

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 9 FÉVRIER 2021

APPROUVÉ PAR LA CME DU 9 MARS 2021

Sommaire

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Informations sur la modification des règles d'accès à l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP	12
III.	Avis sur le projet de recherche 2021-2025 de l'AP-HP	14
IV.	Bilan annuel et projets de la sous-commission Formation et comité des internes	17
V.	Visites de risques au bloc opératoire	Erreur ! Signet non défini.
VI.	Présentation du logiciel <i>Chronos</i> de gestion du temps de travail du personnel médical	24
VII.	Approbation des comptes rendus des CME des 3 novembre 2020 et 12 janvier 2021	24
VIII.	Questions diverses	24

CME du mardi 9 février 2021

Salle des instances & visioconférence

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME
2. Avis sur la modification des règles d'accès à l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP (P^{rs} Marie-France MAMZER et Éric LE GUERN)
3. Avis sur le projet recherche 2021-2025 de l'AP-HP (P^{rs} Philippe-Gabriel STEG et Éric LE GUERN, M^{me} Stéphanie DECOOPMAN)
4. Bilan annuel et projets de la sous-commission *Formation & comité des internes* (P^r Marie-Noëlle PÉRALDI, D^r Vianney MOURMAN)
5. Visites de risques au bloc opératoire (D^r David OSMAN)
6. Présentation du logiciel *Chronos* de gestion du temps de travail du personnel médical (M. Olivier TRÉTON)
7. Approbation des comptes rendus des CME des 3 novembre 2020 et 12 janvier 2021
8. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
D ^r	Thomas	APARICIO	D ^r	Éric	LE BIHAN
D ^r	Jean-Louis	BEAUDEUX	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Véronique	LEBLOND
M.	Guy	BENOÎT	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Jacques	BODDAERT	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Rafik	MASMOUDI
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	D ^r	Giovanna	MELICA
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Stefan	NERAAL
P ^r	Alain	CARIOU	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Cyril	CHARRON	D ^r	Juliette	PAVIE
D ^r	Julie	CHOPART	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
P ^r	Olivier	CLÉMENT	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Jean-Damien	RICARD
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	D ^r	Nathalie	RICOME
D ^r	Jean-Philippe	DAVID	M ^{me}	Isabelle	RIOM
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Vianney	DESCROIX	P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSE
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Thomas	SIMILOWSKI
D ^r	Mathilde	DUVAL	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Laurent	TEILLET
M.	Julien	FLOURIOT	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Michel	VAUBOURDOLLE
D ^r	Bruno	GREFF	M ^{me}	Karine	VIRETTE
P ^r	Christian	GUY-COICHARD	D ^r	Noël	ZAHR
D ^r	Jean-François	HERMIEU			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- P^r Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- P^r Louis MAMAN, directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

- M^{me} Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé (ARS) d'Île de France
- M^{me} Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin responsable de la médecine du travail

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

- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, MM. Pierre-Emmanuel LECERF et François CRÉMIEUX, directeurs généraux adjoints ;
- M^{me} Hélène OPPETIT et M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, directeur délégué, direction générale
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication, et M^{me} Véronique DROUET, directrice adjointe
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information
- M^{me} Stéphanie DECOOPMAN, directrice de la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)

- **Invités**

- P^r Marie-France MAMZER, présidente du comité scientifique et éthique de l'entrepôt de données de santé (EDS)
- D^r Christine MANGIN, chef du service « risques et vigilances », département *Qualité, partenariat, patient*
- D^r David OSMAN, pneumologie, hôpital Bicêtre, responsables du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse de l'AP-HP
- P^r Philippe-Gabriel STEG, cardiologie, hôpital Bichat, vice-présidente recherche du directoire de l'AP-HP
- P^r Tabassome SIMON, pharmacologie, hôpital Saint Antoine.
- P^r Yves VILLE, gynécologue, hôpital Necker.
- D^r Boris DUCHEMANN, pneumologue, hôpital Avicenne.

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD, responsable du bureau des PH & HU, DPQAM
- M^{me} Déborah ENTE, assistante de direction, DPQAM

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Jean-Yves ARTIGOU, Elie AZOULAY, Frédéric BATTEUX, Fadi BDEOUI, Sébastien BEAUNE, Olivier BOURDON, Donia BOUZID, Leila BOUZLAFA, Yves-Hervé CASTIER, Solenn DE POURTALES, Sonia DELAPORTE-CERCEAU, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Yann FLECHER, Vincent FROCHOT, Sophie GUILLAUME, Emelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Michel LEJOYEUX, Salomé MASCARELL, Loïc MORVAN, Antoine PELISSOLO, Patrick PELLOUX, Louis PUYBASSET, Clara SALINO, Bérénice SCHELL, Johanna SEKRI et Samir TINE.

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

I. Informations du président de la CME

Mesures post- « Ségur de la santé »

Le président rappelle que plusieurs groupes de travail nationaux sont mobilisés sur ce sujet. Dans le cadre de la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA), le D^r Juliette PAVIE est chargée d'animer un groupe de travail sur l'attractivité des carrières de praticiens hospitaliers (PH). La réflexion portera sur l'ensemble des dimensions du travail en équipe en incluant les hospitalo-universitaires.

Le D^r Juliette PAVIE explique qu'elle souhaite animer un groupe de travail sur l'attractivité médicale, en particulier les PH, mais pas seulement. Il s'agit de développer des mesures d'attractivité et de fidélisation spécifiques à l'AP-HP au-delà des mesures du « Ségur de la santé ». Les personnes intéressées par cette réflexion sont les bienvenues et peuvent se manifester par mail. Le groupe de travail se composera des professionnels de tous horizons.

Le président rappelle que l'attractivité est un sujet régulièrement évoqué par la CME. Les personnes volontaires peuvent se manifester auprès de D^r Juliette PAVIE pour intégrer ce groupe de travail. Une présentation des conclusions de ce groupe aura lieu à la CME dans quelques semaines. Par ailleurs, un groupe de travail s'est réuni pour évoquer l'avenir des contractuels.

Le D^r Diane BOUVRY signale que la première séance du groupe de travail pour avis sur la mise en œuvre du statut unique des contractuels à l'APHP s'est tenue le 4 février dernier. Ce statut devrait remplacer les anciens contrats de praticiens hospitaliers contractuels, attachés et cliniciens. Le groupe de travail réunit plusieurs membres de la CME et représentants de collégiale.

M^{me} Hélène OPPETIT précise que ce groupe de travail débat des enjeux organisationnels, budgétaires et managériaux de cette réforme. L'objectif est de préciser la politique de l'AP-HP en matière de rémunération des contractuels à partir du second semestre 2021. À titre d'exemple, l'AP-HP compte 10 % de postes d'attachés de plus que les autres CHU. Ces attachés interviennent souvent dans les services de l'AP-HP pour une seule demi-journée. La revalorisation des contrats peut entraîner une refonte des missions. Il est prématuré de parler de ce sujet en CME centrale. Le calendrier sera précisé ultérieurement.

Le président observe que la concertation nationale sur les hospitalo-universitaires (HU) a été évoquée lors de la séance du directoire du 2 février. L'AP-HP n'est pas partie prenante des discussions nationales sur ce sujet, mais les P^{rs} Bruno RIOU et Catherine PAUGAM-BURTZ et lui-même rencontreront les conseillers des ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur fin février pour échanger sur l'attractivité des HU. Il organisera un point par visio-conférence avant cette réunion avec les membres HU de la CME intéressés par ce sujet.

Projet social de l'AP-HP et prime d'engagement collectif

Le président indique que le projet social entre dans sa seconde phase. Deux réunions du groupe de travail sur la prime d'engagement collectif ont eu lieu en présence des représentants de la CME, les P^{rs} Marie-Noëlle PÉRALDI et Claire POYART. Une troisième réunion est prochainement prévue.

Le P^r Marie-Noëlle PERALDI explique que la première réunion a permis d'une part de présenter les enjeux de la prime d'engagement collectif et ses modalités et d'autre part d'échanger avec les syndicats présents, CFDT et Sud. 40 M€ sont prévus pour récompenser les travaux relatifs à la qualité des soins. Cette réunion s'est conclue sur trois scénarii possibles pour distribuer la prime. La réunion du 5 février 2021 a permis de les présenter. Dans le premier l'orientation et la définition du projet sont laissées aux groupes hospitalo-universitaires (GHU). Dans le deuxième, le siège fixe des orientations déclinées par les CHU. Le troisième, qui a retenu le plus d'enthousiasme, consiste à ce que le siège donne une orientation unique à décliner dans chaque structure. Ce scénario a donc recueilli l'unanimité étant donné qu'il marque l'unicité de l'AP-HP. Le thème du développement durable a été accueilli avec grand intérêt par les syndicats. Elle estime qu'il aurait été préférable de traiter un sujet plus proche du soin. Une troisième réunion est prévue.

Le président explique qu'un groupe de travail se réunira également sur l'évaluation des charges de travail et souhaite que le calendrier puisse maintenant être précisé rapidement afin que les représentants de la CME puissent s'organiser pour y participer.

Le directeur général revient sur la prime d'engagement collectif, dont le décret d'application n'est pas encore publié. L'objectif de l'AP-HP est donc de travailler en amont sur les modalités de cette prime pour tenter d'influencer la rédaction de ce décret. Cette prime est plutôt prévue par service. Le groupe de travail se demande s'il doit défendre l'idée qu'une partie de la somme soit liée à un objectif ou à une institution. Or, cette proposition de l'AP-HP n'est pas acquise. La différence principale entre les scénarii est liée à l'appel à projets par service, qui est complexe à monter. Cela entraîne une sélection qui ne respecte pas l'esprit de la prime d'engagement. Une autre possibilité est que chaque service s'organise pour définir librement les indicateurs attachés à cette prime. La réflexion du groupe de travail devrait permettre de définir des indicateurs de qualité. Une variante consiste à proposer que les services qui poursuivent les mêmes objectifs se fixent un objectif commun. Par exemple, il ressort des réunions préparatoires que l'indicateur du brancardage, qui intéresse tout l'hôpital, pourrait être mis en œuvre globalement afin d'harmoniser les pratiques du brancardage dans toute l'institution. Le troisième point consiste à se demander si certains objectifs doivent être réservés à une partie de l'AP-HP, notamment sur le sujet du développement durable ou des infections nosocomiales.

Le D^r Christophe TRIVALLE observe que trois groupes centraux travaillent sur le projet social. Dans chaque GHU, des groupes travaillent sur d'autres parties du projet social. Des éléments se croiseront vraisemblablement en fonction des décisions retenues au niveau central, ce qui entraînera de nouvelles réunions au niveau local. Il regrette la complexité de cette organisation.

Le D^r François SALACHAS regrette que l'annonce de ces réunions n'ait pas toujours lieu suffisamment en amont ce qui peut amener des difficultés d'organisation.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que le calendrier a été communiqué dès janvier 2021 et les premières dates énoncées ont été respectées. Il reconnaît que des difficultés persistent pour accorder les disponibilités de l'ensemble des représentants des différentes délégations et que certaines négociations peuvent avancer plus vite que d'autres et nécessiter des réunions supplémentaires.

Le président souligne qu'il y a eu des modifications pour la troisième réunion et souhaite savoir si sa date est finalement fixée. De même, le groupe de travail pour l'évaluation des charges de travail sera sûrement décalé.

M. Pierre-Emmanuel LECERF rappelle qu'il doit se réunir à l'issue des réunions consacrées à la prime d'engagement collectif. Ces dernières ont lieu en janvier-février en mobilisant la « tripartite » dont une délégation de la CME. Deux discussions sont parallèlement en cours, sur l'organisation du temps de travail et sur la dé-précarisation, avec les deux organisations syndicales qui ont approuvé la feuille de route du projet social. Elles aboutiront fin février.

Le P^r Claire POYART explique qu'elle a participé aux deux réunions en tant que représentante des présidents de CMEL. La seconde réunion a permis de proposer trois scénarii. Une présentation de cette réflexion a été effectuée aux présidents de CME locale. Le sujet sera évoqué ce 9 février. Elle souligne l'intérêt de l'adjectif « collectif » associé à la prime. L'année 2020 a été complexe en raison de la crise sanitaire. En 2021, certaines équipes éprouveront sans doute des difficultés à s'investir et se mettre en ordre de marche pour mettre en place des projets. Un certain nombre d'équipes sont toutefois informées de cette démarche et certains GH y travaillent. La troisième réunion est reportée mais elle garde l'espoir que cette réunion permette de verser des primes aux équipes qui s'investissent pour l'attractivité et la qualité. Elle rappelle que le dispositif est basé sur des engagements collectifs pris au niveau des services quant aux parcours patients. Cette valorisation est fondamentale.

COVID-19

Le président sait que les membres de la CME sont bien informés de l'impact de la crise sanitaire à la veille d'une troisième vague. La situation sanitaire reste critique, des hôpitaux sont saturés : 28 000 patients COVID sont hospitalisés en France contre 32 000 lors du pic en avril 2020.

Le directeur général souligne que la première crise touchait essentiellement deux régions françaises.

Le président souligne que la situation est certes différente de celle de l'an passé, mais l'augmentation du nombre de patients à l'AP-HP permettra difficilement d'obtenir des renforts. En effet, la majorité des régions est très impactée par cette seconde vague dont le plateau est extrêmement élevé. Le variant dit « anglais » progresse assez vite en France, dans une situation de calme avant la tempête. Lorsqu'il sera majoritaire, vraisemblablement durant la première quinzaine du mois de mars 2021, et s'il n'y a pas de mesure supplémentaire pour limiter la circulation du virus, la croissance du nombre de patients sera nettement plus importante.

La vaccination est en cours : elle atteint 60 ou 70 % des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD). Une partie des pensionnaires sera protégée, ce qui fera une différence. Cette différence ne sera toutefois pas très importante pour le nombre de patients en réanimation. Il faut craindre une augmentation significative du nombre de demandes d'hospitalisations. Un confinement dur est extrêmement compliqué à faire accepter en France aujourd'hui en raison des effets collatéraux extrêmement importants d'une telle mesure. C'est notamment difficile pour les étudiants et les personnes en situation de précarité qui se trouvent dans une situation catastrophique. Les services de pédopsychiatrie enregistrent 40 % de tentatives de suicide en plus chez les adolescents. Néanmoins, il faudra aller plus loin dans les mesures barrières et le confinement. À l'AP-HP, plus de 60 % des lits de réanimation sont occupés, et plus de 40 % en région parisienne, ce qui imposera de commencer à déprogrammer certaines interventions dans les prochains jours. Une première réunion a eu lieu le 8 février avec les chirurgiens et endoscopistes et le sujet fera l'objet de nouvelles réunions au cours des prochains jours. L'autre solution à la crise sanitaire est la

vaccination, mais sa mise en œuvre est encore trop faible pour freiner significativement la circulation du virus.

Le directeur général observe que le rythme d'entrées quotidiennes dans les hôpitaux de l'AP-HP en hospitalisation conventionnelle et en réanimation a quasiment doublé en février par rapport à début janvier : l'Île-de-France comptait en moyenne 30 entrées en réanimation par semaine au début du mois de janvier, contre 60 en février. Le nombre d'entrées en hospitalisation conventionnelle s'établissait à 100 ou 120 au début du mois de janvier 2021 contre 250 entrées en février. L'épidémie ne se traduit pas aujourd'hui par un plateau. Le nombre de patients covid admis est supérieur de 100 par rapport à la semaine précédente. Le débat consiste à se demander si cette pente sera maintenue ou si la présence des variants entraînera une rupture de pente. Les travaux en cours menés par M^{me} Vittoria COLIZZA et d'autres chercheurs laissent penser qu'il y aura une rupture de pente. Sans cette rupture mais en suivant la tendance actuelle, il y aura le 18 février entre 800 et 900 patients en réanimation en Île-de-France, à comparer avec les 1 033 patients atteints lors du sommet de la seconde vague et les 2 800 de la première vague. Si cette tendance se poursuit, le sommet de la seconde vague sera atteint avant la fin du mois de février 2021. En cas de rupture de pente, l'accélération amènerait à dépasser les paliers. Dans la situation actuelle, tous les lits de réanimation sont occupés puisque l'activité non covid de soins critiques est très soutenue.

Le président indique que plusieurs membres de la CME souhaitent poser des questions sur la vaccination, et invite le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ à faire le point sur ce sujet un mois et demi après le début de la campagne de vaccination à l'AP-HP.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ rappelle que la vaccination a démarré le 27 décembre 2020. L'AP-HP suit les recommandations de la Haute Autorité de Santé émises fin novembre et qui définissaient des phases et des priorités. La priorisation est basée sur le principe du bénéfice individuel le plus important, en commençant par la vaccination des personnes âgées de plus de 75 ans en ÉHPAD et en unité de soins de longue durée (USLD) afin de réduire les formes graves et les décès en lien avec la Covid-19. La mise à disposition des différents vaccins permettra d'élargir progressivement cette stratégie. La phase 2 de la vaccination concerne les personnes âgées de plus de 75 ans ainsi que les personnels de santé et du secteur médico-social de plus de 50 ans mais certaines de ces personnes ont pu être associées à la première vague. Les vagues ont été définies en fonction de la livraison théorique des vaccins. Les phases 1 et 2 de la vaccination ont été rapidement associées après avoir fait l'objet de discussions afin de permettre la vaccination des personnels de santé dès le départ. La phase est en cours avec les personnes âgées de 50 ans et plus et les soignants sans âge. Le texte du conseil d'orientation de la stratégie vaccinale a mis en œuvre la vaccination en très haute priorité des patients transplantés, en cours de chimiothérapie ou atteints de trisomie 21. Un texte a été récemment publié sur le vaccin d'*AstraZeneca*. 48 000 premières injections du vaccin ont eu lieu à l'AP-HP, dont 19 000 pour les personnels de l'AP-HP, 16 000 pour les personnels de santé non AP-HP et 13 000 pour les patients. 17 300 secondes injections ont eu lieu, dont 8 500 personnels de l'AP-HP qui sont totalement vaccinés. Au total, 65 000 injections de vaccins ont eu lieu à ce jour.

L'AP-HP a fixé une cible initiale de vaccination de 25 000 personnels âgés de plus de 50 ans, dont 10 000 devant être vaccinés en priorité. Le 7 février 2021, plus de 18 500 professionnels étaient vaccinés, dont 8 500 ayant reçu les deux doses. Au total, plus de 20 % des professionnels de l'AP-HP ont reçu au moins une dose, quel que soit leur âge. La moyenne d'âge du personnel de l'AP-HP s'établit à 52 ans avec un premier quartile à 43 ans. La répartition des professionnels vaccinés représente 29 % de personnels médicaux, 55 % de personnels non médicaux et 16 % de

données non renseignées. À ce jour, 24 % des personnels médicaux et 12 % des personnels non médicaux sont vaccinés. Aucune distinction entre les professionnels de l'AP-HP n'a été établie en dehors du critère de l'âge. Des discussions quant à la nécessité de vacciner prioritairement les professionnels des urgences ou de réanimation n'ont pas abouti car ils ne sont pas les plus exposés au risque covid. Les enquêtes sur les sources de contamination mettent en évidence que 60 % des professionnels infectés pensent connaître la source de leur contamination : ils l'auraient été auprès d'un patient dans 5 % des cas, pour environ 50% des cas dans le milieu privé, pour 50% dans leur milieu professionnel, dans le cadre des interactions professionnelles, dans des salles petites ou mal aérées ou lors des pauses repas ou moments de convivialité.

Une vigilance doit être apportée autour des secteurs de gériatrie. Les personnels non médicaux de ces secteurs sont souvent les plus réfractaires à la vaccination, comme c'était le cas avec le vaccin contre la grippe. À la demande du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), une enquête a été menée sur l'offre de vaccination pour le personnel de 14 sites gériatriques. Parmi ces 14 sites petits et isolés, 11 proposent la vaccination au personnel de nuit avec des actions spécifiques des services de santé au travail.

Une charte de la vaccination a été mise en place pour permettre à chacun de faire face à cette situation de pénurie relative de doses de vaccin qui sont devenues une thérapeutique rare comme dans les situations de transplantation. L'adaptation des doses disponibles au nombre de personnes à vacciner doit donner lieu à des discussions collégiales, collégiales et tracées. Les représentants des usagers ont été informés de l'avancement cette campagne de vaccination.

La diffusion des doses s'est bien passée au cours des premières semaines de la vaccination. L'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) a été très sollicitée étant donné qu'elle organisait l'approvisionnement des établissements ainsi que ceux du département des Hauts-de-Seine et de la ville de Paris. L'AGEPS recevait 40 % des doses de la région, en distribuait 25 % aux établissements en dehors de l'AP-HP et en conservait environ 75 %. 7 500 personnes ont été vaccinées durant la première semaine, puis 18 000 personnes la seconde. La troisième semaine, dès le 18 janvier, la vaccination s'est ouverte aux centres ambulatoires pour les personnes âgées de plus de 75 ans. L'AP-HP n'a pas de centre ambulatoire. Sur la base du même nombre de doses réceptionnées, 46 000 ont été envoyées dans ces centres, les établissements de santé en reçoivent donc moins au cours des semaines 3 et 4. À cette époque, la société *Pfizer* a annoncé une diminution du nombre de doses livrées et donc des primo vaccination au sein des GHU.

La seconde dose de vaccin a été déployée en application des recommandations du ministère de la Santé. La Haute Autorité de santé a initialement proposé de modifier la date de seconde injection de 28 à 42 jours après la première, mais cet avis n'a pas été validé par le ministère de la Santé qui a maintenu l'injection à 21 jours (J21) pour les personnes hébergées en ÉHPAD et USLD et 28 jours (J28) pour toutes les autres personnes. Durant la semaine 4, il a fallu reporter les injections des personnes hors ÉHPAD et USLD du J21 au J28. Les directeurs de départements médico-universitaires (DMU) et les référents vaccination se sont réunis. La baisse des doses de *Pfizer* a continué en S5, ce qui a entraîné l'arrêt de l'alimentation pour les primo-vaccinations par l'agence régionale de santé (ARS) et la sanctuarisation des secondes doses. À ce jour, plus de 17 000 secondes doses ont été administrées depuis le début de la campagne. La politique de communication a été élaborée pour fournir une information scientifique, précise et incontestable, permettant aux patients de se déterminer. Plusieurs outils d'information grand public internes à l'AP-HP sont disponibles (*webinaire*, « 7 jours à l'AP-HP », comité de pilotage central et plusieurs locaux).

La Haute Autorité de santé recommande la vaccination avec le vaccin *AstraZeneca* pour les personnes âgées de moins de 65 ans avec l'ouverture au personnel médico-social âgé de 18 à 64 ans quel que soit le mode d'exercice.

Le président remarque que la défiance vis-à-vis du vaccin demeure, surtout parmi les personnels paramédicaux. Le nombre de doses de vaccin n'est pas conforme aux attentes. La vaccination devrait s'accélérer au printemps 2021. M. Olivier VÉRAN a jugé fondamental le 9 février de vacciner au plus vite les personnels soignants. De nombreuses doses du vaccin *AstraZeneca* sont attendues au cours des prochaines semaines. Un effort doit donc être accompli par les équipes de l'AP-HP sur le terrain pour encourager les collègues à se faire vacciner. Toutes les autres mesures sont importantes mais il est fondamental que les médecins interviennent auprès des personnels paramédicaux dont la plupart hésitent à se faire vacciner, afin de les encourager. Il relaie la question posée dans l'espace électronique de conversation par le D^r Jean-Philippe DAVID sur l'origine des données présentées.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ confirme que ces données sont issues d'*Orbis*, donc de l'AP-HP.

Le D^r François SALACHAS regrette que les échanges soient trop rares sur le risque de contamination des soignants vers les soignés. Au sein du groupe Sorbonne Université, 17 *clusters* ont abouti à l'exclusion du soin de 117 personnels soignants, entraînant la fermeture de 117 lits. La non-priorisation des vaccins a un impact extrêmement élevé pour faire face à la vague de contaminations qui arrive. Il convient de préciser si les personnels de l'AP-HP sont identiques vis-à-vis du vaccin, qu'ils soient ou non. Il souhaite savoir si des recommandations de la direction générale ou des soins infirmiers ont été diffusées auprès des cadres de terrain pour accompagner la vaccination. Il confirme que de nombreux personnels ne veulent pas être vaccinés immédiatement. La situation est complexifiée parce que le vaccin *AstraZeneca* est considéré comme de seconde zone. Il faudra en tenir compte dans les explications au personnel. Il convient également de préciser s'il est possible de recevoir un autre vaccin après l'*AstraZeneca*. Il souhaite savoir si la volonté est de diminuer le risque de *clusters* à l'AP-HP en priorisant la vaccination des personnels au contact des patients. Enfin, le nouveau variant soulève une inquiétude sur la contagiosité qui justifie de relancer la communication sur les mesures barrières.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite savoir si des données plus précises seront communiquées sur la vaccination des aides-soignants et des infirmiers.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ répond que cette information sera bientôt disponible. En outre, un certain nombre de personnels de ménage de l'AP-HP a été vacciné au même titre que les personnels soignants et les volontaires au contact des soignants.

M. François CRÉMIEUX juge fondamental de vacciner tout le personnel au contact avec les patients de gériatrie, où apparaissent le plus grand nombre de *clusters* mais il faut massivement vacciner tous les professionnels de ces sites. La moitié des soignants sait comment elle a probablement été contaminée, l'autre non. Parmi ceux-là, une moitié évoque une source de la sphère privée, et professionnelle, dans le cadre des relations interprofessionnelles y compris avec des agents hors soins. La réduction des *clusters*, et la fluidification des parcours de prise en charge, supposent de vacciner en priorité les soignants en services de gériatrie qui comptent moins de médecins et où la résistance au vaccin est la plus importante. Le premier vaccin à acide ribonucléique (ARN) messenger semblait à certains trop complexe, le second est considéré comme de « seconde zone ». L'enjeu est un travail de conviction à mener auprès des équipes de gériatrie pour insister sur l'importance d'être vacciné.

Le président assure que les gériatres sont conscients de l'ampleur du sujet dans leurs services. Les patients ne portent souvent pas bien le masque dans ces services où il est indispensable de convaincre les soignants. La défiance est aussi présente dans les services de médecine et de réanimation ou il faut redoubler d'efforts également.

Le directeur général assure qu'aucune blouse blanche âgée de plus de 50 ans ne s'est vu refuser l'accès à la vaccination durant les trois à quatre premières semaines d'utilisation du vaccin *Pfizer*. Pour cette raison, la question de la compétition n'est pas pertinente. Il convient d'étudier ce qui se passe concernant la vaccination avec le vaccin d'*AstraZeneca* mais de la même manière il n'y a pas de refus de places pour ceux qui en ont demandées.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ signale que 12 000 doses de ce vaccin ont été livrées à l'AP-HP la semaine dernière, ce qui permettra d'assurer un certain nombre de primo-injections *AstraZeneca*. Celui-ci est efficace à 75 %, ce qui est un très bon vaccin du point de vue de l'efficacité vaccinale. Le document de la Haute Autorité de santé est extrêmement clair sur sa capacité à réduire les hospitalisations. Elle est de 100 %.

Le directeur général rappelle, dès lors que l'éligibilité au vaccin concernait l'ensemble du personnel hospitalier, qu'il ne faut pas définir de catégories. Il est important de mettre en avant la vision d'une communauté hospitalière unie.

Le D^r François SALACHAS considère qu'en termes de proactivité il aurait été possible de faire autrement pour convaincre les équipes. L'enjeu de vacciner les soignants aux contacts des patients n'a pas été primordial alors que cela lui semble un moyen pour conserver des capacités d'accueil importantes.

Le président remercie l'ensemble des professionnels toutes catégories confondues qui ont donné du temps pour mettre en place la vaccination à l'AP-HP. Il faut absolument parvenir à vacciner beaucoup plus que 12 % du personnel non médical

II. Informations sur la modification des règles d'accès à l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP (P^{rs} Marie-France MAMZER et Éric LE GUERN)

Le P^r Marie-France MAMZER rappelle que la gouvernance de l'entrepôt de données de santé se structure autour d'un comité de pilotage stratégique, d'un comité scientifique et d'un comité des utilisateurs en lien avec la direction des systèmes d'information (DSI), la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) et un réseau constitué par les *data-scientists* de l'AP-HP. Le comité scientifique et éthique examine les projets de recherche qui lui sont soumis, veille à la loyauté des informations délivrées aux patients, à la compatibilité des traitements de données envisagées avec le cadre fixé par l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), et à l'acceptabilité par les professionnels des pratiques de recherche réalisées sur les données de l'entrepôt. L'évolution des potentialités de l'entrepôt, des pratiques, et des exigences réglementaires imposent une modification des règles de gouvernance et d'accès aux données, destinées entre autres à préparer le dossier de renouvellement de l'autorisation de la CNIL. La direction souhaite s'assurer de la compatibilité de cette modification avec le cadre visé par l'autorisation de la CNIL. Il est possible de proposer des évolutions pour la gouvernance et l'accessibilité de l'EDS comme c'est le cas aujourd'hui devant la CME. À noter qu'une nouvelle méthodologie de référence, spécifique aux entrepôts de données est en cours de finalisation par la CNIL.

Le P^r Éric LE GUERN estime que cette plate-forme technologique est un bel outil qui doit être approprié par les médecins. Le comité des utilisateurs devra effectuer un retour vers le comité de pilotage. L'outil de recherche doit devenir collaboratif et inter-service. En ce qui concerne les règles de l'entrepôt de données de santé, un point important ne fait pas consensus concernant le fait que l'investigateur principal doive informer les chefs de service, voire les collégiales. De nombreuses discussions ont eu lieu sur ce point. Une alternative consisterait à recueillir l'accord des chefs de service dont l'investigateur principal utilisera les données qu'ils ont rentrées dans l'outil. Si l'entrepôt de données de santé présente une masse d'informations importantes, sa granulosité n'est pas optimum, ce qui imposera de revenir vers les services, ce qui justifie une collaboration renforcée et de recueillir l'accord pour la mise en place d'un projet EDS. Le troisième point concerne la nécessité de déployer une formation pour l'ensemble des collègues et d'identifier des référents EDS dans chaque GHU, et qu'il y ait des *data scientists* et des biostatisticiens pour traiter les données extraites de l'entrepôt de données de santé.

Le P^r Laurent MANDELBROT confirme qu'il est entièrement d'accord avec ces propos.

Le P^r Bertrand GODEAU juge fondamental de ne pas complexifier l'accès à l'entrepôt de données de santé. Il partage les points de vue exposés sur la propriété intellectuelle, mais considère que l'appel à l'EDS doit se baser uniquement sur le respect de la règle. Les collègues qui font appel à l'EDS doivent informer les collégiales qui, à leur tour, informent les chefs de service. En l'absence d'opposition clairement formulée, l'accès à l'entrepôt de données de santé est possible.

Le P^r Marie-France MAMZER explique que la dynamique des équipes multidisciplinaires travaillant sur la construction de l'EDS est en cours de redéfinition. Les unités de recherche clinique (URC) pourraient devenir les équipes de référence EDS. En ce qui concerne la CNIL, il semble que la mise à disposition d'une nouvelle méthodologie de référence pourrait simplifier le dispositif réglementaire. En ce qui concerne la question de l'information des équipes de soins concernées par les données, elle propose d'organiser avec les collégiales une réunion de dialogue afin d'étudier comment chaque collégiale souhaite s'organiser autour du partage de cette l'information, notamment sur le fait qu'en l'absence d'opposition des chefs de service, les données pourront être utilisées. En effet, le recueil systématique d'un accord suppose de penser son périmètre, et donc sa faisabilité. Ce n'est pas la même chose d'envisager la question pour une recherche portant sur des maladies ou manifestations rares, ou sur des recherches de portée plus générale. À titre d'exemple, tous les biologistes et radiologues pourraient avoir à donner leur accord quasiment pour chaque demande de consultation de l'entrepôt de données de santé puisque les données collectées se limitent rarement aux seuls cliniciens, ce qui serait alors particulièrement complexe.

Le P^r Éric LE GUERN souhaiterait savoir si les radiologues et biologistes seront informés.

Le P^r Marie-France MAMZER confirme que le comité scientifique et éthique (CSE) n'hésite pas à demander aux porteurs de projets d'informer les collégiales les plus directement concernées par chacun des projets, et notamment la collégiale des radiologues ou des biologistes, au même titre que les autres collégiales particulièrement concernées par un projet. Il arrive même que le CSE suggère qu'un représentant de ces disciplines soit ajouté au consortium de recherche.

Le P^r Éric LE GUERN considère que la non-opposition est une bonne idée.

Le P^r Bertrand GODEAU ne souhaite pas créer une « usine à gaz », mais redoute que l'outil ne soit pas utilisé s'il faut recueillir l'accord de tous les chefs de service pour consulter l'entrepôt de données de santé. Il plaide pour de l'information et de la transparence uniquement. En l'absence

d'opposition, il convient d'appliquer la règle « qui ne dit mot consent » et l'étude suit son cours. Sans information, la méfiance sera de mise et les chefs de service auront le sentiment que leurs données sont volées. Le premier texte voté en CME en 2016 était très précis. Pour une étude très large, il n'y a pas lieu de demander une absence d'opposition.

Le P^r Marie-France MAMZER confirme que le premier texte était conçu de cette manière. Le portail de transparence dédié aux patients et usagers peut aussi constituer un moyen d'assurer la veille des projets en cours. Il est important d'être certain que les collégiales ont bien reçu l'information.

Le D^r Christophe TRIVALLE indique qu'il a reçu un mail de la collégiale de gériatrie intitulé « projet de recherche EDS sur l'atteinte musculaire dans la Covid-19 ». La non-opposition a permis de consulter l'entrepôt de données de santé. Ce fonctionnement semble optimal.

Le président estime que le respect de la transparence, de l'information et de la confiance est fondamental pour la réussite de ce projet.

La modification des règles d'accès à l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP est adoptée à l'unanimité.

III. Avis sur le projet de recherche 2021-2025 de l'AP-HP (P^{rs} Philippe-Gabriel STEG et Éric LE GUERN, M^{me} Stéphanie DECOOPMAN)

Le P^r Gabriel STEG rappelle que la recherche et l'innovation sont plus que jamais un facteur majeur d'attractivité pour l'AP-HP, pour le personnel médical comme pour le personnel paramédical.

La structuration de la recherche et de l'innovation comporte trois étages. Le premier est celui de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), le second concerne les groupes hospitalo-universitaires (GHU), et le troisième, les départements médico-universitaires (DMU) qui ont éprouvé des difficultés à exister en raison de la crise. Des structures ont été créées, 16 fédérations hospitalo-universitaires (FHU) en 2019 qui jouent un rôle éminent. Cette situation s'intègre dans la galaxie très riche de l'AP-HP. Elle regroupe notamment les universités, les partenaires académiques, les instituts hospitalo-universitaires (IHU) et une dizaine de plateformes transversales à l'AP-HP qui offrent un service important pour la communauté des cliniciens et des chercheurs.

Le projet recherche de l'AP-HP se compose de six éléments. Le premier est une politique d'attractivité pour la recherche avec trois points principaux. Il s'agit de mettre sur pied des expériences de contractualisation par des organisations de service, du temps protégé et un parcours particulier pour les jeunes HU. Ensuite, il faut reconnaître l'implication des PH qui jouent un rôle clé qui doit être reconnu. Enfin, la sanctuarisation du temps de recherche est importante pour les porteurs de projet, notamment pour les projets internationaux. Il est important de libérer du temps pour le faire.

Ensuite, se pose la question des dispositifs en direction des jeunes chercheurs. La première concerne l'appui et l'aide à la participation aux congrès. Il n'y a pas eu de substitution immédiate à hauteur des enjeux même si les congrès médicaux ont connu une actualité particulière cette année. Une offre concrète pourra être présentée au printemps 2021 à la communauté pour aller vers une perspective de certification des équipes, ce qui garantit à l'institution qu'une formation de bon niveau a été dispensée au sein de l'AP-HP.

L'information sur la recherche doit mieux circuler au sein de l'AP-HP. Cette dimension peut passer par une ouverture à une audience plus large des instances recherche, permettre à davantage de personnes d'y assister, une refonte des outils avec la mise à disposition de guides, un recensement des appels d'offres et un calendrier de recherche de l'AP-HP.

Ensuite, il paraît intéressant de favoriser les échanges entre les responsables de recherche des DMU qui joueront un rôle critique dans la structuration de la recherche. Il est important de valoriser les projets de recherche de l'AP-HP qui est une immense institution. Il est important de mettre à disposition les indicateurs de recherche et valoriser l'implication des professionnels. L'AP-HP doit aussi communiquer davantage sur les réussites individuelles et collectives.

Un dernier point très vaste consiste à se doter d'un office de l'intégrité scientifique. Ce sujet très vaste concernant des sujets simples comme la fraude scientifique, assez rare, à des sujets beaucoup plus complexes comme la politique de recherche en termes de transparence et de communication, de respect des engagements nationaux et internationaux d'accès aux données, etc. Une mission de préfiguration de l'intégrité scientifique a été confiée au P^r Nicolas DANCHIN dans le cadre de son consultanat. Il travaille activement en vue de tracer des pistes qui seront soumises à la communauté pour se doter d'un office de l'intégrité scientifique.

Le P^r Tabassome SIMON observe que le troisième point de cette réflexion consiste à faciliter la mise en place et le suivi de la recherche. Seront mis en avant pour ce faire : l'amélioration de la qualité et de la performance en mesurant les délais, et notamment la rapidité de mise en place des études, l'incitation à une participation plus active des personnels de l'AP-HP aux inclusions, la mise en place des indicateurs de performance en matière de recrutement et de qualité des données rendues, et le déploiement du système d'information de la recherche avec le logiciel Isidore afin d'assurer un suivi partagé des contrats entre la DRCI, les équipes des investigateurs et les équipes de soutien à la recherche. Il est prévu de déployer les engagements du « Carnot AP-HP » en matière de délai de contractualisation et de structuration. Ce projet prévoit aussi la simplification et le soutien des études sur données. Il convient de soutenir avec les partenaires universitaires et les établissements publics à caractère scientifique et technologique (ÉPST) les comités d'éthique locaux et valoriser la participation du personnel soignant dans ces activités transverses. Il faut aussi renforcer les outils et les équipes d'appui de la recherche, soutenir les plates-formes d'innovation supra-GH, et mieux soutenir les équipes d'appui de la recherche en simplifiant et en harmonisant les politique de ressources humaines des différents groupes hospitaliers. Il convient de poursuivre la dé-précarisation des chercheurs, d'harmoniser les politiques des primes, de simplifier la question des frais de mission, d'accompagner la numérisation de la recherche avec un seul outil qui puisse inclure la pharmacovigilance, la remontée des déviations, développer la signature électronique dans tous les processus, et enfin s'inspirer de ce qui a été mis en place dans le cadre de la crise sanitaire pour accompagner la mise en place du monitoring à distance.

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN indique que l'AP-HP souhaite favoriser la mise en place d'un projet de recherche ouvert et collaboratif. Les conventions ont été renouvelées cette année en lien avec les universités, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et les ÉPST. Le soutien des FHU/RHU est un bon exemple. Un enjeu important consiste à développer les projets de recherche avec les professionnels de ville et les établissements d'Île-de-France. Lors du mandat suivant, l'AP-HP sera coordinatrice du groupement de coordination intra-régionale. L'objectif consiste à développer une recherche collaborative et partenariale. Une offre de partenariats importante peut être valorisée. Enfin, l'AP-HP permet aux chercheurs d'intégrer des projets internationaux.

Le dernier point consiste à renforcer les financements de la recherche à l'AP-HP. Une réforme touchera les dotations sociales des financements. Un dispositif d'intéressement se poursuit avec un développement de la délégation de gestion dans le cadre des DMU. La fondation de la recherche de l'AP-HP a été un soutien et il faut continuer de travailler en commun. Les financements sont certes académiques, mais aussi multiples et il faut continuer à accroître cette tendance ; le « Carnot » est un exemple. En conclusion, le projet de recherche tient compte de l'évolution de l'AP-HP et de ses partenaires. Il traite de l'organisation des services, des parcours des praticiens et d'une gestion proche des affaires médicales.

Le président considère que le lien avec l'Université est une évidence pour la réussite de la recherche, ce qui doit se traduire dans l'élaboration du projet recherche. Il est important de renforcer les liens pour élaborer d'autres projets de recherche en santé publique. L'entrepôt de données de santé doit se donner l'ambition de permettre de traiter des données à l'échelle de l'ensemble de l'AP-HP mais aussi au-delà.

Le P^r Laurent MANDELBROT souligne qu'en termes d'attractivité de l'AP-HP pour les PH, il faut dégager du temps de travail pour la recherche y compris le recueil de données et l'inclusion des patients dans les études. Il faut tenir compte des missions de recherche et du temps qui leur sont consacrés par les PH (et des HU) dans le calcul des effectifs nécessaires dans chaque service.

M. Guy BENOÎT observe que certains universitaires affirment qu'ils manquent de temps pour la recherche. L'activité de soin est importante pour les PH. Il convient de dégager du temps dans les moyens dont dispose l'AP-HP pour favoriser le travail de recherche.

Le président souligne que la nouvelle AP-HP comporte des départements médico-universitaires en vue de rapprocher l'Université des services. Il convient de préciser si le DMU répond à cette question et s'il est possible de mutualiser des moyens humains, attachés de recherche clinique ou d'autres fonctions, à l'échelle d'un DMU.

Le P^r Gabriel STEG rappelle que la santé publique est un sujet majeur qui va bien au-delà de la crise. L'AP-HP comporte plusieurs départements de santé publique qui ont des missions universitaires et une affiliation hospitalière. Ils ne sont pas uniquement positionnés sur l'Urc. Ce sujet mériterait d'être discuté en CME. La question du temps protégé n'est pas un sujet simple. La mutualisation du soutien à la recherche est facilement envisageable mais c'est moins le cas pour les médecins. Il ne suffit pas de dire qu'une somme d'argent est disponible pour payer quelqu'un trois demi-journées par semaine. Ce n'est pas possible de trouver un PH ou un PU expérimentés trois demi-journées par semaine. Il faut privilégier l'expérimentation. L'organisation et la contractualisation sont très difficiles à mettre en œuvre pour éviter le comptage des heures des universitaires. Les grandes communautés hospitalières sont en mesure de mettre en place un mi-temps ou un temps plein de recherche. Ce système qui fonctionne au CHU de Nantes peut être mis en œuvre, mais ce n'est pas simple. Le retrait d'un PH de l'activité clinique diminuera la tarification à l'activité (T2A), mais accroîtra la productivité de la recherche, ce qui est important pour la communauté et le service.

Le président estime que l'attractivité des professions médicales et paramédicales de l'AP-HP passera en partie par le développement de l'activité de recherche. Il est important de dégager du temps pour les médecins et les paramédicaux, même si la situation est particulièrement difficile dans certains endroits. Il faut s'engager dans ce cercle vertueux qui favorisera l'attractivité et permettra d'attirer des profils talentueux à l'AP-HP. Le projet de recherche doit maintenant être

rédigé afin de pouvoir être soumis à l'avis de la CME en même temps que le projet médical dont il fait partie intégrante.

IV. Bilan annuel et projets de la sous-commission *Formation & comité des internes* (P^r Marie-Noëlle PÉRALDI, D^r Vianney MOURMAN)

Le P^r Marie-Noëlle PÉRALDI indique que cette sous-commission s'occupe de formation et du comité des internes. S'agissant de la formation, 21 séminaires médicaux ont été proposés par l'AP-HP en 2019 et leur nombre double en 2021. La sous-commission cherche à élargir les thèmes au personnel non médical, mais il n'y a pas assez de personnel sociologue et psychologue pour remplir ce programme. La sous-commission a tenté d'intégrer les journées organisées par les DMU et centres de référence et trois réponses positives ont été reçues. L'objectif consiste à obtenir une validation du développement professionnel continu (DPC) pour ces séminaires. Enfin, le manque de disponibilité des salles est important depuis la fermeture de Broussais. Le second thème sur lequel la sous-commission souhaite travailler est l'*e-learning*, mais ce sujet est pour le moment à l'état de projet. Le troisième sujet concerne l'offre documentaire de l'AP-HP. Très peu de revues sous format papier sont encore consultables alors que peu de collègues utilisent le nouveau portail de formation sur l'intranet.

Le D^r Vianney MOURMAN parmi les formations, deux sont plus longues : sciences médicales pour les gestionnaires de santé pour favoriser une gouvernance harmonieuse entre médecins et directeurs avec 18 jours de formation théorique et 2 jours de stage par an. Cette formation intéressante permet de créer des ponts. L'objectif consiste à augmenter l'offre et donner davantage de place aux stages cliniques. La seconde formation longue est l'école de management de médecins des hôpitaux, dont le programme est en cours de refonte. Le nombre de jours de formation associé à ce programme a diminué. 90 demandes d'inscription à cette formation ont été reçues et examinées par un jury.

Le P^r Marie-Noëlle PÉRALDI propose d'intervenir sur l'enseignement médical dans les institutions de formation en soins infirmiers (Ifsi). Sur les 16 Ifsi, 9 ne proposent aucun enseignement en présentiel depuis plusieurs années. L'augmentation de l'attractivité de l'AP-HP passera par la rencontre de médecins assez tôt pour les infirmiers en formation. Plusieurs réunions ont été organisées. Un état des lieux a été effectué lors de la dernière réunion. Il convient de s'interroger sur la place de l'enseignement en présentiel et d'identifier quels médecins impliquer dans les formations. Un cours de neurologie passe par la succession de 90 diapositives sans aucune présentation orale, ce qui n'est pas stimulant.

Le dernier point dont a débattu la sous-commission formation concerne les aides financières. L'AP-HP finance des diplômes universitaires (DU), des congrès, des journées de formation, des bourses de mobilité, etc. La sous-commission se réunit tous les deux mois pour attribuer ces aides. Pour les demandes de mobilité à l'étranger les candidats viendront défendre leurs projets. Un des objectifs consiste à améliorer l'information sur ce dispositif étant donné que certains hôpitaux présentent peu de candidatures. Un autre objectif consiste à renforcer le budget annuel de 1 million d'euros pour tous les médecins de l'AP-HP et de discuter de la pertinence d'une coopération possible avec l'industrie pharmaceutique.

Le comité des internes se compose de six points d'attention. Le premier concerne la participation aux commissions en lien avec les internes : commission de répartition, commission d'agrément, commission inter-CHU, etc. Ces réunions se déroulent en lien avec l'agence régionale de santé (ARS). Le tableau de répartition des internes en Île-de-France a été récemment obtenu. Le

comité des internes souhaite rappeler l'importance du CHU comme lieu de formation des internes et de défendre les postes d'interne attribués aux services de l'AP-HP. Une quarantaine de postes en médecine interne de l'AP-HP a été perdu. Il convient de s'interroger sur les raisons pour lesquelles certains services ne sont pas choisis par les internes et étudier la mise en place des docteurs juniors. Le comité des internes souhaite enfin rencontrer les diplômés d'études spécialisées (DES) qui partent à l'étranger ou dans les territoires d'outre-mer.

Le comité des internes se réunit également au sujet de la démographie médicale, afin de s'interroger sur le nombre de médecins qui travaillent à l'AP-HP et l'évolution des métiers. La recherche bibliographique ne livre aucune information prospective à l'office national des professionnels de santé (ONDPS) et à la direction nationale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Il n'y a pas de données récentes disponibles sur la projection du nombre d'internes à cinq ans par spécialité médicale. Pour cette raison, le comité des internes ne soumet aucune proposition. Le comité souhaite qu'un de ses représentants participe aux réunions de l'ONDPS lors de sa réunion du printemps.

Le D^r Vianney MOURMAN évoque le certificat médical obligatoire pour commencer l'internat. Le comité souhaite utiliser ce certificat pour donner la possibilité aux internes de contacter une personne en cas de difficulté. Le comité des internes a donc rédigé une check-list des éléments attendus : vaccination, état de santé des futurs internes. L'objectif est de permettre aux internes de connaître les ressources accessibles en cas de souffrance au travail. De mi-septembre au 1^{er} novembre, 1 300 consultations doivent avoir lieu. La sous-commission cherche des PH volontaires afin de mener ces consultations et de positionner les internes sur ces consultations. Reste à résoudre la question de la confidentialité de cette fiche et son archivage. La sous-commission a également participé à la réunion des coordonnateurs de diplômés d'études spécialisées complémentaires (DESC).

Le P^r Marie-Noëlle PERALDI indique qu'une jeune femme a recensé dans le cadre d'une thèse de médecine présentée en juillet 2020 le nombre de 20 personnes ressources au sein de l'université Paris VII pour traiter de la souffrance au travail. Elle évoque un manque de visibilité et une absence de coordination entre les structures qui s'occupent des problèmes sociaux, celles qui s'occupent des problèmes psychologiques, etc. L'objectif de la sous-commission consiste à se rapprocher de la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) pour que l'information parvienne au bureau des internes étant donné que la centralisation est souhaitable du fait de la rotation des internes. Par exemple, une interne en psychiatrie a lancé une saisine du comité médical qui a été prise en charge localement, mais plusieurs mois plus tard, l'interne avait changé de stage et ne dépendait donc plus de la même CMEL. Pour cette raison, l'article 1-40 sur les délégations du président de CME vers les présidents de CMEL mérite d'être rediscuté.

Tous les deux mois, le comité des internes rencontre les syndicats des internes. Deux points majeurs émergent : la difficulté à vivre le double statut car les internes ont l'impression de ne jamais être la bonne personne au bon endroit. Ceux qui quittent le service pour se rendre en formation ont le sentiment d'abandonner leur travail mais ils se retrouvent en difficulté s'ils ne vont pas en formation. En outre, ils ont peur de ne pas y arriver. Ils sont docteurs à part entière durant la dernière année, et c'est un facteur d'angoisse. Leur revendication principale qui est légale concerne la durée du temps de travail, qui s'accompagne d'une certaine ambiguïté. Elle concerne surtout les internes de chirurgie.

En conclusion, le **P^r Marie-Noëlle PERALDI** remercie, pour la commission formation M^{mes} Anne DARDEL et Roselyne VUIDEPOD et M. Didier LACAPELLE, et, pour le comité des internes, M^{me} Camille GIAMBRUNO et M. Olivier TRÉTON.

Le président remercie le P^r Marie-Noëlle PÉRALDI et le D^r Vianney MOURMAN pour la qualité du travail accompli sur des sujets aussi importants que le bon accueil et la bonne formation des internes, dont les fonctions ont beaucoup évolué au fil du temps. La formation au management commune entre personnels médicaux et administratifs est très positive. Les paramédicaux pourraient être associés à cette formation car c'est une expérience extrêmement enrichissante. Il faut améliorer le lien entre les médecins et les IFSI et l'accueil par les médecins dans les services pour mieux accueillir les étudiants et les attirer à l'issue de leur formation. En ce qui concerne la démographie médicale, la CME regrette de ne pas pouvoir disposer de données chiffrées exploitables. Cette dimension est nécessaire pour préparer l'avenir des disciplines, dont certaines sont en grande difficulté. Il insiste sur le problème des internes en difficulté qui nécessite un travail approfondi pour lequel le comité des internes est invité à se rapprocher de la sous-commission *Vie hospitalière & attractivité* (CVHA). Le lien avec les CVH doit être assuré. Il est important de faire connaître les circuits possibles pour les personnes en souffrance. Les jeunes internes arrivent dans un milieu qui peut être ressenti comme hostile, ce qui impose de communiquer. Enfin, il est important d'organiser la visite médicale en début d'internat. Le président encourage donc les médecins à se porter volontaires pour participer à la réalisation de ces visites.

Le P^r Bruno Riou conseille, concernant la démographie régionale, de ne pas perdre de temps à consulter les travaux de l'ONDPS régional ou national qui sont peu fiables. Les ajustements sont souvent marginaux, sans aucune connaissance des besoins démographiques à cinq ou dix ans puisqu'il n'y a aucune donnée prospective nationale. L'ONDPS ne livrera pas d'information intéressante tant que le ministère de la santé n'aura pas mis en route un travail plus complexe selon les disciplines en vue d'une projection à cinq, dix ou quinze ans, et qu'il ne tiendra pas compte des disparités régionales sans décréter que la région Île-de-France est une région « riche ». Elle l'est dans certains territoires en nombre de médecins alors qu'elle héberge aussi des déserts médicaux. Le changement suppose d'agir au plus haut. Au niveau national, certaines spécialités seront en très grande souffrance au cours des prochaines années. Il est probablement trop tard pour couvrir certaines spécialités. En outre, il souhaite nuancer les faits concernant le nombre d'internes en médecine interne qui aurait diminué de 40 à l'AP-HP. Le nombre de postes d'internes a diminué dans les services hospitaliers par la création de nouveaux DES, comme en médecine d'urgence et gériatrie, et du fait que la médecine générale a fait en sorte qu'une partie de ces postes évolue en médecine ambulatoire, ce qui paraît conforme aux évolutions. L'enveloppe du nombre d'internes n'a pas tellement évolué et cela se traduit effectivement par une diminution de postes d'internes, notamment dans des services de médecine interne qui étaient plus largement pourvus par ces types d'internes. Il ne sera pas possible de revenir en arrière. Certaines spécialités, dont la dermatologie et l'endocrinologie, auront peut-être également plus de postes en médecine ambulatoire dans l'avenir, en dehors de l'AP-HP. Cette évolution est à peu près inéluctable. En outre, les hôpitaux en dehors des CHU revendiquent davantage de postes d'internes et il faut faire en sorte que la répartition des internes soit plus homogène, mais en respectant avant tout la qualité formatrice et pédagogique des stages.

Enfin, en ce qui concerne les IFSI, ce que fait la région Île-de-France en matière de conventions avec les universités aboutit à ce que l'argent donné aux universités pour les IFSI n'est pas suffisant, ce qui les rend déficitaires. La situation s'aggrave chaque année en particulier avec les décisions ministérielles d'interdire tous paiements supplémentaires par les étudiants. Le sujet ne dépend ni

de la région, ni des universités, ni des IFSI, mais les conditions ne sont pas réunies pour favoriser un enseignement de qualité dans les IFSI.

Le D^r Stefan NERAAL confirme que le comité inter-régional de l'ONDPS ne joue pas toujours son rôle, comme il peut le confirmer en tant qu'ancien représentant des internes. Il précise que le certificat médical destiné aux internes pour débiter le 3^e cycle peut être rempli peut-être rempli par tout médecin hospitalier, pas seulement les PH. Organiser une telle consultation est souhaitable.

Le P^r Bertrand GODEAU regrette que l'apprentissage de la médecine générale se soit autant éloigné de l'hôpital car elle s'apprend aussi en son sein et permet de favoriser les liens ville-hôpital. Les inégalités régionales sont très importantes dans certaines disciplines. La pénurie d'internes est critique pour certaines spécialités médicales en Île-de-France, mais la situation est très différente selon les régions. Le grand Paris n'est pas pourvu en nombre d'internes dans certaines spécialités. En tant que chef de service avec une unité de médecine interne et de diabétologie, il constate que ce qui attire les futurs professionnels est l'enseignement et la proximité de jeunes. La formation des internes uniquement en ambulatoire ou en ville ne permettra pas de créer cette attractivité pour les services de médecine.

Le D^r Jean-François HERMIEU souhaite relayer les difficultés qu'il constate en urologie : 27 postes sont ouverts pour le prochain semestre, dont 10 seront pourvus et 5 viendront d'autres spécialités, donc 12 postes resteront vacants. Les hôpitaux de Cochin, Henri-Mondor et Bicêtre n'avaient pas d'internes en urologie en 2020. Tous les postes ouverts ne sont pas occupés, et les services l'apprennent souvent très tard. Le recrutement de faisant fonction d'interne (FFI) est également complexe. Au total, le travail sera réparti entre moins d'internes, ce qui générera davantage de souffrance dans les services.

Le P^r Yann PARC observe que l'internat en chirurgie est une nouveauté pour les internes. L'examen comprend peu de questions de chirurgie, il est fondamental de créer une école de chirurgie. C'est un élément de stress notable au cours des deux premiers semestres. L'école de chirurgie qui pourrait ouvrir en 2024 est un élément fondamental pour la formation des internes.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaiterait savoir ce qui est prévu en matière d'organisation des stages des médecins étrangers, quel sera le rôle du centre national de gestion (CNG) et quelle sous-commission de la CME suivra ce sujet.

M^{me} Hélène OPPETIT explique que la réforme du statut des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) a été évoquée le 8 février lors de la réunion de la CVHA. Les directeurs ont été informés de cette réforme qui interrompt le recrutement de gré à gré de ces praticiens. Cette réforme est profonde pour les praticiens comme pour les établissements. Elle est très technique et complexe.

Le D^r Christophe TRIVALLE juge fondamental de présenter cette réforme à la CME et de communiquer sur ce point sur le terrain.

M^{me} Hélène OPPETIT précise que les directeurs des affaires médicales ont pour mission d'informer les CMEL de ces dispositions. Ce sujet très technique pourrait effectivement être présenté en CME.

Le D^r Christophe TRIVALLE redoute que des services se retrouvent sans interne et sans médecin étranger, ce qui risque d'être catastrophique dans certaines disciplines.

Le P^r Bruno RIOU observe qu'un service agréé pour une spécialité l'est pour aussi bien pour les internes que pour les FFI. L'ARS, les doyens et les représentants des spécialités continuent de décider de l'agrément.

Le D^r Christophe TRIVALLE explique qu'il dispose d'un agrément en médecine générale sans avoir d'interne en médecine générale et en gériatrie ancien régime. Il n'a pas d'agrément en phase consolidation pour accueillir des internes en gériatrie. Faute d'internes, il craint de perdre l'agrément.

Le P^r Bruno RIOU rappelle que la notion d'agrément et le fait d'avoir des postes d'internes au choix sont deux choses différentes.

Le D^r Vianney MOURMAN ajoute qu'il a pris plaisir à effectuer ce travail. Il ajoute que pour la première fois, un cadre supérieur a été intégré au processus de l'école de management des médecins des hôpitaux (ÉMAMH) depuis 2020 car ce dispositif est bien ouvert aux paramédicaux. Il confirme enfin que les internes ont le sentiment de trop travailler. Une erreur de communication semble avoir eu lieu. Ils sont au final très exigeants envers eux-mêmes et il est important de les soutenir.

Le P^r Virginie SIGURET-DEPASSE salue la qualité de la présentation. Elle s'étonne de la rigidité grandissante et de l'obligation de tout fixer six mois à l'avance concernant les postes d'internes. En pratique, des titulaires de diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) se désistent et il n'est pas possible de remplacer un hématologue par un bactériologiste qui est le suivant sur la liste. Autrefois, il existait une certaine souplesse au sein des GH, mais la situation est devenue très hétérogène. Cette situation complexifie la répartition entre internes étrangers pour les placer au bon endroit. En ce qui concerne les internes en difficulté, elle indique qu'en tant que coordonnateur du DES de biologie médicale, elle a dû en gérer dix, dont certains confrontés à des difficultés majeures. Des circuits sont pourtant connus. Un centre national d'appui aux internes en difficulté a été créé, ce qui est positif, mais il n'est pas possible de contraindre un interne en souffrance à solliciter le service de santé au travail s'il ne le souhaite pas. Or, les saisines auprès de l'ARS sont restées sans réponse et les chefs de service qui accueillent les internes sont finalement très démunis.

V. Visites de risques au bloc opératoire (D^r David OSMAN)

Le D^r David OSMAN, responsable du système management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse, présente un projet de visite de risques au bloc opératoire, centré sur la sécurisation médicamenteuse et construit avec Le D^r Christine MANGIN du département de la qualité, du partenariat et du patient. Ce projet contribue à décliner l'arrêté du 6 avril 2011 sur la sécurisation du médicament qui correspond à un engagement conjoint de la direction et de la CME pour une utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament. C'est dans ce contexte que l'AP-HP déploie depuis plusieurs années des outils classiques de démarche qualité : formations, procédures, audit, incitation à l'organisation de revues de morbidité et de mortalité (RMM) et visites de risques.

Le sujet de la sécurisation médicamenteuse au bloc opératoire est tiré du bilan des événements indésirables graves (ÉIG) déclarés par l'AP-HP à l'ARS, et plus précisément des erreurs médicamenteuses graves déclarées dans les blocs opératoires. Ce bilan peut constituer une alerte compte-tenu de la récurrence et de la progression des déclarations. Certes, « seuls » 22 événements ont été recensés en six ans, mais il s'agit des seuls événements graves et déclarés,

et de moins de 1 % des événements médicamenteux au bloc opératoire. La progression des déclarations ne doit pas être considérée comme l'augmentation de survenue de ces événements. Elle suit la progression générale des déclarations d'ÉIG à l'AP-HP. Il faut noter par ailleurs que dans 4 cas il y a eu réclamation indemnitaire. Enfin, il est intéressant de travailler au bloc opératoire afin d'y accompagner la culture de sécurité. Des événements récurrents, notamment des erreurs de côté ou de patient ou des oublis de corps étrangers, ont été identifiés le bilan des ÉIG et une récente enquête de la direction des affaires juridiques.

Les ÉIG au bloc opératoire sont essentiellement des erreurs d'administration de produits, principalement liées aux catécholamines, plus rarement aux curares et aux morphiniques. La plupart des GHU sont concernés. Ces événements présentent des similitudes avec ceux déclarés en réanimation et dans les services d'urgence qui pourraient faire l'objet d'investigations futures.

La visite de risque est une approche par comparaison à un référentiel. La construction du référentiel est facilitée ici par une littérature abondante en anesthésie-réanimation, de récents rapports et recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS), de la société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) et de la société française de pharmacie clinique (SFPC). Le référentiel s'appuie également sur le travail mené jusque-là dans les services d'anesthésie réanimation de l'AP-HP en mutualisant les analyses menées et les plans d'action proposés

La visite de risque doit être menée de manière pragmatique et bienveillante. Elle doit être courte, ne demander aucun travail préparatoire au service investigué. La visite ne doit pas être envisagée comme une inspection, une analyse de conformité aux normes. La visite est l'occasion de s'intéresser aux aspects architecturaux, ergonomiques, organisationnels, au processus de travail, à la charge de travail et au turn-over des soignants. Une expérience a déjà été acquise par l'AP-HP en matière de visite de risques, dans le cadre du programme *Geriamed* dont l'objectif était de sécuriser la prise en charge médicamenteuse en gériatrie : 19 sites avaient été visités entre les mois de septembre 2018 et février 2019 avec la mise en place de plans d'action locaux et institutionnels.

Cette visite comporte trois étapes. L'étape de préparation consiste à recueillir les documents transmis aux visiteurs. La visite en elle-même dure deux jours, dont un jour pour le bloc et un jour pour la salle de soin post-interventionnelle. Chaque GH doit choisir un bloc opératoire. Deux visiteurs externes au GHU participent à la visite, dont un professionnel du bloc opératoire. On prévoit un accompagnement par la direction qualité du groupe hospitalier. L'ensemble du personnel du bloc opératoire est rencontré durant deux heures en investiguant des points obligatoires et en posant des questions autour du dossier médical du patient. Une restitution à chaud a lieu le jour-même sur les barrières de sécurité et les vulnérabilités observées au cours de la visite. Les personnes en lien avec la prise en charge médicamenteuses sont conviées : infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE), pharmaciens, logisticiens... Mais tous les personnels du bloc opératoire, y compris les personnels en formation, doivent être représentés.

L'investissement des équipes d'anesthésie réanimation en matière de gestion du risque devrait permettre de mener ces visites sur la base du volontariat. La mise en route du projet dépend bien sûr de l'évolution du contexte sanitaire. On lancer cette démarche en septembre 2021 au plus tard, mais au mieux dès le mois de juin 2021.

Le président soutien ce projet et remercie le D^r David OSMAN pour la qualité de sa présentation. La CME participera à la communication autour de ce sujet.

Le D^r Diane BOUVRY souhaite savoir si des volontaires se sont manifestés pour participer à ces visites et par quel canal.

Le D^r David OSMAN indique que les volontaires se sont manifestés par les directions des soins ou les directions qualité. La volonté doit être partagée par les chefs de service concernés. Cette première communication en CME permet de présenter maintenant le projet aux chefs de service concernés et aux services impliqués.

Le D^r Bruno GREFF note que cette visite de risques concerne les erreurs médicamenteuses mais il souhaite savoir si elle portera sur l'ensemble des processus du bloc opératoire avec un focus sur les erreurs médicamenteuses.

Le D^r David OSMAN confirme que l'on souhaite mettre l'accent uniquement sur la prise en charge médicamenteuse. Des visites très larges déjà menées au bloc opératoire ne sont pas suffisantes pour gérer ce sujet très précis.

Le D^r Christine MANGIN explique que le fait de se centrer sur la prise en charge médicamenteuse permet d'observer que l'ensemble de la prise en charge des patients impacte cette dimension. Un élargissement du spectre d'analyse aura donc sans doute lieu naturellement, comme cela s'était produit dans le cadre de *Gériamed*.

Le D^r François SALACHAS souhaite savoir si les visites tiendront compte de la vitesse de rotation dans les blocs, de leur mutualisation, du fait que les équipes ont l'habitude de travailler ensemble et du degré d'expérience des professionnels impliqués.

Le D^r David OSMAN confirme que ces thèmes seront discutés afin qu'une prise de conscience ait lieu dans les blocs opératoires des risques associés à ces contextes.

M. Guy BENOÎT souhaite savoir si l'AP-HP reçoit des informations sur l'analyse des causes des événements indésirables, et si les 9 ÉIG déclarés en 2020 ont été analysés. Le cas échéant, sait-on ce qui a engendré ces erreurs.

Le D^r David OSMAN souligne que l'augmentation très importante des ÉIG correspond à une augmentation très claire des déclarations des ÉIG par l'AP-HP dans tous les domaines. Les ÉIG sont déclarés à l'ARS selon une procédure qui impose d'effectuer une analyse approfondie qui est également adressée à l'ARS.

Le D^r Christophe TRIVALLE observe que *Gériamed* comportait un volet de visite de risque et un volet de formation en équipe, et souhaiterait savoir si le second volet aura lieu pour ce nouveau projet.

Le D^r David OSMAN explique que la visite de risque est considérée en soi comme un outil pédagogique. Le dispositif ne prévoit pas de volet spécifique de formation.

Le directeur général rappelle que *Gériamed* est né à la suite d'un événement grave au sein de l'un des hôpitaux gériatriques, où des patients recevaient indument des médicaments pour les calmer. Une enquête a été menée dans ce site. Il n'était pas possible de poursuivre dans un possible contexte d'insécurité dans les différents sites gériatriques de l'AP-HP s'agissant de la dispensation de médicaments à des personnes vulnérables. Les actions engagées ont impacté le travail en équipe dans les hôpitaux gériatriques. De la même manière, plusieurs chocs anaphylactiques et allergies médicamenteuses aux urgences ont conduit à un certain nombre d'expérimentations. Les

déclarations d'ÉIG ne sont pas simplement des déclarations pour un événement, mais pour cibler une stratégie de prévention des risques. Jusqu'à il y a deux ans, parmi 150 ou 200 ÉIG déclarés par l'AP-HP, aucun n'était déclaré par les SAMU étant donné qu'il n'y avait aucune tradition de déclaration de ces ÉIG. Le nombre de déclarations a augmenté au SAMU de l'AP-HP, mais reste inférieur à la moyenne du secteur. Des formations ont été dispensées sur ce sujet car cette démarche est fondamentale pour la qualité des soins à l'AP-HP.

VI. Présentation du logiciel *Chronos* de gestion du temps de travail du personnel médical (M. Olivier TRÉTON)

Ce point est reporté.

VII. Approbation des comptes rendus des CME des 3 novembre 2020 et 12 janvier 2021

Les comptes rendus des CME des 3 novembre 2020 et 12 janvier 2021 sont adoptés à l'unanimité.

VIII. Questions diverses

Hôpital Nord

Le D^r Vianney MOURMAN souhaiterait savoir si le projet de réduction du capacitaire de l'hôpital Nord est maintenu ou si le contexte actuel permet d'atténuer cette volonté. Il demande également s'il est prévu qu'il y ait suffisamment de chambres pour accueillir les patients dans des conditions d'hygiène et de distanciation adaptées.

Le directeur général indique qu'en mai 2020, l'AP-HP a retravaillé le projet à l'aune de la crise sanitaire en tenant compte de la tension dans la prise en charge des patients. Un travail a été mené avec les responsables médicaux en se demandant s'il était possible de faire le maximum avec le projet tel qu'initié (choix du terrain, validation du projet, lancement du concours d'architecte) ou s'ils souhaitaient tout remettre en jeu. Le choix des responsables de la communauté médicale a été de continuer plutôt que de retomber dans une incertitude qui ne permettrait plus de fixer de dates à ce projet annoncé le 13 juillet 2013. Entre temps, il a fallu trouver le bon terrain et mener des procédures d'enquête publique. Une centaine de lits a été ajoutée depuis le lancement de ce projet. Des espaces en sous-sol seront rééquipés en salle de crise comme cela se fait dans certains hôpitaux à l'étranger. L'objectif consiste à disposer d'un hôpital qui fonctionne et réponde aux besoins de santé du territoire. Plusieurs options sont travaillées. La direction étudie la possibilité d'acquérir un terrain attenant au projet, et si des points doivent être repensés. Il convient également de renforcer l'articulation avec les soins de suite, ce qui constitue un point faible des hôpitaux Bichat et Beaujon. Il faut aussi travailler sur l'offre extrahospitalière et l'augmentation de la densité en centre de santé, en médecine de ville, etc. D'autres options seront évoquées lors de la réunion prévue lors de la soirée du 10 février.

Le président indique que le projet sera présenté à la CME du 9 mars au cours de laquelle les précisions seront apportées. Il demande à la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT) d'instruire activement ce sujet en amont de la CME.

Tensions sur les consommables en plastique

Le P^r Rachel LEVY signale la situation de tension en consommables de plastiques à l'AP-HP, notamment les plaques pour les tests PCR qui concernent les différents DMU de biologie et l'ensemble des pôles de biologie en France.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ confirme qu'un recensement a été effectué auprès des représentants des DMU. La situation n'a pas été jugée problématique en décembre 2020. Le sujet évoqué dans tous les CHU a été remonté. Un travail d'analyse a été effectué par l'AGEPS. Il ne s'agit pas d'un déficit de matière première, mais les usines qui fabriquent ces dispositifs sont très sollicitées. La demande mondiale de matériaux plastique a explosé. Des réunions sont prévues avec le ministère de la santé, la direction générale des entreprises (DGE) et les professionnels de la filière de la pétrochimie et du plastique pour étudier ce qui peut être accompli. La mise en place d'une filière de production en France prend trois à quatre mois. L'AP-HP traite avec 3 à 4 fournisseurs et en cherche de nouveaux. Un travail est également effectué sur des techniques alternatives. Le sujet de l'impression en 3 dimensions (3D) a été évoqué, mais ce n'est pas suffisamment précis pour ce type de matériel destiné aux biologistes. En conclusion, après une alerte auprès des autorités compétentes, la sensibilisation sur ce sujet en CME permet d'alerter la communauté médicale et les responsables de DMU de biologie en vue d'engager une réflexion plus profonde. Un état des lieux des stocks doit être mené au niveau des DMU de biologie avec le soutien de l'AGEPS. Les spécialités devront peut-être à terme optimiser les techniques et les stocks, puis rationaliser et prioriser les examens.

Le directeur général explique que le sujet se pose de manière plus aigüe dans les laboratoires hospitaliers que dans les laboratoires de ville.

Le président confirme que le problème ne se pose pas de la même manière dans les différents GHU. La situation semble être différente dans le privé. Il faudra éventuellement prioriser la livraison à certaines activités, sachant qu'il est important de poursuivre la recherche.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ indique que le P^r Bruno Riou, en tant que directeur médical de crise, pourrait adresser un courrier aux responsables de DMU de biologie pour finaliser ce travail de recensement afin que le CHU continue d'assurer les activités de recours.

Le P^r Claire POYART signale qu'elle se renseigne pour mieux comprendre les disparités qui existent en les laboratoires privés et les centres hospitaliers.

Intersyndicat des hôpitaux de Paris

Le P^r Bernard GRANGER indique que l'inter-syndicat des hôpitaux de Paris regroupe les syndicats, collégiales ou inter-collégiales de chirurgiens, médecins, biologistes, anesthésistes, radiologies, anatomo-pathologistes. Il vient de renouveler son bureau et sa commission hospitalière, dont voici la composition : président : Bernard GRANGER ; vice-présidents : Hawa KEITA, Christophe HENNEQUIN ; secrétaire général : Antoinette LEMOINE ; secrétaire général adjoint : Thierry MOLINA ; trésorier : Arnaud PICARD ; membres du bureau sans fonction : Sonia CERCEAU, Dominique ISRAËL-BIET, Alain LUCIANI, Yann PARC. Autres membres de la commission hospitalière : *médecins* : Zahir AMOURA, Bertrand GODEAU, Karine LACOMBE, Céleste LEBBÉ, Jean-Jacques MONSUEZ, Marie-Noëlle PERALDI, Jean-Damien RICARD, Andrei SEFERIAN, Laurent TEILLET ; *chirurgiens* : Philippe ANRACT, Beatrix BARRY, Anne-Sophie BATS, Emmanuel CHARTIER-KASTLER, Alain FAYE ; *biologistes* : Vincent FROCHOT, Sandrine HOUZÉ, Marie-Pia D'ORTHO, Andreas PERRIER-CORNET ; *anesthésiste-réanimateur* : Anatole HARROIS ; *radiologue* : Pierre-Yves BRILLET. On y compte de nombreux membres de l'actuelle CME.

La « tontine », système de solidarité qui aide les collègues en cas de congé longue maladie ou leurs proches en cas de décès dépend de l'inter-syndicat. Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE en est le trésorier. Une campagne d'information est prévue en 2021 afin d'offrir des conditions avantageuses d'adhésion aux praticiens titulaires qui n'y ont pas participé dès leur nomination.

Le P^r Bernard GRANGER précise que l'inter-syndicat est un syndicat officiel déclaré à la mairie de Paris. En cas de conflit social, il est habilité à déposer un préavis de grève pour l'ensemble des praticiens de l'AP-HP. Il vise à être force de proposition, à réfléchir aux restructurations de l'AP-HP et à tirer le bilan des réalisations de notre institution de ces quinze dernières années. Il se tient aux côtés de la CME et de son président. Ce dernier a accepté de participer à la prochaine réunion de l'inter-syndicat. Les réflexions et les actions de l'inter-syndicat se mènent aussi en étroite collaboration avec l'ensemble des collégiales de spécialités, notamment sur le projet médical. En conclusion, le **P^r Bernard GRANGER** se félicite de présider cet inter-syndicat qui veillera à travailler pour le bien commun.

La séance est levée à 19 heures 45.