuelles en biologie génétique sont réalisées dans le cadre du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN). Un enjeu médico-financier majeur est lié au passage à la nomenclature dans le cadre des soins, ce qui nécessite une évolution et une mise à jour des actes techniques. Il faut pouvoir proposer une médecine avec des objectifs clairs sur le plan clinique, tant pour les maladies rares que pour le cancer, le génome foetal ou les pathologies chroniques. Cette médecine doit aussi être équitable et permettre l'adaptabilité.

C'est dans ce cadre qu'un plan visant à placer la médecine génomique au cœur du parcours de soins, non seulement pour les maladies rares, le cancer et le prénatal, mais aussi pour les maladies chroniques non expliquées, a été proposé avec M<sup>me</sup> Florence BAGUET. L'objectif est de développer

une médecine génomique équitable, efficiente face à la concurrence privée, responsable sur le plan éthique et médico-économique et qui permette une adaptation évolutive.

Ce plan comprend trois axes de travail pour mettre à jour des capacités de séquençage. L'AP-HP a un vrai problème de mise à jour. En premier lieu, il faut aider la structuration des GHU pour créer une plate-forme centralisée de très haut débit. Il convient également de renforcer la bio-informatique correspondante et de définir une politique de renouvellement des appareillages au niveau de l'AP qui soit plus efficace qu'elle ne l'est actuellement.

Il faut assurer l'opérationnalité de ces changements en renforçant le lien clinico-biologique et en transformant les métiers de personnels médicaux et non médicaux qui sont associés la médecine génomique.

Enfin, il faut mettre en œuvre un pilotage à travers un comité représentatif de l'ensemble des forces de l'AP-HP, avec des indicateurs de suivi. Cela permettra d'évaluer sur cinq ans les éléments de transformation liés à cet élément clé qu'est la prise en compte des tests génétiques dans le parcours des patients, aussi bien pour les cancers que pour les maladies rares et les autres pathologies.

**Le président** relève que les sujets et les enjeux sont multiples. Il estime qu'il faut notamment pouvoir analyser les données extrêmement nombreuses issues du séquençage et que cette capacité d'analyse commence par la bio-informatique. En effet, il faut être en mesure de croiser les données génétiques, cliniques et biologiques. **Le président** souligne que la concurrence avec le privé ne manquera pas de s'amplifier et qu'un certain nombre des tests qui sont actuellement dans le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) seront intégrés à la nomenclature dans les prochaines années. De ce fait, ces prescriptions seront ouvertes, ce dont le privé, qui s'est équipé de nombreuses machines à séquencer, ne manquera pas de se saisir. Il convient donc de se poser la question de la pertinence de tous ces tests, ce qui suppose de pouvoir croiser les données.

**Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE** convient que ces éléments sont importants.

**Le P<sup>r</sup> Éric LE GUERN**, après avoir remercié le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE et M<sup>me</sup> Florence BAGUET pour leur travail approfondi sur la mission génomique de l'AP-HP, rappelle que les laboratoires hospitaliers réalisent environ 70 000 analyses par séquençage à haut débit (ou *next-generation sequencing* [NGS]) par an, soit 40 % des analyses nationales. Sur les 230 laboratoires de biologie médicale de référence (LBMR) nationaux en génétique constitutionnelle et oncologique, 99 se trouvent à l'AP-HP, qui représente 40 % de l'activité nationale. Depuis 5 à 6 ans, les laboratoires et plates-formes hospitalières de l'AP-HP collaborent avec la plate-forme génomique *Séquoia*, qui fait partie du plan « France génomique 2025 ».

**Le P<sup>r</sup> Éric LE GUERN** estime que le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE et M<sup>me</sup> Florence BAGUET ont proposé trois mesures intéressantes : un laboratoire de génomique centralisé, un renforcement de l'informatique et de la bio-informatique et un accompagnement des GHU pour développer des activités spécialisées pré- et post-génomiques. Cette dernière mesure est cruciale à l'ère des tests fonctionnels qui permettent de clarifier le statut des variants de signification inconnue (classe 3) identifiés par les analyses génomiques. Ces tests fonctionnels, moins linéaires que les tests effectués jusqu'à présent, nécessitent des ressources humaines importantes. Les mesures n°2 et 3 sont absolument essentielles. Concernant le laboratoire de génomique centralisé, qui rappelle le laboratoire SÉQUOIA (*Sequencing, omics, information, analysis*), il faut considérer l'évolution du plan « France génomique 2025-2035 » :

- Il se peut que de nouvelles plates-formes de séquençage voient le jour en province, si bien que la plate-forme de séquençage génomique de très haut débit SÉQOIA pourrait être recentralisée en Île-de-France ;
- Il se peut également qu'il n'y ait pas de nouvelle plate-forme, et que demeurent les deux plates-formes nationales existantes, en espérant qu'elles soient renforcées ;
- Enfin, il se peut aussi qu'il n'y ait plus de plan « France génomique », donc plus de plate-forme nationale et renforce l'hypothèse d'une plateforme de remplacement au sein de l'AP-HP.

Ces plates-formes comprennent des équipements de séquençage importants, ainsi qu'un environnement de laboratoires de génomique moléculaire, un nouveau circuit de prélèvement et un laboratoire de biologie médicale à mettre en place, avec tous les problèmes d'autorisation, d'agrément et d'accréditation que cela suppose. Ce questionnement est très important car il augure du futur de la génomique. Une alternative consisterait à implanter ces machines à très haut débit dans les laboratoires hospitaliers, notamment dans les plates-formes de GHU existantes ou en cours de création. Elles y trouveraient un environnement de génétique moléculaire, un circuit de prélèvement en place, ainsi qu'un laboratoire de biologie médicale avec toutes les accréditations et les agréments possibles.

L'idée d'une fédération de génétique supra-GHU pour organiser la discipline est très intéressante. Il pourrait s'agir d'un laboratoire central ou d'un réseau de plates-formes de GHU, à la manière des réseaux nationaux de laboratoires qui existent déjà en génétique, avec des contingences et des arbres décisionnels pour les analyses moléculaires.

**Le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE** signale qu'après cinq ans d'activité, la plate-forme SÉQOIA réalise environ 4 000 analyses génome entier par an. Par comparaison, le projet prévoit 70 000 tests par an. La standardisation conduira à des analyses de génome entier à hauteur de 10 000 à 20 000 par an à coût faible dans le cadre du soin. Dès lors, il est clair que la plate-forme actuelle ne suffira pas à répondre aux besoins, surtout si elle doit couvrir la moitié de la population française. À cela s'ajoute la problématique de l'informatique associée (le collecteur analyseur de données), qui n'a pas encore été mis en place au niveau de la plate-forme du plan « France génomique », ce qui soulève des questions pour les soins quotidiens.

L'intérêt d'une plate-forme centralisée à très haut débit dépasse le cadre du soin avec les machines actuelles. Elle offre la possibilité d'utiliser des machines de nouvelle génération avec des longs fragments, qui permettent des analyses beaucoup plus sensibles. Bien que relevant actuellement du domaine de la recherche, cette technologie pourrait intégrer le soin dans les prochaines années. Des investissements à l'échelle de chaque GH semblent peu réalistes pour ce type d'équipement.

Ces plates-formes pourraient servir à la recherche translationnelle, notamment pour le cancer, avec l'analyse de l'ADN tumoral circulant. Cela suppose des investissements difficilement envisageables pour chaque GHU. La proposition de créer des plates-formes par GHU plutôt qu'une plate-forme centralisée est intéressante. Toutefois, seuls deux ou trois GHU le pourront, pas les autres. L'AP-HP doit-elle permettre à deux ou trois sites de proposer des actes innovants pour l'ensemble des institutions ou doit-elle offrir à chaque GHU l'accès à une plate-forme centralisée supra-GHU ? Il s'agit d'un vrai sujet de fond.

**Le Dr Julien FONSART** regrette que cette présentation n'ait pas été proposée à la sous-commission *Biologie, pathologie et oncogénétique* avant de l'être en CME. Il doute que la proposition qui en résulte suscite un bon accueil des biologistes médicaux concernés par une redistribution de leurs activités.

**Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE** signale qu'il n'a pas été invité à intervenir devant la sous-commission *Biologie* de la CME, mais il précise qu'il serait d'y participer si l'occasion lui en était donnée. Concernant les retours des collègues, ils ne sont pas aussi négatifs, peut-être parce qu'une explication n'est pas donnée : il s'agit davantage de complémentarité que de substitution. L'idée n'est pas que l'ensemble des tests génétiques passent par du génome entier sur une plate-forme centralisée. Cela ne concernera qu'une partie des tests, peut-être 10 à 20 %. Il est important que les GHU réalisent la majeure partie des activités techniques et les valorisent.

Il n'est pas nécessaire que la plate-forme soit un nouveau laboratoire. Les GHU devraient plutôt contractualiser avec les laboratoires existants, dont la plate-forme serait une extension. Dès lors, il ne serait pas nécessaire de déclarer un nouveau laboratoire. L'exemple de la Pitié-Salpêtrière avec l'institut hospitalo-universitaire (IHU) de l'Institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM) montre qu'un accès au génome entier est possible *via* un IHU qui n'est pas accrédité comme plate-forme de laboratoire.

**Le D<sup>r</sup> Julien FONSART** précise que les autorisations d'ouverture de site de laboratoire de biologie médicale sont très régulées, tout comme leurs accréditations qui se font par site. Tout dépendra donc de l'implantation de la plate-forme, si elle est associée à un site hospitalier existant ou non, et si ce dernier dispose d'une accréditation déjà effective pour des activités de génétique constitutionnelle et/ou somatique. Ce n'est donc pas aussi simple, et une étude détaillée sera nécessaire car il s'agit d'activités de soins et diagnostic, et non de recherche comme dans un IHU. Par ailleurs, ce projet ne suscite pas l'enthousiasme des collègues concernés en premier lieu par cette proposition de restructuration, qui craignent d'être transformés en sites pré-analytiques pour la génétique. Il serait judicieux d'entreprendre un travail d'explication approfondi auprès d'eux pour clarifier le projet, que certains vivent très mal, et qui a déjà eu des impacts locaux sur des projets en cours.

**Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE** demande si ces collègues ont lu le rapport.

**Le D<sup>r</sup> Julien FONSART** indique que certains l'ont effectivement lu et lui ont fait remonter leur mécontentement ou scepticisme sur sa pertinence.

**Le président** considère qu'une intervention du P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE en sous-commission *Biologie* serait une bonne chose.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** remercie le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE pour son travail considérable. Il a examiné la situation dans tous les laboratoires et dans tous les services de génétique et de médecine génomique de l'AP-HP, offrant ainsi une vision globale pour proposer cette organisation. La CME doit prendre conscience des deux enjeux majeurs qui s'annoncent dans un avenir très proche. Le premier tient à la démographie de la biologie médicale. Le besoin croissant d'analyses génétiques est évident, comme en témoigne l'explosion des tests ces trente dernières années. Toutes les maladies supposent des analyses de génétique. Or, la biologie médicale ne se porte pas au mieux.

Le second enjeu se rapporte au contexte budgétaire contraint. Le matériel innovant tel que les séquenceurs évolue extrêmement rapidement. Les kits sont de plus en plus coûteux. À terme, il n'est pas certain que le financement sera possible sans regroupements, à l'instar de ce qu'il se passe au Royaume-Uni et en Allemagne, qui ont entrepris d'importants travaux dans ce sens. Le regroupement et la mutualisation peuvent être bénéfiques lorsqu'ils sont menés de manière concertée, expliquée et dans l'intérêt commun.

**Le D<sup>r</sup> Olivier MILLERON**, cardiologue dans un centre de référence, précise qu'il constate une augmentation significative des analyses génétiques et génomiques. Cette pratique diffère

considérablement des tests simples comme celui de la troponine. Les centres experts français disposent d'une expertise unique, peu répandue ailleurs. Par exemple, les généticiens de Bichat sont sollicités non seulement à l'échelle nationale, mais aussi européenne. Il serait pertinent d'envisager une valorisation de ces compétences au-delà de la simple réalisation de tests. La France occupe une position très avancée en Europe dans le domaine des analyses génomiques. Il faut envisager les moyens d'en tirer le meilleur parti.

**Le président** confirme que la capacité d'analyse est un atout majeur.

**Le P<sup>r</sup> Rachel Lévy** assure que les directeurs médicaux de département médico-universitaire (DMU) de biologie attendent de rencontrer le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE. Une réunion très courte s'est tenue. Les diapositives ont été présentées en quelques minutes. Ce n'est évidemment pas suffisant pour analyser les propositions. Une réunion doit être organisée au plus tôt avec les directeurs de DMU, qui sont encore impliqués dans cette organisation.

Effectivement, la période est difficile. Les restructurations sont indispensables. Certains GHU l'ont déjà fait, d'autres sont en cours. Il serait judicieux d'attendre l'aboutissement de certaines restructurations locales. Les structures locales, bien que restructurées en plate-forme, conservent une certaine agilité. Les GHU sont déjà considérés comme des géants en ce qui concerne l'activité. À ce stade, il n'est donc pas certain qu'il faille créer une nouvelle structure.

**Le président** précise que la CME n'a pas d'avis à rendre aujourd'hui. Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE a simplement formulé des propositions.

**Le directeur général** explique qu'il a demandé, avec le président de la CME, au P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE de travailler sur le sujet et de formaliser ses propositions dans un rapport. Ce n'est pas une décision qui est présentée à la CME ce jour. Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE ira à la rencontre de tous pour présenter son rapport. Ses propositions ne visent pas à retirer aux GHU des équipements ou des capacités.

**Le P<sup>r</sup> Rachel Lévy** signale qu'elle n'a pas eu le rapport.

**Le directeur général** souligne qu'il ne s'agit aujourd'hui que d'une première présentation, peut-être trop courte. Sept minutes n'étaient pas suffisantes pour aborder ce sujet complexe. L'AP-HP fait face à un sujet majeur de progrès médical et de progrès de recherche. Soit elle reste passive et laisse passer cette nouvelle ère de la médecine, soit elle réfléchit à la meilleure façon de s'en saisir. Il ne s'agit pas seulement d'acheter des séquenceurs. Il s'agit également de se doter d'une infrastructure bio-informatique commune qui, aujourd'hui, n'existe pas. La question qui se pose est la suivante : faut-il laisser chaque GHU agir avec ses moyens au motif que certains sont plus en avance que d'autres ? L'AP-HP doit-elle attendre qu'il se passe quelque chose du côté du ministère dans le cadre de « France génomique 2035 » ou s'en remettre à notre partenariat avec Curie et l'institut Gustave-Roussy dans le cadre de SÉQOIA, ou doit-elle réfléchir à ce que pourrait être un cadre stratégique qui ne devra surtout pas affaiblir les capacités existantes dans les GHU ?

**Le P<sup>r</sup> Rachel Lévy** estime qu'un temps de concertation avec tout le monde, y compris les directeurs de DMU, serait le bienvenu.

**Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE** rappelle qu'il a été mandaté par le directeur général de l'AP-HP et le président de la CME pour une mission. Il était donc légitime qu'il leur remette en priorité le rapport de cette mission. C'est ce qui a été fait il y a quinze jours au comité directeur de l'AP-HP, puis, il y a une semaine, au directoire. Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE assure qu'il ne refuse pas de communiquer. Son état des lieux et ses propositions peuvent évidemment être discutées avec les responsables de DMU et toute commission qui le souhaiterait.



**Le président** ajoute que le document est accessible depuis ce week-end sur le [site de la CME](#).

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** considère que le sujet d'une importance capitale et qu'il est essentiel d'engager une réflexion. Il s'agit d'un point positif. Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE est attendu avec impatience au GHU Henri-Mondor dans une dizaine de jours pour y rencontrer les biologistes et les cliniciens.

**Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE** assure qu'il n'aura aucune difficulté à se rendre à Henri-Mondor.

**Le président** estime nécessaire qu'un nouvel échange ait lieu en CME d'ici quelques mois, lorsque les réflexions auront avancé.

**Le P<sup>r</sup> Éric LE GUERN** signale que SÉQOIA a effectué 15 000 NGS cette année, tandis que le *Welcome trust* rend peu de compte rendu faute de biologistes pour interpréter. Cette très belle initiative de recherche reste à concrétiser au niveau du soin. Concernant les séquenceurs *long read*, ce ne sont pas des machines de plate-forme, mais plutôt des machines hospitalières ou de plate-forme de GHU. Il s'agit effectivement du séquençage de la prochaine génération.

**Le P<sup>r</sup> Xavier JEUNEMAÎTRE** précise que les 15 000 NGS concernent 4 000 patients. Selon les fournisseurs, il est possible d'opter soit pour des équipements volumineux nécessitant un investissement conséquent, soit pour des petites machines qui font un génome en une semaine.

**Le président** estime qu'il est essentiel de se questionner systématiquement sur la pertinence de chaque test, surtout dans un contexte d'intensification du séquençage. La structure AP-HP, grâce à ses cohortes de patients, permet de se poser cette question.

## **5. Qualité et sécurité des soins & conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)**

- **Hémovigilance** (D<sup>rs</sup> Édith PEYNAUD-DEBAYLE et Mélanie HOUOT)

**Le D<sup>r</sup> Édith PEYNAUD-DEBAYLE** rappelle que la réglementation exige qu'un bilan de l'hémovigilance soit présenté annuellement à la CME.

En 2023, moins de 300 000 produits sanguins labiles (PSL) ont été délivrés à l'AP-HP, représentant environ 10 % de la consommation nationale. L'activité transfusionnelle se répartit entre les six GHU de l'AP-HP, notamment Paris - Sorbonne-Université, Paris Nord et l'Est. Le taux de traçabilité du devenir de ces produits dépasse 99 % pour l'ensemble de l'AP-HP, ce qui la place à un bon niveau national même si la cible est de 100 %. Pour tous les GHU ce taux est supérieur à 98 %. Le taux de destruction des produits sanguins labiles, qui est une préoccupation majeure de ces dernières années en raison des pénuries, est actuellement de 0,71 % grâce aux efforts de tous les acteurs de l'hémovigilance et de la sécurité transfusionnelle.

Une diminution constante de la consommation de produits sanguins labiles est observée depuis 2022 par rapport à l'année de référence 2019. Cette baisse s'explique probablement par une amélioration des pratiques, mais surtout par une diminution de l'activité des blocs opératoires due aux pénuries de personnel. Malgré une pénurie en produits sanguins labiles, l'Établissement français du sang (ÉFS) parvient à répondre aux besoins de l'AP-HP.

Sur l'année 2023, 12 erreurs receveurs ont été recensées. Il s'agit de patients qui ont reçu des produits qui ne leur étaient pas destinés. Dans 50 % des cas, ces incidents graves résultent d'une succession de défaillances. Le service de soins est seul impliqué dans 41 % des cas. Le site de délivrance, que ce soit l'ÉFS ou un dépôt, est seul impliqué dans 18 % des cas. Dans le reste des cas, les deux entités sont impliquées. Dans 11 % des cas, la défaillance était d'ordre médical, en raison

d'un manque de formation des médecins et d'un défaut d'anticipation. Enfin, près de la moitié des incidents étaient liés à une erreur d'identification du patient.

Sur les neuf premiers mois de 2024, autant d'incidents graves (50) ont été déclarés que sur toute l'année 2023 (48).

L'un des principaux freins à l'hémovigilance a trait aux moyens humains. Bien que la présence d'un correspondant médical d'hémovigilance soit obligatoire dans chaque établissement de santé, il faut lutter pour pérenniser ces postes, qui sont souvent non-budgétés et sans temps dédié. La réglementation prévoit un équivalent temps plein pour 25 000 produits, mais cette cible n'est pas atteinte dans tous les GHU. L'organisation la plus solide et pérenne se retrouve dans les GHU qui ont une unité d'hémovigilance avec un poste budgété. Cela concerne notamment le GHU Paris-Sorbonne, qui a une unité d'hémovigilance depuis très longtemps et le GHU Paris-Est. Dans les autres GHU, les postes ne sont pas budgétés et il est difficile de recruter un remplaçant en cas de départ d'un hémovigilant.

Le correspondant médical d'hémovigilance a pour missions principales la déclaration et l'analyse des incidents transfusionnels, ainsi que la formation du personnel non-médical et médical. Son absence entraîne une baisse des déclarations et une perte de la culture de la déclaration. Sa nomination relève de la communauté médicale, mais celle-ci ne se rend pas vraiment compte de son importance. Pourtant, le correspondant médical d'hémovigilance est indispensable. Certaines directions d'hôpital délèguent des fonctions comme la traçabilité à du personnel non médical, négligeant les fonctions de déclaration, d'analyse, de formation et de conseil. En 2023, il y avait 8,8 équivalents temps plein (ÉTP) dédiés à cette activité. Deux départs à la retraite sont prévus d'ici début de l'année prochaine, soit 1,6 ÉTP en moins. Six hôpitaux se retrouveront sans correspondant d'hémovigilance. La communauté médicale doit vraiment prendre en main ce problème. Enfin, les nombreux référents paramédicaux qui avaient été nommés pour travailler avec les correspondants d'hémovigilance sont de plus en plus souvent remplacés par des cadres experts parfois éloignés du terrain.

Concernant l'informatisation, des projets sont en cours depuis plus de 15 ans. En général, ils se réalisent lentement. Les freins sont très nombreux.

**Le D<sup>r</sup> Mélanie Houot** explique que la dématérialisation a toutefois progressé ces dernières années avec l'ajout du débit transfusionnel sur les ordonnances de produits sanguins labiles depuis octobre 2022, conformément à l'obligation réglementaire de 2021. Par ailleurs, l'ordonnance de recherche d'anticorps irréguliers (RAI) à prescrire en sortie d'hospitalisation dans le cadre du suivi post-transfusionnel a été ajoutée dans les comptes rendus d'hospitalisation. Cette ordonnance s'imprime automatiquement lorsque la case « administration de produits sanguins labiles » est cochée en fin de compte rendu. La dernière avancée importante date du 2 octobre dernier avec la révision du dossier transfusionnel, qui est désormais plus dynamique et simple d'utilisation. Les documents sont centralisés. Cette avancée n'aurait pas été possible sans le travail d'une équipe de la direction des systèmes numériques (DSN) coordonnée par le D<sup>r</sup> Fabien LE BRAS, clinicien d'Henri-Mondor.

Concernant les connexions entre l'ÉFS et *Orbis*, le déploiement sur le site pilote est désormais prévu pour le deuxième trimestre 2025. La mise en place du rendu des résultats se fera progressivement en 2025-2026 pour chacun des GHU. Suite à un retour récent des équipes de développement *Orbis*, la communication de l'ordonnance à l'ÉFS, les données de délivrance et la traçabilité au lit du patient ne sont toujours pas prioritaires pour *Dedalus*. Les équipes internes de l'AP-HP envisagent une solution alternative.

Enfin, trois grands projets se poursuivront en 2025 :

1. La transfusion en pédiatrie a donné lieu à la création d'un groupe de travail sur l'élaboration des protocoles transfusionnels et débits adaptés à la pédiatrie. Tous les documents spécifiques à la pédiatrie ont été élaborés.
2. Le travail sur l'analyse de la pertinence des prescriptions sera initié d'ici la fin de l'année. Une grille d'analyse applicable à tous les établissements sera élaborée dans le cadre d'un groupe de travail.
3. Le travail sur l'amélioration de la prise en charge des états réfractaires aux transfusions de plaquettes reste à initier. Ce projet complexe impliquera de nombreux acteurs et nécessitera un consensus.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** souligne l'importance de la juste prescription et la pertinence des soins notamment en matière d'usage des produits sanguins labiles. Le P<sup>r</sup> Pascal PAUBEL dispose d'une expertise médico-économique, notamment sur la gestion du capital sanguin (*patient blood management*) et l'impact sur la transfusion. Il apparaît essentiel de faire le lien entre, hémovigilance, les équipes de l'agence générale d'approvisionnement en produits de santé (AGEPS) et l'initiative institutionnelle « juste prescription et pertinence des soins », qui constitue l'un des axes évoqués précédemment. M<sup>me</sup> Laurence NIVET est le point de contact pour obtenir toutes les informations nécessaires.

**Le président** note que la dématérialisation était attendue depuis longtemps. Bien que des progrès aient été réalisés, il reste encore du travail pour finaliser le processus.

#### **6. Questionnaire des internes sur la qualité pédagogique, l'ambiance et les violences au travail (M<sup>me</sup> Marine LOTY)**

**Le président** explique que plusieurs signalements pour des faits de harcèlement ont été rapportés cet été, émanant d'internes de différents services et que, dans ce contexte, le Syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) a lancé une enquête sous forme de questionnaire. Le président précise que ce sujet a été traité en comité des internes.

**M<sup>me</sup> Marine LOTY** précise que l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI) avait effectué deux enquêtes en 2017 sur les violences au travail, le harcèlement sexuel, le harcèlement moral et les discriminations. Il en était ressorti un taux de harcèlement sexuel subi par les internes de 8 %. Dans quasiment 50 % des cas, le harcèlement émanait d'un responsable hiérarchique. Le taux de procédure judiciaire était très faible. Il n'est probablement pas beaucoup plus élevé actuellement. En matière de santé mentale, 66 % des internes affichaient de l'anxiété, avec 27 % de dépressions et 23 % d'idées suicidaires.

Les définitions sont très méconnues. Le harcèlement sexuel consiste en des comportements inappropriés répétés. Ces faits sont passibles de sanctions pénales. Le harcèlement moral, bien que plus difficile à qualifier sur le plan pénal, consiste en des comportements répétés qui ont un impact majeur sur la santé mentale des internes.

Les internes effectuent leurs évaluations de stage sur une plate-forme. Depuis la « vague #MeToo » d'avril 2024, ils ont la possibilité de donner l'alerte au SIHP sur ce qu'il se passe pendant leur stage. Ces alertes sont uniquement à destination du syndicat ; elles ne figurent pas sur l'évaluation. Les alertes sont de plus en plus nombreuses depuis la « vague #MeToo ». Toutefois, les internes avaient le sentiment de ne pas être entendus. Ils ont donc pris le parti de contacter directement les médias, considérant qu'ils y trouveraient une meilleure écoute et prendraient moins de risques qu'en se

retournant vers leur hiérarchie. En effet, la levée de l'anonymat peut avoir des conséquences importantes sur la qualité d'un internat.

Une première vague de questionnaire a été lancée fin août au sein de 16 services signalés par les internes. Le taux de participation s'établit à 50 %, soit environ 500 réponses. Les signalements concernaient les deux dernières années, mais l'analyse a été étendue sur cinq ans afin d'obtenir une vision représentative.

En matière de pédagogie, les résultats sont positifs : plus de 80 % des internes considèrent leur stage comme bon. Cependant, des problèmes ont été identifiés concernant des comportements inappropriés.

Concernant les remarques déplacées à caractère sexuel, environ 4 à 5 % des internes déclarent en avoir été victimes, et plus de 6 % en avoir été témoins. Concernant les gestes déplacés à caractère sexuel, 1 % se déclarent victimes et 3 % témoins. Il faut noter que la perception de ce qui constitue un comportement déplacé varie selon les spécialités et les individus.

Le harcèlement moral est un sujet complexe. Plus de 10 % des internes déclarent l'avoir subi, et plus de 10 % l'avoir observé sur d'autres personnels. Au total, environ 20 % des internes rapportent avoir été victimes ou témoins de harcèlement moral.

Les services de chirurgie et d'anesthésie-réanimation sont particulièrement concernés, mais ces problèmes existent dans diverses spécialités. Les verbatims recueillis illustrent la variété et la gravité des situations rencontrées.

Il est important de souligner que ces chiffres, bien que préoccupants, sont probablement sous-estimés. Malgré l'anonymat du questionnaire, de nombreux internes hésitent encore à signaler les problèmes qu'ils rencontrent.

Chaque matin, la visite est déjà difficile pour les internes qui doivent présenter devant des professionnels. Certains décrivent du harcèlement moral lorsqu'ils sont constamment humiliés et rabaissés lors de ces présentations. Cette répétition quotidienne soulève de sérieuses questions.

Les résultats du questionnaire ont été présentés aux chefs de service concernés. La réaction initiale était souvent « je tombe des nues, on ne m'a jamais dit cela ». Toutefois, dans 90 % des cas, les personnes finissaient par admettre qu'elles avaient déjà été informées. Le problème majeur tient au fait que les internes hésitent à dénoncer les faits par peur des représailles. Ceux qui l'ont fait ont parfois subi des conséquences négatives comme des annulations de postes. Plus de 50 % des répondants ont choisi l'anonymat, ce qui pose des difficultés pour le suivi, notamment psychologique, des internes. De plus, tous les internes ne nomment pas leur agresseur.

Sur les 16 services initialement ciblés, il a donc été relevé environ 20 % de harcèlement moral (subi ou observé), 5 % de remarques déplacées à caractère sexuel et 2 % de gestes déplacés à caractère sexuel. Ces chiffres concernent environ 500 répondants sur 1 000 internes interrogés.

Une seconde vague de questionnaires a été lancée dans 24 services supplémentaires auprès de 1 000 internes. Elle a déjà obtenu 350 réponses. La première enquête a encouragé davantage d'internes à s'exprimer sur les problèmes dans leurs services.

La question qui se pose maintenant est la suivante : que faire de ces informations pour améliorer la situation ? Deux axes principaux ont été identifiés.

Le premier concerne la formation et la prévention des violences au travail, incluant le harcèlement sexuel et moral. Ces problèmes surviennent majoritairement dans les services soumis au stress et à

la pression, comme l'anesthésie-réanimation où plus de 60 % des questionnaires ont été envoyés. Ces services impliquent souvent du travail de nuit, des gardes et une hiérarchie interne.

La question du management est également cruciale. Personne n'est réellement formé à diriger une équipe. La communication apparaît comme un axe majeur d'amélioration. Dans certains services, la façon de communiquer et de former semble inadaptée.

Le premier axe portera donc sur la formation-prévention. Tous les coordonnateurs et les doyens seront rencontrés dans l'objectif d'organiser une formation en début du cursus.

Le deuxième axe concerne les signalements et les sanctions. L'AP-HP a une cellule violence au travail. Il a d'abord fallu en comprendre le fonctionnement avant d'envisager la manière de l'améliorer. Actuellement, les signalements sur la plate-forme ne sont pas anonymes, ce qui dissuade les internes de témoigner. Il faut trouver les moyens de traiter les signaux faibles.

La question des sanctions est cruciale. Dans le monde médical, il existe une vraie tendance à gérer ces problèmes en interne, ce qui s'avère souvent insuffisant. Par exemple, un chef de service qui a été informé d'agressions sexuelles par deux personnes (une interne et une infirmière) s'est contenté d'une simple convocation du responsable. Or, le questionnaire a révélé que cet individu était impliqué dans au moins huit autres cas de harcèlement sexuel. Il est important de rappeler que ces actes ont des qualifications pénales et qu'ils affectent non seulement les internes, mais aussi l'ensemble du personnel. Aujourd'hui, les sanctions sont rares et appliquées de manière inéquitable, avec une tendance à traiter plus rapidement les procédures disciplinaires qui visent les internes que celles qui concernent les praticiens universitaires.

**Le président** estime que cette présentation montre la nécessité d'approfondir les échanges au-delà de la CME et du comité des internes.

**Le Pr Vincent GAJDOS** indique qu'un comité des internes particulièrement long s'est tenu sur le sujet la semaine dernière. Le problème principal n'est pas tant les chiffres que l'existence même de ces situations.

Il est crucial de bien identifier et distinguer les problèmes. Il faut absolument séparer les violences sexistes et sexuelles (VSS) du harcèlement moral, tout en reconnaissant leurs liens potentiels avec les problématiques de vie au travail et de pénibilité. À ce stade, il apparaît nécessaire de travailler autour de trois axes.

Le premier porte sur la formation et la prévention. À l'instar de structures universitaires comme l'université Paris-Saclay où tout chercheur encadrant dans une structure de recherche qui reçoit des doctorants doit suivre une formation en ligne sur les VSS, il est nécessaire de réfléchir à la manière de procéder pour mettre en œuvre à l'hôpital cette acculturation indispensable. Elle doit s'imposer à toutes et tous les professionnels qui encadrent des étudiants. Il faut également travailler sur des détails tels que l'utilisation des réseaux sociaux qui peuvent impacter la qualité de vie au travail comme les boucles *WhatsApp* de service, sur lesquelles des propos parfois peu amènes peuvent être tenus...

Le deuxième axe porte sur le partage de l'information. Pour agir, il faut être informé. Les alertes doivent absolument être partagées avec l'institution. Il est important d'agir ensemble. La conférence des doyens d'Île-de-France sera sollicitée en vue de trouver une méthode commune. C'est possible au niveau des unités de formation et de recherche (UFR) à l'échelon local pour le 2<sup>e</sup> cycle. Cela doit aussi l'être pour le 3<sup>e</sup> cycle.

Enfin, le troisième axe porte sur les modalités de signalement. Il faut entendre que certaines et certains collègues ne parviennent pas à faire des signalements nominatifs. Ces signalements doivent aussi être traités. Cela suppose de définir une méthode. Il est important de partager de façon régulière et transparente les issues qu'ont trouvées les enquêtes qui ont été instruites à partir d'un signalement nominal ou d'un regroupement de signalements anonymes.

Sur ces sujets compliqués, il est important que l'institution, la communauté médicale et l'université soient alignées. Ce sera certainement un fil rouge du comité des internes cette année. Il faut avancer rapidement sur la méthode en vue de faire évoluer les choses.

**Le Pr Nathalie SIAUVE** fait un retour positif sur la formation sur les violences sexuelles et le sexisme qui est en cours d'expérimentation au sein du GHU Nord. Une vingtaine de personnes ont déjà suivi cette formation. Elle propose de la diffuser plus largement.

**Le président** souligne l'importance de la prévention, du signalement et de cette démarche qui doit être menée de manière unifiée dans l'ensemble de l'institution. Cette structure complexe rend l'alignement des pratiques d'autant plus essentielle. Malgré les défis supplémentaires que cela représente pour l'AP-HP, cet effort d'harmonisation est indispensable pour garantir l'efficacité des actions.

**Le Pr Agnès HARTEMANN** salue l'excellent travail réalisé et la méthodologie employée pour garantir l'anonymat des personnes concernées. Plusieurs points méritent d'être soulignés.

La formation est cruciale. Actuellement, les nouveaux chefs et nouvelles cheffes de service reçoivent une formation sur le management mais pas suffisamment sur ce qu'est le harcèlement, et en particulier le harcèlement non intentionnel. Il est essentiel de comprendre les mécanismes qui conduisent au harcèlement, et ses manifestations.

La situation des internes est similaire à celle des étudiants en médecine. La France a tendance à privilégier en médecine la pédagogie sarcastique à la pédagogie bienveillante, avec des blagues et des moqueries qui persistent dans certains services, et peuvent être très mal vécues par certaines étudiantes et certains étudiants.

Il est impératif que la peur change de camp. Les internes doivent se sentir en sécurité pour s'exprimer sur ce qui leur arrive dans les services, avec la garantie de l'anonymat ou, si nécessaire, d'une protection. Le chef ou la cheffe de service est responsable de l'ambiance dans son service. Il ou elle doit être sanctionné ou sanctionnée si il ou elle ne prend pas les mesures appropriées.

Des sanctions sont parfois prononcées, mais elles ne sont pas suffisamment communiquées à la collectivité. Bien que des actions soient menées, le processus de sanction officielle est souvent trop long. Les personnes qui effectuent des signalements ont besoin de réponses rapides. La communication sur les sanctions et sur des cas concrets serait plus efficace que des formations basées uniquement sur des chiffres.

Par exemple, à Sorbonne-Université, malgré une formation des chefs de clinique sur les violences sexuelles et sexistes, des comportements inadaptés persistent. Cela démontre que les formations doivent être repensées pour être plus concrètes et précises. Sans communication sur les sanctions et les exemples, ces comportements perdurent dans le silence.

**Le Dr Ariel FRAJERMAN** insiste sur l'importance d'inclure les externes dans la réflexion. L'enquête de 2021 avait été menée avec les associations d'étudiants en médecine. Elle avait révélé que les taux de harcèlement et d'agression sexuels étaient assez similaires entre les externes et les internes. Le

passage en stage à l'hôpital semble être un facteur déclencheur d'une recrudescence des violences sexistes et sexuelles.

Concernant les actions rapides à mettre en place, il pourrait être intéressant de s'inspirer de mesures déjà mises en place dans certains établissements. Il y a très longtemps à Saint-Antoine, des médecins étaient interdits de garde pour éviter qu'ils se retrouvent seuls avec des étudiants. Bien que cette mesure puisse être mal perçue par les chirurgiens, elle vise à protéger les étudiants.

Enfin, la mise en commun des informations est une nécessité. Un système centralisé pour toutes les universités, concernant les externes et les internes, serait bénéfique. Cela permettrait de suivre le parcours des chefs de clinique qui changent d'établissement et d'éviter les problèmes liés à un manque de transparence sur leurs antécédents.

**Le directeur général** salue la démarche qui a été entreprise pour faire en sorte que la parole se libère dans les services qui ont fait l'objet de signalements. Ce travail doit se poursuivre. Il est important de bien connecter ces initiatives avec les dispositifs institutionnels qui permettent d'y donner une suite et faire bouger les choses dans les services.

Pour agir efficacement, il convient de bien distinguer les cas de figure. Il faut différencier les problèmes pédagogiques, la pression et l'esprit d'équipe, le harcèlement moral ou sexuel. Chaque situation mérite attention, mais toutes ne doivent pas être mises sur un même plan car elles requièrent des approches spécifiques.

Lorsque des éléments anonymisés suggèrent des comportements problématiques envers les internes au sein d'un service, sans qu'il y ait eu de signalements individuels, il faut engager un dialogue avec le chef de service et son équipe. Cette démarche permettra d'aborder la question et d'envisager des solutions. Il est crucial de vérifier la prise en compte des retours exprimés et de suivre l'évolution de la situation.

Concernant les cas de harcèlement signalés par des étudiants ou des professionnels, l'AP-HP doit faire preuve d'une réactivité exemplaire et enclencher les enquêtes permettant de vérifier les faits et, le cas échéant, de fonder des suites disciplinaires, ordinaires ou pénales quand cela se justifie. Cela suppose que les internes nous saisissent, soit au plan local, soit en central.

Il est évidemment possible de discuter de l'ergonomie du système de signalement en ligne, notamment du moment où l'identification de la personne est requise, mais cette identification sera forcément nécessaire tôt ou tard dans le processus. Les mises en cause personnelles pour des faits graves ne peuvent pas être fondées sur la base de témoignages anonymes. Cela suppose de travailler sur la création d'un environnement de confiance, où les personnes se sentent à l'aise pour se confier, tout en garantissant la confidentialité.

Il n'est pas acceptable d'entendre que l'AP-HP serait plus prompt à sanctionner les internes plutôt que des PU-PH. Au cours des 12 à 14 derniers mois, 4 PU-PH ont été suspendus pour harcèlement, dans l'attente d'une sanction disciplinaire. Les procédures disciplinaires des PU ou des PH peuvent prendre en effet jusqu'à 18 ou 24 mois, ce qui oblige à suspendre des professionnels pendant de très longues périodes. Ce n'est pas idéal. Il serait plus simple de pouvoir appliquer les sanctions disciplinaires plus rapidement, tout en respectant les garanties nécessaires pour les personnes concernées. En tout cas, l'institution agit lorsqu'un signalement nominatif est porté à son attention.

Lorsque les signaux sont faibles ou anonymes, il faut agir différemment. La suspension des stages en internat est une option, mais pas nécessairement la première réponse. Il faut d'abord privilégier la discussion et la recherche de solutions avec la personne concernée.

**Le P<sup>r</sup> Vincent GAJDOS** estime qu'il est crucial d'agir rapidement, non pas dans la sanction, qui nécessite une instruction, mais pour montrer que l'institution s'intéresse au problème et écoute les parties. Ce point est particulièrement important pour les jeunes. L'échelon local a son importance, non pas au niveau intime du service, mais à l'échelle du GHU. Les sous-commissions *Vie hospitalière* locales (CVHL), les directions et les gouvernances médicales connaissent bien les services et disposent de nombreuses informations. Il est essentiel de mieux informer les jeunes à leur arrivée dans un GHU sur qui sont leurs interlocuteurs potentiels. Il est important que les GHU tiennent un discours cohérent sur le sujet.

**Le directeur général** considère qu'il est bénéfique d'offrir plusieurs points d'entrée, laissant ainsi le choix aux personnes concernées. L'AP-HP avait mené une première campagne de sensibilisation interne sur le harcèlement au travail à l'automne dernier. Cette initiative sera bientôt relancée, avec un affichage qui est déjà visible sur les écrans à l'entrée du siège.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** observe que les temps et les mentalités évoluent. Une formation est nécessaire car le problème est important. Néanmoins, tout n'est pas entendable et il s'exprime son désaccord avec certaines positions qui viennent d'être exprimées. Dire notamment que « la peur doit changer de camp » et qu'il faut encourager les signalements anonymes lui paraît très inquiétant. Affirmer que les sanctions ne sont pas équitables est également très discutable. La situation est explosive et requiert une gestion prudente. La médiatisation a peut-être modifié la perception des risques. Des collègues ont vu leur vie brisée par des accusations. Comme l'a souligné le directeur général, une suspension peut durer jusqu'à 18 mois avant qu'une décision juridique soit prise par la juridiction disciplinaire compétente à l'égard des hospitalo-universitaires (JDHU). Durant cette période, la personne cesse de travailler, alors même qu'elle sera peut-être innocentée au terme de la procédure. Des situations potentiellement condamnables sont médiatisées avant même qu'une instruction ait été conduite et alors que les répercussions humaines peuvent être désastreuses. À cet égard, l'idée d'un fichier central consultable est extrêmement inquiétante. Il faudra faire très attention aux décisions qui seront prises.

**Le D<sup>r</sup> Juliette KAVAFYAN-LASSERRE** convient qu'il est très important de sensibiliser les internes et les étudiants à ces questions, particulièrement en ce qui concerne le harcèlement moral. Cependant, il convient de faire attention car la frontière est souvent ténue entre façon d'être et de parler et harcèlement. Il faut être vigilant sur les propos tenus et leur interprétation, car il n'y a pas forcément de volonté d'offenser et les conséquences peuvent être graves.

L'éducation des jeunes est essentielle. Celle des futurs chefs de service l'est également. Néanmoins, il ne faut pas oublier que le personnel médical, y compris les praticiens hospitaliers et les chefs de service, peut aussi subir du harcèlement moral de la part des patients. Une nouvelle ère débute, avec une approche différente de ces problématiques. Il est important de trouver un équilibre dans les méthodes de travail et la communication, tout en restant attentifs à la définition contemporaine du harcèlement moral.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** indique qu'elle souscrit pour partie aux propos du P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU. La prévention est évidemment nécessaire. Pour autant, il faut faire attention aux effets collatéraux. Le premier questionnaire a été envoyé dans les services sans que les directions ou les présidents de CMEL n'aient été alertés. Il faut définir une politique commune au niveau structurel et de l'institution afin que les procédures qui découleront des signalements soient les mêmes partout, sachant que les signalements sont indispensables. Par ailleurs, il serait intéressant de savoir s'il est tenu compte, dans le harcèlement moral, des discriminations à caractère raciste ou liées à l'origine des internes ou des externes, alors que de nombreux jeunes médecins étrangers sont étrangers.



**M<sup>me</sup> Marine LOTY** explique, concernant les conséquences de ses actions sur les services, que la réaction initiale des responsables a souvent été de s'inquiéter de l'image renvoyée. Or, les problèmes étaient déjà largement connus. Par ailleurs, la non-inclusion des chefs de service résulte d'un choix délibéré. Des chefs de service étaient visés dans les seize premiers questionnaires. Il a donc été jugé préférable de passer par les coordinateurs. Certaines erreurs initiales ont été corrigées. Par exemple, tous les présidents de CME ont été inclus dans la seconde vague.

Il est un fait que le soutien psychologique n'est pas suffisant, tant pour les victimes que pour les personnes mises en cause. Il s'agit d'un axe d'amélioration important.

Enfin, aucune question n'a porté spécifiquement sur l'origine des internes. Cependant, plusieurs internes ont spontanément signalé des cas de racisme ou d'homophobie au sein de leur service.

**Le D<sup>r</sup> Olivier MILLERON** considère qu'il existe problème systémique dans la médecine, qui a longtemps été marquée par la culture de la salle de garde et des blagues sexistes. Ces blagues sont désormais inacceptables. Il est impératif que l'hégémonie culturelle change. À une époque, les fresques dans les salles de garde représentaient des scènes de viol. Ces pratiques sont aujourd'hui intolérables. Chacun doit être capable, au quotidien, de s'opposer aux remarques sexistes dans les services. Cette prise de position n'est pas encore la norme. La communauté médicale doit réagir indépendamment de l'Administration.

**Le P<sup>r</sup> Vincent GAJDOS** convient, comme cela a été dit lors des débats, que le sujet est explosif. L'objectif doit être de faire disparaître ce problème pour ne plus avoir à en discuter. La meilleure approche consiste à se concentrer sur la formation et l'évolution culturelle de l'institution. Par ailleurs, le concept de harcèlement moral est très fragile. Il doit être traité séparément des violences sexistes et sexuelles. Bien souvent, les services dans lesquels les internes subissent des pressions sont des services qui ne vont pas bien, où tout le monde est sous pression. Il est essentiel d'identifier ces situations et d'obtenir des informations précises. C'est peut-être grâce aux retours des jeunes que l'institution pourra aider ces structures à sortir des difficultés dans lesquelles elles se trouvent.

## **7. Résultats de la mission d'écoute des utilisateurs de l'entrepôt de données de santé (EDS) (M<sup>me</sup> Caroline GERMAIN)**

**M<sup>me</sup> Caroline GERMAIN** explique que les équipes de l'EDS ont mené une mission en début d'année 2024 sur l'usage secondaire des données de santé. Cette mission a été lancée à la suite de la montée en maturité de l'écosystème français et européen sur la constitution d'un patrimoine de données de santé et la stratégie d'usage de ces données. Cette montée en maturité concerne également l'AP-HP. Il est donc important de s'assurer que l'organisation mise en place et les services développés, que ce soit sur les données ou les outils, répondent aux besoins des professionnels de santé, mais également des partenaires académiques et des industriels.

Cette mission interne a réuni cinq personnes aux profils différents qui se sont rendues sur site où elles ont rencontré 110 personnes (médecins, paramédicaux, exécutifs, partenaires externes). Le panel n'est pas forcément représentatif, mais les retours ont convergé autour de six grandes rubriques : gouvernance des données, périmètre et qualité des données mises à disposition, communication, méthodes de travail et compétences, outillage (applications qui permettent d'explorer et de traiter les données), financement des projets.

Au-delà de ces retours, il était important de proposer un plan d'action concret, raisonnable et réaliste à mettre en œuvre dans les dix-huit prochains mois. Les recommandations ont été partagées avec les personnes qui ont été interrogées.

En matière de gouvernance, des actions ont commencé à être engagées dans l'objectif d'atterrir en début d'année 2025. Les médecins ont souligné l'importance d'avoir d'une vue et une stratégie d'ensemble sur le périmètre total des données et la manière dont elles sont collectées nativement dans les applications.

Des actions ont été engagées autour d'une refonte de la gouvernance, de manière à en améliorer la lisibilité. La gouvernance doit être à la fois représentative et libre, avec des temps d'échange deux fois par an, de manière à laisser la parole à la communauté médicale, aux experts et à des personnalités qualifiées externes pour discuter d'enjeux majeurs comme la construction de l'espace européen des données de santé ou la position de l'AP-HP. Parallèlement, des instances plus resserrées permettront de suivre et de prioriser les travaux sur le périmètre des données ou le développement d'outils. Cette nouvelle gouvernance devrait être opérationnelle en début d'année prochaine. Une communication sera faite prochainement.

Concernant le périmètre et la qualité des données, deux actions majeures sont prévues pour 2025. La première consiste en la mise place d'un catalogue de données pour l'entrepôt de l'AP-HP. Ce catalogue offrira une visibilité sur le contenu actuel de l'entrepôt, la profondeur historique et le niveau de qualité des données. Il présentera également les projets d'intégration et d'enrichissement prévus pour les six mois à venir. La seconde action porte sur la gestion de la qualité des données. Une communication sera faite au deuxième trimestre 2025 sur la prise en compte des retours de manière à améliorer la qualité native des données.

La communication avait du retard. Il n'existait pas de stratégie de communication très forte et très puissante au niveau de l'AP-HP. Or, il est attendu de l'institution qu'elle puisse mettre en visibilité tout ce qu'elle fait. Un plan de communication assez fort a donc été engagé. L'AP-HP intensifiera sa présence dans les conférences, colloques et séminaires pour expliquer son travail, ses possibilités et ses limites. Des actions sont prévues tout au long de l'année 2025.

Concernant les méthodes et compétences, l'accent doit être mis sur les retours d'expérience, particulièrement sur ce qui n'a pas bien fonctionné. Certains projets ont été menés de manière assez laborieuse, sans que les leçons n'en soient forcément tirées. Une mission d'écoute-utilisateur aura pour objet d'évaluer régulièrement l'impact des actions mises en œuvre. L'expertise en traitement de données massives est un autre axe fort. L'équipe d'experts en mégadonnées (*data scientists*) doit être consolidée.

Les outils sont déjà très nombreux. Ainsi, *Pilote* permet de visualiser entre 40 et 50 tableaux de bord sur des thématiques variées telles que la maternité, les tensions hospitalières ou la qualité des soins. Il existe d'autres outils pour la recherche et des environnements de traitement. L'objectif est d'« urbaniser » ces solutions pour traiter efficacement les demandes reçues à travers l'outil approprié. Il faut être en capacité d'effectuer les extractions nécessaires et de les mettre dans des environnements sécurisés. Des équipes travaillent sur le sujet.

Concernant le financement des projets de recherche, une offre de service a été mise en place pour les projets standards, tandis qu'une approche spécifique a été développée pour les projets plus complexes nécessitant de nouveaux outils. Cela a impliqué une valorisation du coût de ces projets et la recherche de budgets adaptés. À présent, il faut améliorer la transparence sur la tarification des projets. Un nouvel appel à projets doit être lancé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). En collaboration avec la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), une note sera élaborée afin de détailler les coûts, de manière à aider les unités de recherche clinique dans leurs estimations.

Les équipes de l'entrepôt des données de santé sont en cours de réorganisation, dans l'objectif de fluidifier les relations et d'éviter que les unités n'aient l'impression de se trouver face à un jury ou d'être renvoyées d'une équipe à l'autre.

Parallèlement à tout cela, un travail a été engagé avec la DRCI sur l'exploitation des données issues de la recherche et des registres. Le but est d'avoir une vision d'ensemble sur l'exploitation de ces données, qu'elles soient issues du soin ou de la recherche.

Il existe également un enjeu à faciliter la réalisation des études de faisabilité clinique. Pour cela, des modèles faisant appel à des méthodes d'exploitation de données non-structurées sont en cours de développement. Cela permettra de renforcer la robustesse des études de faisabilité clinique.

Enfin, il existe un vrai sujet autour de l'exploitation des données pour évaluer la pertinence, la qualité et la sécurité des soins. Il s'agit d'un chantier important qui sera adressé en collaboration avec d'autres acteurs.

**Le président** salue la démarche de cette enquête qui était nécessaire au vu des retours mitigés des utilisateurs. Les propositions qui en résultent paraissent extrêmement intéressantes. La gouvernance est en cours de révision autour d'un comité de pilotage plus resserré, dans l'objectif de renforcer les échanges avec les représentants de la communauté médicale et des directions.

## 8. Avis sur le rapport social unique (RSU) 2023

*Ce sujet est reporté.*

## 9. Questions diverses

**Le D<sup>r</sup> Thierry FAILLOT** signale qu'à partir du 1<sup>er</sup> décembre, les mesures réglementaires relatives à la prescription du *Lyrice*, du *Rivotril* et des morphiniques seront étendues au *Tramadol* et à la codéine, et peut-être aux combinaisons paracétamol-codéine et *Paracétamol-Tramadol*. Il s'agit d'une bonne décision, qui vise à lutter contre le mésusage. Néanmoins, ses implications pratiques posent question. Il serait donc intéressant de créer une ordonnance-type sécurisée sur *Orbis*, même si cela ne résoudrait pas entièrement le problème car ces ordonnances sécurisées doivent être signées par le titulaire d'un répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS), ce qui pourrait compliquer la tâche des services où les sorties sont gérées par des internes. Une alternative serait d'augmenter la disponibilité des ordonnances sécurisées papier. Si aucune solution n'est trouvée du côté d'*Orbis*, il serait judicieux de demander au service des imprimeries de faciliter l'accès à ces ordonnances sécurisées.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** considère que la décision est catastrophique en raison de sa brièveté. Le problème ne tient pas à *Orbis*, qu'il est possible de paramétrer selon les besoins, mais au papier filigrané spécifique qui est requis pour les ordonnances sécurisées. L'utilisation de ce papier dans les imprimantes serait coûteuse. Une grande partie serait gaspillée pour des usages non liés aux ordonnances sécurisées. Enfin, le risque de vol est élevé, ce qui aggraverait la situation. La seule alternative semble être le retour aux ordonnances papier pour les médicaments concernés, ce qui réduira considérablement leur prescription. Cette situation engendrera de nombreuses erreurs, notamment dans les services où les prescriptions post-opératoires sont fréquentes. La gestion de différents types d'ordonnances pour les antidouleurs sera extrêmement complexe. Si cette mesure était compréhensible pour certains médicaments spécifiques, son extension actuelle est aberrante.

Encore une fois, le problème ne provient pas du logiciel *Orbis*, mais bien du support papier exigé. L'utilisation d'imprimantes dédiées dans les services d'urgence, ou ailleurs, est irréalisable pour des problèmes de coûts et d'organisation.

**Le Pr Catherine PAUGAM-BURTZ** signale que dans un avenir proche mais pas immédiat, la solution définitive sera la prescription électronique. Les ordonnances pourront être transmises de manière numérique, attachées au dossier médical partagé (DMP) du patient. Le pharmacien pourra se connecter au DMP et récupérer l'ordonnance. Un point d'attention, pour que ce système fonctionne, il est crucial que les identités des patients soient vérifiées et contrôlées (identifiées qualifiées), d'où l'importance de l'identitovigilance. Il est important d'avoir en tête qu'une identité non-qualifiée empêche tout envoi dans le DMP.

**Le directeur général** indique que la prescription électronique sera effective dans un délai de deux à trois ans. Elle fonctionnera de manière sécurisée pour tous les acteurs concernés. Le patient recevra une ordonnance papier comportant un code à réponse rapide (*quick response code* [QR code]). Le pharmacien scannera ce code pour accéder directement à la prescription sur un serveur central. Ce système éliminera tout risque de falsification.

*La séance plénière est levée à 18 heures 20.*