

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 5 AVRIL 2022

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 5 JUILLET 2022

Sommaire

| | | |
|----|--|----|
| 1. | Informations du président | 6 |
| 2. | Approbation du compte rendu de la CME du 8 mars 2022 | 10 |
| 3. | Point sur l'anatomo-pathologie | 10 |
| 4. | Urgences : | 13 |
| | - Point sur les urgences | 13 |
| | - Point sur la mise en place du service d'accès aux urgences (SAs) | 21 |
| 5. | Point sur la prime de solidarité territoriale | 25 |
| 6. | Questions diverses | 28 |

CME du mardi 5 avril 2022

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 8 mars 2022
3. Point sur l'anatomo-pathologie (P^r Anne COUVELARD)
4. Urgences :
 - Point sur les urgences (D^r Hélène GOULET)
 - Point sur la mise en place du service d'accès aux urgences (SAs) (P^r Frédéric BATTEUX)
5. Point sur la prime de solidarité territoriale (M. Olivier TRÉTON)
6. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

| | | | | | |
|-----------------|-------------|-------------------|----------------|---------------|----------------|
| D ^r | Marie | ANTIGNAC | P ^r | Agnès | HARTEMANN |
| D ^r | Thomas | APARICIO | D ^r | Jean-François | HERMIEU |
| P ^r | Jean-Yves | ARTIGOU | P ^r | Sandrine | HOUZÉ |
| P ^r | Frédéric | BATTEUX | P ^r | Jean-Louis | LAPLANCHE |
| D ^r | Fadi | BDEOUI | D ^r | Éric | LE BIHAN |
| D ^r | Guy | BENOIT | P ^r | Éric | LE GUERN |
| P ^r | Bahram | BODAGHI | P ^r | Michel | LEJOYEUX |
| D ^r | Diane | BOUVRY | P ^r | Laurent | MANDELBROT |
| P ^r | Sophie | BRANCHEREAU | P ^r | Xavier | MARIETTE |
| D ^r | Emmanuel | BUI QUOC | D ^r | Rafik | MASMOUDI |
| P ^r | Jean-Claude | CAREL | D ^r | Vianney | MOURMAN |
| P ^r | Alain | CARIOU | P ^r | Yann | PARC |
| D ^r | Cyril | CHARRON | D ^r | Juliette | PAVIE |
| P ^r | Olivier | CLÉMENT | D ^r | Antoine | PELHUCHE |
| P ^r | Yves | COHEN | P ^r | Antoine | PELISSOLO |
| P ^r | Anne | COUVELARD | D ^r | Patrick | PELLOUX |
| M ^{me} | Audrey | DARNIEAUD | P ^r | Marie-Noëlle | PERALDI |
| P ^r | Loïc | DE PONTUAL | D ^r | Nathalie | PONS-KERJEAN |
| D ^r | Sonia | DELAPORTE-CERCEAU | P ^r | Claire | POYART |
| P ^r | Hubert | DUCOU LE POINTE | P ^r | Louis | PUYBASSET |
| D ^r | Georges | ESTEPHAN | P ^r | Jean-Damien | RICARD |
| D ^r | Thierry | FAILLOT | D ^r | François | SALACHAS |
| P ^r | Bertrand | GODEAU | P ^r | Rémi | SALOMON |
| P ^r | Bernard | GRANGER | D ^r | Brigitte | SOUDRIE |
| D ^r | Bruno | GREFF | P ^r | Laurent | TEILLET |
| M ^{me} | Sophie | GUILLAUME | D ^r | Christophe | TRIVALLE |
| P ^r | Christian | GUY-COICHARD | D ^r | Valéry | TROSINI-DESERT |

• ***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
- 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

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

- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ et M^{me} Laetitia BUFFET, directrices générales adjointes
- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général

- M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M^{me} Marie-Charlotte DALLE, directrice des affaires juridiques
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie de transformation (DST), M^{me} Sophie BRUN et M. Jean-Guilhem XERRI (DS)
- D^r David OSMAN, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) de l'AP-HP
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)

- **Invités :**

- P^r Frédéric ADNET, directeur médical du SAMU de Seine-Saint-Denis
- D^r Hélène GOULET, présidente de la collégiale des urgentistes
- P^r Thierry MOLINA, président de la collégiale d'anatomie-pathologique

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)
- M^{me} Déborah ENTE (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, René ADAM, Philippe ANRACT, Elie AZOULAY, Sébastien BEAUNE, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Olivier BOURDON, Yves-Hervé CASTIER, Julie CHOPART, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALES, Alexandra DE SOUSA DANTAS, Vianney DESCROIX, Olivier DRUNAT, Jacques DURANTEAU, Vincent FROCHOT, Émelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Rachel LEVY, Emmanuel MARTINOD, Salomé MASCARELL, Louis-Paul PATY, Nathalie RICÔME, Clara SALINO, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Ishai-Yaacov SITBON, Samir TINE, Michel VAUBOURDOLLE, Karine VIRETTE et Noël ZAHR.

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

La CME a rendu hommage au P^r Emmanuel FOURNIER, responsable de l'unité d'électromyographie du département de neurophysiologie clinique de la Pitié-Salpêtrière et du département d'éthique de Sorbonne Université, décédé le 2 avril 2022 à l'âge de 63 ans.

1. Informations du président

Difficultés informatiques

Le président signale que l'AP-HP fait actuellement face à d'importants problèmes de connexion internet. Il suggère par conséquent aux membres de la CME qui assistent à la réunion à distance d'utiliser leur téléphone mobile sur le réseau de 4^e génération (4G) pour la connexion audio et de privilégier la connexion sur ordinateur pour l'image et le fil de conversation. Il ajoute que ces difficultés plaident pour une reprise des réunions de la CME en présentiel, si l'évolution de la situation sanitaire le permet, ce qui faciliterait également les échanges.

Le D^r Laurent TRÉLUYER confirme que les problèmes du réseau informatique durent depuis une dizaine de jours et se focalisent sur les accès à internet, avec des instabilités aléatoires sur les connexions. Ces difficultés sont les plus criantes pendant les visioconférences qui exigent une grande qualité du réseau. D'autres services hébergés à l'AP-HP souffrent de la situation, notamment le système d'information de dépistage populationnel (SI-DEP). Les connexions sont également difficiles pour les personnels en télétravail. La situation actuelle est une gêne pour les utilisateurs. En revanche, les applications hébergées en interne à l'AP-HP comme *Orbis*, le logiciel d'archivage et de transmission des images médicales (PACS, *Picture archiving and communication system*) la biologie, *SAP (Systems, applications and products)*, etc. Des analyses sont en cours avec l'aide du support opéré par une filiale de la Société française de radiotéléphone (SFR) pour remédier à ces difficultés. Des opérations de maintenance ont été menées conduisant à des changements d'infrastructures de sécurité et à des changements de boîtiers. Les difficultés pourraient provenir d'un défaut de l'un des boîtiers de sécurité sachant que trois boîtiers de deux marques différentes sont installés. En l'occurrence, ce boîtier rencontrerait des soucis de paramétrage. Depuis le 31 mars, les travaux sont conduits avec le support du constructeur. Le boîtier a physiquement été changé dans la nuit du vendredi 1^{er} avril au samedi 2 avril mais sans produire de résultat probant. De nouveaux travaux ont été menés depuis et auront encore lieu dans la nuit du mardi 5 avril au mercredi 6 avril avec le constructeur et le support SFR. Une piste pourrait être de retirer ce boîtier pour revenir à l'ancienne architecture basée sur l'utilisation de boîtiers d'une seule marque. Il s'agit d'une opération relativement lourde sur le plan du réseau et qui appelle une grande attention. Les incidents tiennent aussi au fait que l'utilisation d'internet ne cesse d'augmenter depuis deux ans sous l'effet du développement du télétravail et de l'utilisation du cloud. Les applications hébergées dans le *cloud* obligent en effet à renforcer l'infrastructure internet. Ces travaux de renforcement étaient programmés en 2022 mais doivent être accélérés. Toutefois, il reste complexe de mener ces travaux en avance de phase compte tenu de délais de livraison allongés car certains constructeurs peuvent être en difficulté pour fournir de nouveaux boîtiers. Ces problèmes d'approvisionnement font l'objet de discussions avec les entreprises. Les opérations de remédiation ont lieu pendant la nuit pour impacter le moins possible l'activité puisque ces opérations entraînent des coupures. La nuit permet également de travailler au

moment où la charge qui pèse sur les réseaux est moins importante. Il espère maintenant que l'opération qui sera menée dans la nuit du 5 au 6 avril permettra d'apporter un bénéfice réel et rapide.

Le D^r Christophe TRIVALLE comprend de ces explications qu'il s'agit d'un problème matériel et non d'un problème lié à un fournisseur internet ou d'une attaque informatique.

Le D^r Laurent TRÉLUYER confirme que les difficultés ne tiennent pas à la bande passante puisque l'AP-HP n'en utilise actuellement que la moitié. Pour rappel, la capacité de la bande passante avait été multipliée par cinq en 2021 pour passer de 2 giga-octets en sortie, à 10 giga-octets. Or, le réseau connaît des pics à 4,5 giga-octets au maximum. Les difficultés rencontrées tiennent donc à trois composants. Pour deux d'entre eux, une solution a été trouvée mais la dernière difficulté continue d'empêcher un fonctionnement fluide. Des travaux sont en cours avec la recherche-développement (R&D), le support et le constructeur pour trouver une solution. Le constructeur en cause est une société française, connue et recommandée par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI). Une rencontre a encore eu lieu ce jour entre le directeur général de cette société et le D^r Laurent TRÉLUYER pour qu'elle mobilise le maximum de moyens sur la résolution de cet incident, ce qui a été fait.

Le président souhaite que ces difficultés soient vite résolues car elles représentent une vraie gêne dans le fonctionnement au quotidien. Fort heureusement, *Orbis* n'est pas impacté mais l'impossibilité d'accéder à internet pose de vraies difficultés.

Nouveaux membres de la CME

Le président souhaite la bienvenue à trois nouveaux membres de la CME :

- Le D^r Olivier DRUNAT, gériatre, praticien hospitalier et chef de service à Bretonneau, dans le collège des PH titulaires médecins, en remplacement du D^r Giovanna MELICA qui a démissionné de la CME en décembre 2021 ; Le D^r Giovanna MELICA devra aussi être remplacée à la sous-commission *Recherche* dont elle était vice-présidente.
- Le D^r Yannick COSTA, biologiste, président de la CME du groupe hospitalier de l'Est francilien (GHEF), qui regroupe, depuis 2017, les centres hospitaliers de Coulommiers, Meaux et Marne-la-Vallée, qui a été élu président de la conférence régionale des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France le 9 mars 2022. Il succède au D^r Michèle GRANIER, et devient donc invité permanent de la CME ;
- Le D^r David OSMAN (médecine intensive et réanimation, Bicêtre), est le nouveau coordonnateur des risques associés aux soins (CGRAS) de l'AP-HP en remplacement du P^r Christian RICHARD. En tant que CGRAS, le D^r David OSMAN est invité de droit aux séances de la CME.

Situation financière de l'AP-HP

Le président indique qu'un conseil de tutelle s'est tenu le 25 mars 2022 au cours duquel a été annoncé que la tutelle approuverait le plan global de financement pluriannuel (PGFP) et l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) proposés par la direction générale de l'AP-HP. L'agence régionale de santé (ARS) estime qu'une partie du déficit de l'AP-HP (d'environ 270 M€)

est structurel et demande que la trajectoire d'ensemble soit revue, c'est-à-dire que le plan de transformation de l'AP-HP doit être repris sur la base d'une analyse des différences de performance entre l'AP-HP et les autres centres hospitalo-universitaires (CHU). Ce dossier a été évoqué en directoire. Il peut renvoyer à des comparaisons sur la base de la durée moyenne de séjour, par exemple. Le président estime important que la CME soit associée à ce travail, qui doit être transparent, et comprenne les raisons des différences constatées.

Projet régional de santé

L'ARS a également organisé une réunion autour des 16 groupements hospitaliers de territoire (GHT) d'Île-de-France, des six groupes hospitalo-universitaires (GHU) de l'AP-HP et des doyens le 30 mars. Cette réunion visait à relancer les réunions de partage sur les enjeux territoriaux et à accompagner la mise en œuvre des projets médicaux partagés universitaires entre l'AP-HP, les facultés et les GHT. Ce type de réunion sera organisé deux fois par an dans le but d'aboutir à une feuille de route partagée dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé (PRS) qui doit être prêt fin 2023. La directrice générale de l'ARS, M^{me} Amélie VERDIER, a proposé la constitution de six groupes de travail sur les thématiques suivantes : réforme des autorisations et impacts sur la gradation des soins dans le territoire, coordination de l'offre de soins en période de tension, démographie médicale et attractivité, élaboration d'un projet médical partagé universitaire entre l'AP-HP et les GHT, numérique et support aux coopérations, laboratoires. Dans les jours à venir, le président proposera à M^{me} Amélie VERDIER des membres de la CME pour participer à ces groupes de travail. La directrice générale de l'ARS viendra, par ailleurs, échanger avec la CME le 3 mai prochain.

Évaluation des départements médico-universitaires (DMU)

Le président indique que le groupe *ad hoc* de la CME présidé par le P^r Bahram BODAGHI a envoyé son questionnaire. De l'ordre de 30 %, le taux de participation est très satisfaisant avec plus de 2 700 réponses collectées.

Le P^r Bahram BODAGHI précise que l'enquête s'est clôturée dimanche 3 avril à minuit. Les premiers résultats font état de 2 748 réponses pour 8 000 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 33 %. Il faut considérer que c'est un succès alors que les enquêtes d'opinion affichent souvent des taux moyens de réponse de 13 %. Les responsables de structure ont été les plus nombreux à répondre (41 % des 2 748 réponses), ce qui montre leur intérêt pour cette évaluation. La répartition des réponses par groupe hospitalo-universitaire (GHU) est relativement homogène. Avec le président de la CME, il a proposé que les résultats bruts de l'enquête par GHU soient partagés avec chaque GHU pour les aider dans l'évaluation de leurs DMU. L'analyse des réponses permettra à la commission d'émettre des propositions et recommandations pour la direction générale. Il espère pouvoir présenter ces résultats à l'occasion de la prochaine CME.

Le président remercie le P^r Bahram BODAGHI pour l'animation dynamique de ce groupe de travail. Ce dernier présentera donc les résultats de l'enquête et les premières pistes lors de la CME du 3 mai 2022. M^{me} Amélie VERDIER a également fait part de son intérêt pour cette évaluation lors du conseil de tutelle.

Le P^r Bahram BODAGHI ajoute que l'enquête est en cours d'élaboration pour le personnel non médical. Une réunion se tiendra mardi 12 avril 2022 pour la finalisation du questionnaire.

Rapports d'enquête du Sénat

Le président commente ensuite deux rapports publiés par le Sénat. Le premier rapport portant sur l'hôpital a été remis le 31 mars après de nombreuses auditions. Il invite les membres de la CME à en prendre connaissance même s'il aborde des sujets déjà connus. Cependant, sa synthèse est claire et offre des pistes pour les mois et années qui viennent. Le deuxième rapport émane de la commission d'enquête sur l'influence croissante des cabinets de conseil privés sur les politiques publiques. La publication de ce rapport le 21 mars a suscité de nombreux commentaires au cours des derniers jours. Il propose que le directeur général en dise quelques mots.

Le directeur général souligne avoir été auditionné par le Sénat dans le cadre de ces travaux. À ce sujet, il précise que le Sénat cite plutôt l'AP-HP comme un exemple puisque l'institution n'a quasiment pas recours aux cabinets de conseil en stratégie. Depuis huit ans, l'AP-HP a même cessé d'y faire appel puisque son souhait a été de se doter d'une expertise interne incarnée au sein de la direction de la stratégie et de la transformation (DST) que copilote le P^r Frédéric BATTEUX et M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN. Cette organisation permet de s'appuyer sur des équipes volontaires qui ont fait le choix de travailler à l'hôpital, qui ont autant de compétences que les cabinets et qui ne facturent pas leurs travaux à la journée. Certains d'entre eux poursuivent ensuite leur carrière dans les hôpitaux, ce qui a permis à l'AP-HP de s'affranchir de pratiques qui ont existé auparavant en son sein. L'AP-HP a toutefois recours à des consultants extérieurs pour des missions de moindre ampleur dont les montants sont inférieurs à 100 000 €, notamment en appui technique au système d'information. Sur le périmètre de l'ensemble de l'AP-HP, ces missions représentent un coût compris entre 2 et 2,5 M€ par an, soit 0,03 % des dépenses. Ces recours à l'expertise extérieure ne portent pas sur des sujets de stratégie médicale ou territoriale mais plutôt sur des thématiques comme le déploiement de la carte professionnelle et l'accès au SI par ce moyen, le règlement général sur la protection des données (RGPD), la cyber-sécurité ou la mise en place de la signature électronique. En s'appuyant sur les éléments de preuve fournis par l'AP-HP, le rapport souligne donc que l'AP-HP peut être vue comme un organisme qui a su mettre fin à sa dépendance vis-à-vis des cabinets de conseil.

Concernant l'évolution de la crise Covid-19, le nombre d'entrées en soins critiques stagne depuis deux ou trois semaines mais une augmentation contenue des hospitalisations complètes est observée. En revanche, il est noté une reprise des contaminations parmi les personnels. Les dernières données connues font état de 550 cas déclarés parmi les personnels de l'AP-HP contre 250 cas la semaine précédente. Ces chiffres suivent la courbe enregistrée lors du début de la crise Omicron. Sous réserve que les sachants le confirment, comme le phénomène apparaît parmi la population générale, le nombre de contaminations commence toutefois à s'infléchir.

Le président ajoute que l'épidémie de grippe est aussi relativement active et contribue à la mise sous tension des services d'urgence. Dans certains endroits, la situation est extrêmement tendue, mais ce point pourra être évoqué plus en détail dans le point de l'ordre du jour dédié aux urgences.

Le directeur général indique que la situation des effectifs et des lits fermés a peu évolué depuis la dernière CME. L'AP-HP mène des actions volontaristes pour préparer les sorties des diplomations de l'été : 450 contrats d'allocations d'études étaient signés au cours des derniers jours alors que les stages pré-professionnalisant n'ont pas commencé. L'AP-HP poursuit ses efforts pour essayer de doubler ce chiffre afin de sécuriser les recrutements de la rentrée 2022.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 8 mars 2022

Le compte rendu de la CME du 8 mars 2022 est approuvé à l'unanimité.

3. Point sur l'anatomo-pathologie (P^r Anne COUVELARD)

Le P^r Anne COUVELARD indique que ce point présenté avec le P^r Thierry MOLINA, président de la collégiale des pathologistes, vise à partager avec la CME les difficultés en ressources humaines médicales des services d'anatomo-pathologie de l'AP-HP. Pour cette discipline, à l'AP-HP, on constate en effet une perte d'attractivité en particulier au niveau des postes hospitalo-universitaires, avec de nombreux postes vacants et des difficultés à remplacer les départs face à un exercice libéral très attractif. Pour objectiver ce constat, deux enquêtes ont été menées auprès des chefs de service et des internes. Un groupe de travail a été constitué avec des représentants des pathologistes de la CME et des CME locales et des représentants volontaires de la collégiale. L'objectif est de présenter le bilan de ce groupe de travail, bilan déjà présenté au président de la CME, au D^r Diane BOUVRY en janvier et à la conférence des doyens d'Île-de-France et à la sous-commission *Vie Hospitalière et attractivité* (CVHA) de la CME en février.

Des postes hospitaliers comme hospitalo-universitaires (57%) étaient vacants en 2021. 45 % des postes d'assistants spécialistes et 25 % des postes AHU ne sont pas pourvus en 2021. Cette situation concerne également les postes de titulaires. La situation est hétérogène suivant les services mais certains rencontrent déjà des difficultés importantes pour fonctionner.

Les pathologistes sont spécialisés dans les CHU et il existe un risque plus élevé de pénurie médicale dans certaines spécialités, ce qui accentue les difficultés de remplacement. Pour anticiper les difficultés par spécialité, une cartographie des 20 spécialités des 16 services d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP) a été établie pour étudier la répartition des pathologistes par spécialité en fonction de leur nombre, de leur âge et de leur statut mais aussi en fonction des départs prévus à 2 et à 5 ans. Il en ressort que 11 spécialités présentent un risque car plus de 50 % de leurs chefs de service prévoient un risque de tension dû à un manque de personnel médical formé et spécialisé à 5 ans. Ces spécialités sont : la pédiatrie, la gynécologie, la neurologie, la dermatologie, la spécialité digestive, l'hématologie, l'endocrinologie, la spécialité du thorax et la spécialité cardiovasculaire.

Le bilan fait aussi état d'une désaffection des jeunes, surtout pour les postes hospitalo(-universitaires) (HU). Une enquête a été menée auprès des internes d'ACP d'Île de France sur leurs souhaits de carrière : 24 d'entre eux ont répondu, soit 64 % des internes. Il apparaît que 42 % privilégient un poste d'assistant spécialiste post-internat contre 29 % pour les postes d'assistant hospitalo-universitaire (AHU). 62 % souhaitent réaliser leur post-internat à Paris. Seuls 21 % prévoient de suivre un master 2 et 4 % une thèse. 71 % des répondants ne souhaitent pas faire une thèse. 62 % ne veulent pas entamer de carrière HU. 4 % ne souhaitent pas un exercice libéral.

33 % déclarent vouloir rester à Paris pour leur exercice professionnel. 54 % des internes disent vouloir quitter Paris. 96 % pensent qu'un travail flexible en termes d'horaires de travail ou conditions de travail est important ou essentiel.

En conclusion, de nombreux postes sont vacants avec historiquement peu de postes hospitaliers et une diminution des postes HU. Les internes délaissent les parcours de recherche et les postes HU et souhaitent partir exercer en dehors de l'Île de France. La situation de l'ACP n'est pas isolée mais elle démontre une baisse de l'attractivité des carrières HU et une tendance à l'exode des zones urbaines. Les effets de ces tendances seront majeurs à l'APHP, touchant davantage certaines spécialités et parce que le secteur privé est très attractif du fait de son organisation flexible, de la possibilité d'y télétravailler et du développement du numérique. L'ACP est aussi pénalisée par l'évolution du nombre des internes alors que le métier se complexifie.

Pour remédier à la situation, la revalorisation des carrières hospitalières et HU est nécessaire, une aide pourrait donc être apportée pour favoriser le recrutement des HU. Une piste pourrait être d'accepter des HU non titulaires d'un *master 2* et de faire évoluer les maîtres de conférence universitaires (MCU) vers les postes de PU-PH. Un soutien pourrait aussi être utile pour recruter des PH, par exemple *via* la prime d'engagement. Une autre piste serait de transformer certains postes HU en postes H et d'amortir l'impact de la réforme des contractuels. Les vacataires sont très nombreux dans certains services, avec près de 40 vacations par semaine, soit une moyenne de 1,5 équivalent temps plein (ÉTP) par service. Plus de 50 % de ces praticiens attachés ont plus de 60 ans. C'est donc ici que les postes de praticiens contractuels vont entrer en jeu. Au-delà, le passage au numérique sera un élément facilitateur afin de favoriser la complémentarité des sites sur l'ensemble de l'AP-HP. Le soutien du protocole de coopération en macroscopie pour optimiser le temps médical sera utile. Une piste serait également d'augmenter le nombre d'internes sachant que 12 étaient formés en 2015 contre 8 en 2019. En novembre 2022, 22 postes d'internes étaient non pourvus à l'AP-HP.

Comme indiqué en introduction, ce bilan a été présenté à la conférence des doyens qui suggère d'enquêter en France pour maximiser les chances d'attirer des internes formés. Cependant, cette suggestion n'aura pas un effet immédiat. Un groupe de jeunes pathologistes de moins de 35 ans a été constitué afin de réfléchir aux moyens de lutter contre la perte d'attractivité.

Le président constate que les difficultés sont doubles avec une perte d'attractivité de la discipline et une fuite des professionnels du public vers le privé. Il convient de vérifier si cette difficulté est propre à l'AP-HP ou concerne également d'autres CHU.

Le P^r Anne COUVELARD a le sentiment que le problème est national et non propre à l'AP-HP, cependant l'enquête nationale qui sera lancée permettra de disposer de données plus précises. Ce mouvement est aussi accentué par la volonté des professionnels de fuir les grandes métropoles.

Le P^r Thierry MOLINA explique que la tension dans la profession existe aussi en région mais de manière moins forte qu'en région parisienne.

Le président observe que le retard de la numérisation joue aussi un rôle.

Le P^r Anne COUVELARD confirme que le retard pris par l'AP-HP joue en sa défaveur car les jeunes sont très attirés par ce nouveau mode d'exercice. Ce retard joue aussi dans l'organisation future car la numérisation doit permettre d'échanger plus facilement sans avoir besoin d'envoyer les examens par voie postale. Cette possibilité permettrait plus aisément de consulter un autre spécialiste, notamment pendant les congés, ce qui est très important pour la qualité du soin, hors champ de la recherche.

Le président estime que c'est l'une des disciplines pour laquelle la numérisation a le plus profondément modifié les pratiques. C'est aussi le cas pour la radiologie et l'imagerie.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si des délégations de tâches sont envisageables voire s'il est possible de faire appel à l'intelligence artificielle pour l'analyse des lames pour compenser en partie.

Le P^r Anne COUVELARD précise qu'un protocole de coopération est en cours d'étude. Il sera présenté très prochainement à la commission des protocoles pour déléguer la macroscopie aux techniciens sachant que ces tâches sont très chronophages. Elle espère que ce protocole sera accepté.

Le P^r Thierry MOLINA ajoute que l'accélération de la numérisation est un sujet qui a été porté avec de la direction des systèmes d'information. Ce sujet est aussi remonté vers l'ARS car l'AP-HP est sous-équipée. Un sous-projet a été mené avec la direction informatique et soutenu par la région Île-de-France. Il espère donc que les services pourront voir les effets bénéfiques de ce financement même s'il est loin de couvrir l'ensemble des besoins. Avant de monter en gamme vers le tout numérique, ce premier équipement de base doit permettre de gravir une marche pour faciliter la communication entre les sites de l'AP-HP.

Le président souligne que le risque est que l'expertise, aujourd'hui majoritairement dans le public, parte vers le privé pour y trouver des conditions de travail plus modernes.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ précise que la numérisation de l'anatomo-pathologie entraîne une transformation radicale de la manière de travailler. L'ARS a choisi de s'emparer du sujet de la numérisation pour en faire un projet territorial, ce qui permet de reconnaître l'expertise et le recours de certains sites de l'AP-HP. C'est donc un point positif. Cependant, les investissements nécessaires sont très conséquents et la première difficulté est de déclencher le financement de la première partie des projets. Les équipes, avec le D^r Laurent TRÉLUYER et la collégiale, restent donc mobilisées pour avancer, sur le financement global de la numérisation.

Le directeur général ajoute qu'il ne s'agit pas d'un problème qui concerne uniquement l'AP-HP. D'ailleurs, un courrier a été rédigé avec le CHU de Bordeaux et les hospices civils de Lyon (HCL), entre autres, pour renforcer le « Ségur » numérique. L'objectif est de présenter un front uni face à ces enjeux.

Le président reconnaît qu'il s'agit d'un problème important, voire essentiel dans la mesure où le secteur privé peut investir sur le numérique et, ce faisant, attirer des professionnels. Il ajoute avoir visité ce jour, avec le D^r Diane BOUVRY, la plate-forme de séquençage à très haut débit SEQOIA (*sequencing omix information analysis*) qui offre des perspectives très intéressantes. Ce

sont des investissements coûteux mais le privé sait que ces investissements peuvent aussi drainer des recettes.

Le P^r Thierry MOLINA reconnaît que le risque de fuite vers le privé est réel, comme le démontrent quelques récents départs. Si l'AP-HP ne réagit pas, il existe en effet un risque.

M. Jean-Eudes FONTAN précise que l'attractivité de la carrière universitaire commence par une réforme des retraites des HU. Les jeunes avec lesquels il parle de cette question affirment ne pas vouloir s'engager dans une carrière qui va les paupériser une fois à la retraite. La mobilisation doit donc se poursuivre.

Le président répond que ce sujet a été évoqué à la conférence des doyens. Il remercie les invités pour leur présentation.

4. Urgences

Le président présente le D^r Hélène GOULET, cheffe de service des urgences de Tenon, présidente de la collégiale des urgentistes, et au P^r Frédéric ADNET, chef du service des urgences de l'hôpital Avicenne et du SAMU de Seine-Saint-Denis, vice-président de la collégiale.

Point sur les urgences (D^r Hélène GOULET)

Le D^r Hélène GOULET indique que l'objectif de sa présentation est de faire un point sur l'attractivité dans les structures d'urgences. Les structures d'urgences de l'AP-HP regroupent 25 services d'accueil des urgences (SAU) dont 17 SAU adulte et 8 services pédiatriques, qui ont pris en charge 1 143 865 patients en 2021. La médecine d'urgence est aussi assurée par 4 services d'aide médicale urgente (SAMU) qui répondent à 2 millions d'appels par an et 10 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) réparties entre Paris et la petite couronne pour un volume de 38 000 interventions par an environ, dont 10 767 transferts inter hospitaliers.

L'activité des urgences a été impactée par la crise Covid, comme d'autres services. L'activité de l'année 2020 a suivi la courbe des vagues épidémiques. À partir de septembre 2021, on observe une reprise d'activité comparable à celle de 2018 et 2019. Pour ce qui concerne 2022, l'activité de janvier et février a été légèrement inférieure à celle de la même période en 2019 mais l'activité de mars 2022 s'en rapproche et dépasse même le niveau de 2019 pour les SAU pédiatriques.

Les urgences font face à des problèmes d'attractivité. Au niveau national comme régional, la situation est inédite avec la fermeture de lignes de SMUR et la fermeture de SAU la nuit et le week-end. Les difficultés ne sont pas aussi fortes pour ce qui concerne l'AP-HP mais certains de nos SAU ont tout de même recours à l'intérim médical. De plus, si l'on se réfère à l'activité 2019, environ 50 postes de personnel médical ne sont pas pourvus faute de candidat.

Comme les autres services hospitaliers, les urgences sont confrontées également à un changement dans le rapport au travail. Il est ainsi noté une fuite des métiers à forte tension tant en termes de charge de travail que de permanence des soins ainsi qu'une multiplication des temps partiels. Ces temps partiels sont souhaitables lorsqu'il s'agit de postes partagés entre les SAU et les SAMU/SMUR permettant d'améliorer l'attractivité des SAU. En revanche, les postes

partagés avec les structures privées représentent plutôt un risque de fuite des praticiens à temps plein vers le privé. De ce fait, la durée moyenne de carrière des médecins urgentistes est relativement courte (environ 7 ans).

La pénibilité du travail aux urgences est renforcée par le manque de personnel non médical (PNM) et par les fermetures de lits. Cette situation entraîne des difficultés d'aval pour placer les patients qui ont besoin d'être hospitalisés. Il en résulte une augmentation mécanique du nombre de lits brancards, et ce malgré les investissements réalisés dans le cadre des plans « zéro brancard » contractualisés par les GHU avec l'ARS avant la crise Covid. La surcharge aux urgences est également liée à la saturation des plateaux techniques, les patients pouvant attendre l'accès à un scanner ou à une imagerie à résonance magnétique (IRM) plusieurs heures. Cette surcharge ne pénalise pas uniquement la qualité de vie au travail mais elle a également des conséquences sur les taux de morbi-mortalité des patients pris en charges dans nos structures. La nécessité de trouver des solutions à la surcharge des urgences et à la pénibilité qui en résulte est un enjeu majeur tant pour les personnels que pour les patients.

Le pacte de refondation des urgences prévoit de recentrer les services d'urgences sur leur cœur de métier car une partie de la population sollicite les urgences faute de pouvoir accéder rapidement à un médecin. Pour répondre à cette problématique, il est proposé la mise en place du service d'accès au soin (SAS) qui fera l'objet du point suivant de l'ordre du jour. Le SAS vise à réorienter les soins non programmés et non urgents vers des effecteurs de ville. Le pacte vise aussi à réformer le financement des urgences, réforme qui sera effective dès 2022. *In fine*, ce projet tend à réorienter les consultations simples vers les structures de ville. Cependant, cela suppose que la médecine de ville soit organisée pour accueillir les patients, ce qui n'est pas encore une réalité.

La revalorisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) permettrait d'améliorer l'attractivité des urgences. Cependant, cette décision n'est pas à la main de l'AP-HP.

À l'échelle de l'AP-HP, la collégiale demande que soient appliquées les modalités du décompte du temps continu défini par l'instruction de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) de juillet 2015. Dans les services d'urgences, le temps est décompté en heures et non en demi-journées. Les obligations de service se décomposent en temps clinique posté (39 heures), en temps clinique non posté pour les transmissions (5 heures) et en temps non clinique non posté, notamment pour les missions institutionnelles et la recherche (jusqu'à 4 heures). L'ensemble de ces obligations de service ne doit pas dépasser 48 heures par semaine.

En 2016, la collégiale avait conclu un protocole posant le principe que le temps clinique posté serait de 39 heures, que le temps non posté serait forfaitisé à hauteur de 5 heures par semaine et que le temps de travail additionnel (TTA) serait déclenché par une activité clinique (postée et non postée) au-delà de la 44^e heure de travail hebdomadaire. Dans les faits à l'AP-HP, le temps additionnel est déclenché au-delà de 44 heures d'activité clinique postée. Pour les établissements de santé hors AP-HP, le temps additionnel est déclenché au-delà des 39 heures cliniques.

En sus de ce protocole, une cible a été déterminée pour le fonctionnement des SAU : 3,7 équivalents temps plein (ÉTP) pour 10 000 passages dans les SAU adultes et 3,3 ÉTP pour les SAU pédiatriques. Une cible de praticiens titulaires a aussi été déterminée à hauteur de 50 % du

ratio d'ÉTP théorique des structures d'urgence, cible que l'AP-HP peine à atteindre. Alors que cette cible a été fixée en 2000, le taux de titulaires n'est en fait que de 47,6 % dans les SAU adultes et de 38 % dans les SAU pédiatriques en 2021, malgré la priorisation pour les révisions d'effectifs.

Lors des entretiens entre la collégiale et la direction de l'AP-HP, les discussions ont porté sur le paiement du temps additionnel dès la 40^e heure clinique travaillée et sur le défaut d'attractivité de l'AP-HP par rapport aux autres établissements de santé. Plusieurs rencontres ont eu lieu depuis octobre 2021 et montrent que la direction générale et la collégiale convergent vers les enjeux. Elles partagent un objectif commun de revalorisation de la PDES. Pour ce qui concerne le paiement du temps additionnel après 39 heures, les enjeux budgétaires doivent conduire à optimiser les organisations pour minimiser les coûts. Le respect des 39 heures ne vise pas tant à travailler moins qu'à dégager du temps pour les missions du CHU, c'est-à-dire pour former et encadrer les jeunes praticiens mais aussi poursuivre le développement de la recherche en médecine d'urgence.

Parmi les préconisations, il est aussi proposé de mettre en place des contrats hors clinique pour les praticiens ayant des missions ciblées dans les services (organisation, recherche, vie institutionnelle), de revoir la structure des emplois cible avec une cible de titulaires plus élevée, rendue nécessaire par la réforme des nouveaux contrats de praticiens hospitaliers contractuels (PHC), de sanctuariser les postes de PH pour atteindre la cible du nombre de titulaires par service et de faire disparaître le temps additionnel pour les structures à l'effectif.

Ces mesures doivent aboutir aux bénéfices suivants : une meilleure implication des médecins qui se voient comme un maillon essentiel de l'organisation et non comme des « pions » sans implication dans cette organisation, davantage de temps pour repenser les organisations et la gestion des flux, un meilleur investissement dans l'enseignement et la recherche ainsi qu'un temps libéré pour repenser les urgences de demain compte tenu des défis à relever avec la transformation numérique qui permettra d'améliorer la qualité et la rapidité des prises en charge.

Le président confirme que les services d'urgences sont effectivement dans une situation de tension. Or, c'est souvent dans les services d'urgences que les crises commencent. C'est ainsi dans cette discipline qu'il y a trois ans la crise sociale avait commencé avec la constitution de collectifs de défense de l'hôpital public. Les urgences cristallisent de fait les difficultés et les dysfonctionnements que rencontre l'hôpital. L'obligation de garde de la médecine de ville a été supprimée en 2003 par le Gouvernement de l'époque. Même si des médecins effectuent des gardes ainsi que des maisons de santé, cette offre est insuffisante pour alléger la charge sur les urgences. Cette situation conduit les urgences à recevoir des consultations ou visites non justifiées par l'urgence mais par le manque de médecins de ville le soir et la nuit, mais aussi en journée. La difficulté à trouver des lits d'aval contribue à l'engorgement des urgences et à rendre la tâche des urgentistes ingrate. La crise que traverse l'hôpital depuis plusieurs années et qui s'est aggravée avec la crise Covid explique la situation actuelle. Le travail hors clinique est aussi important car il nourrit l'intérêt des praticiens sur des sujets d'organisation ou de numérisation par exemple. Il conviendra également de réfléchir à l'impact de la réforme des praticiens hospitaliers contractuels (PHC) dans les services. Cette réforme permettra de revaloriser et de titulariser des personnels, ce qui est positif, mais les effectifs dépendront du budget alloué.

Le P^r Xavier MARIETTE rappelle que les urgentistes doivent aujourd'hui être titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence, ce qui peut faire peur à certains candidats qui s'interrogent sur leur devenir dans dix ans. Par conséquent, il demande s'il ne faudrait pas proposer de pouvoir exercer la profession par des généralistes ou d'autres spécialistes ayant un équivalent d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC), d'un diplôme d'université (DU) ou d'une formation spécialisée transversale (FST) de médecine d'urgence.

Le président constate que cette question s'adresse plutôt au P^r Bruno RIOU qui a dû quitter la réunion qu'il suivait en visio-conférence.

Le D^r Patrick PELLOUX rejoint les constats dressés au cours de l'exposé. Avec la naissance de la spécialité il y a trois ou quatre ans, une commission s'était réunie au Conseil de l'Ordre pour organiser la reconnaissance de la spécialité. Cependant, le Conseil de l'Ordre a annoncé, il y a quelques mois, que très peu de candidats demandaient l'équivalence et que beaucoup demandaient à reprendre leur spécialité d'origine. Cette situation démontre un défaut d'attractivité. Les modifications récentes du statut de praticien hospitalier permettent d'assurer d'autres activités reconnues. Cependant, cette ouverture conduit beaucoup d'urgentistes à réaliser des gardes ailleurs car elles y sont mieux rémunérées sous forme d'intérim organisé par les institutions. Par ailleurs, il faudra des années pour que le SAS permette de réorienter des malades ailleurs qu'aux urgences car il n'existe plus de médecine de ville. Les médecins de ville se tournent depuis la crise Covid essentiellement vers la téléconsultation. Certains soirs, dans Paris, il est ainsi impossible de trouver un médecin pour rédiger un certificat de décès. Il est alors nécessaire de faire appel aux unités mobiles hospitalières (UMH). Les cabinets de ville sont centrés sur leur propre activité, par conséquent, la régulation par la médecine de ville se résume à faire appel à une ambulance et d'adresser les patients aux urgences. Il sera donc difficile de faire travailler en coordination deux systèmes : une organisation publique et un système libéral qui n'a jamais été organisé et qui a été encore plus désorganisé avec la suppression de l'obligation de garde. Pour ce qui concerne l'aval, l'hôpital public est contraint de faire appel aux cliniques privées faute d'aval notamment en orthopédie. De plus, alors que l'accès au centre médico-psychologique (CMP) est devenu difficile et que la sectorisation s'émiette, les urgences sont devenues les centres d'accueil et de crise de beaucoup de malades psychiatriques. Les urgences accueillent également les urgences venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) qui ne sont pas médicalisés. L'accumulation de ces difficultés explique que le système est en train de s'effondrer avec une profession qui est malheureuse et qui vit mal cette situation, raison pour laquelle l'exercice moyen ne dépasse pas 7 ans. Cette situation ne concerne pas en outre que Paris mais toute la France.

Le P^r Frédéric ADNET indique que la médecine d'urgence est une spécialité médicale comme une autre. La durée moyenne d'exercice des urgentistes démontre des problèmes d'attractivité mais cette spécialité de médecine d'urgence existe dans beaucoup de pays. C'est d'ailleurs la première spécialité choisie par les internes aux États-Unis. Ce n'est donc pas la médecine d'urgence qui est boudée mais c'est l'organisation des urgences en France qui explique ce défaut d'attractivité. Ce n'est pas en la transformant en sous-spécialité, en mettant en place un diplôme d'université ou un diplôme « au rabais », qu'il sera possible de sortir de la situation vers le haut. Ce défaut d'attractivité tient à la pénibilité et à la durée du travail mais aussi aux différences flagrantes entre les établissements hors AP-HP et intra-AP-HP. La pénibilité tient aussi au manque de lits d'aval qui

devrait appeler à revoir l'organisation de l'interface entre les lits d'aval et les services d'urgences. Les pays anglo-saxons ont fourni des efforts sur la gestion des lits (« *bed management* ») en mobilisant du personnel dédié et de véritables cellules de placement des malades. Le manque de titulaires renforce les difficultés actuelles. En effet, les urgences sont sans doute la spécialité au sein de laquelle les titulaires sont les moins nombreux. L'anesthésie-réanimation qui est une spécialité assez proche affiche un taux de titulaires bien plus élevé. Plusieurs pistes d'amélioration sont identifiées et font l'objet d'un travail avec la direction générale. Cela étant, ce n'est pas un retour vers la situation antérieure, sur la base de diplômés décotés, qui permettra de redresser la situation.

Le président ajoute qu'une cible de taux d'occupation de 95 % posera fatalement des difficultés pour les lits d'aval.

Le D^r Christophe TRIVALLE note la remarque précédente sur le *bed management* et les cellules de gestion des séjours, mais il croit savoir que plusieurs services d'urgences de l'AP-HP disposent déjà de telles structures. Il souhaite par ailleurs savoir si un suivi est réalisé sur le nombre de lits brancards et sur le profil des patients qui les occupent.

Le D^r Hélène GOULET confirme qu'un suivi quotidien des lits brancards est effectué. La crise Covid avait conduit à une organisation simplifiée avec des lits dédiés, ce qui avait conduit à quasiment supprimer les lits brancards. La pénurie de lit s'est aggravée avec la reprise d'une activité normale. Dans ce contexte, les cellules de *bed management* sont une aide, mais elles ne permettent pas de tout solutionner lorsque les lits ne sont pas disponibles. De plus, les cellules de *bed management* ne fonctionnent pas le week-end alors que le taux d'hospitalisation est aussi élevé en semaine qu'en fin de semaine.

Le P^r Frédéric ADNET précise toutefois que les cellules de *bed management* en sont à leurs débuts. Dans des SAU où sont décomptés 70 000 passages, une seule personne se charge du placement des patients. De plus, cette personne n'est pas remplacée pendant ses congés et le week-end. La situation actuelle ne dénote pas d'un investissement fort sur la gestion des lits d'aval pouvant aller jusqu'à la maîtrise du capacitaire des patients programmés.

Le D^r Rafik MASMOUDI rejoint le constat établi par le D^r Patrick PELLOUX d'une situation catastrophique aux urgences. Il entend les propositions qui consisteraient à mettre en place des cellules de *bed management* mais cette solution ne répond ni au manque de lits ni au manque de personnels. Le SAS pourrait aussi constituer une piste en théorie, mais la difficulté est que l'orientation des patients ne sera pas possible en dehors de l'hôpital. Au final, ces nouvelles idées, qui peuvent être séduisantes sur le papier, ne serviront à rien. Ainsi, des cellules de *bed management* pourront être créées mais ne pourront faire que le constat que les lits ne sont pas suffisants. Ce qu'il faut marteler, c'est que les urgences ne sont pas attractives : les jeunes médecins y restent deux ou trois ans le temps d'obtenir leur spécialité, puis partent. Auparavant, les médecins qui travaillaient aux urgences venaient d'horizons divers (urgentistes, cardiologues, néphrologues, etc.) mais il n'est plus possible aujourd'hui de recruter aux urgences si le candidat ne détient pas la spécialité. De plus, les étudiants qui suivent ce cursus sont peu nombreux, ce qui restreint le vivier possible. La transition pour créer cette spécialité a été brutale alors que la discipline n'était déjà pas attractive. Avec de mauvaises conditions de travail et une insatisfaction

croissante, il est impossible d'attirer de nouveaux candidats. Il sera difficile de trouver de nouveaux médecins disposés à réaliser de nombreuses gardes. De plus, le SAS ne sera pas une solution miracle pour orienter les patients puisque ce sont justement les médecins de ville, *via* la télémédecine, qui renvoient les patients vers les urgences, et cela sans même avoir vu physiquement le patient.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ souhaite préciser que le taux de titulaires dans les services n'est pas encore de 50 % comme fixé lors de la négociation, mais la réalité se rapproche de ce taux avec 47 % dans les services adultes. 75 praticiens hospitaliers (PH) ont été titularisés dans les urgences depuis 2019. Le travail en cours vise à identifier des pistes pour améliorer l'attractivité et faciliter le recrutement. Par ailleurs, le sujet de l'aval des urgences nécessite une réflexion globale des communautés médicales de chaque site pour déterminer le nombre de lits nécessaire pour hospitaliser les patients en provenance du SAU. C'est un travail collectif qui dépasse le cadre du SAU.

Le P^r Frédéric ADNET confirme qu'il faut donc un *bed management* car aujourd'hui c'est complètement le travail des urgentistes.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle qu'un décret portant sur la réforme des urgences portait sur le besoin journalier en lits. Le nombre de lits nécessaires est connu mais cette mesure n'a jamais été appliquée. De plus, l'accord social sur le décompte du temps de travail de 2015 devait donner lieu, par accord tacite, à une renégociation quatre ans après la signature compte tenu du retard pris par l'AP-HP par rapport aux autres structures françaises. Cette organisation par palier était nécessaire pour couvrir le retard mais il regrette que l'AP-HP n'ait pas rouvert ses négociations avec les urgentistes. Pourtant, le décompte du temps de travail à partir de 39 heures changerait beaucoup de choses car l'écart entre ces 39 heures et les 44 heures effectuées correspond à un mois de travail sur l'année. L'attractivité commence d'abord par l'égalité.

Le D^r François SALACHAS constate que les frictions entre les services d'urgence et les autres services tiennent au fait que le capacitaire n'est pas au rendez-vous. Face à ce constat, la solution semble être de passer par une action commune plutôt que de renvoyer la responsabilité vers tel ou tel service qui ferait preuve de mauvaise volonté et ne souhaiterait pas accueillir les malades. En fait, si le capacitaire est insuffisant, il convient de faire porter par la CME, voire par la direction générale de l'AP-HP qu'il manque des lits pour fonctionner correctement. Il invite ainsi à ce que les choses soient dites clairement et qu'une mobilisation collective soit menée, avec la direction générale si elle le souhaite ou sans elle. Pour terminer, il souhaite également insister sur la souffrance au travail des urgentistes, mais aussi des autres, qui ont la certitude de mal faire leur travail, et non pas l'impression de mal le faire. Or, ces situations mènent au *burn-out* et au drame. Au-delà des heures de travail et de la perte d'attractivité de la spécialité, ce sont aussi de ces situations d'épuisement dont il faut parler. L'institution doit pouvoir dire de manière claire, et non de manière timorée, qu'elle n'a pas les moyens de remplir les missions de l'hôpital public. Enfin, concernant l'aval, il rappelle que les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont mal dotés et ne peuvent pas accepter des patients sortant des urgences. Ces situations montrent que l'ambition n'est pas au rendez-vous. La difficulté est que ces dysfonctionnements se voient aujourd'hui bien plus qu'hier avec notamment une augmentation des décès aux urgences. C'est ce discours que

doit porter l'institution plutôt que de penser que certains font bien leur travail au sein de l'hôpital public tandis que d'autres ne le feraient pas.

Le D^r Hélène GOULET précise qu'elle n'a jamais dit que certains faisaient bien et d'autres non. Elle n'a jamais parlé non plus de frictions, ces dernières n'ayant pas lieu dans tous les hôpitaux. La crise Covid a d'ailleurs permis aux équipes de se parler davantage et mieux se comprennent. En revanche il existe effectivement un manque de lits d'aval, un manque de lits d'aval de l'aval, de travailleurs sociaux, etc. ce qui allonge les durées moyennes de séjour (DMS). Certes, des lits sont fermés mais ils sont aussi la conséquence d'une pénurie de personnel non médical.

Le P^r Frédéric ADNET rejoint les propos du D^r Hélène GOULET. Les patients hospitalisés venant des urgences ne sont pas que le problème des urgentistes mais le problème de tout l'hôpital.

Le P^r Agnès HARTEMANN précise que tous les patients qui arrivent à l'hôpital, quel que soit leur canal d'entrée, doivent être pris en charge mais il faut aussi traiter le sujet des SSR et le reconnecter à celui des lits d'aval. Il ne faut pas non plus opposer les patients programmés et les patients non programmés. En effet, les patients dits programmés sont souvent des patients mis en liste d'attente pendant 24 ou 72 heures pour ne pas les faire passer par le SAU. Ce sont donc des entrées directes souvent avec des pathologies qui ne peuvent pas attendre.

Le P^r Yann PARC s'associe à la dernière intervention. La difficulté est que les patients programmés reviendront dans les services par le biais des urgences si les lits sont sanctuarisés pour les urgences et que des lits sont fermés en raison d'une pénurie de personnel. La situation extrêmement compliquée nécessite de renforcer les moyens sur les lits, dans un premier temps, avant d'engager un travail sur l'amont. De plus en plus de patients n'ont plus de médecin traitant après le départ en retraite de leur médecin précédent. Il ne sait pas si la solution à cette difficulté est de former plus de médecins généralistes mais la question se pose avec force.

Le D^r Patrick PELLOUX précise qu'environ 600 000 personnes en France cherchent un médecin traitant et n'en trouvent pas selon les données de l'assurance maladie. En Île-de-France, il existe également des déserts médicaux. En outre, *SOS Médecins* et les *Urgences médicales de Paris* appellent le SAMU le matin en fermant des secteurs sur Paris, et cela toujours dans les mêmes arrondissements, à savoir dans les XIX^e et XX^e. Il signale également qu'un décret est paru pour fermer les structures d'urgence à 19-20 heures. Cette mesure est déjà à l'œuvre en Île-de-France, notamment dans les structures d'urgences pédiatriques. Récemment, les urgences de Longjumeau ont annoncé qu'elles fermeraient le week-end et les patients ont alors afflué vers l'hôpital de Bicêtre. Cette liberté offerte de fermer certains soirs ou week-ends produira un effet domino dans les CHU. Il appelle donc à la vigilance.

Le P^r Jacques DURANTEAU souligne que la diminution de la capacité des lits d'aval entraîne de graves problèmes qu'il sera difficile de résoudre sans ouvrir des lits supplémentaires et recruter du personnel non médical. Alors que l'hôpital devient le dernier recours, il demande si les structures privées pourraient éventuellement participer à l'effort et équilibrer les forces.

Le D^r Patrick PELLOUX répond que le secteur privé n'offre aucune marge de manœuvre. Les structures privées ne veulent pas car elles interviennent sur des activités très ciblées et programmées. Désormais, les cliniques appartiennent à des consortiums qui ne regardent que la

rentabilité. Les cliniques peuvent prendre en charge l'aval de traumatologie mais les activités qui sont ciblées ne sont que celles qui présentent un intérêt financier pour ces structures. En d'autres termes, la personne âgée poly-pathologique qui arrive aux urgences ne les intéresse pas.

Le P^r Jacques DURANTEAU explique que l'hôpital prendra en charge toutes les urgences mais les internes et les chefs des services de spécialité finiront par partir. L'hôpital sera perdant sur l'activité au bout du compte et va revenir en arrière.

Le D^r Christophe TRIVALLE précise que la situation des SSR est également catastrophique par manque de médecins, d'infirmiers, de rééducateurs, d'assistants sociaux et on continue de fermer des lits. Les SSR accueillent des patients des urgences quand c'est possible mais la difficulté est que les SSR concentrent aussi toutes les personnes bloquant les lits sans justification médicale (« *bed blockers* »). Les SSR ne font pas preuve de mauvaise volonté mais c'est toute la chaîne qui va mal. Pendant la crise Covid, la situation avait pu se redresser sur le front des effectifs en faisant appel à des missions intérimaires longues mais les tarifs ayant été rabaissés ensuite, ces personnes sont parties et ces activités n'ont pas rouvert.

Le directeur général indique que c'est un sujet de préoccupation pour tous qui n'oppose pas les uns contre les autres. Il partage le constat de la collégiale avec laquelle la direction générale discute régulièrement et négocie. Les difficultés sont fortes mais sans doute moins que dans les établissements de régions mais le but est bien d'éviter un retour en arrière et d'améliorer les choses. La situation a évolué depuis 2015. Tout d'abord, l'engagement tenu par la direction jusque-là a été de négocier et de tenir des ratios de personnels non médical et médical par nombre de passages qui se sont traduits en recrutements, notamment chez les médecins. Le nombre de médecins dans les services d'urgences est de quelques dizaines de plus qu'il y a deux ou trois ans. Par ailleurs, ce nombre de passages est suivi et les autorisations d'effectifs augmentent en conséquence. Ensuite, des investissements ont eu lieu dans les services d'urgences qui sont dans un meilleur état que par le passé. Ces investissements ont notamment concerné Louis-Mourier et Cochin. L'objectif est que les services d'urgences soient mieux dotés qu'auparavant. Il reconnaît que les services d'urgences dépendent du reste de l'hôpital. De plus en plus de services d'imagerie sont dédiés aux services d'urgences et l'objectif est de continuer sur cette lancée pour éviter les concurrences entre patients.

Pour ce qui concerne l'aval, le plan « zéro brancard » était un plan à l'initiative de l'AP-HP. Le premier contrat « zéro brancard » qui a été signé début 2020 se traduisait par un engagement d'ouvrir des lits d'aval supplémentaires notamment en gériatrie. À l'hôpital Bicêtre en particulier, l'objectif était d'évaluer pour les lits-brancards, la part de l'insuffisance des lits d'aval et la responsabilité des autres problématiques pour les traiter toutes et sans tabou. Dans certains hôpitaux, la problématique portait sur les lits de SSR, dans d'autres, sur d'autres sujets.

Par ailleurs, en analysant les activités programmées et non programmées, l'objectif n'est nullement d'opposer les activités entre elles. Cependant, dès lors que le nombre de patients à hospitaliser au sortir des urgences est connu, il convient que les lits disponibles soient ouverts en face. Certes, cette équation est plus complexe à résoudre lorsque des postes sont vacants et que des lits sont fermés. Dans certains hôpitaux, il existe aussi une proportion de patients qui pourraient dormir ailleurs qu'à l'hôpital. Ce sont tous ces sujets qu'il faut étudier dans leur

ensemble, même si ce sont des sujets sensibles ou qui sont complexes. Sur la question de l'aval, il convient aussi de réfléchir à la disponibilité des blocs opératoires. S'il manque des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) la nuit, alors l'activité est empêchée. De nombreuses questions portent aussi sur les SSR mais la proportion de patients médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) débouchant sur les SSR est de 5 %.

Concernant le SAS qui est une solution à laquelle il croit, le directeur général pense qu'il s'agira d'un levier pour mieux orienter les patients sans errance et sans impasse. En revanche, le SAS n'a pas pour objectif principal de résoudre l'engorgement de l'aval des urgences et de mettre fin aux patients brancards.

S'agissant des effectifs, les sujets portant sur les heures de travail et la rémunération ne sont pas mis de côté. Au contraire, le besoin d'un traitement global a été acté. Les parties se sont donné jusqu'à la fin du printemps pour trouver des solutions qui seront alors présentées devant la CME.

Le président rappelle qu'il est fortement partisan de ratios d'effectifs de personnel non médical par patient et souligne que beaucoup de pays, ont déjà mis en place ces ratios. Les sénateurs ont aussi souligné dans leur rapport la pertinence de définir des ratios suffisants. Dans les conclusions de leur rapport, ils plaident pour la définition de seuils critiques ajustés sur les activités des établissements et la mise en place d'un mécanisme lorsque ces seuils sont atteints. Les échanges qui ont eu lieu lors de la dernière réunion de la conférence des présidents de CME de CHU témoignent que la situation générale des urgences des CHU hors AP-HP est aussi très grave

Le D^r Patrick PELLOUX précise qu'il a expliqué aux sénateurs qui l'ont auditionné qu'il existait une inégalité entre la rémunération de la permanence des soins en secteur libéral et en secteur public. En effet, le secteur libéral permet une défiscalisation jusqu'à 60 jours par an, soit 1500 € pour une garde de nuit. Ces quelques chiffres démontrent tout l'écart avec la situation des hospitaliers.

- **Point sur la mise en place du service d'accès aux soins (SAS) (P^r Frédéric BATTEUX)**

Le P^r Frédéric BATTEUX explique que le SAS a vocation à être un guichet unique permettant d'accéder à distance et à toute heure à une offre de soins urgents ou non programmés allant du simple conseil médical au déclenchement d'un SMUR. Cette organisation repose sur une double implication, à la fois des médecins libéraux et de la médecine d'urgence hospitalière. Pour répondre à cette mission, elle dispose de deux moyens : d'une part, d'une plate-forme de régulation téléphonique accessible à partir d'un numéro unique permettant de réguler les appels vers l'aide médicale urgente ou vers les soins non programmés ambulatoires ; d'autre part, d'une plate-forme digitale nationale pour permettre aux professionnels libéraux de partager des agendas et de visualiser l'offre de soins du territoire afin d'orienter le patient et de prendre rendez-vous pour le patient.

En pratique, l'appelant qui joindra le numéro unique aboutira sur une première plate-forme de régulation téléphonique qui correspondra à une plate-forme de niveau 1 (N1). Celle-ci permettra de réguler tous les appels de manière extrêmement rapide : 95 % des appels seront gérés en 30 secondes. Ces appels seront orientés soit vers la filière d'aide médicale d'urgence avec les assistants de régulation médicale de l'aide médicale urgente (assistants de régulation médicale [ARM] aide médicale urgente [AMU]), le médecin régulateur et les effecteurs

correspondants (SMUR, ambulance, etc.), soit vers la filière de soins non programmés avec un opérateur de soins non programmés (OSNP), un médecin régulateur libéral et des effecteurs de ville correspondants.

25 expérimentations de SAS ont lieu en France, dont deux en Île-de-France, dans les Yvelines et à Paris petite couronne. Ce projet est porté par l'AP-HP et par les quatre SAMU de l'AP-HP des départements 75, 92, 93 et 94 mais aussi par les associations départementales de permanence des soins ambulatoires (PDSA) représentées par l'union régionale des professionnels de santé (URPS) d'Île-de-France. Au sein du SAS Paris petite couronne, la plate-forme de niveau 1 sera supra-départementale. Son objectif sera d'assurer un décroché rapide pour renvoyer vers l'aide médicale d'urgence ou vers les soins non programmés en fonction de la qualification de l'appel.

Elle reposera aussi sur le renforcement des filières de régulation (N2) de l'aide médicale urgente (AMU) et des soins non programmés (SNP) pour faire face aux augmentations d'activité. Ce renforcement permettra aussi de gérer la régulation des appels au niveau 1. Cette organisation suppose une restructuration des soins non programmés et exige la mobilisation des effecteurs du territoire pour l'orientation des appelants du SAS, notamment des effecteurs de ville pour prendre en charge les patients qui ont besoin de soins non programmés.

Le niveau 1 sera supra-départemental, mais le niveau 2 sera départemental. Cette organisation permet de répondre aux ambitions de qualité, comme la rapidité de décroché, en ayant les capacités techniques et ressources suffisantes pour absorber le volume d'appels anticipé, notamment *via* des bascules entre les différents SAMU. Elle permet aussi de proposer une équité sur les territoires en adoptant les mêmes protocoles de traitement des appels.

Plusieurs étapes ont déjà été franchies. L'étude de faisabilité de la localisation du N1 dans les 4 centres de réception et de régulation des appels (CRRA) a été menée et les locaux adaptés, de manière plus ou moins importante, en fonction des espaces disponibles. Une enveloppe de 1,3 M€ a été financée par l'ARS. Des développements et paramétrages informatiques et de téléphonie ont aussi été lancés avec la réorganisation des zones de traitement des appels, l'ajout de canaux, etc. Pour ces travaux, près de 600 K€ ont été débloqués.

Un chantier a aussi été mené pour l'élaboration d'un modèle de dimensionnement des effectifs au N1. Ce travail a été mené en lien avec l'Institut national de recherche en informatique et automatique (INRIA) afin de pouvoir traiter les appels de manière fluide et rapide. Ce modèle s'accompagne de sa traduction financière. Un protocole de réception des appels et un protocole de réorientation ont aussi été établis et partagés avec les quatre SAMU. Enfin, des ARM ont commencé à être recrutés et formés. 80 ARM seront recrutés dont 48 sur le N1 et 6 postes de superviseurs. À date, les quatre SAMU ont mené les tests sur le N1. Certains SAMU l'ont mis en œuvre de façon continue en journée. La nuit n'a pas démarré mais la montée en charge nécessitera des recrutements *ad hoc*.

Pour mener à bien ce projet, l'hôpital a récupéré un budget de près de 4,3 M€ en plus des investissements consentis pour adapter les plateaux. La médecine de ville a aussi bénéficié d'un double financement pour organiser la filière des soins non programmés et pour rémunérer les médecins régulateurs de ville et les effecteurs de ville. Pour cela, un avenant de la Sécurité sociale

permet une sur-cotation pour les patients adressés *via* le SAS. Ce système de points permet de doubler le prix de consultation dès lors que les effecteurs prendront en charge 200 patients.

L'activité est en progression de 17 % entre 2019 et 2021. Plus de 35 % des DRM supplémentaires sont régulés par l'AMU. Au-delà de ces critères quantitatifs, les critères qualitatifs sont aussi en amélioration avec une augmentation du taux d'accueil et du taux de décroché. Certes, les taux ne sont pas encore à l'attendu mais cette amélioration sera accessible avec la montée en charge des effectifs. Un centre de recrutement des ARM a été créé à l'AP-HP et offre un gage de qualité de la formation.

Le déploiement sera envisageable après la signature d'une charte régionale permettant de poser les bases de la collaboration avec la médecine de ville, notamment sur l'organisation des plateformes, sur la régulation, etc. La ville devra aussi prendre en main la structuration du soin non programmé nécessitant que tous les acteurs s'impliquent dans cette filière. Les effecteurs de ville devront répondre présents.

Le D^r Patrick PELLOUX constate que le budget pour installer le SAS s'élève à 600 M€ au niveau national. Le service public utilise ces fonds pour structurer le système alors que le budget confié aux médecins libéraux leur permettra de revaloriser la rémunération de leurs gardes de 5 € de l'heure en accordant des « jetons de présence » s'ils participent. Il ne partage pas l'enthousiasme du P^r Frédéric BATTEUX pour le N1, notamment car les candidats qui se présentent ne sont pas à la hauteur hormis ceux en reconversion professionnelle au sein de l'AP-HP (aides-soignants, brancardiers, etc.). Certains des candidats n'ont parfois pas le baccalauréat ou ne maîtrisent pas l'orthographe. Ces personnes banalisent leur mission et l'institution prend des risques. Quoi qu'il en soit, c'est le chemin retenu et les budgets vont suivre. Certains appellent à lancer une communication nationale pour faire encore plus appel au SAS mais il préfère, pour sa part, responsabiliser la population et lui demander de solliciter d'abord le médecin traitant. Il ne croit pas aux vertus du SAS tout en espérant que ce nouveau système ne conduira pas à négliger l'urgence grave. Aujourd'hui, le numéro des pompiers reste le numéro privilégié pour les urgences mais le travail avec ces derniers ne s'est pas amélioré. Il regrette donc que la présentation n'ait pas mentionné ce recours aux pompiers.

Le P^r Frédéric ADNET rappelle que le système est actuellement en expérimentation et que le SAS n'est pas déployé. Le déploiement en mode pilote conduit donc à essayer « les plâtres ». Il rejoint cependant les inquiétudes relayées par le D^r PELLOUX car il s'avère difficile de recruter sur la plateforme N1 mais il ne doute pas *in fine* de l'atteinte de cette cible. Le N2 en revanche représente une révolution dans l'organisation du SAMU avec une direction bicéphale, y compris dans la gouvernance. Pour la Seine-Saint-Denis, il est encore difficile d'organiser le N2 dédié à médecine libérale sous l'effet de conflits qui freinent la mise en place. Cependant, l'enjeu est important et il convient de dépasser ces frictions pour poser les bases d'un système qui fonctionne.

Le D^r François SALACHAS demande si le nouveau dispositif sera évalué du point de vue du parcours patient. Il souhaite également savoir qui contrôlera le SAS.

Le P^r Frédéric BATTEUX explique que la charte fixe des indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité du dispositif. Certains de ces indicateurs sont spécifiques à la réponse : temps de réponse, pourcentage de répondants, etc. D'autres portent sur l'efficacité du SAS et sur sa capacité à

renvoyer des demandes vers la ville comme le nombre de patients orientés vers la ville, et leur typologie, etc. D'autres indicateurs encore porteront sur l'impact indirect du SAS sur le nombre de passage aux urgences. Des enquêtes porteront aussi sur la motivation des appelants et sur le niveau de connaissance du SAS. Cet ensemble reste à bâtir mais ces indicateurs sont essentiels.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle que la première présentation du SAS avait eu lieu en janvier 2021 et souhaite savoir à quelle date il sera complètement opérationnel pour pouvoir l'évaluer.

Le Pr Frédéric BATTEUX répond que la crise Covid a conduit à étendre l'expérimentation avec une fin d'expérimentation fixée à 2023. L'expérimentation durera deux ans même si de premières initiatives ont été lancées avant 2022.

Le président constate que certains médecins libéraux s'adossent à des maisons de santé proches de services d'urgence, mais il semblerait que cela ne soit pas le cas partout. Il souhaite donc comprendre pourquoi les médecins libéraux n'optent pas davantage pour ce type de fonctionnement qui apparaît pourtant, de prime abord, comme une bonne idée.

Le D^r Hélène GOULET indique que des expérimentations sont en cours avec des forfaits de réorientation. Sur le périmètre de l'AP-HP, seul le SAU de l'hôpital Robert-Debré a été retenu. Dans ce modèle, le patient est alors réorienté vers un centre de santé. Des maisons de santé sont aussi ouvertes pour accueillir des patients, comme à l'hôpital Lariboisière, même si l'initiative n'a pas pris. L'hôpital Tenon, quant à lui, a réussi à mettre en place une consultation *via* une maison de santé soutenue par la communauté territoriale professionnelle de santé (CPTS) du XX^e arrondissement. Cette initiative fonctionne car toutes les parties ont eu envie de réussir le projet. C'est donc l'investissement humain et la relation de proximité qui conditionnent la réussite de ces projets. Un autre frein tient à l'application du tiers payant car beaucoup de patients ne souhaitent pas être réorientés pour ne pas déboursier 18 €. Pour que l'initiative se développe, il faut donc que le tiers payant puisse être appliqué dans ces structures.

Le P^r Frédéric ADNET souligne que ces structures pourraient être dynamisées par le SAS. Le N2 de la PDSA ira de la pharmacie à la maison médicale de garde en passant par la prise de rendez-vous chez les médecins libéraux. La DGOS essaie à cet effet de mettre en place une application, sur le modèle de la société *Doctolib*, pour prendre directement des rendez-vous auprès des médecins de ville. Le SAS a pour vocation de dynamiser ces réponses sanitaires et éviter que les patients soient mal orientés.

Le D^r Rafik MASMUDI constate tout d'abord que cette expérimentation coûte cher. Il souhaite par ailleurs savoir si des indicateurs permettront de savoir si des patients orientés vers le N2 de la PDSA reviennent dans un second temps vers les urgences hospitalières. Le directeur général a annoncé plus tôt que des investissements avaient été fléchés vers les urgences mais cela fait pourtant des années que les lits brancards existent. Il souhaite donc savoir si le SAS sera dimensionné afin de prendre en charge les afflux massifs qui arrivent pendant la nuit profonde, c'est-à-dire entre 22 heures et 4 heures du matin car ce sont ces prises en charge qui posent le plus de difficultés.

Le P^r Frédéric ADNET souligne que l'indicateur concernant le nombre de patients passant par la permanence des soins ambulatoires (PDSA) puis revenant vers l'hôpital est pertinent mais il ne

sait pas s'il est retenu dans l'expérimentation. Pour le reste, il estime qu'il n'est pas possible de condamner un système en phase d'expérimentation. L'intention première est bonne, il faudra évaluer sa faisabilité. En nuit profonde, le nombre de patients est certes élevé mais le SAS doit justement apporter des solutions.

Le P^r Frédéric BATTEUX confirme que c'est une expérimentation qui suppose d'apprendre en marchant. Elle permettra d'apprendre à l'AP-HP mais aussi dans d'autres régions puisque 25 expérimentations sont en cours sur le territoire. Le système est en train de se construire et bénéficiera des retours de chaque expérimentation.

Le D^r Patrick PELLOUX admire l'optimisme de certains sur le SAS mais il constate que les médecins libéraux appellent les ambulances et les urgences lorsqu'ils font face à un problème. Il veut bien laisser du temps au dispositif pour qu'il se déploie mais il redit que, pour l'heure, il n'est pas convaincu que la médecine de ville joue le jeu. Celle-ci n'a pas joué le jeu depuis 2002 et il peine donc à croire qu'elle agira autrement aujourd'hui.

Le président évoque, pour conclure, le procès-verbal de la première CME de l'AP-HP du 19 novembre 1962, qui indique que la question de la réorganisation des urgences était déjà vue comme une urgence à traiter.

5. Point sur la prime de solidarité territoriale (M. Olivier TRÉTON)

M. Olivier TRÉTON indique que la prime de solidarité territoriale (PST) a été instaurée par le « Ségur de la santé » pour les praticiens qui ont une activité partagée avec d'autres établissements au-delà de leurs obligations de service. Cette prime concerne tous les praticiens seniors, quel que soit leur statut, H ou HU, dès lors qu'ils exercent à temps plein. Cependant, des exceptions sont possibles pour les temps partiels. L'objectif de cette mesure est triple : faciliter les remplacements de praticiens entre établissements par des praticiens publics, intensifier les coopérations entre établissements et limiter le recours à l'intérim.

Le dispositif est régulé à deux niveaux : au niveau régional par une convention-cadre entre l'ARS, la fédération hospitalière de France (FHF) et l'AP-HP. Un projet a été formalisé et sera discuté le 12 avril pour préciser son contenu et sécuriser le fonctionnement des services pourvoyeurs de praticiens ; au niveau des établissements par une convention spécifique signée au moment où l'activité sera mise en place. Le dispositif vise la continuité totale des soins avec des tarifs de demi-journée, de journée, de semaine et de permanence des soins classique (dimanche ou nuit). Les tarifs de la permanence des soins sont plus élevés qu'en semaine. Les tarifs sont quasiment identiques à ceux qui se pratiquent en intérim.

Les directives régionales sont en cours de construction en vue d'encadrer le système. Les garde-fous permettant de définir à partir de quel moment un service dispose des moyens lui permettant d'autoriser un de ses praticiens à assurer des plages dans d'autres établissements ne sont pas encore définis. Au-delà de l'encadrement régional, un travail sera aussi à mener en interne selon le territoire, le service, la discipline. Le repos de sécurité s'applique dans tous les cas après une garde assumée sur le principe de la solidarité territoriale. Ce dispositif pose donc des questions très sensibles d'organisation des solidarités internes avant d'aider d'autres établissements.

D'autres dossiers devront également être discutés avec l'ARS, notamment celui de l'extension du périmètre de la prime. En particulier, l'AP-HP pourrait aider son territoire en matière d'imagerie, pas forcément en déplaçant les praticiens mais éventuellement *via* une interprétation à distance. Cette entraide pourrait aussi concerner des structures publiques ambulatoires. Des possibilités de dérogation très spécifiques sont aussi en discussion pour que le dispositif puisse être utilisé en intra-AP-HP. Cependant, ce sont des discussions exploratoires pour le moment.

Le P^r Yann PARC souligne que certaines structures excentrées d'Île-de-France souffrent d'un manque de permanence de soins. Or, l'ARS, face à ces situations, pourrait proposer que ce dispositif qui est soumis au volontariat aujourd'hui devienne obligatoire. Il souhaite savoir si sa crainte est fondée.

M. Olivier TRÉTON répond que le dispositif n'est pas conçu pour être imposé aux praticiens. Il se déclenche au-delà des obligations de service, donc par recours au volontariat. Les tarifs pratiqués montrent que l'intention est clairement portée sur l'incitation et non sur l'obligation.

Le D^r Patrick PELLOUX constate que le service public copie finalement le système de l'intérim pour faire fonctionner les structures où personne ne souhaite aller. Ce dispositif crée un appel d'air pour les médecins qui ne participaient pas forcément à l'intérim. De l'autre côté, les PH qui font leurs gardes à 240 €, somme sur laquelle les impôts sont prélevés, ne bénéficieront pas de ces heures travaillées pour leur retraite. Pendant ce temps, d'autres médecins quitteront Paris et verront leurs gardes payées plusieurs milliers d'euros. C'est donc un système hyper-inflationniste qui a été créé, un système de concurrence entre service public et hôpitaux publics mais aussi de déstabilisation des structures existantes. Lors de la négociation du « Ségur de la santé », les syndicats des praticiens hospitaliers ont refusé la revalorisation de la permanence de soins, ce qui conduit à ce que celle-ci soit dévalorisée par rapport à celle du secteur libéral. Finalement, les médecins du public sont les « dindons de la farce ».

Le D^r Sonia CERCEAU s'associe à cette réaction. Si elle comprend qu'il faille aider les structures en grande pénurie sur certains territoires, il faut aussi se rendre compte de la situation interne à l'AP-HP. Aujourd'hui, des PH de plus de 60 ans continuent à faire des gardes car leurs plus jeunes collègues en font également beaucoup mais pas autant que leurs aînés au même âge. Certaines listes de gardes sont en grande difficulté, notamment pendant l'été avec des médecins qui doivent réaliser 8 à 9 gardes par mois qui sont payées une misère. Dans ces conditions, comme pour les anatomo-pathologistes, il ne faut pas s'étonner que les praticiens quittent l'AP-HP pour rejoindre le privé ou la province. Travailler 24 heures et passer une nuit debout sans dormir ne peut être indemnisé 267 € brut.

Le président rappelle que ce message est porté depuis plusieurs mois : si une mesure doit être prise dans l'urgence, il s'agit bien de la revalorisation de la permanence des soins. Selon lui, il n'est pas possible d'attendre septembre-octobre, le temps que le nouveau Gouvernement soit installé, mais réagir sans délai.

Le D^r Bruno GREFF s'interroge sur le périmètre d'application, et notamment sur la possibilité d'aider en intra-AP-HP mais entend, d'après la présentation de M. Olivier TRÉTON, que la décision n'est pas encore tranchée. Il rejoint par ailleurs les craintes exprimées par les intervenants

précédents et demande si les services de l'AP-HP pourraient être renforcés, grâce à ce dispositif, par des médecins venant d'ailleurs.

M. Olivier TRÉTON explique que le dispositif a pour vocation de remplacer le mode de fonctionnement intérimaire du privé par un mode public. Les effectifs médicaux sont encore dans une situation plus favorable à l'AP-HP et le flux envisagé irait plutôt de l'AP-HP vers l'extérieur ; mais il n'y a pas d'interdiction d'organiser le mouvement inverse. Les discussions doivent avoir lieu territoire par territoire et service par service et dans le cadre d'un équilibre budgétaire. Aujourd'hui, le texte ne prévoit pas le mécanisme en intra CHU. Si l'analyse démontre que cette possibilité doit être rendue nécessaire sur un mode dérogatoire, alors elle pourrait être ouverte. Pour rebondir sur les remarques précédentes, le dispositif a été conçu pour rendre attractif le fait de rester PH temps plein dans un établissement en permettant le versement d'un complément tout en favorisant la coopération avec le reste du territoire. En revanche, le dispositif n'est pas conçu pour prendre des temps partiels comme le système précédent de l'intérim le permettait. Le dispositif vise bien à favoriser le maintien du temps plein hospitalier.

Le D^r Emmanuel Bui-Quoc demande si ce sera à l'ARS de recenser les besoins, puis de solliciter ensuite l'AP-HP pour savoir si elle pourra libérer des médecins pour participer à ce dispositif. Au vu de la situation actuelle à l'AP-HP, il pense que cette demande désorganisera les services et semble utopique.

M. Olivier TRÉTON explique qu'un accord doit être trouvé avec l'ARS et la FHF sur les conditions de base du mécanisme, puis une réflexion interne devra être conduite pour définir les conditions à partir desquelles il sera possible de « prêter » du personnel médical. Les décisions seront ensuite prises entre les établissements de gré à gré par le biais de conventions. L'ARS supervisera le dispositif mais n'imposera rien.

Le D^r Cyril CHARRON constate à regret que ce mécanisme incite les praticiens hospitaliers à travailler ailleurs pour gagner davantage. Il plaide donc pour que l'AP-HP s'oppose à cette mécanique car, sans l'AP-HP, le système ne pourra pas être mis en place. Il pense résolument qu'il faut s'opposer à cette convention car il est certain que ce mécanisme désorganisera les services tout en ne résolvant pas les problèmes puisque, finalement, cette mesure n'est qu'un « cautère sur une jambe de bois ».

Le directeur général invite à porter une opinion plus mesurée. Tout d'abord, rien n'interdit de faire le lien entre les coopérations avec les hôpitaux et les postes partagés et ce nouveau dispositif pour favoriser le lien entre les hôpitaux généraux et l'AP-HP et compléter le dispositif. Par ailleurs, l'effet pervers qui a été pointé est antérieur à cette nouvelle mesure à travers le développement considérable de l'intérim. Les barèmes qui ont été posés pour brider l'intérim sont aujourd'hui allègrement contournés en enregistrant des heures fictives, notamment. Plutôt que de s'opposer à la coopération envisagée et de la condamner sans appel, il propose plutôt de réfléchir au dispositif intelligent à promouvoir. Il ne faut pas que ce mécanisme soit un prêt de main-d'œuvre, mais un moyen de soutenir les services.

Le président craint que l'AP-HP ne tombe de Charybde en Scylla. La priorité est de mieux payer le travail de nuit et de week-end. Par ailleurs, la CME sera attentive à ce que les conventions-cadres avec les centres hospitaliers partenaires régulent bien les risques de désorganisation des services

de l'AP-HP que la PST fait courir. Il souhaite que la CME soit associée à ce dossier afin de s'en assurer.

6. Questions diverses

Le D^r Cyril CHARRON signale que le groupe hospitalo-universitaire (GHU) Paris-Saclay travaille actuellement à la répartition des majorations des temps additionnels qui ont évolué cinq fois depuis la crise, de 50 à 100 %. Malgré l'implication de la directrice des affaires médicales locale, l'application de l'augmentation n'est pas claire car les décrets sont flous et parfois contradictoires. Il existerait aussi des inégalités entre les GHU, certains ayant accordé la majoration à tous les PH sans distinction et d'autres adoptant une approche plus ciblée. La question qu'il souhaite poser porte donc sur l'égalité entre les GHU. Il souhaite également savoir comment la majoration des temps additionnels est appliquée dans les autres GHU.

Le directeur général rappelle tout d'abord que le système de majoration a évolué pendant la crise Covid pour s'adapter à la situation. Pendant certaines périodes, la majoration du temps additionnel ne concernait que les services dédiés à 100 % à la Covid-19. A d'autres périodes, il a été possible d'ouvrir cette possibilité à d'autres services, non dédiés à 100 % à la crise Covid, mais soumis à de fortes tensions. C'est donc au niveau de chaque hôpital qu'il est possible de porter cette appréciation car établir une liste des spécialités en tension au niveau central n'aurait aucun sens. Il suppose que ce travail a été mené sous le contrôle des CME locales. Un point peut être demandé pour connaître les critères qui ont été appliqués mais il n'est pas illogique que toutes les disciplines n'aient pas bénéficié des mêmes majorations dès lors que les tensions sont plus ou moins fortes selon les hôpitaux.

Le D^r Cyril CHARRON en déduit qu'aucun GHU n'a appliqué la majoration du temps additionnel à tous les PH de son périmètre sans regarder préalablement si les services étaient en tension ou non.

Le directeur général répond que c'est la réponse apportée par les directeurs des affaires médicales des GHU.

Le D^r Rafik MASMOUDI signale qu'un médecin ukrainien de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) a créé l'association *Ukraine-Europe* qui organise des envois de médicaments. Il souhaite savoir si l'AP-HP peut participer aux opérations de dons.

Le P^f Catherine PAUGAM-BURTZ répond que l'AP-HP lance des opérations en direction des Ukrainiens réfugiés en France mais participe aussi à des envois de matériels et/ou de dons. Un premier convoi a été envoyé sous couvert du ministère des Affaires étrangères et du ministère de la Santé d'un montant de plus de 200 k€ de médicaments et équipements. L'AP-HP a indiqué être à disposition des deux ministères pour contribuer à d'autres opérations. Face à la situation en Ukraine, chacun veut participer à son niveau mais la priorité doit porter sur la coordination des opérations. La multiplication des circuits peut conduire à proposer une aide moins efficace. C'est donc la direction générale de la santé (DGS) au niveau européen qui tâche d'organiser les filières, en collaboration avec les sociétés savantes lorsque c'est pertinent, comme ce fut le cas récemment en France pour organiser l'arrivée de 20 enfants souffrant de maladies hématologiques ou cancers pédiatriques.

Le directeur général ajoute que cet accueil a été organisé avec le soutien du P^r Jean-Hugues DALLE, hématologue à l'hôpital Robert-Debré.

Le D^r Rafik MASMUDI propose toutefois de communiquer les coordonnées de l'association pilotée par ce médecin ukrainien.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ indique que l'association est identifiée par la direction des relations internationales.

La séance plénière est levée à 19 heures 30.