

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 14 SEPTEMBRE 2021**

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 2021

## Sommaire

1. Informations du président de la CME	6
2. COVID : point sur la situation épidémique	7
3. Point sur les lits ouverts et fermés, les postes vacants, l'absentéisme et le recours aux heures supplémentaires et à l'intérim	10
4. Avis sur la prime d'engagement collectif	16
5. Stratégie cancer de l'AP-HP	19
6. Présentation des trois projets des « maisons des femmes » de Bichat, Pitié-Salpêtrière et Hôtel-Dieu	22
7. Dispositif de signalement des violences au travail	24
8. Approbation des comptes rendus des CME des 1 <sup>er</sup> juin et 6 juillet 2021	27
9. Questions diverses	27

## **CME du mardi 14 septembre 2021**

**16h30 – 19h30**

### **Ordre du jour**

#### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

1. Informations du président de la CME
2. COVID : point sur la situation épidémique (P<sup>r</sup> Renaud PIARROUX)
3. Point sur les lits ouverts et fermés, les postes vacants, l'absentéisme et le recours aux heures supplémentaires et à l'intérim (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Sylvain DUCROZ)
4. Avis sur la prime d'engagement collectif
5. Stratégie cancer de l'AP-HP (P<sup>rs</sup> Christophe TOURNIGAND et Marie WISLEZ, D<sup>r</sup> Gilles GALULA)
6. Présentation des trois projets des « maison des femmes » de Bichat, Pitié-Salpêtrière et Hôtel-Dieu (P<sup>rs</sup> Olivier SIBONY, Marc DOMMERGUES et M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN)
7. Dispositif de signalement des violences au travail (M<sup>me</sup> Charline NICOLAS, M. Sylvain DUCROZ)  
(sous réserve)
8. Approbation des comptes rendus des CME des 1<sup>er</sup> juin et 6 juillet 2021
9. Questions diverses

**- Assistent à la séance :**

• ***Avec voix délibérative :***

P <sup>r</sup>	Véronique	ABADIE	D <sup>r</sup>	Agnès	HARTEMANN
P <sup>r</sup>	René	ADAM	D <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU
P <sup>r</sup>	Philippe	ANRACT	P <sup>r</sup>	Marc	HUMBERT
D <sup>r</sup>	Marie	ANTIGNAC	D <sup>r</sup>	Éric	LE BIHAN
D <sup>r</sup>	Thomas	APARICIO	P <sup>r</sup>	Éric	LE GUERN
D <sup>r</sup>	Fadi	BDEOUI	P <sup>r</sup>	Laurent	MANDELBROT
P <sup>r</sup>	Sadek	BELOUCIF	P <sup>r</sup>	Xavier	MARIETTE
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	D <sup>r</sup>	Rafik	MASMOUDI
P <sup>r</sup>	Jacques	BODDAERT	D <sup>r</sup>	Giovanna	MELICA
P <sup>r</sup>	Olivier	BOURDON	D <sup>r</sup>	Vianney	MOURMAN
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	D <sup>r</sup>	Stefan	NERAAL
D <sup>r</sup>	Donia	BOUZID	M.	Louis-Paul	PATY
D <sup>r</sup>	Leila	BOUZLAFA	D <sup>r</sup>	Juliette	PAVIE
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	P <sup>r</sup>	Antoine	PELISSOLO
P <sup>r</sup>	Jean-Claude	CAREL	P <sup>r</sup>	Marie-Noëlle	PERALDI
P <sup>r</sup>	Alain	CARIOU	D <sup>r</sup>	Nathalie	PONS-KERJEAN
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
D <sup>r</sup>	Julie	CHOPART	P <sup>r</sup>	Louis	PUYBASSET
P <sup>r</sup>	Olivier	CLÉMENT	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	D <sup>r</sup>	Nathalie	RICOME
M <sup>me</sup>	Audrey	DARNIEAUD	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
P <sup>r</sup>	Loïc	DE PONTUAL	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
P <sup>r</sup>	Vianney	DESCROIX	D <sup>r</sup>	Brigitte	SOUDRIE
P <sup>r</sup>	Hubert	DUCOU LE POINTE	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
P <sup>r</sup>	Jacques	DURANTEAU	D <sup>r</sup>	Samir	TINE
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT	D <sup>r</sup>	Valéry	TROSINI-DESERT
P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU	D <sup>r</sup>	Michel	VAUBOURDOLLE
P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER	D <sup>r</sup>	Noël	ZAHR
P <sup>r</sup>	Christian	GUY-COICHARD			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P<sup>r</sup> Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)

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

- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M<sup>me</sup> Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'île de France (ARS)
- M<sup>me</sup> Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

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

- M. Sylvain DUCROZ, directeur des ressources humaines
- M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN, P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ et M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeurs généraux adjoints

- M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- M<sup>me</sup> Charline NICOLAS, directrice des affaires juridiques
- M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie et de la transformation
- M<sup>me</sup> Véronique DROUET et M. Patrick CHANSON, directrice-adjointe et directeur de la communication
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Loïc MORVAN, président par intérim de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M. Jean-Guilhem XERRI, direction de la stratégie et de la transformation (DST)

• **Invités :**

- P<sup>r</sup> Renaud PIARROUX, chef de service de parasitologie et mycologie, Pitié-Salpêtrière
- P<sup>r</sup> Christophe TOURNIGAND, chef de service d'oncologie, Henri-Mondor
- P<sup>r</sup> Marie WISLEZ, service de pneumologie, Cochin
- D<sup>r</sup> Gilles GALULA, service d'oncologie, Tenon
- P<sup>r</sup> Olivier SIBONY, chef du service de gynécologie-obstétrique, Robert-Debré
- P<sup>r</sup> Marc DOMMERGUES, chef de service de gynécologie-obstétrique, Pitié-Salpêtrière

• **Secrétariat de la CME :**

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

• **Membres excusés :**

M<sup>me</sup> et MM., P<sup>rs</sup> et D<sup>rs</sup> Jean-Yves ARTIGOU, Elie AZOULAY, Frédéric BATTEUX, Sébastien BEAUNE, Guy BENOIT, Lynda BENSEFA-COLAS, Sophie BRANCHEREAU, Yves-Hervé CASTIER, Yves COHEN, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALES, Sonia DELAPORTE-CERCEAU, Margaux DUMONT, Mathilde DUVAL, Julien FLOURIOT, Vincent FROCHOT, Bruno GREFF, Sophie GUILLAUME, Emelyne HAMELIN, Sandrine HOUZE, Youcef KADRI, Jean-Louis LAPLANCHE, Michel LEJOYEUX, Rachel LEVY, Emmanuel MARTINOD, Salomé MASCARELL, Yann PARC, Patrick PELLOUX, Clara SALINO, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, et Ishai-Yaacov SITBON.

*La séance s'ouvre à 16 heures 30, sous la présidence du P<sup>r</sup> Rémi SALOMON.*

### **Hommage**

La CME a rendu hommage au P<sup>r</sup> **Axel KAHN**, hématologue, premier directeur de l'Institut Cochin, ancien président de l'université Paris-Descartes et de la Ligue contre le cancer, décédé à l'âge de 76 ans le 6 juillet 2021 et au P<sup>r</sup> **Michel ZERAH**, ancien chef du service de neurochirurgie pédiatrique de Necker et ancien membre de la CME dont il a présidé la commission *Informatique* pendant deux mandats, décédé le 11 septembre dans sa 65<sup>e</sup> année.

### **1. Informations du président de la CME**

**Le président** indique que le calendrier 2022 des réunions de la CME a été diffusé et mis en ligne sur le site de la CME.

Deux nouveaux membres intègrent la CME :

La CME accueille le P<sup>r</sup> **Agnès HARTEMANN**, endocrinologue à la Pitié-Salpêtrière, dans le collège des hospitalo-universitaires de médecine. Elle remplace le P<sup>r</sup> Véronique LEBLOND qui a fait valoir ses droits à la retraite.

Le D<sup>r</sup> Stefan NERAAL quittera l'AP-HP le 1<sup>er</sup> novembre pour rejoindre le centre hospitalier universitaire de Rennes et quittera donc la CME. Il sera remplacé dans le collège des non-titulaires hospitaliers par le D<sup>r</sup> Antoine PELHUCHE, gériatre à Paul-Brousse.

**Le président** invite les membres de la CME volontaires à faire part de leur souhait de rejoindre le groupe de travail égalité femme - homme piloté par le D<sup>r</sup> Marie ANTIGNAC et la vice-présidente, le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY. Les travaux de ce groupe de travail viseront à identifier des actions très pratiques afin de pouvoir avancer dans ce domaine.

### *Directoire*

Le directoire du 8 septembre s'est déroulé en présence de la nouvelle directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, M<sup>me</sup> Amélie VERDIER. Le président l'invitera à venir échanger avec la CME. Ce directoire a été largement consacré aux enjeux de ressources humaines. Les membres du directoire se sont par ailleurs associés à une tribune publiée le 13 septembre dans *Le Monde* en réponse aux attaques et menaces dont sont victimes les hospitaliers. Cette tribune demande aux pouvoirs publics et à la Justice de prendre les mesures les plus fermes contre les personnes responsables de ces attaques et de protéger les professionnels qui en sont victimes. Les conférences de CHU se sont jointes à cette tribune, ainsi que les conférences de directeurs de centres hospitaliers, les présidents des conseils de surveillance, les doyens et plusieurs maires, entre autres.

### *Informations du directeur général*

**Le directeur général** souhaite ajouter concernant le parcours du P<sup>r</sup> Michel ZERAH, qu'il a été représentant de la CME sur les questions relatives aux systèmes d'information, à l'informatique et au numérique, notamment au moment des premiers pas de l'entrepôt de données de santé et de la généralisation d'*Orbis*. Comme d'autres l'ont déjà exprimé, il tient aussi à saluer ses qualités humaines tout à fait remarquables.

Le directeur général confirme, d'une part, la nomination de M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN en tant que directrice générale adjointe par intérim après le départ de M. François CRÉMIEUX. Au sein de l'AP-HP, M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN a occupé la direction de l'hôpital Robert-Debré, puis celle de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) avant de rejoindre la direction générale de l'offre de soins (DGOS), et de devenir directrice de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI).

M. Sylvain DUCROZ quittera prochainement l'AP-HP pour devenir directeur général adjoint de l'institut Gustave-Roussy à compter du 17 septembre. **Le directeur général** le félicite pour cette nomination et le remercie pour son investissement et son engagement au sein de divers groupes hospitaliers, puis au siège sur le sujet prioritaire des ressources humaines, le plus récent étant le projet social.

L'appel à projets recherche hospitalo-universitaire (RHU) de la vague 5 est en cours. Le nombre de dossiers de l'AP-HP retenus est inférieur aux années précédentes, leur représentation se situant dans la proportion des dossiers déposés alors qu'elle était surreprésentée en 2020. En l'espèce, cinq dossiers de l'AP-HP sont admissibles.

L'actualité est aussi dominée par les sujets liés à la crise sanitaire qui fera l'objet du point suivant de l'ordre du jour et par les sujets relatifs à la gestion des ressources humaines, sujet majeur et le plus préoccupant de la rentrée aussi bien pour l'AP-HP que pour de nombreuses organisations de la région et en France. Un état des lieux sera présenté aujourd'hui ainsi que les pistes envisagées pour réagir à la situation.

**Le directeur général** rappelle ensuite que l'obligation vaccinale s'applique au personnel à partir du 15 septembre. Le taux de vaccination réel dépasse le taux de vaccination apparent. En effet, au cours des dernières semaines, beaucoup de personnels se sont fait vacciner dans d'autres centres que ceux de l'AP-HP mais l'institution a l'interdiction de récupérer ces données et doit donc suivre ce taux *via* un système auto-déclaratif. La fourchette haute du nombre de personnes non vaccinées à l'AP-HP serait de 1 500 personnes. Dès lors, certains personnels ne seront pas vaccinés le 15 septembre et ne pourront pas travailler. Bien entendu, ces situations soulèveront des difficultés dans les services concernés, de soins ou administratifs. Plusieurs services de paie connaissent des taux relativement importants de non-vaccinés, situation qui pourrait entraîner des perturbations de l'activité. Les services dans lesquels le nombre de non-vaccinés reste significatif ne présentent pas de caractéristiques particulières. C'est souvent la présence de militants qui induit des résistances à la vaccination. Hier, le rythme de la vaccination était certes plus faible dans les hôpitaux gériatriques, mais aujourd'hui les foyers de résistance sont localisés dans plusieurs types de services, aigus comme chronique.

## **2. COVID : point sur la situation épidémique (P<sup>r</sup> Renaud PIARROUX)**

### **Immunsation de la population**

**Le P<sup>r</sup> Renaud PIARROUX** indique que, pour la première fois, la diminution de la transmission constatée ces dernières semaines n'est pas la conséquence de mesures de freinage mais résulte d'une augmentation de l'immunité de la population française. Cette immunité est en grande partie due à la vaccination : on approche de 50 millions de personnes primo-vaccinées (3/4 de la population totale, 86 % des 12 ans et plus) et de 47 millions totalement vaccinés. Le seuil de 50 millions de personnes totalement vaccinées devrait être atteint prochainement.

L'immunité actuelle est aussi due à la circulation intense du virus jusqu'au printemps dernier. Début juin 2021, alors que seulement 12,5 millions de Français étaient complètement vaccinés (et

28 millions avaient eu au moins un dose), le taux de séropositivité était déjà de 52 %. En Île-de-France, il était même de 60 %. Il existe encore une petite marge de manœuvre pour réduire la proportion de français de plus de 12 ans non immunisés, mais elle est relativement faible : on est maintenant à 14 % de non vaccinés dont une proportion inconnue, probablement importante, sont immunisés par la maladie elle-même. En cela, la France n'a pas atteint un « plafond de verre » mais les marges de manœuvre sont cependant faibles.

L'enjeu est ailleurs. Il porte sur la durabilité de cette immunité collective. Israël et le Royaume-Uni nous montrent qu'une immunité vaccinale conférée à environ 60 % de la population totale ne prévient pas les reprises épidémiques après un délai de quelques mois. Les deux pays ne sont cependant pas totalement comparables à la France. Tout d'abord, on peut espérer atteindre en France 75 % de personnes vaccinées, soit bien plus qu'Israël et le Royaume-Uni au moment où le rebond épidémique a commencé à se faire sentir. Cette différence est encore plus marquée chez les sujets jeunes, très motivés par les contraintes du passe sanitaire, qui ont le plus d'interactions sociales et influent le plus sur la circulation du virus. Ensuite, les britanniques ont été vaccinés avec un vaccin plutôt moins efficace, au mois dans les premiers mois. De leur côté, les Israéliens ont été moins impactés par l'épidémie, et ont donc une moindre immunité induite par la maladie. Nous avons donc un peu plus de marge de manœuvre.

Beaucoup dépendra de notre capacité à entretenir l'immunité contre la COVID. La circulation du virus ne jouera pas un rôle essentiel car 10.000 nouveaux cas par jour ne suffisent pas pour entretenir l'immunité dans une population de 67 millions de Français et laisser l'incidence de la COVID augmenter de manière importante nous remettrait rapidement en situation de crise : aujourd'hui la pression hospitalière reste supérieure à 40 % et le nombre quotidien de décès reste proche de 100. En revanche, les premiers résultats observés en Israël montrent qu'une troisième dose de vaccin permet de recouvrer une protection vaccinale importante. Reste à savoir pour combien de temps. L'enjeu est donc de faire accepter le principe d'une troisième dose de vaccin à une fraction la plus large possible de la population. Si on arrive à un bon résultat de ce côté, nous pourrions souffler un peu.

### ***Devenir de la pandémie***

À court terme, c'est l'effet de la rentrée des classes qu'il faut surveiller. En dessous de 12 ans, personne n'est vacciné et entre 12 et 17 ans, environ 50 % sont vaccinés (chiffre en progression). Beaucoup d'enfants ne sont pas immunisés par la maladie. Début juin, 18 % des 0-9 ans et 23 % des 10-19 ans étaient immunisés. Depuis, ces pourcentages ont dû croître. Mais, avec un virus aussi contagieux que le variant delta, il est peu probable que ce taux d'immunisation suffise à contrôler la progression de la maladie. Une épidémie scolaire est donc probable mais son ampleur est incertaine. Il est trop tôt pour se faire une idée maintenant et de même, les répercussions sur le reste de la population, actuellement fortement immunisée sont inconnues. Malgré les projections de l'Institut Pasteur, une nouvelle vague épidémique d'ampleur comparable aux vagues de l'hiver dernier n'est pas certaine.

À moyen terme, l'enjeu est à la durabilité de l'immunité conférée par la vaccination. La troisième dose, si elle est largement effectuée devrait nous apporter un répit supplémentaire.

À long terme, l'hypothèse de perte de virulence du SARS-COV-2 souvent évoquée dans les médias ne paraît pas si pertinente. En particulier, il faut distinguer les notions de virulence et de létalité. Le virus, en améliorant sa capacité à envahir nos cellules et à s'y multiplier gagne à la fois en contagiosité et en virulence. La virulence actuelle ne nuisant pas à la transmission interhumaine, puisque les formes graves de la maladie surviennent tardivement, elle n'a pas de raison d'être



fortement contre-sélectionnée au cours de l'évolution du virus. En revanche, la létalité diminue du fait de l'acquisition d'une immunité liée à la maladie et au vaccin. Nous avons actuellement un peu moins d'une centaine de décès en France par jours pour environ 10.000 nouveaux cas quotidiens, cet hiver c'était 300 à 400 pour environ 20.000 cas quotidiens. C'est un peu mieux, mais ce n'est pas fondamentalement différent. L'augmentation de virulence nous fait perdre une partie du gain lié à l'immunisation des personnes les plus vulnérables et la létalité ne baisse que modérément.

L'espoir d'un COVID-0, légitime avec les souches initiales et avec les premiers variants (alpha, beta, gamma) semble s'éloigner fortement depuis que le variant delta s'est propagé. Cela dit, il ne faut pas complètement désespérer. De nouveaux vaccins arrivent, pas forcément plus efficaces que les premiers, mais ouvrant la voie à des stratégies vaccinales peut-être plus pérennes, avec des combinaisons conférant une immunité plus durable. Peut-être aurons-nous aussi des traitements efficaces, ce qui changerait la donne en termes de prise en charge des patients mais aussi, peut-être, en termes d'organisation de la lutte (traitement des cas contacts si on dispose d'un traitement ambulatoire efficace, facile à administrer et peu coûteux).

Inversement, rien ne permet d'exclure la survenue de mutants plus dangereux ou moins sensibles au vaccin. Notons simplement qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle de flambée due à de tels mutants qui pourraient nous faire anticiper une nouvelle vague pandémique dans les mois qui viennent comme ce fut le cas avec les variants alpha et delta. Ainsi, la situation est plutôt calme en Colombie malgré l'existence d'un variant préoccupant.

**Le président** remercie le P<sup>r</sup> Renaud PIARROUX pour cette analyse de la situation. Concernant la troisième dose, mise en place par exemple en Israël et qui vise à renforcer une immunité vaccinale qui s'épuise davantage que l'immunité naturelle, il souhaite savoir si elle doit concerner essentiellement les sujets les plus âgés et les plus fragiles pour soulager le système de santé ou, au contraire, toute la population pour freiner la circulation du virus. Il rappelle également que les vaccins à ARN messager actuels ont un effet modeste sur la transmission (entre 40 et 60 %).

**Le P<sup>r</sup> Renaud PIARROUX** estime que la situation est aujourd'hui stabilisée car la France jouit d'une certaine immunité collective. L'objectif serait de rester à ce niveau et non de s'appuyer uniquement sur les gestes de ralentissement de la contagion. À cette fin, comme le fait Israël, la stratégie la plus logique serait de proposer la troisième dose à la population la plus large possible pour maintenir une immunité importante et freiner la circulation du virus.

**Le président** observe que les enfants de moins de 12 ans ne sont pas vaccinés même si certains sont immunisés naturellement et qu'une part significative des adolescents n'est pas vaccinée non plus, ce qui soulève des questions sur les effets de la rentrée scolaire. Les cas graves parmi la population des plus jeunes seront sans doute très rares. Cependant, si le dénominateur augmente, ces cas, même rares, seront plus nombreux. En outre, la COVID-19 peut se conjuguer à des pathologies hivernales. Certes, les virus *influenza* et *rotavirus* ont peu circulé l'hiver passé grâce à une bonne observance des gestes barrières, mais les risques pourraient s'additionner aujourd'hui alors qu'il est constaté un relâchement dans le respect des gestes barrières. Les vagues d'épidémies hivernales pourraient par conséquent être plus précoces et plus fortes.

**Le P<sup>r</sup> Renaud PIARROUX** estime que les gestes barrières restent un réflexe. Le port du masque demeure une obligation dans de nombreux lieux. Il reconnaît que plus le délai est long entre deux périodes de transmission de la grippe ou du rotavirus, par exemple, plus le risque est grand d'avoir une plus large population susceptible. À terme, si un relâchement des gestes barrières est

constaté, on pourrait craindre une reprise épidémique de ce côté-là, mais il existe peu de solutions à ce problème. Toutefois, il ne présage pas que l'hiver 2021 sera difficile à ce titre.

**Le président** remercie le P<sup>r</sup> PIARROUX pour son intervention et rappelle que la capacité d'absorption des hôpitaux est malheureusement limitée par les difficultés relatives au recrutement et à la fidélisation des personnels.

### **3. Point sur les lits ouverts et fermés, les postes vacants, l'absentéisme et le recours aux heures supplémentaires et à l'intérim (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Sylvain DUCROZ)**

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** commence par un point global sur la situation de l'emploi à l'AP-HP, sujet qui a déjà été largement débattu lors du bureau de la CME la semaine précédente.

Dans une vision macro, la situation des effectifs et de l'emploi à l'AP-HP est meilleure en 2021 qu'en 2020. En effet, les effectifs sont en moyenne supérieurs de 1 252 équivalents temps plein (ÉTP) par rapport à 2020. Cette situation tient en partie à une augmentation assez importante de la promotion professionnelle (+ 239 ÉTP) à tous les niveaux. Cette croissance illustre l'effort inscrit au projet social pour soutenir l'ascenseur social et la formation des paramédicaux. Cette situation tient aussi aux renforts sur les métiers d'agents de services hospitaliers (ASH) et d'aides-soignants (AS) pour environ 700 ÉTP, et d'agents administratifs et logistiques. La croissance est également tirée par les effectifs nécessaires pour gérer une longue troisième vague. Les tensions attendues après le 15 septembre ne concerneraient pas les services où les ASH et les AS sont en nombre important, puisque les effectifs 2021 sont plus importants qu'en 2020, mais plutôt les secteurs où les personnels infirmiers sont importants pour faire fonctionner les services.

Au-delà du recrutement, deux leviers ont été activés : les heures supplémentaires et l'intérim. La direction des ressources humaines (DRH) et la direction des finances ont mené un lourd travail pour établir une vision juste des heures supplémentaires et de l'intérim fin août. D'après ces données, les dépenses en heures supplémentaires augmenteraient de 50 %. Cette augmentation est la conséquence d'un effet prix à hauteur de 30 % (compte tenu de la revalorisation de ces heures) et un effet volume pour 20 %. Les dépenses d'intérim ont également augmenté de 20 % par rapport à 2020, augmentation tenant à un effet prix et à un effet volume comme pour les heures supplémentaires mais la part de chaque effet est plus difficile à distinguer.

La problématique des effectifs se concentre essentiellement sur les infirmiers et c'est ce qui a conduit à faire plus massivement appel aux heures supplémentaires et à l'intérim tant pour gérer la troisième vague que pour gérer les congés et les absences d'été. En 2020, une amélioration de la situation a été enregistrée à partir de juillet, embellie qui s'est poursuivie jusqu'à l'automne, grâce aux recrutements de diplômés des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), ce qui avait permis de commencer l'année 2021 avec une situation meilleure qu'en 2020. En 2021, le nombre d'infirmiers est resté au-dessus du nombre enregistré en 2020 jusqu'à l'été, avant de descendre en deca de ce niveau cet été. L'inquiétude actuelle ne porte pas sur la décroissance des effectifs, qui était attendue compte tenu du retard des disponibilités, mais sur le rebond prévisible compte tenu du faible nombre de candidats par rapport au nombre de postes offerts. De plus, cette situation ne concerne pas que l'AP-HP mais tous les hôpitaux publics comme privés d'Île-de-France comme des grandes métropoles de régions. Le besoin est encore plus criant pour l'AP-HP qui compte des postes vacants mais qui a créé aussi des postes sur son budget 2021.

La hausse des effectifs en août 2021, après le creux de juillet, est relativement faible. Cette hausse est de + 122 ÉTP alors que l'augmentation avait représenté 330 ÉTP en août 2020. De plus, en

septembre, l'augmentation nette des effectifs devrait être de + 140 ÉTP. La visibilité n'est pas encore suffisante pour le mois d'octobre. Le report d'un mois des recrutements en Île-de-France pourrait jouer mais ce phénomène ne devrait pas suffire à retrouver le rythme du recrutement de 2020. C'est sur la population des infirmiers que la rupture de la tendance est la plus forte. Cette situation dépasse le strict cadre de l'AP-HP, certains CHU évoquant une absence totale de *curriculum vitae* (CV). C'est le cas notamment de Lyon, ce qui vient contrecarrer la mise en œuvre de ses projets médicaux.

Un creux démographique des infirmiers diplômés d'État (IDE) était attendu. Il avait même été intégré dans le raisonnement du projet social. Pour rappel, le projet social a créé 1 300 emplois, mais il était connu que ces recrutements ne seraient être immédiats, raison pour laquelle il était proposé des heures supplémentaires majorées. Les promotions sortantes des IFSI ont été faibles en 2021 et le phénomène sera manifestement le même en février 2022.

Un léger déport dans les recrutements était également attendu puisque la diplomation dans les IFSI d'Île-de-France a eu lieu le 29 juillet cette année. Or les diplômés s'accordent en général des congés avant de prendre un emploi. Pour autant, l'AP-HP ne s'attendait pas à une telle atonie générale dans la région, ni à une pression concurrentielle supplémentaire liée aux centres de vaccination qui recrutent également.

Au final, la situation actuelle ne tient pas à une évasion massive des personnels infirmiers de l'AP-HP puisque les mobilités et les départs sont à ce stade moins nombreux qu'en 2019 mais légèrement supérieurs à ceux enregistrés en 2020 mais cette année 2020 avait été marquée par la crise et ses effets sur les disponibilités. Le facteur explicatif majeur porte sur l'absence de possibilités de recrutement compte tenu d'une diminution drastique du nombre de CV.

**M. Sylvain Ducroz** dresse un constat sur les autres métiers en tension qui sera à actualiser, notamment concernant les cadres de santé.

Une alerte avait été relayée en CME concernant la situation des masseurs-kinésithérapeutes. Depuis deux ans, la situation s'est améliorée. Les effectifs 2021 s'améliorent d'environ + 100 ÉTP par rapport à 2019. L'AP-HP se situe désormais structurellement au-dessus de la moyenne de 2018.

Pour les manipulateurs en radiologie, la situation est proche des deux années précédentes. Cependant, 2021 n'a pas encore permis de rattraper la moyenne de 2018 avec un écart d'environ moins 40 ÉTP. Cet écart pourrait même être plus accentué si l'on prend en compte les nouveaux besoins. Pour autant, la politique de promotion professionnelle a permis de réduire les écarts au cours des deux dernières années.

La situation des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) est aujourd'hui meilleure. Ce métier a notamment bénéficié d'un nouveau statut national et, depuis, les niveaux d'emploi sont supérieurs à ceux de 2018. La courbe des effectifs de 2021 est certes baissière, mais cette tendance correspond à l'érosion naturelle jusqu'au recrutement en sortie d'école. Ces sorties ont été retardées pour les IADE comme pour les infirmiers de bloc opératoire (IBODE) avec des scolarités allongées de deux mois dans le cadre de la crise COVID-19.

Pour les IBODE, les sorties d'école ont été décalées au mois d'août. La situation des IBODE est plus compliquée que celle des IADE car ce métier ne bénéficie pas d'un nouveau statut ni de mesures « différenciantes ». Aujourd'hui, c'est un métier qui n'attire plus.

La dernière promotion des Ifsi de juillet 2021 est la dernière entrée par concours avant la réforme *Parcoursup* qui a permis de remplir les Ifsi. Environ 60 % des recrutements en sortie d'école ont été sécurisés. Les diplômés qui ne se sont pas positionnés ont été relancés individuellement pendant l'été et une proposition attractive en trois axes leur a été faite. En l'espèce, il leur a été proposé des contrats d'allocations d'études (qui peuvent s'apparenter à une prime d'entrée en contrepartie d'un engagement de servir), un accès facilité aux heures supplémentaires majorées y compris pour les personnels de nuit et des propositions de solutions de logement provisoires. Près de 300 messages de ce type ont été envoyés aux diplômés hésitants et une quinzaine de réponses positives a été collectée. Le travail se poursuit avec les groupes hospitaliers pour comptabiliser les engagements qui auraient pu être pris directement auprès des élèves.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** termine par les conséquences de la situation des ressources humaines sur l'offre de soins. À fin août 2021, il est observé une augmentation d'un point du nombre de lits fermés (28 % en août 2021 contre 27 % en août 2020). Une partie de l'augmentation tient à des travaux qui n'ont pas pu avoir lieu en 2020. Les autres motifs sont, entre autres, des fermetures des chambres doubles pour des raisons sanitaires et des fermetures de lits en raison de postes vacants. La situation à fin août 2021 se situe 6 points au-dessus de la situation 2019. Néanmoins, d'après les données Oslo à retravailler, s'il y avait moins de lits ouverts dans tous les hôpitaux de l'AP-HP au cours des 10 premiers jours de septembre 2021 par rapport à la même période en 2019 et 2020, ce nombre a évolué positivement et se situe désormais légèrement au-dessus de la moyenne historique (d'une centaine de lits) depuis le début de la semaine. La prudence reste toutefois de mise car les fluctuations peuvent être importantes d'un jour sur l'autre sur cet outil. Un nouveau point pourra être présenté lors de la CME d'octobre sur les données de septembre.

**Le président** souhaite savoir si, en ce qui concerne les recrutements, il est possible de mesurer l'effet d'attraction des centres de vaccination par rapport aux recrutements proposés par l'AP-HP. En effet, de jeunes diplômés préfèrent aujourd'hui s'orienter vers les centres de vaccination qui proposent une rémunération attrayante, mais la question reste de mesurer cette « concurrence ». Il s'interroge par ailleurs sur la durée de la période pendant laquelle l'AP-HP pourrait souffrir de cette concurrence, sachant que l'administration d'une troisième dose de vaccin pourrait conduire ces centres à s'inscrire dans la durée. Face à cette situation, il souhaite savoir si l'AP-HP a les moyens d'agir ou de saisir les tutelles pour apporter une réponse.

**Le président** rapporte deux remarques relayées dans le fil de discussion *zoom* : celle du P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT sur la situation préoccupante des sages-femmes et celle du D<sup>r</sup> Nathalie PONS-KERJEAN sur celle des préparateurs en pharmacie.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** souhaiterait que l'information sur les métiers en tension soit étendue aux cadres et aux assistantes sociales afin de connaître le nombre de postes vacants. En gériatrie, il existe une pénurie d'assistantes sociales mais cette situation doit concerner d'autres secteurs également. Par ailleurs, beaucoup d'aides-soignants reçus en Concernant les recrutements, il ont demandé une promotion professionnelle, mais beaucoup de ces demandes ont été refusées. Ces refus étaient peut-être justifiés, mais il trouve dommage de se priver de ces compétences.

**Le D<sup>r</sup> Rafik MASMOUDI** indique que les services d'urgences sont également dans une situation critique : certains personnels soignants ou médicaux ne veulent plus travailler, le nombre de patients en brancard augmente. Il entend les difficultés rencontrées pour recruter du personnel paramédical mais il souhaite savoir comment faire face à l'afflux massif aux urgences et répondre à la situation critique du capacitaire d'aval en hospitalisation conventionnelle. Les urgences ne peuvent pas réguler toutes les entrées ce qui pourrait conduire à des accidents.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** explique que le bilan qui a été fait porte sur les mêmes catégories de métiers qu'en 2020. Cependant, il est vrai que, depuis peu et de manière localisée, il faut y ajouter les sages-femmes, les préparateurs en pharmacie mais aussi les techniciens en laboratoire. Pour cette dernière catégorie, c'est un effet de la crise sanitaire et de l'augmentation du nombre de tests. Il note par ailleurs la remarque émise quant à la situation des assistants sociaux et plus globalement du personnel socio-éducatif. Ce sujet ne renvoie pas uniquement aux postes vacants car, lorsqu'il est impossible de trouver des assistants sociaux, il est possible de trouver d'autres profils, de niveau bac+2 avec un parcours de l'assistance à la personne. En outre, une partie des projets médicaux, notamment avec la médecine de ville, et des parcours de soins avec les infirmiers de pratique avancée (IPA) implique des recrutements dans ce secteur. La situation de pénurie risque donc de s'aggraver.

**Le président** ajoute que les assistants sociaux et les IPA en charge de la coordination avec la médecine de ville sont pourtant l'une des réponses pour diminuer les temps de séjour et répondre à l'inadéquation entre le personnel et la demande.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** signale que pour les promotions professionnelles, l'effort de l'AP-HP est massif (+ 240 ÉTP) et il sera tenu sur la durée. Sur trois ans, environ 500 ÉTP supplémentaires seront consacrés à la promotion professionnelle pour parvenir à 1 150 d'ici 2022. Cependant, la promotion professionnelle doit être poussée pour recréer des viviers d'infirmiers et les fidéliser. L'AP-HP dépense trois fois plus de moyens sur la promotion professionnelle que la moyenne des hôpitaux publics. Pour autant, le mouvement ne peut pas être fait en une seule fois alors que les projets médicaux de chaque groupe hospitalier sont en demande de postes supplémentaires. C'est donc un équilibre complexe à trouver. De plus, une partie de la régulation des promotions professionnelles échappe à l'AP-HP. Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE a évoqué la situation de personnels reçus mais non promus. Or, les jurys organisés dans le cadre de *Parcoursup* réservent 25 % des places dans les IFSI à la formation professionnelle continue mais l'AP-HP ne peut pas financer tous ceux qui réussissent le concours ou l'examen *Parcoursup*. Aujourd'hui, 350 personnes sont reçues dans les jurys pour 250 places financées.

Concernant les centres de vaccination, l'ARS pourra apporter la réponse après une enquête demandée à l'assurance-maladie.

**Le président** souhaite savoir s'il existe des moyens incitatifs ou réglementaires permettant d'orienter les flux d'infirmiers vers l'hôpital plutôt que vers les centres de vaccination.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** répond qu'il n'existe pas vraiment de solution sauf à proposer que la vaccination soit réalisée par des aides-soignants sous la supervision d'infirmiers mais certains estiment que la proposition va trop loin. En Île-de-France, il n'existe pas de réelles tensions sur le marché du travail des aides-soignants.

**Le P<sup>r</sup> Xavier MARIETTE** remercie la direction pour cet état des lieux qui correspond au ressenti de terrain, ce qui n'était pas tout à fait le cas l'année passée. Il constate que la direction générale pointe davantage le manque d'attractivité que les « fuites » pour expliquer la situation actuelle. Pour sa part, il estime que deux facteurs peuvent aussi avoir valeur d'explications. Le premier est l'absence de sentiment d'appartenance à un service car l'embauche est réalisée par département médico-universitaire (DMU). Or, à chaque carence, des infirmiers sont transférés d'un service à l'autre. De plus, les embauches se font en grandes équipes sans horaires fixes. La deuxième explication tient peut-être à l'absence de participation du corps infirmier au management de l'hôpital. Il soumet deux propositions qui entrent dans le cadre du Ségur et qui pourraient jouer sur ces deux paramètres. Premièrement, la CME pourrait permettre le retour à une organisation

par service afin que chaque service participe ou non à un DMU. Deuxièmement, il plaide pour la révision de la composition de la commission des soins infirmiers. Ces deux propositions ne sont pas nouvelles car figurant déjà dans le rapport de la « mission CLARIS ». Cependant, l'accélération de leur mise en œuvre pourrait constituer une piste de solution améliorant l'attractivité.

**Le président** ajoute qu'il revient aussi aux médecins d'accueillir les stagiaires infirmiers à leur entrée. Il faut que les médecins leur souhaitent la bienvenue et leur exposent ce qu'ils font. Ce sont des réflexes de bon sens mais qui peuvent compter au final pour retenir les personnels. Il ajoute en outre que peu d'élèves des IFSI, à peine une moitié, rejoignent l'AP-HP après un passage dans les services.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** indique que le taux de recrutement était de 40 % dans les IFSI en 2018 et est désormais de 63 % mais la promotion sortante est limitée, et le même constat sera fait en février 2022. Il remercie le P<sup>r</sup> MARIETTE d'avoir rappelé l'importance de la fidélisation. Certes, il n'est pas noté d'hémorragie des effectifs puisque le volume actuel supérieur à 2020 mais inférieur à 2019. Toutefois, lorsque le recrutement est rendu complexe, le levier à activer est celui de la fidélisation afin de diminuer les départs. Le sujet de la fidélisation pourra être approfondi lors des échanges autour de la prime d'engagement collectif. Les trois propositions commentées plus haut ont aussi pour objet d'attirer le maximum de candidats diplômés vers l'AP-HP.

**Le directeur général** ajoute que l'objectif est que les recrutements soient plus rapides et moins centralisés. Cependant, la situation actuelle est d'abord marquée par une insuffisance de CV. De plus, ces difficultés concernent tous les acteurs : hôpitaux publics, cliniques privées, établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) et hôpitaux de province. Il n'existe pas un déficit d'attractivité spécifique de l'AP-HP par rapport aux autres. En revanche, la situation pourrait entraîner des surenchères. C'est pour cela que l'AP-HP a proposé sans hésiter le rachat des contrats d'allocations d'études et une proposition de logement aux diplômés en sortie d'école. Tout ce qui peut être fait pour fluidifier la situation doit être tenté, mais il ne faut pas en attendre de miracle.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** regrette que la situation des cadres de santé ne soit pas évoquée alors qu'ils jouent un rôle majeur dans les services, en particulier en ce moment en étant à l'écoute des personnels en souffrance. Ces cadres gèrent aussi la pénurie et servent de trait d'union entre médecins et infirmiers. Il suggère donc que cette catégorie de personnel soit intégrée dans le tableau de suivi des métiers en tension.

**Le P<sup>r</sup> Philippe ANRACT** estime que la présentation de la direction ne reflète pas justement la réalité de terrain qui selon lui est catastrophique et inédite. Lors de la dernière réunion de la collégiale des orthopédistes, il a été noté que les départs étaient nombreux sans aucun CV en regard ni visibilité sur les mois à venir. Il entend que l'AP-HP fait son possible et il espère que les personnels affectés aux centres de vaccination reviendront sur le marché. Il rejoint les remarques concernant les cadres dont le rôle a trop souvent été sous-estimé. Dans beaucoup de services, l'encadrement fait souvent cruellement défaut, en particulier la nuit. Enfin, concernant les IBODE, il demande si des plans d'action sont envisagés pour rendre le métier plus attractif car il faut s'attendre à ce que le secteur privé soit réactif.

**Le P<sup>r</sup> Agnès HARTEMANN** estime que les chiffres sont très intéressants mais les remontées du terrain sont encore plus inquiétantes. Ce qui manque encore pour formuler des propositions, ce sont des données qualitatives. Alors que les cadres s'entretiennent avec les personnels qui quittent l'AP-HP, des informations doivent être disponibles sur les motifs de ces départs. Peut-être que les départs ne sont pas plus nombreux que par le passé, mais les motivations ne sont pas

forcément les mêmes. Concernant la difficulté à obtenir des candidatures, certains cadres diffusent des offres de postes sur les réseaux sociaux. Par ailleurs, certains candidats peuvent venir dans les services pour une journée de découverte et malheureusement, certains repartent après avoir échangé avec les personnels en poste. Or, les changements fréquents de services au gré des besoins, les conditions de travail difficiles, l'instabilité des plannings ou encore le ratio IDE/patient décourageant. Elle a eu à connaître deux départs dans son service uniquement pour que le planning soit stable et que ces personnes puissent savoir à l'avance quels week-ends seront travaillés. Dans ces conditions, elle s'interroge sur l'intérêt de déstabiliser un service pour en renforcer un autre, or la fermeture du service en carence serait peut-être préférable pour renforcer les équipes qui fonctionnent. Par ailleurs, le sentiment d'appartenance à un service mis en avant pendant le Ségur devrait peut-être primer.

**Le P<sup>r</sup> Loïc de PONTUAL** indique que les remontées du terrain sur le secteur de la pédiatrie témoignent d'une situation plus inquiétante que la courbe présentée en CME. Il souhaiterait donc que des informations plus précises soient communiquées par groupe hospitalier ou par discipline. Ce point de situation est d'autant plus important que s'approche la période des pathologies hivernales. Même si l'épidémie de bronchiolite du prochain hiver se situe dans la moyenne, la tension dans les services ne pourra être que vive, et encore davantage si les infections à méningocoque circulent pendant la saison. À ces difficultés s'ajoute le fait que l'intérim est rarement une solution en pédiatrie car très peu d'intérimaires sont formés à la pédiatrie et le levier des heures supplémentaires n'est plus mobilisable car les personnels sont au maximum des bornes autorisées voire au-delà, ce qui aboutit d'ailleurs à des arrêts récurrents.

**Le président** souligne que ces remarques sont essentielles. Il faut effectivement se demander pourquoi les cadres ne viennent plus à l'AP-HP. De plus, au-delà d'une analyse quantitative sur la base des seules données démographiques, il convient aussi de se pencher sur des données qualitatives. Certains déterminants sont anciens. Avant même la crise sanitaire, il était déjà fait le constat de postes manquants. Il apparaît donc urgent de procéder à une analyse approfondie de la situation.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** confirme que la situation des cadres de soins est tendue. Une désaffection pour cette filière a été constatée depuis deux ans. Il a de ce fait, été budgété davantage de promotions professionnelles que de candidats réussissant l'école des cadres à l'AP-HP. En présence du premier ministre lorsqu'il était venu visiter la cellule de crise de l'AP-HP, l'alerte avait été donnée au niveau national car les mesures du « Ségur » visant d'autres catégories donnaient le sentiment aux cadres de perdre en pouvoir d'achat par rapport aux autres. Ce message semble avoir été entendu car des décisions nationales ont permis de revaloriser fortement la grille indiciaire des cadres. Par ailleurs, l'école des cadres de l'AP-HP a été valorisée dans le cadre d'un nouveau partenariat universitaire pour le situer à un niveau *master 2* contre *master 1* précédemment. Des formations préparatoires à l'école des cadres ont aussi été financées pour les infirmiers et les faisant fonction qui le souhaitent. Enfin, les promotions professionnelles ont été augmentées de 50 % et le seront encore pendant trois ans. Cependant, la tension sur la catégorie des cadres ne se résoudra pas d'un coup, comme elle ne s'est pas améliorée immédiatement après les mesures prises en direction des kinésithérapeutes et des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE). L'effet ne pourra être noté qu'après une à trois années.

Concernant les entretiens menés avec les personnels qui quittent l'AP-HP, à Paris Centre, 20 % des sorties sont liées à des projets professionnels en dehors du soin, 30 % tiennent à des départs en province (pour y travailler ou pour regroupement familial), 10 % rejoignent des postes proposant d'autres horaires, 5 % partent en mission humanitaire. Les autres motifs de départs sont divers

allant de la formation à d'autres secteurs de soins. Ces données de terrain ne sont pas systématiques dans tous les groupes hospitaliers, mais ces questions méritent d'être soulevées sur chaque site. Face à ce constat, il existe quelques outils mais ils sont encore récents avec des effets à venir. Le protocole de révision de l'organisation du temps de travail recherche avant tout la stabilité des plannings. La prime d'engagement collectif est un moyen de retrouver de l'identité collective au niveau des services pour que le sentiment d'appartenance s'accroisse.

**Le directeur général** a pleinement conscience de la gravité de la situation depuis l'été qu'il a constatée lors de ces visites de terrain. Une analyse a été menée pour en comprendre les causes. Plusieurs interventions pointent les horaires comme un facteur à prendre en compte. Alors que la priorité est donnée au recrutement, aucun recruteur n'est toutefois empêché de proposer d'autres schémas horaires aux personnes qui candidatent. Le projet social prévoit aussi la mise en place de modèles horaires différents moyennant des garanties avec des engagements des médecins et des cadres. Il existe également une forte demande de passage en 12 heures. Ce point différencie l'AP-HP de beaucoup d'établissements de la région qui sont déjà en 12 heures. Ce modèle est très minoritaire à l'AP-HP hormis à Robert-Debré. La notion de 12 heures est à manier avec précaution car elle est clivante dans les équipes. Schématiquement les équipes de nuit y sont opposées tandis que les équipes de jour y sont favorables. Les organisations syndicales y sont également réticentes. Pour éviter toute tension, ce sont des dossiers à voir service par service ou cas par cas. Les heures supplémentaires majorées prévues dans le projet social constituent également un levier. Cependant, il a déjà été largement utilisé pendant la crise COVID. Parmi les infirmiers, deux tiers effectuent déjà des heures supplémentaires et 10 % sont au niveau plafond. Enfin, des solutions sont étudiées pour pourvoir les postes de nuit qui trouvent moins preneurs en jouant sur d'autres organisations de prise en charge des patients. L'une de ces options est celle des hôtels hospitaliers libéralisés depuis un décret de mi-août. Ces solutions seront peut-être des éléments de réponse complémentaires aux recrutements et stabilisations. Pour autant, la situation risque d'être difficile pendant plusieurs mois.

**Le président** relève que la situation est inquiétante et catastrophique selon les mots de certains membres de la CME. Comme l'AP-HP a pris des mesures d'exception pour faire face à la crise sanitaire, avec des réunions plus régulières en dehors du cadre habituel, il faut que la crise des ressources humaines conduise aussi à se montrer imaginatif et à se parler pour trouver des solutions et mener une analyse précise de ses déterminants. Si cette analyse n'est pas faite, des « rustines » seront proposées sans résoudre la crise durablement.

#### **4. Avis sur la prime d'engagement collectif**

**Le D<sup>r</sup> Diane Bouvry** rappelle que les P<sup>rs</sup> Marie-Noëlle PERALDI et Claire POYART et elle-même ont participé aux nombreuses réunions ayant conduit à dessiner les contours de la prime d'engagement collectif. Elle n'est pas certaine que cette prime ait un impact majeur sur l'attractivité et le recrutement au regard des difficultés rencontrées sur les conditions de travail. Pour autant, les propositions de la CME ont plutôt été entendues au cours des discussions avec un accent mis sur des projets issus des équipes, un niveau de prime commun et une simplicité dans la mise en place et l'évaluation. Le dispositif proposé pour l'année 2021 sera spécifique sachant que l'année est déjà en partie écoulée. L'avis de la CME est demandé sur les modalités de la prime d'engagement collectif pour 2021 tandis que les modalités proposées pour 2022 seront présentées à titre d'information en attendant le texte cadre final.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** rappelle que la prime d'intéressement collectif existait déjà dans toutes les fonctions publiques sauf dans la fonction publique hospitalière en défaut d'un texte suffisamment précis. C'est la loi du 6 août 2019 qui a permis de la préciser. Lors des accords du



Séjour, à la demande des organisations syndicales signataires, il a été demandé que le terme « engagement » soit substitué au terme « intéressement » pour valoriser le travail collectif. Ce dispositif a pour objet de favoriser la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes. La prime est du même montant, quelle que soit la catégorie professionnelle. Elle est orientée autour de la qualité du service rendu et de la pertinence des activités. C'est l'établissement qui établit les orientations cadres et non une tutelle.

Le projet social validé en 2020 a permis de lancer les concertations sur l'organisation et les temps de travail (OTT), la déprécarisation des contrats à durée déterminée (CDD) et la prime d'engagement collectif. La concertation a été tripartite avec des représentantes de la CME, des représentants des groupes hospitaliers et des organisations syndicales signataire (*Sud santé* et la CFDT). La concertation a permis, à partir de positions divergentes, de converger vers une proposition commune. Certains principes sont propres à l'AP-HP avec une prime accessible à tous. En effet, le choix aurait pu porter sur un projet beaucoup plus sélectif avec un budget réservé à 10 ou 15 % des équipes. Ce n'est pas le choix qui a été retenu car la prime d'engagement collectif est ouverte à toutes les équipes de l'AP-HP. Le choix est également que cette prime s'appuie sur des projets élaborés dans les services pour que le collectif du service soit valorisé. Enfin, l'objectif est qu'elle permette la plus grande collégialité possible en incitant à organiser des réunions de service ou des temps collégiaux, point soutenu par le président de la CME.

L'année 2021 est particulière compte-tenu du contexte Covid. De fait, elle n'est pas propice à lancer des projets d'engagement collectif mais elle marque le début du projet social. Aussi, lors de la concertation, il a été souhaité que le dispositif soit simplifié en 2021 afin que le temps administratif ne soit pas démesuré. Sur ce plan, la contribution des représentants de la CME a été déterminante en poussant à ce que les projets des services, à partir de 2022, ne donnent pas lieu à des documents de 50 pages mais que chaque action puisse se résumer en une page environ.

Pour toutes ces raisons, la concertation a abouti à un choix de simplification pour 2021 afin que tous les agents de l'AP-HP puissent bénéficier de la prime d'engagement collectif à hauteur de 200 € et pour que tous les agents aient ainsi connaissance de l'existence de cette prime et adhèrent ensuite à des projets collectifs les années suivantes. En 2021, les efforts seront concentrés autour de deux axes : la maîtrise du risque infectieux, thème qui a concerné toutes les équipes en 2021, et le développement durable, sujet mis en avant par les organisations syndicales. Le dispositif ne concerne pas que les équipes de soins mais toutes les équipes hospitalières. Or beaucoup d'équipes administratives, techniques mais aussi de soins sont déjà engagées dans des projets de développement durable. Il sera demandé à chaque groupement hospitalo-universitaire (GHU), par site ou service, de fixer un objectif sur ces deux thèmes pour que tous les agents puissent obtenir la prime en 2021. Le fait que la prime touche toute la communauté de l'AP-HP pour sa première édition sera aussi le meilleur moyen de promouvoir ce nouveau dispositif. L'information sera relayée par des communications diverses : communiqué présent avec le bulletin de salaire, « 7 jours à l'AP-HP », etc.

**M. Sylvain Ducroz** précise les orientations prises pour 2022. Les objectifs couvriraient trois grands champs : la qualité et la sécurité des soins ; la qualité et la pertinence des organisations ; le développement durable. Une grille sera soumise pour élaborer les projets. Il est demandé que le projet démarre par une réflexion au sein du service et par un autodiagnostic avant d'aboutir à un plan d'action assorti d'indicateurs choisis par les services eux-mêmes. Les montants de la prime d'engagement collectif pourront atteindre 200 € bruts pour des objectifs partiellement atteints et 500 € bruts pour ceux totalement atteints. Ces montants sont loin de ce que prévoit le texte qui mentionne le montant de 1 200 € bruts, mais l'ambition est que les objectifs soient accessibles à davantage de professionnels et que les montants soient les mêmes à l'échelle de l'AP-HP pour

éviter toute concurrence interne. Une grille d'évaluation des projets est proposée pour valoriser si le projet a permis d'initier une démarche collective au sein du service, notamment avec l'organisation de réunions, premiers indicateurs de réussite.

**Le directeur général** rappelle que c'est une initiative défendue avant, pendant et après le « Ségur » pour que la mesure soit mise en œuvre rapidement. C'est ce qui a été proposé dès la publication du texte et sur la base du projet social. L'AP-HP a obtenu des financements conséquents mais partiels pour les trois années couvertes par le projet social. Pour que le dispositif monte en puissance, l'AP-HP devra identifier des marges de manœuvre pour le financer sur la durée. L'initiative sera également concluante si elle s'ancre dans les projets des services, l'erreur serait qu'elle devienne une mesure uniforme et automatique. Si tel était le cas, il serait impossible d'obtenir les crédits de l'État. Si elle était ainsi détournée, la prime d'engagement collectif ne pourrait nullement jouer sur la motivation, sur le sentiment d'appartenance et sur la reconnaissance. Le directeur général ajoute que son souhait aurait été de proposer une prime allant au-delà du montant de 500 €, mais il s'est rallié au consensus porté par les médecins et certaines organisations syndicales poussant à ne pas fixer un troisième niveau de prime.

**Le P<sup>r</sup> Marie-Noëlle PERALDI** souhaite que la CME rende un avis favorable au projet. Elle rappelle que les organisations syndicales étaient d'abord fortement réticentes à son principe lors de la première réunion avant de s'y rallier ensuite. En outre, chaque service qui rencontrerait des difficultés à rédiger son projet pourra être aidé et le projet pourra être un projet simplifié. Enfin, l'octroi d'une prime de 200 € à tous les personnels est déjà une mesure d'attractivité même modeste qui sera peut-être un facteur supplémentaire pour souder les équipes.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** s'associe à ces commentaires. En 2021, il n'existait pas d'autres choix que d'accorder une prime de 200 € à tous, mais elle ne doit pas perdre de sa substance. Lors de la concertation, l'accent a été mis sur l'engagement des services tout en soulignant que la démarche n'était pas obligatoire. S'engager dans un projet est toutefois le signe qu'une équipe s'investit pour aller dans le sens d'une amélioration et ainsi obtenir une prime dont le montant n'est pas négligeable si les objectifs sont complètement atteints. Les représentants des organisations syndicales étaient effectivement réticents au projet au départ, mais des assurances ont été apportées indiquant que la démarche serait la plus simple possible et que des accompagnements pourraient être proposés aux équipes en difficulté.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** demande confirmation que le montant total de la prime sera de 20 M€ en 2021 et si le budget sera le même en 2022

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** le confirme pour 2021 et ajoute que le budget sera doublé en 2022.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** en déduit que, si tous les services présentent un projet, la majorité des équipes pourrait toucher une prime de 500 €.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** confirme que le budget anticipe ainsi que la quasi-totalité des services monte un projet et atteint les objectifs partiellement ou totalement.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** demande si des variations sont envisageables au niveau des GH sachant que le manque d'attractivité est plus marqué dans certaines disciplines. En offrant cette liberté aux GH, ceux-ci pourraient récompenser les équipes en difficulté ayant fourni des efforts tout en organisant une rotation de ces récompenses. De plus, avec une prime maximale à hauteur de 1 500 € ou 2 000 € au lieu de 500 €, l'incitation serait bien plus forte.

**Le président** précise que cette discussion a eu lieu au sein du groupe tripartite dans le but de mettre l'accélérateur sur les disciplines ou régions en difficulté.

**Le directeur général** précise tout d'abord que des mesures trop sophistiquées n'auraient pas pu être mises en place en 2021. C'est la raison pour laquelle le mécanisme proposé pour 2021 est global et simplifié autour de deux indicateurs sachant que les 800 services de l'AP-HP n'avaient pas le temps d'élaborer un projet. Pour 2022, le dispositif est affiné mais celui-ci pourra évoluer encore. Les groupes hospitaliers auront à personnaliser le dispositif, mais la prime n'est pas mise en place pour corriger le défaut d'attractivité d'un service ou d'une discipline. Par ailleurs, il n'est pas possible non plus de raisonner géographiquement puisque l'HEGP, pourtant situé dans XVe arrondissement de Paris, a plus de lits fermés aujourd'hui que les hôpitaux de Seine-Saint-Denis. La prime doit permettre d'insuffler une dynamique collective et dans tous les services et non uniquement dans quelques-uns. Pour jouer sur l'attractivité, il existe d'autres instruments à la fois plus individualisés et ciblés par discipline comme la prime d'encadrement pour les manipulateurs de radiologie ou les masseurs-kinésithérapeutes.

*La CME émet à l'unanimité un avis favorable aux orientations cadrant la mise en œuvre de la prime d'engagement collectif pour 2021 à l'AP-HP.*

## **5. Stratégie cancer de l'AP-HP (P<sup>TS</sup> Christophe TOURNIGAND et Marie WISLEZ, D<sup>r</sup> Gilles GALULA)**

**Le D<sup>r</sup> Gilles GALULA** indique que l'AP-HP a des atouts indéniables en la matière car c'est la structure qui prend en charge le plus de cancers en Île-de-France et suit plus de 60 000 patients dont deux tiers de nouveaux patients chaque année. L'AP-HP prend en charge à la fois les cancers fréquents et les plus rares. La multidisciplinarité y prend une importance croissante avec des oncologues médicaux, des hématologues, des radiothérapeutes mais aussi les spécialistes d'organes. Les nouvelles thérapies comme l'immunothérapie ou les *CAR-T cells* requièrent la mobilisation de tous les spécialistes pour prendre en charge les effets secondaires, notamment les onco-spécialités (cardiologues, néphrologues, dermatologues, etc). L'AP-HP regroupe 8 centres cancers rares labélisés par l'Institut national du cancer (INCA) et prend en charge tous les types de cancer à tous les âges avec des structures dédiées en pédiatrie comme le réseau « cancer pédiatrique Île-de-France » (CANPÉDIF) et des unités dédiées d'onco-gériatrie comme les unités de coordination en onco-gériatrie (UCOG). L'AP-HP possède aussi des plates-formes d'expertise pour le diagnostic (biologie, anatomopathologie, imagerie). Sa recherche est structurée autour de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), les centres labélisés par l'institut national du cancer (CLIPS), les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) labélisés par l'INCA, des groupes coopérateurs et de nombreux programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC).

Le groupe cancer de l'AP-HP est multidisciplinaire et regroupe des médecins, chirurgiens, infirmiers, etc. Les directions du siège (direction générale, DRCI) sont également fortement impliquées. Un travail est également mené avec les collégiales qui ont fait preuve d'une grande réactivité pendant la crise Covid. Les interactions sont fortes avec les GHU et avec les départements médico-universitaires (DMU).

**Le P<sup>r</sup> Marie WISLEZ** souligne que le plan cancer de l'AP-HP a été mis en place en mars 2021. Après tout ce qui a été dit sur la crise Covid et la pénurie d'infirmiers, il peut sembler déplacé de présenter ces axes, mais il est aussi impératif de mener le projet pour ne pas perdre en attractivité. Les axes du plan cancer reposent sur les forces de l'AP-HP. Ces atouts permettent de gérer des parcours patients de plus en plus complexes. L'institution a aussi acquis des outils très innovants. Cependant, l'AP-HP présente aussi des faiblesses : la précarité des personnels en dépit des outils nouveaux en cours de déploiement, l'insuffisance des indicateurs notamment de délais

sur les diagnostics et la communication qui doit être renforcée pour gagner en visibilité face à l'institut Gustave-Roussy et Curie, institut mutualiste Montsouris (IMM). Les menaces auxquelles l'AP-HP fait face sont ces compétiteurs mais aussi la crise Covid même si l'institution a démontré qu'elle était capable de se structurer. Les opportunités sont liées aux restructurations comme l'*Organisation of european cancer institute* (OECI), aux 61 000 patients que prend en charge l'AP-HP et pour lesquels l'institution doit réussir à mieux maîtriser l'entrepôt de données de santé (EDS). Les opportunités sont liées aussi aux nouveaux métiers et à la territorialité.

La stratégie décennale de lutte contre les cancers, parue en février 2021, vise à améliorer la prévention, primaire comme secondaire ; limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des patients ; lutter contre les cancers de mauvais pronostic chez l'adulte et chez l'enfant ; s'assurer que les progrès en matière de lutte contre les cancers bénéficient à tous.

Les axes du plan couvrent notamment la prévention et les dépistages innovants. Dans ce cadre, est conduite une action « hôpital sans tabac ». L'objectif est que l'AP-HP devienne au printemps 2022 un lieu de santé sans tabac. Un comité de pilotage a été mis en place et s'est réuni le 14 septembre. L'objectif est de répondre à des appels d'offres de l'ARS pour obtenir des moyens ou des équipements. Aux côtés de la prévention, une autre action concerne le dépistage du cancer du poumon. Il existe déjà plusieurs plates-formes de dépistage à l'AP-HP : pour le sein et pour le colon. Il est probable que le dépistage du cancer de poumon soit remboursé dans les années à venir. Alors que des études de faisabilité sont en cours à l'Hôtel-Dieu, l'enjeu est de déterminer quelle sera la place des hôpitaux publics, et donc de l'AP-HP, dans ce dépistage en dédiant des équipements ou en nouant des collaborations avec des radiologues libéraux ou centres de santé. D'autres actions ciblent les centres de diagnostic rapide dont. Un audit est en cours à l'hôpital Beaujon sur le diagnostic rapide du foie. L'hôpital Cochin est aussi en cours d'audit pour le diagnostic du cancer du thorax. Cependant, dans ce domaine, il convient de se doter d'outils automatisés pour relever les délais.

D'autres actions portent sur la démarche de labélisation. Plusieurs GHU sont engagés dans la démarche de labélisation européenne OECI permettant de se structurer et de prétendre à des *grants* européens. Pour Paris-Centre, la visite des experts du centre CARPEM (*cancer research for personalized medicine*) aura lieu les 1<sup>er</sup> et 2 décembre 2021. Une démarche est également en cours pour Paris-Sorbonne et Paris-Nord.

**Le P<sup>r</sup> Christophe TOURNIGAND** souligne que les axes du plan cancer de l'AP-HP sont en ligne avec la feuille de route de l'INCA et avec le plan stratégique de l'AP-HP. Plusieurs initiatives concernent les soins de supports (activité physique adaptée, médecine intégrative). Il est sans doute nécessaire d'accroître la visibilité car chaque groupe hospitalier mène ses propres actions. L'objectif n'est pas de mutualiser car ces actions ont un sens à l'échelon local, mais de faire connaître ces initiatives. Il faut aussi définir des parcours de soins après le cancer. La question est ici de déterminer si le patient après un cancer doit se tourner uniquement vers la médecine de ville. Les soins palliatifs sont aussi à renforcer malgré les difficultés de recrutement.

Plusieurs groupes de travail portent sur l'onco-pédiatrie. Dans ce domaine, il est noté une forte implication des services. Les autres axes portent sur la structuration des activités innovantes notamment thérapeutiques avec la chimiothérapie orale qui concerne plusieurs sites ainsi que les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) d'immunothérapie et les RCP moléculaires. Un groupe de travail AP-HP cible les *CAR-T cells* et a permis d'accroître en visibilité et d'améliorer l'organisation. L'oncologie interventionnelle, quant à elle, est plus locale. Pour ce qui concerne les nouveaux métiers, 13 infirmiers de pratique avancée (IPA) de cancérologie ont été formés et

diplômés entre 2019 et 2021. Ce mouvement doit se poursuivre pour compléter les équipes alors que les infirmiers d'hospitalisation sont en nombre insuffisant.

Ces actions supposent aussi de penser la territorialité puisque les hôpitaux de territoire font appel à l'AP-HP notamment dont les RCP de recours. Pour les référentiels sur le cancer du sein, un travail est mené avec nos partenaires. En matière de communication, les moyens sont limités mais des efforts sont faits pour participer aux grands congrès de cancérologie comme celui de l'*European Society of medical oncology* (ESMO), de l'*American Society of clinical oncology* (ASCO) et l'opération « Octobre rose ». Enfin, pour la recherche clinique, un travail est mené avec la DRCI pour le suivi des indicateurs, le soutien à la certification, etc. L'entrepôt de données de santé est également essentiel notamment pour faire émerger des données.

**Le D<sup>r</sup> Gilles GALULA** conclut en insistant sur le fait que plusieurs initiatives ont commencé (innovations thérapeutiques, CAR-T Cells, RCP d'immunothérapie, etc.) tandis que d'autres doivent s'accélérer (centres de diagnostic rapide, hôpital sans tabac, communication, etc.). Le projet est de poursuivre ces actions en lien avec la CME, les directions, la DRCI mais aussi l'INCa.

**Le président** se félicite tout d'abord que le plan cancer mette l'accent sur la prévention primaire (comme la lutte contre le tabagisme) et secondaire (comme le dépistage) car il est convaincu que la prévention peut porter ses fruits et faire gagner des années de vie. La prévention pose aussi la question de l'inégalité d'accès aux soins. Il est utile que l'hôpital s'implique fortement sur ces aspects de prévention. En revanche, dans le domaine de la recherche clinique, il semblerait que l'AP-HP soit en moins bonne position que les centres de lutte contre le cancer (CLCC) pour attirer des jeunes moins enclins à rejoindre les services d'oncologie hospitaliers. Par ailleurs, à côté des thérapies coûteuses qui prennent de plus en plus de place, le CHU doit sans doute être promoteur de recherches cliniques pour ne pas laisser ce rôle à la seule industrie pharmaceutique. En effet, se pose la question de la soutenabilité de ces thérapies car le système de santé pourrait ne pas être en mesure d'y faire face. Dans ce domaine, une piste est peut-être que des réseaux de CHU s'associent pour effectuer des recherches. C'est ici que l'entrepôt de données de santé peut être une force grâce au volume des cohortes de patients à la condition de savoir bien les exploiter.

**Le directeur général** remercie les intervenants pour leur présentation mais surtout pour le travail mené depuis plusieurs années pour renforcer les atouts de l'AP-HP et réduire ses faiblesses. Concernant la recherche, il invite à s'associer à l'initiative du ministère, des CHU et des *Entreprises du médicament* (LEEM) visant à renforcer la recherche clinique, et notamment la part des phases précoces. D'après les dernières données nationales, c'est dans la recherche sur les cancers que la France est le mieux positionnée. Les CLCC sont très présents dans les essais de phases précoces. Tout ce qui pourra renforcer la place de l'AP-HP dans ces phases précoces sera décisif et c'est maintenant que ce virage se joue. M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN porte cette initiative qui se traduira par la réforme des comités de protection des personnes, par la sortie des recherches impliquant la personne humaine (RIPH) 3, etc. En ce qui concerne le dépistage, s'il faut que l'AP-HP se positionne, celui pose deux questions. En effet, l'investissement de l'AP-HP dans ce domaine suppose une réallocation de moyens. Par ailleurs, en renforçant sa présence, il faudra démontrer que le dépistage du cancer du poumon dans un CHU apporte une valeur ajoutée par rapport au dépistage dans d'autres structures moins lourdes. Il souhaite donc savoir ce qui est attendu de la direction sur ce sujet.

**Le P<sup>r</sup> Marie WISLEZ** attend qu'une réflexion soit menée mais pense que la faisabilité de ce projet va être démontrée. Certes, tous les environnements ne se prêtent pas au dépistage mais, à l'AP-HP, le site de l'Hôtel-Dieu apparaît favorable au développement de ce projet. Le fait que cet hôpital soit central et qu'il n'accueille pas une hospitalisation conventionnelle seront des atouts à faire

valoir. Il est un fait que les radiologues libéraux voudront aussi s'emparer du dépistage comme peut-être les centres de santé. Il faut donc commencer à travailler avec eux pour organiser les orientations. Parallèlement, il conviendra aussi d'accentuer les actions de prévention, en particulier le sevrage tabagique.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** juge la présentation très claire mais il regrette que les intervenants n'aient pas cité dans leur présentation orale la place essentielle des patients, des représentants des usagers et des associations de patients alors qu'elle figurait sur le diaporama.

**Le P<sup>r</sup> Christophe TOURNIGAND** reconnaît l'importance de cet axe.

**Le D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN** souligne à quel point les effectifs sont insuffisants dans les soins palliatifs. La démographie médicale sera en outre très difficile dans les années à venir alors que se pose la question des soins palliatifs précoces et tardifs. Il note aussi que les autres centres rémunèrent beaucoup mieux les personnels des soins palliatifs. Les recrutements futurs seront certainement des médecins en deuxième partie de carrière qui n'accepteront pas les conditions de recrutement de l'AP-HP. C'est un point sur lequel il faudra travailler.

**Le directeur général** souligne que, depuis quelques jours, l'hospitalisation à domicile (HAD) a lancé le dispositif de soins palliatifs à domicile *Pallidom* qui est une réponse à un besoin que l'on ne savait pas satisfaire jusqu'à présent.

**Le président** reconnaît que les soins palliatifs sont essentiels tant à l'hôpital qu'au domicile. Il faut donc maintenir et améliorer cet aspect de la prise en charge. Il remercie les intervenants pour leur présentation qui met en avant une initiative positive.

## **6. Présentation des trois projets de « maisons des femmes » de Bichat, Pitié-Salpêtrière et Hôtel-Dieu (P<sup>rs</sup> Olivier SIBONY, Marc DOMMERGUES et M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN)**

**M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN** indique que le projet « maison des femmes » est aujourd'hui décliné sur trois sites (Bichat, Pitié-Salpêtrière et Hôtel-Dieu). Un quatrième projet est en gestation à Paris-Saclay.

**Le P<sup>r</sup> Olivier SIBONY** présente les contours du projet localisé à Bichat. La maison des femmes est un projet exclusif à l'AP-HP coordonné avec grande efficacité par M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN qu'il remercie pour son investissement. Ce projet est parti d'un constat d'échec puisque tous les services d'urgence accueillaient des patientes victimes de violences mais que l'hôpital ne savait pas orienter. Ces femmes étaient prises en charge sur le plan médical mais aussi social et psychologique mais la suite de leur parcours pouvait être chaotique car il doit forcément être pluridisciplinaire (associant le médical, le social, le judiciaire, etc.). Or beaucoup de ces femmes vulnérables n'allaient pas jusqu'au bout de leurs démarches : environ 10 % de ces patientes allaient jusqu'au dépôt de plainte.

Le projet est de mettre en place des maisons d'accueil et d'accompagnement des femmes victimes de violences. Toutes les ressources nécessaires à leur prise en charge y seront regroupées. Quatre sites ont été choisis : Bichat et Pitié-Salpêtrière dont les maisons sont en fonctionnement depuis quelques mois, l'Hôtel-Dieu en cours de travaux et un site de Paris-Saclay en projet pour 2022.

Ce projet a bénéficié en 2020 du fonds d'appui aux projets pour le renforcement du sens (APRES). Différents partenaires s'y sont associés : le secrétariat général chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, le ministère de la santé, la préfecture de Paris, le parquet de Paris, l'agence régionale de santé d'Île-de-France, la caisse d'allocations familiales, des mécènes comme

la fondation *L'Oréal*. L'AP-HP collabore aussi avec de nombreuses associations (les centres d'information sur les droits des femmes et des familles [CIDFF], *Halte aide femmes battues*, *Libre terre des femmes*, etc.) mais aussi des maisons de santé, centres de planification et des sages-femmes libérales. Ce projet a conduit à renforcer le travail en réseau et à mettre en place des protocoles de travail.

La précarité est un axe majeur du projet de la maison des femmes de Bichat. Cette maison est installée dans un appartement de fonction qui a été transformé pour devenir un lieu d'accueil. Ce projet repose sur le département médico-universitaire qui va de Louis-Mourier à Jean-Verdier en passant par Bichat, Beaujon, Lariboisière, Saint-Louis et Robert-Debré. Il permet un accès à toute l'offre de soins en gynécologie et en obstétrique et aux urgences gynécologiques.

Le dépistage des violences est difficile et nécessite de former les professionnels sur tous les sites de telle sorte à identifier les femmes concernées, puis à les orienter vers le site d'accueil et d'accompagnement de Bichat. Des collaborations ont aussi été mises en place avec le service d'accueil des urgences de Bichat *via* des protocoles de prise en charge et bientôt celui de Lariboisière pour élargir encore les possibilités de repérage.

L'équipe de Bichat est constituée d'une sage-femme coordonnatrice, d'une infirmière, d'une aide-soignante, d'une psychologue et une assistante sociale à mi-temps. Une permanence policière est assurée une demi-journée par semaine. Cette dernière a été difficile à obtenir mais elle est fondamentale pour permettre aux femmes de déposer plainte sur place, sachant que beaucoup d'entre elles avaient du mal à franchir les portes d'un commissariat. Un juriste est également présent une fois tous les quinze jours. Tout un réseau d'avocats bénévoles est aussi mobilisable pour prendre en charge ces patientes et instruire leur dossier gratuitement. Des liens très forts sont noués avec les associations, ce qui permet de travailler en réseau et de leur confier la prise en charge une fois que ces femmes quittent l'hôpital.

En trois mois, 70 femmes se sont présentées à la maison des femmes de Bichat soit environ 350 consultations, 13 plaintes et deux mains courantes ont été déposées alors que la permanence policière a démarré le 1<sup>er</sup> juillet. Dix de ces treize femmes indiquent qu'elles ne se seraient pas rendues au commissariat si la permanence n'avait pas été sur place. Ce guichet unique remplit donc bien son rôle.

Un travail est en cours pour élaborer un système d'évaluation et une base de données permettant de suivre ces patientes. Ces données fourniront des thèmes de recherche alors que la littérature est assez pauvre sur le sujet. Tous les sites sont concernés c'est pourquoi il est nécessaire de sensibiliser les équipes de tous les services au dépistage de ces femmes pour qu'elles soient dirigées vers ce site d'accueil et cette prise en charge pluridisciplinaire.

**Le P<sup>r</sup> Marc DOMMARGUES** souligne que les maisons des femmes de la Pitié-Salpêtrière et de Bichat ont les mêmes structures et fonctionnent selon des modalités très proches. Elles répondent aux mêmes besoins et font face à la même croissance exponentielle de demandes. La maison des femmes de la Pitié-Salpêtrière est rattachée au DMU « Femmes, mères, enfants – Obstétrique, reproduction, infertilité, gynécologie, enfant » (ORIGYNE) du GHU AP-HP.Paris-Sorbonne. Il souligne que ce projet est accueilli avec beaucoup d'enthousiasme par les personnels, toute catégorie confondue, qui tous sont très motivés pour le faire vivre.

**Le D<sup>r</sup> Sarah DAUCHY** s'associe aux remerciements adressés à M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN car le projet de l'Hôtel-Dieu avance à marche forcée en grande partie grâce à son soutien. Le projet est porté par le DMU de psychiatrie et d'addictologie du P<sup>r</sup> Frédéric LIMOSIN co-piloté par le P<sup>r</sup> Cédric LEMOGNE et elle-même. C'est un projet ancré dans le GHU Paris-Centre où se trouve déjà une importante activité en direction des femmes victimes de violences, notamment à l'hôpital Cochin – Port-Royal et à la maternité de l'hôpital Necker, mais aussi à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP).

Les ressources psychologiques de l'hôpital Corentin-Celton seront aussi une aide pour mener à bien le projet. Il pourra s'appuyer sur le dynamisme du réseau Paris-Centre et sur les forces de l'Hôtel-Dieu, notamment l'ancienneté du partenariat avec les urgences médico-judiciaires. L'unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu accueille 5 000 femmes victimes de violences par an dont 2 000 victimes de violences conjugales. L'Hôtel-Dieu héberge également la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), le centre de protection maternelle et infantile (PMI) et le centre de santé sexuelle qui sont des portes d'entrée ouvertes sur la ville. Le projet de l'Hôtel-Dieu sera ciblé sur la vulnérabilité psychique. En effet, il faut savoir qu'une patiente sur deux victimes de violences présente une souffrance psychologique ou psychiatrique, souffrance qui est à la fois la conséquence des violences mais aussi parfois un facteur favorisant et empêchant de se protéger. La structure doit donc être en mesure d'y répondre. Enfin, la possibilité de proposer une permanence policière dans la structure est une condition essentielle de réussite du projet.

**Le président** remercie M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN d'avoir favorisé l'émergence de ces projets. Le sujet des violences faites aux femmes est un sujet ancien mais qui a pris plus de place dans le débat public ces derniers temps. Il ne peut donc que se réjouir que l'AP-HP prenne sa place dans cette question de société grâce à une prise en charge multidisciplinaire.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** salue la qualité de ces projets mais s'enquiert des moyens qui permettront de les faire fonctionner.

**M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN** indique que ces projets ont été initiés à l'AP-HP en avance de phase du Grenelle contre les violences faites aux femmes. L'AP-HP a donc bénéficié assez tôt de financements de l'État avec une dotation mission d'intérêt général (MIG) accordée en 2020 et réitérée en 2021. Sur la base de l'évaluation de la première année de fonctionnement, elle espère que ce financement sera reconduit en 2022. Le fonds d'amorçage a été apporté intégralement par l'AP-HP grâce au fonds APRÈS à hauteur de 1 M€. La dotation du ministère de la santé s'est élevée à 340 000 €. L'institution continue de solliciter des financeurs privés, mécènes et fondations et 150 000 € ont été obtenus de la fondation *L'Oréal*. La préfecture d'Île-de-France a aussi apporté un soutien comme que la Ville de Paris en finançant indirectement les structures par l'intermédiaire d'associations spécialisées dans la prise en charge de femmes victimes de violences dans chacun des trois sites. Enfin, les GH ont aussi mobilisé des moyens et aménagé les locaux pour que les projets prennent corps.

## **7. Dispositif de signalement des violences au travail (M<sup>me</sup> Charline NICOLAS, M. Sylvain DUCROZ)**

**M<sup>me</sup> Charline NICOLAS** rappelle que les violences au travail sont définies par l'Organisation internationale du travail (OIT) comme des faits « *ayant pour effet de créer un environnement de travail intimidant, hostile, dégradant ou humiliant pour une personne* ».

Pour rappel, il existe déjà un dispositif tant en local qu'en central. En local, les commissions vie hospitalière (CVH) et les directions des affaires médicales (DAM) locales ainsi que les directions des ressources humaines (DRH) assurent déjà une fonction de repérage et de traitement, au sein des GH, de ces situations. En central, une trentaine de dossiers, impliquant des agents ou des médecins, sont remontés chaque année au Siège (demandes pré-contentieuses, contentieuses, protection fonctionnelle) avec souvent des situations enlisées et de profondes souffrances chez les agents.

La loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, complétée par le décret du 13 mars 2020, oblige désormais les administrations, collectivités et établissements publics à compléter les dispositifs existants et à mettre en place un dispositif de recueil des signalements des agents qui s'estiment victimes d'un acte de violence, de discrimination, de harcèlement moral ou sexuel ou d'agissements sexistes.



Le dispositif se veut le plus opérationnel possible et vise à faciliter la remontée d'informations. Il vise aussi à renforcer les dispositifs actuels en structurant davantage le réseau d'acteurs. Il formalise et systématisé un processus garantissant l'égalité de traitement des agents et une certaine objectivité en ayant recours à un réseau d'enquêteurs formés et mobilisables pour réaliser des enquêtes internes et indépendantes. Les enquêtes peuvent aussi être dépaysées, pour s'extraire d'une situation locale qui peut être enkystée. Le dispositif concerne tous les professionnels de l'AP-HP. Sous réserve que le signalement soit recevable, il permettra de diligenter un binôme d'enquêteurs appliquant indépendance et objectivité en s'adaptant à chaque situation. Ils devront respecter les principes de neutralité et de confidentialité et faire preuve d'une écoute bienveillante à l'égard tant des agents qui s'estiment victimes que des personnes mises en cause.

**M. Sylvain DUCROZ** ajoute que le dispositif démarre d'un signalement d'une personne victime ou d'un témoin. Les signalements anonymes ne seront pas retenus afin de protéger les personnes mais aussi pour mener les enquêtes dans de bonnes conditions. La victime ou le témoin peut saisir le niveau local ou le niveau central. Au niveau local, le signalement remonte directement à la DRH, à la direction des affaires médicales (DAM), à la CVH, au doyen ou par le formulaire de signalement dédié sur intranet. Les signalements adressés en local sont pris en charge localement, sauf en cas de situations complexes ou en cas de suspicion de faits graves nécessitant la mise en place d'une enquête approfondie. Au niveau central, la victime ou le témoin peut effectuer le signalement en renseignant le formulaire de signalement sur intranet ou utiliser l'adresse mail dédiée. Ces informations sont traitées par une cellule de coordination centrale « Enquête violence au travail » (EVT) constituée d'une équipe pluri-professionnelle (direction de l'audit, de l'inspection, de la médiation et de l'évaluation [DAIME], direction des affaires juridiques et des droits des patients [DAJDP], DRH, direction « patient, qualité affaires médicales » [DPQAM] et le conciliateur médical), coordonnée par la DAIME. C'est cette cellule qui décide si le signalement doit donner lieu à enquête ou s'il relève d'un traitement local.

Les signalements reçus en central ou transmis par les GHU car se jugeant incompétents ou ayant besoin d'un appui central sont examinés par la cellule EVT. Les signalements peuvent donner lieu, après concertation à la mise en place d'une enquête EVT coordonnée par la cellule EVT conduite par une équipe d'enquêteurs formés pendant trois jours. L'objectif est de répondre rapidement aux signalements pour ne pas laisser les situations perdurer dans le temps. Si le cas ne relève pas d'une enquête, les dispositifs existants peuvent être actionnés et une conciliation ou une médiation peuvent être proposées. Un travail a été mené avec la CVH centrale pour articuler les interventions de chaque acteur. Pour les personnels universitaires et les étudiants, le double dispositif peut fonctionner avec un signalement auprès des facultés ou auprès de l'hôpital. Une coordination s'organise ensuite avec les doyens pour dérouler le dispositif.

Deux sessions de formation des enquêteurs ont été programmées. Les enquêtes sont toujours dépaysées, c'est-à-dire qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêts avec le groupe hospitalier. Il est aussi veillé à la pluridisciplinarité des enquêteurs. M. Sylvain DUCROZ profite de la présentation de ce dispositif pour renouveler l'appel à candidatures auprès des médecins qui souhaiteraient devenir enquêteurs. Le dispositif a démarré en juillet. Une communication a été envoyée cet été avec les fiches de paie pour informer de l'existence de ce dispositif. À ce jour, une demi-douzaine de signalements a été recueillie en central. Des premières enquêtes ont été diligentées. Un bilan sera présenté fin 2021.

**Le président** juge utile de faire connaître le dispositif pour que les victimes osent parler des violences, notamment auprès des jeunes et des stagiaires qui peuvent hésiter à faire des signalements. La communication autour du dispositif devra aussi insister sur la neutralité de

l'enquête et sur son indépendance. Il rappelle les zones de chevauchement existant avec les CVH sur les situations individuelles qui nécessitent des articulations.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** indique qu'un travail de concertation a eu lieu et un échange avec tous les membres des CVH locales afin de s'assurer de l'articulation d'ensemble. Au fil du temps, un rodage permettra de trouver le meilleur guichet d'entrée. Une vigilance sera de rigueur pour s'assurer que tous les signalements puissent remonter et soient traités de manière productive.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** souhaite savoir qui décidera au final au Siège si l'enquête doit être déclenchée ou si le traitement doit rester local. Il sera attentif au bilan du dispositif le moment venu. Il note qu'aujourd'hui, le nombre de signalements est relativement faible. Cette situation tient peut-être au fait qu'il faut rassurer les victimes qui ne doivent pas craindre de représailles en s'exprimant, notamment si elles accusent leur hiérarchie. Il conviendra aussi de veiller à ce que ce dispositif ne soit pas instrumentalisé : en effet, certaines personnes pourraient utiliser le signalement pour nuire à une autre personne. Cela étant, il estime que le dispositif est très utile. Enfin, pour les signalements qui ne relèveront pas d'une enquête, il faudra accompagner le signalant pour éviter tout ressentiment. Une information devra donc être donnée sur les recours alternatifs possibles, notamment le dispositif de médiation régionale et nationale. Pour que ces dispositifs s'articulent correctement, les délais d'instruction devront en effet être rapides. Il confirme que l'immense majorité devra se régler localement.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** observe qu'il est envisagé de mettre en place une adresse mail et non un numéro de téléphone unique qui renverrait vers une plate-forme téléphonique d'écoute et d'orientation. Il souhaite en connaître la raison.

**M<sup>me</sup> Leïla BOUZLafa** demande si des mesures de soustraction ou de protection de la victime seront proposées entre le signalement et la réalisation de l'enquête.

**Le P<sup>r</sup> Véronique ABADIE** demande s'il sera possible de savoir qui gère les signalements afin d'éviter les doublons ou les abus conduisant à la saisine simultanée des trois instances (cellule EVT, CVH centrale et CVH locales).

**Le président** craint davantage pour sa part un phénomène de sous-déclaration que la redondance.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** considère que trois jours de formation ne suffiront pas pour apprendre à mener une enquête. Il comprend qu'une médiation soit proposée avec l'intervention d'un tiers mais il se dit gêné par l'utilisation du mot « enquête » qui renvoie à un travail de police.

**M<sup>me</sup> Charline NICOLAS** explique que c'est la personne elle-même qui choisira de saisir une instance locale (CVH, DRH, DAM) ou centrale. Elle pourra aussi saisir une instance locale mais préférer une enquête AP-HP. Par ailleurs, si une instance locale est saisie mais que celle-ci estime ne pas être en mesure de réaliser une enquête ou d'approfondir le signalement, elle pourra saisir la cellule centrale sous réserve d'obtenir l'accord du signalant. La cellule d'examen des signalements est collégiale. C'est à l'issue de l'examen collégial qu'il sera décidé des meilleures mesures à prendre, notamment des mesures de protection immédiates éventuelles, sans attendre les résultats de l'enquête.

Les suites possibles pourront prendre différentes formes en fonction des circonstances. L'enquête pourra par exemple déboucher sur le déclenchement d'un signalement au procureur au titre de l'article 40 du code de procédure pénale. La mesure qui répondra le mieux à la résolution de la situation sera recherchée en se référant à la procédure qui détaille toute la palette de mesures.

Les doubles et triple saisines seront sans doute peu nombreuses. Le nombre de saisines est de 6 depuis le lancement du dispositif mais c'est un bon début. En revanche, la confidentialité des données recueillies s'applique et il n'est pas prévu de prévenir la CVH locale d'un signalement dont elle n'aurait pas connaissance. Cette étanchéité est aussi de nature à donner confiance dans

le dispositif. Il sera toutefois possible de présenter un bilan du dispositif devant la CVH sur la base de données anonymes.

La qualité de la formation des enquêteurs est une question sensible. L'ambition n'est pas de former des enquêteurs de police mais de professionnaliser un réseau d'enquêteurs. Les DRH et les DAM sont déjà formés à ce genre d'exercice.

**M. Sylvain Ducroz** rappelle que l'employeur saisi d'une plainte pour harcèlement devait déjà déclencher une enquête administrative. Ce dispositif permet donc de faire appel à des enquêteurs professionnalisés et sans lien avec le terrain du conflit. Il ajoute que le signalement ne remonte pas vers une plate-forme téléphonique d'écoute psychologique. Les membres de la cellule évaluent simplement si le signalement doit donner lieu à une enquête. Cependant, un appel est passé le plus vite possible vers les personnes à l'origine du signalement.

**Le président** confirme le progrès que constitue ce dispositif. La CME attend un premier bilan d'exercice d'ici 6 mois ou 1 an.

#### **8. Approbation des comptes rendus des CME des 1<sup>er</sup> juin et 6 juillet 2021**

Les comptes rendus des CME des 1<sup>er</sup> juin et 6 juillet 2021 sont approuvés.

#### **9. Questions diverses**

Il n'y a pas de questions diverses.

*La séance est levée à 19 heures 37.*