

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 6 AVRIL 2021**

**APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 4 MAI 2021**

## Sommaire

1. Informations du président de la CME	6
2. Point sur la situation épidémique	8
3. Point sur la situation budgétaire de l'AP-HP	24
4. Protocoles de coopération professionnelle	27
5. Approbation du compte rendu de la CME du 9 mars 2021	28
6. Questions diverses	28

# CME du mardi 6 avril 2021

en visio-conférence

16h30 – 19h30

## Ordre du jour

*En raison de la situation épidémique,  
l'avis sur le projet médical 2021-2025 est reporté à la CME du 4 mai 2021*

### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME
2. Point sur la situation épidémique
  - Point sur la vaccination des personnels (D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER)
  - Déprogrammations (P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX)
  - Éthique :
    - Grands principes de la procédure collégiale (D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN)
    - Cellules d'appui à la décision : présentation du modèle proposé (M. Nicolas CASTOLDI)
    - Point de vue éthique (D<sup>r</sup> Sophie CROZIER)
  - Ressources humaines : plan « sur-crise » (M. Pierre-Emmanuel LECERF)
  - Le soutien psychologique des équipes : l'exemple de l'hôpital Saint-Antoine (D<sup>r</sup> Philippe NUSS, P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET)
3. Point sur la situation budgétaire de l'AP-HP (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Didier FRANDJI)
4. Protocoles de coopération professionnelle (D<sup>rs</sup> Sophie DE CHAMBINE et Gilles GALULA)
5. Approbation du compte rendu de la CME du 9 mars 2021
6. Questions diverses

### SÉANCE RESTREINTE

#### Composition D

- Avis de régularisation sur le recrutement principal d'un chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux dans un établissement lié par convention avec l'AP-HP au titre de l'année universitaire 2020-2021

#### Composition C

- Avis concernant l'engagement d'une procédure disciplinaire à l'encontre d'un praticien hospitalier

**- Assistent à la séance :**

• **Avec voix délibérative :**

P <sup>r</sup>	Thomas	APARICIO	D <sup>r</sup>	Éric	LE BIHAN
P <sup>r</sup>	Frédéric	BATTEUX	P <sup>r</sup>	Éric	LE GUERN
P <sup>r</sup>	Sadek	BELOUCEF	P <sup>r</sup>	Véronique	LEBLOND
D <sup>r</sup>	Guy	BENOIT	P <sup>r</sup>	Michel	LEJOYEUX
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Rachel	LEVY
P <sup>r</sup>	Jacques	BODDAERT	P <sup>r</sup>	Laurent	MANDELBROT
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	P <sup>r</sup>	Xavier	MARIETTE
M <sup>me</sup>	Leïla	BOUZLAF	D <sup>r</sup>	Rafik	MASMOUDI
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	D <sup>r</sup>	Giovanna	MELICA
P <sup>r</sup>	Jean-Claude	CAREL	D <sup>r</sup>	Vianney	MOURMAN
D <sup>r</sup>	Julie	CHOPART	P <sup>r</sup>	Yann	PARC
P <sup>r</sup>	Olivier	CLÉMENT	D <sup>r</sup>	Juliette	PAVIE
P <sup>r</sup>	Yves	COHEN	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	P <sup>r</sup>	Marie-Noëlle	PERALDI
M <sup>me</sup>	Audrey	DARNIEAUD	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
D <sup>r</sup>	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D <sup>r</sup>	Nathalie	RICOME
P <sup>r</sup>	Vianney	DESCROIX	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
P <sup>r</sup>	Hubert	DUCOU LE POINTE	M <sup>me</sup>	Clara	SALINO
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT	M <sup>me</sup>	Bérénice	SHELL
M.	Julien	FLOURIOT	P <sup>r</sup>	Thomas	SIMILOWSKI
D <sup>r</sup>	Vincent	FROCHOT	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER	D <sup>r</sup>	Brigitte	SOUDRIE
Dr	Bruno	GREFF	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
M <sup>me</sup>	Sophie	GUILLAUME	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
P <sup>r</sup>	Christian	GUY-COICHARD	D <sup>r</sup>	Valéry	TROSINI-DESERT
D <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU	D <sup>r</sup>	Noël	ZAHR
M.	Youcef	KADRI			

• **Avec voix consultative :**

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- P<sup>r</sup> Louis MAMAN, directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie
- P<sup>r</sup> Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

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

- P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- 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 :**

- P<sup>f</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ, et MM. Pierre-Emmanuel LECERF et François CRÉMIEUX, directeurs généraux adjoints ;
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Sylvain DUCROZ, directeur des ressources humaines
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN, direction de la stratégie et de la transformation
- M<sup>me</sup> Charline NICOLAS, direction des affaires juridiques
- M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT et M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)

- **Invités**

- M. Nicolas CASTOLDI, directeur délégué auprès de la direction générale de l'AP-HP
- M<sup>me</sup> Sophie BRUN, direction du pôle pilotage et coordination, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
- D<sup>f</sup> Gilles GALULA, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- D<sup>f</sup> Sophie DE CHAMBINE, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- D<sup>f</sup> Jean-Guilherm XERRI, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- P<sup>f</sup> Bertrand GUIDET, représentant médical de l'hôpital Saint-Antoine
- D<sup>f</sup> Jean-François ALEXANDRA, médecine interne, hôpital Bichat-Claude-Bernard
- D<sup>f</sup> Philippe NUSS, psychiatre, hôpital Saint-Antoine
- M. Louis-Paul PATY, interne en pharmacie

- **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> Véronique ABADIE, René ADAM, Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Jean-Yves ARTIGOU, Elie AZOULAY, Fadi BDEQUI, Sébastien BEAUNE, Lynda BENSEFA-COLAS, Olivier BOURDON, Sophie BRANCHEREAU, Alain CARIOU, Yves-Hervé CASTIER, Cyril CHARRON, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALES, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Mathilde DUVAL, Bertrand GODEAU, Émelyne HAMELIN, Sandrine HOUZÉ, Marc HUMBERT, Jean-Louis LAPLANCHE, Emmanuel MARTINOD, Salomé MASCARELL, Stefan NERAAL, Antoine PELISSOLO, Nathalie PONS-KERJEAN, Louis PUYBASSET, Jean-Damien RICARD, Johanna SEKRI, Virginie SIGURET-DEPASSE, Samir TINE et Michel VAUBOURDOLLE.

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

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

**Le président** précise que l'ordre du jour a été modifié compte tenu des circonstances. Le vote du projet médical présenté lors de la CME du 9 mars est reporté à la séance du 4 mai 2021 afin de dédier plus de temps à la crise sanitaire au cours de la présente séance. Le projet reste consultable sur le [site de la CME](#). Un certain nombre de modifications et contributions ont été intégrées. Ce report permettra en outre aux membres de la CME de prendre connaissance du volet recherche transmis récemment par la direction recherche clinique et innovation (DRCI). Ce dernier sera soumis aux doyens. Toute remarque supplémentaire est donc encore possible.

Depuis la dernière séance, le président a présenté le projet médical au comité technique d'établissement central (CTEC), ainsi qu'à la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU), ce qui est une première. Ces présentations ont suscité des discussions intéressantes. En CTEC, quelques remarques ont porté sur les infirmiers de pratique avancée (IPA). Le temps à dégager dans les équipes pour que les IPA se forment et trouvent des missions à leur retour pose encore un certain nombre de questions. Le projet médical sera enfin présenté à la commission centrale des soins prochainement puisque la séance du 25 mars a été reportée.

Le cycle des conférences stratégiques et budgétaires s'est terminé avec le groupe hospitalier Henri-Mondor, le 2 avril. Le délai supplémentaire avant de rendre un avis sur le projet médical permettra ainsi d'intégrer les contributions des différents groupes hospitalo-universitaires, sous la forme d'une synthèse. La direction de la stratégie et de la transformation (DST) pourra rédiger un document court pour chaque GHU. À l'issue de ce premier cycle de conférences, le président a eu un sentiment plutôt positif. Compte tenu de la crise, l'aspect budgétaire comporte encore de nombreuses incertitudes, c'est pourquoi les présentations se sont plutôt concentrées sur le projet médical des groupes hospitalo-universitaires (GHU). Pour un certain nombre de sujets, il est intéressant de disposer d'une vision globale notamment en cas de chevauchements entre les différents projets. L'intégration au projet médical de l'AP-HP apparaît à ce titre comme favorisant cette vision globale. Des arbitrages d'ensemble sont également nécessaires, en matière de personnels ou d'investissements, pour lancer ces projets, compte tenu de la stratégie territoriale de l'AP-HP. Les projets doivent être partagés avec les équipes concernées, le plus en amont possible, pour assurer leur succès et lancer une dynamique tournée vers l'avenir. Il faudra tirer de la crise sanitaire tous les enseignements qui se posent pour l'hôpital public, qui traversait déjà avant une sévère crise. Celle-ci sera sans doute encore présente après et espérons-le dans une gravité qui ne sera pas amplifiée.

**Le directeur général**, précise qu'il devra quitter la séance pour un moment, dans quelques minutes. Les directeurs généraux adjoints pourront répondre aux questions si besoin. S'agissant des derniers chiffres de la pandémie, un espoir d'amélioration est apparu pendant le week-end, avec moins de 90 entrées quotidiennes en réanimation entre samedi et lundi. Néanmoins, 180 entrées en réanimation ont eu lieu ce mardi 6 avril, ainsi que 515 entrées en hospitalisation conventionnelle. Ce sont les deux plus hauts chiffres de 2021. Les chiffres des week-ends sont en outre toujours moins stables. Il est à ce stade difficile d'estimer si les premières mesures de freinage prises le 18 mars ont porté leurs fruits.

Depuis une quinzaine de jours, un plan de sur-crise est en préparation, si jamais le pic de la première vague était dépassé. Le palier 3 (580 patients en soins critiques) a été dépassé. Le palier 4 (830 patients en soins critiques) doit se mettre en place dans les jours à venir. Le palier 5

correspond au sommet de la première vague avec 1 105 patients en soins critiques. Un scénario allant au-delà de ce seuil a également été préparé, si les mesures de freinage sont trop tardives, pas assez efficaces ou si les évacuations sanitaires n'avaient pas le même impact qu'en première vague. *In fine*, l'ouverture d'environ 300 lits supplémentaires se prépare. Pour cela, des *selfs* se transforment, notamment au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ou dans des unités de réanimation qui avaient été fermées et qui s'apprêtent à rouvrir, comme à l'hôpital Henri-Mondor. Dans chaque groupe hospitalier, 50 à 75 lits sont en train d'être armés ou réarmés, en fonction des matériels disponibles (respirateurs, etc.). Les ressources humaines sont en cours de sécurisation pour le palier 4 puis le palier 5, en déterminant si des renforts, dans des proportions plus limitées qu'en première vague, pourraient permettre l'ouverture de ces différents lits.

Comme chacun en a conscience, l'ensemble de l'AP-HP fait ses meilleurs efforts pour agir sur tous les leviers. Cet engagement a été inscrit dans une sorte de plan blanc de la sur-crise, qui est en cours de finalisation et sera diffusé bientôt. Il porte sur les mécanismes permettant d'accélérer la sortie des malades, en mettant en place des structures différentes. Il s'agit par exemple de deux sites permettant de recevoir de « l'hospitalisation à domicile hors domicile » à l'hôpital Chardon Lagache qui a été désaffecté, ou dans des hôtels, pour des patients qui ne sont plus hospitalo-requérants autrement qu'en hospitalisation à domicile (HAD). Des démarches de stabilisation des patients pendant 6 à 12 heures avant de leur trouver une place en réanimation sont en cours : à l'hôpital Necker et éventuellement à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, pour maximiser le nombre de places. Cela se traduirait par une admission dans un lit de réanimation de l'AP-HP, en Ile-de-France ou par une évacuation hors région, une fois le patient stabilisé. En outre et parmi d'autres actions, les cellules de sortie sont normalement généralisées dans chaque site hospitalier.

En parallèle, des mises à jour sont en cours en lien avec le président de CME, la direction générale et les collégiales de médecine intensive et réanimation (MIR) et des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), concernant les documents relatifs aux critères d'admission et de sortie de soins critiques, quand ces derniers ne sont plus adaptés. Bien évidemment, l'AP-HP agit et travaille sur tous les leviers, sans faille dans sa mobilisation, dans le contexte actuel et celui qui est anticipé.

**Le président** constate que la crise se déroule depuis plus d'un an. L'AP-HP en connaît les différents tenants et aboutissants, mais le pic de la troisième vague est encore à venir. Les espoirs du week-end ne devraient en effet pas être interprétés trop vite, car un recul de quelques jours reste toujours nécessaire pour dessiner une véritable tendance. La dynamique de l'épidémie perdure. Les mesures du 18 mars n'ont pas encore vraiment d'effets sur les taux d'incidence et les hospitalisations. De même, il faudra attendre une quinzaine de jours avant de percevoir les premiers effets des mesures complémentaires annoncées le 5 avril. Sans doute les taux d'incidence évolueront-ils la semaine prochaine ? Il faudrait que le taux de reproduction, qui est aux alentours de 1,1 descende en deçà de 1, sinon le nombre d'hospitalisations augmentera. En 2020, au moment du confinement, ce taux était de 3, puis il est passé à 0,7 quasiment du jour au lendemain. Ce ne sera pas le cas cette fois-ci. Atteindre 0,8 et même 0,9 serait déjà très satisfaisant mais avec un effet plus long. L'activité dans les unités de soins continus et en réanimation restera encore très forte pendant de longues semaines, avec 40 % à 50 % de déprogrammation, taux qui devra passer à 80 % au moment du palier 4, ce qui semble extrêmement difficile à atteindre compte tenu des activités non-COVID actuelles. Des jours difficiles commencent. Une inquiétude se profile quant à une possible saturation complète du système à laquelle il faut se préparer. Enfin, la question des ressources humaines est l'un des points les plus inquiétants dans le contexte de crise.

## 2. Point sur la situation épidémique

### a. Point sur la vaccination des personnels (D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER)

Le D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER communique les derniers chiffres de la vaccination. Entre le début du mois de janvier et le 5 avril au soir, plus de 48 600 personnels de l'AP-HP ont reçu une première dose et 18 727 en ont reçu deux. Certains ont reçu le vaccin *Pfizer* et d'autres le vaccin *AstraZeneca*. Les secondes doses *AstraZeneca* n'ont pas encore été délivrées. Ce chiffre représente près de la moitié des personnels de l'AP-HP (69 % des personnels médicaux et 34 % des personnels paramédicaux). Le seuil véritable de la moitié des personnels vaccinés devrait être franchi sous deux jours maximum.

Deux tiers des personnels vaccinés ont reçu le vaccin *Pfizer* et un tiers le vaccin *AstraZeneca*. Le nombre de doses ne permet pas encore de satisfaire toute la demande. L'équipe du pilotage de la direction des systèmes d'information (DSI) envoie chaque jour des tableaux de bord, qui montrent des disparités importantes entre les sites, notamment gériatriques, avec des taux de personnels vaccinés fluctuant de 30 % à 50 %.

La courbe de l'évolution des cas de COVID dans la population d'Île-de-France croise l'évolution du nombre de cas d'infection chez les personnels. Ces deux courbes sont longtemps restées parallèles, mais se sont dissociées depuis le 7 février, un mois après le début de la vaccination. Le nombre de cas a crû la semaine dernière, mais il demeure une nette différence entre ces courbes. La vaccination joue probablement un rôle majeur dans cette différenciation. Le nombre de cas évités pourrait sans doute être calculé.

Pour les personnels de moins de 55 ans ayant reçu une première dose Astra Zeneca, un avis de la Haute Autorité de santé (HAS) devrait préciser la nature du vaccin à délivrer pour la 2<sup>ème</sup> dose. Il est probable qu'elle recommande de vacciner avec un vaccin à ARN messenger. Il reste une marge pour renforcer la vaccination dans les sites présentant une faible couverture vaccinale, les sites gériatriques, et dans les catégories professionnelles les moins vaccinées, notamment les personnels paramédicaux.

Le D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER tient à remercier les équipes de vaccination, les services de santé au travail et les équipes d'hygiène, qui sont très mobilisés.

Le président se joint à ces remerciements aux équipes, qui ont beaucoup donné dans des temps difficiles, malgré l'attente de doses et des règles qui évoluent. Comme la vaccination se passe bien, les hésitants sont moins nombreux avec le temps, ce qui est satisfaisant. Mais le temps reste rare et il faudrait que la vaccination aille plus vite, compte tenu de ce qui attend les services dans les semaines à venir. Seul un tiers du personnel non médical a reçu une dose. Il faudrait dépasser les 50 % et les deux tiers dans les prochains jours. Toutefois, le nombre de doses disponibles reste un facteur limitant car faire tourner les centres de vaccination à plein régime n'est pas un problème. En outre, il est aujourd'hui démontré que le vaccin *Pfizer* diminue drastiquement la transmission du virus même s'il ne l'empêche pas totalement. Il protège la personne vaccinée, mais aussi les autres. La vaccination n'est donc pas obligatoire, mais elle est un devoir. De même, il est important que les responsables des équipes suivent et connaissent le taux de vaccination de leur équipe et consacrent du temps pour répondre aux questions.

À la cellule de crise de l'hôpital Saint-Antoine, lors d'une réunion à laquelle le président a participé, la situation du personnel de bio-nettoyage a été évoquée. Le taux de vaccination de ces personnels reste faible, alors qu'ils fréquentent les chambres des patients. Les gestes barrières ne



sont peut-être pas toujours très bien suivis non plus. Il est donc important d'échanger avec eux aussi pour les convaincre de se faire vacciner.

Enfin, s'agissant des infections nosocomiales, un patient hospitalisé diagnostiqué COVID sur cinq l'est du fait d'une infection nosocomiale. Il faut tout faire pour diminuer ce taux.

**Le D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN** demande à connaître le nombre de personnes qui n'auront pas besoin d'une seconde dose, car elles ont déjà été infectées par la COVID.

**Le D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER** ne dispose pas de cette information.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** indique qu'une partie des personnels paramédicaux, généralement jeunes, a déjà reçu une première injection d'*AstraZeneca* et se retrouve dans une catégorie à risque, ou du moins dans une catégorie où le rapport bénéfices-risques est moins bon. Il souhaite savoir ce qu'il en est des études qui devraient déboucher sur le recours à un autre vaccin en deuxième dose, après l'*AstraZeneca*.

**Le D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER** répond que l'avis de la HAS devrait être publié dans quelques jours. Cet avis préconisera probablement le recours à un vaccin à ARN messager en seconde dose.

**Le président** rappelle qu'aucune étude ne permet d'apporter de preuve, mais dans les deux cas, la protéine injectée entraîne la fabrication d'anticorps. La méthode est donc différente pour arriver à la fabrication de protéine, mais cela n'est pas une hérésie conceptuelle.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** note que la seconde dose d'*AstraZeneca* peut générer un risque de thrombose. Une maladie auto-immune peut être activée par cette seconde injection. Il craint qu'une défiance s'exprime vis-à-vis de la seconde injection de ce vaccin.

**Le président** souligne que l'avis de la HAS devrait préconiser une seconde injection de *Pfizer*. Il souligne que tous les chefs de service qui lui ont dit avoir pris le temps d'évoquer le fonctionnement du vaccin et de répondre aux questions ont aussi souligné que les hésitations étaient généralement levées. Peut-être faut-il pousser en ce sens, du fait de l'enjeu. Normalement, le nombre de doses livrées devrait croître en avril. Ce n'est pas encore visible et toute la France attend.

#### ***b. Déprogrammations (P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX)***

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** indique que la cellule d'appui et de coordination de l'offre chirurgicale et interventionnelle se réunit tous les lundis depuis avril 2020. Cette cellule vise à accompagner et suivre l'activité non-COVID, en lien avec les cellules de coordination des sites et des GHU. Cette mission se veut facilitatrice et garante de l'équité de l'accès aux soins, sur l'ensemble du territoire, en aidant et orientant les demandes de prises en charge émanant de sites en difficulté ponctuelle.

Cette cellule est pluridisciplinaire par nature, avec des représentants des chirurgiens, de toutes les spécialités et de tous les sites. Des médecins-anesthésistes réanimateurs y participent aussi, ainsi que des représentants des endoscopistes digestifs, des spécialités interventionnelles, des oncologues, le président de la CME, les directeurs généraux adjoints et des membres de la direction de la stratégie et de la transformation.

Le premier palier de déprogrammation correspond à une réduction de 30 % des ressources en médecins anesthésistes-réanimateurs et infirmières anesthésistes diplômées d'État (IADE), ce qui

génère un besoin de report d'interventions à cette hauteur. Il s'agit du report de certaines interventions de chirurgie fonctionnelle non urgentes, du maintien de tout ou partie de l'activité ambulatoire et du maintien de l'activité de radiologie interventionnelle ou endoscopique sur les plateaux techniques habituels.

Le palier 2 correspond à une réduction de 50 % des ressources et un report de 50 % de l'activité de chirurgie, à l'exception des activités suivantes qui sont sanctuarisées : activités pédiatriques, urgences dont les grandes gardes, transplantation, recours régional et national, chirurgie carcinologiques et chirurgie fonctionnelle pour lesquelles un report conduirait à des séquelles lourdes et irréversibles.

Le palier 3 correspond à une réduction comprise entre 50 % et 80 %, soit un taux de 70 % de déprogrammation pour l'agence régionale de santé (ARS), avec toujours les mêmes sanctuarisations mais soumises à d'autres règles : un plan spécifique pour les activités pédiatriques, maintien des activités urgences et de grandes garde, les activités de transplantation réorganisée au niveau régional en lien avec l'Agence de biomédecine (ABM). Enfin, le recours régional et national, chirurgie fonctionnelle lourde avec risque de séquelles et chirurgie carcinologique, sont maintenus en dehors des situations pouvant être reportées grâce à des traitements alternatifs médicaux et/ou interventionnels. Pour ces indications opératoires, le passage prévisible ou non en réanimation ou en unités de soins critiques (USC) est étudié : s'il n'y a pas de passage en réanimation et pas d'alternative, l'intervention est réalisée.

Toutes les collégiales retravaillent les indications, à l'aune de ces différents paliers.

Le palier 4 est le palier ultime, dit « de super-crise », où plus de 80 % des ressources sont mobilisées en dehors de la possibilité de prendre en charge les patients au bloc. Seules les urgences sont ouvertes, avec des pathologies définies selon une liste réduite.

En pédiatrie, un plan spécifique a été établi. Les paliers 2 et 3 permettent de dégager respectivement 18 lits et 26 lits de réanimation adulte dans les sites Robert-Debré et Necker. Le palier 4 dégage 59 lits de réanimation adulte, avec des patients accueillis sur les sites pédiatriques ou en fermant des blocs, pour libérer du personnel, comme à l'hôpital Trousseau, pour armer des réanimations à la Pitié-Salpêtrière.

Le palier 4, qui équivaut à ce qui a été observé lors de la première vague, reste un palier hypothétique, compliqué pour les pédiatres, du fait des décalages des épidémies hivernales.

Par ailleurs, les endoscopistes travaillent à l'organisation des capacités d'ouverture de leurs sites, en respectant les quatre paliers de déprogrammation, dans l'objectif de maintenir une activité sans anesthésie générale et une activité d'urgence en endoscopie sur tous les sites. Pour les activités programmées, il est éventuellement envisagé de se recentrer sur des sites de délestage. Des discussions sont ouvertes pour mettre en place de tels sites au nord, au centre et au sud de Paris, sans consensus à ce stade. Les endoscopistes sont mobilisés pour continuer à réaliser les gestes thérapeutiques et les diagnostics, qui s'étaient effondrés lors de la première vague et qu'il faudra maintenir *a minima* lors de cette troisième vague.

Tout est organisé et prévu, sur site au sein des GHU, voire en supra-GH, selon les paliers.

Il est prévu de maintenir la radiologie interventionnelle et ses plateaux, voire de les mutualiser en maintenant des centres de délestage, sur l'exemple de l'endoscopie digestive. Il est également envisagé d'échanger avec les chirurgiens pour déterminer quels actes de chirurgie

interventionnelle pourraient se substituer à des actes chirurgicaux. Un important travail s'est ouvert entre la collégiale des radiologues et celles de chirurgie.

À ce jour, 40 % des blocs sont fermés, dont 37 % en raison de la COVID. Seuls trois blocs de pédiatrie sont fermés à l'hôpital Robert-Debré. Dans les blocs hors pédiatrie, 44 % des salles sont fermées, dont 42 % pour cause COVID. Lors de la première vague, le taux des salles ouvertes était descendu à 36 %, puis à 47 % pendant la seconde, contre 60 % actuellement.

Certaines spécialités sont plus impactées que d'autres par la déprogrammation (plastique, orthopédie et dermatologie). Les activités d'urgence et l'activité programmée sont quasiment identiques en 2019 et en 2021. Par rapport à mars 2020, durant lequel la déprogrammation a été massive, la situation est meilleure en 2021. Il faut espérer que la déprogrammation n'aura pas à descendre aussi bas qu'en 2020.

**Le président** note que les différences en déprogrammation sont importantes selon les sites pour de multiples raisons, souvent des problèmes d'organisation ou de mutualisation. Pour certaines interventions, la perte de chance est plus élevée. Les conséquences sur la morbidité et même la mortalité sont maintenant connues. Aussi, l'objectif est de rechercher l'équité, pour que les décisions ne soient pas dépendantes des écarts, aussi bien au sein de l'AP-HP que des établissements de santé publics et privés. À la dernière réunion des collégiales de médecine intensive et réanimation (MIR) et des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), le P<sup>r</sup> Louis PUYBASSET a évoqué la déprogrammation des cliniques privées, qu'il a étudiée. L'effort de déprogrammation est plutôt bien réparti, mais l'arrêt de certaines interventions chirurgicales à l'AP-HP pose question, car ces cliniques pourraient libérer du personnel susceptible de rejoindre les équipes de réanimation. Il faut continuer à y prêter attention. Enfin, le président souhaite évoquer un autre point, soulevé par *France Asso Santé*, car certains patients ont le sentiment d'avoir été abandonnés pendant plusieurs semaines. Malgré la charge de travail, les réorientations et le redéploiement des unités, il faut savoir répondre aux attentes des patients déprogrammés, en continuant à leur donner des nouvelles, même si la durée de la déprogrammation reste inconnue.

**Le P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT** fait remarquer que la gynécologie est très largement déprogrammée par rapport à l'obstétrique qui ne peut jamais l'être.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** se déclare moins optimiste que le président. Dans le cadre de la régulation et de recherche de places COVID, toutes sont assurées par le service public. Le secteur privé n'a jamais de place à proposer. Parfois, il s'estime même incompétent pour les prendre en charge. Pendant ce temps, les chirurgiens et même certains IADE continuent à opérer dans des cliniques privées. Cela est très problématique. Du fait des efforts à fournir et de la vague qui monte, il n'a pas l'impression que les cliniques jouent le jeu. Contrairement à ce qu'a déclaré le président de la fédération des hôpitaux privés, il craint qu'elles ne se positionnent à moyen et long termes, pour reprendre tout ou partie de la chirurgie publique.

**M. François CREMIEUX** évoque d'abord la prise en charge des patients en soins critiques faciles à monitorer. Tout au long de la crise, la part prise par l'ensemble des secteurs, public et privé est proportionnelle aux capacités de prise en charge. La proportion de patients en soins critiques est donc régulée de façon loyale entre les différents secteurs. En médecine et hospitalisation complète, la part de l'AP-HP est plutôt inférieure à ce qu'elle représente dans l'offre de soin. Environ 30 % des patients sont hospitalisés en médecine pour la COVID, alors que l'AP-HP représente une part de l'offre de soins supérieure. La déprogrammation à l'AP-HP est sans doute

la même que celle des grosses structures qui prennent beaucoup de malades (hôpital Foch, Saint-Joseph, clinique Ambroise-Paré, etc.). En revanche, beaucoup des structures n'ayant pas de soins critiques ni de réanimation mais qui proposent orthopédie, ambulatoire ou endoscopie n'ont sans doute pas déprogrammé. Ce combat a été fortement mené la semaine précédente, pour basculer leurs professionnels vers d'autres structures. Toutes ne le font pas, mais il est compliqué de surveiller ces cliniques de petite taille.

L'activité chirurgicale de l'AP-HP, représentait 20 % à 25 % de l'activité habituelle lors de la crise puis avait vite repris. Ainsi, le bilan post-confinement était plutôt favorable à l'AP-HP. Il est difficile de dire ce qu'il en est aujourd'hui. Il faut donc être vigilant, pour la chirurgie programmée, froide et élective, pour éviter la bascule des cohortes de patients ou des filières vers le privé.

**Le président** confirme qu'il est important de revenir à la même configuration qu'en avril 2020, quand toutes les cliniques s'étaient arrêtées. C'est nécessaire pour les jours à venir.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** tient à distinguer la déprogrammation de mars 2020 et la déprogrammation actuelle. Au mois de mars, les consultations avaient quasiment été arrêtées, alors qu'elles continuent actuellement de façon assez importante, en faisant le pari que la situation sera meilleure au 15 mai. Ainsi, au redémarrage des blocs, tous les programmes opératoires seront saturés, jusqu'à mi-juin, voire fin juin. Tous les blocs annulés, ne pourront donc pas être reprogrammés facilement. Peut-être faut-il prévoir un peu plus d'activité au redémarrage, pour récupérer tout ce travail mis de côté, sachant que les IADE et les anesthésistes auront déjà beaucoup travaillé pendant la période.

**Le président** confirme que c'est un problème. La vague elle-même occupe toute l'attention, mais le rattrapage de programmation avait pris beaucoup de temps en 2020. Cela générera un surcroît de travail considérable, et ce sont toujours les personnels des blocs opératoires, qui auront été dans le feu de l'action, qui connaîtront un surcroît de travail. Cela génère une très forte inquiétude, non seulement dans les jours mais aussi dans les mois à venir.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande combien de déprogrammations de 2020 n'ont pas été récupérées.

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** annonce que 12 000 interventions ont été déprogrammées en 2020. 60 % ont été reprogrammées. 13 % ont été annulées par les patients. 25 % des interventions sont donc restantes essentiellement des endoscopies digestives et quelques prothèses de hanche ou de genou. Un suivi de tous les patients déprogrammés est assuré, par l'ensemble des praticiens, des GHU, mais aussi en central.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOIT** demande si l'activité chirurgicale en privé a augmenté ou si des patients ont subi une perte de chance car soignés ni dans le public, ni dans le privé.

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** indique que les données permettant de le savoir n'ont pas encore été consolidées.

**Le président** précise que certaines déprogrammations sont décidées par les patients, quand ils ne viennent pas à l'hôpital. Ce fut surtout le cas pendant la première vague mais moins ensuite. La situation de la troisième vague devrait être intermédiaire, car le confinement n'est pas strict. Les Français sortent plus, y compris pour aller chez le médecin ou à l'hôpital. La traumatologie va également continuer. L'activité non COVID sera donc conséquente. S'agissant des pertes de chance, une étude anglaise en cancérologie a été publiée sur l'impact sur la mortalité. L'impact est

de plusieurs milliers. Ils ont aussi étudié les infarctus du myocarde pour lesquels une surmortalité a été relevée. Des situations d'urgence n'ont donc pas été prises en charge suffisamment tôt ou des cancers dont l'opération a été reportée.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** indique que la Fédération hospitalière de France (FHF) a publié une étude qui montre que le privé joue le jeu au pic des crises, mais pas en inter-vagues. Ces établissements retournent rapidement à leur activité antérieure. C'est donc plus l'aire sous la courbe que les pics qu'il convient de prendre en compte.

**Le président** confirme que l'équité doit prévaloir entre les différents acteurs et établissements de santé, ce qui est plus compliqué dans les gros établissements et dans les établissements publics.

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** confirme que c'est la raison pour laquelle la cellule de reprogrammation a été mise en place très tôt, pour reprendre très vite la programmation. Il faut savoir agir vite et en agilité.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** note que les dividendes des cliniques privées à but lucratif ont été élevés. Ces cliniques ont continué à opérer.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** estime que l'AP-HP n'a pas à rougir sur le plan chirurgical et interventionnel. L'activité a repris sur presque tous les sites. Tant que l'agence régionale de santé (ARS) ne fait pas la police, les cliniques subissent moins d'injonctions. Tout dépend de ce que demande le président qui souhaite la création de lits supplémentaire, mais sans régulation par l'ARS, le résultat sera limité.

**Le P<sup>r</sup> Thomas APARICIO** indique que l'ARS a rendu un rapport sur la cancérologie montrant une baisse de 22 % pour l'AP-HP sur la période comprise entre janvier et septembre, alors que la baisse globale de l'activité chirurgicale soumise à seuil avait baissé de 15 %, de 10 % pour les centres de lutte contre le cancer, de 8 % pour le privé et de 18 % pour le public hors AP-HP. L'impact n'est manifestement pas le même pour toutes les structures.

### ***c. Le soutien psychologique des équipes : l'exemple de l'hôpital Saint-Antoine (D<sup>r</sup> Philippe Nuss, P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET)***

**Le président** indique avoir assisté à la cellule de crise de l'hôpital Saint-Antoine, durant laquelle le D<sup>r</sup> Philippe Nuss, psychiatre, a présenté le soutien proposé aux équipes. Étant donné l'intérêt de cette démarche, il a demandé au D<sup>r</sup> Nuss de la présenter à la CME.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** remercie les psychiatres et les psychologues, qui se sont beaucoup investis pour accompagner les soignants, qui sont parfois en grande difficulté.

**Le Dr Philippe NUSS** indique que le service de psychiatrie et de psychologue médicale de l'hôpital Saint-Antoine où il travaille a une longue tradition de prise en charge psychologique des situations collectives de crise, initialement appelées « médecine de catastrophe ». Ce service a été fortement impliqué dans de nombreux événements d'ampleur sociétale depuis les attentats du RER jusqu'au Bataclan. Les équipes soignantes y sont habituées aux plans blancs à destination des victimes et des sauveteurs/soignants. Bien que dans la continuité de ces problématiques, l'épisode actuel diffère des situations précédentes dans la mesure où la pression exercée sur la population et les personnels est durable, cyclique et avec un horizon incertain.

Au début de l'épidémie, les procédures usuelles de crise à destination des patients, familles et soignants ont été mises en œuvre. Au fil des mois, les modalités de prise en charge ont évolué, sont devenues plus spécifiques, mais aussi moins globales, car les intervenants étaient moins disponibles devant se consacrer à leurs services respectifs. L'approche initiale a été de considérer que tous les services cliniques et non cliniques nécessitaient un soutien (par ex. pharmacie, bionettoyage, chambre mortuaire, etc.). Les efforts de soutien concernent aujourd'hui majoritairement les services COVID.

L'analyse de la situation des soignants rencontrés au fur et à mesure de l'évolution de la prise en charge de crise au sein de l'hôpital met en évidence un certain nombre d'invariants psychologiques spécifiques au sein des services cliniques et paracliniques. S'entremêlent des manifestations/préoccupations liées à la situation actuelle et d'autres, échos post-traumatiques en rapport avec le choc de la première vague. On observe notamment un mélange d'épuisement, de réactivation de problèmes personnels et de reviviscences traumatiques. D'autres enjeux évoqués comme ceux de la vaccination, de la situation économique des proches ou des repos montrent que les préoccupations des soignants concernent l'impact sur leur exercice de problématiques générales à tout citoyen. Le caractère spécifique et l'augmentation de la fréquence des situations individuelles critiques rencontrées chez les soignants doivent nous inciter à envisager des actions de prévention.

On peut schématiquement distinguer trois registres de difficultés. Le premier concerne des personnels qui présentent des manifestations justifiant une intervention psychiatrique (anxiété invalidante, dépression) ou psychologique (par exemple, vécu d'inutilité, travail en modalité automatique). Ces personnes doivent être traitées si besoin et vues régulièrement : 5 % à 10 % des personnels semblent concernés et se retrouvent plus fréquemment dans les services exposés. Le deuxième registre de difficultés concerne un plus grand nombre de soignants qui se sentent plus vulnérables, éprouvent de la fatigue, l'impression que le travail ne remplit plus sa fonction étayante habituelle. Certains expérimentent la résurgence de difficultés antérieures réactivées par la fatigue et les situations cliniques qu'ils rencontrent, la violence de certains patients ou des familles. La fragilisation et l'insécurité des patients font parfois écho à la leur propre. Enfin, la majorité des personnels n'exprime pas de difficultés particulières et spécifiques en dehors de la fatigue physique et d'une lassitude de la situation. Néanmoins, la masse critique de ces personnels résilients a tendance à s'amenuiser affectant la robustesse collective du groupe.

Les propos sont unanimes à regretter de ne pas pouvoir suffisamment mettre en œuvre leur fonction soignante intrinsèque, à la fois individualisée, bienveillante et holistique. Les difficultés à l'établissement d'une relation soignante de qualité semblent peser au moins autant que la charge de travail elle-même. Nous soulignerons ici, parmi de nombreuses particularités, certaines inattendues dans le contexte de l'émergence d'une pathologie inconnue. On observe notamment parfois, chez des soignants, une diminution de l'intérêt porté à la science à propos du COVID. Assez peu sont celles et ceux qui continuent à lire des articles scientifiques sur le sujet, comme si cette lecture obligeait à entrer sur un champ polémique ou rappelait, et se rajoutait, au caractère monothématique de l'activité clinique. On peut aussi identifier un mélange de bore-out et de burnout chez les soignants. Ceci est particulièrement observable en réanimation, où le degré de prévisibilité d'évolution des patients et l'allongement des durées de séjour sont à l'encontre de ce qui fait habituellement la spécificité et l'intérêt de la discipline. Certaines manifestations observées dans les services sont évocatrices de burnout (fréquence de signes d'alerte ainsi que la triade d'épuisement émotionnel, d'impression de déshumanisation et de diminution de l'impression d'accomplissement de soi-même au travail).

Un autre point est propre à la face citoyenne du professionnel de santé. Il concerne la disparition de la fonction régulatrice et fédératrice de l'*after-work* qui sert autant d'exutoire que de fédérateur. Il en va de même en ce qui concerne l'arrêt des activités sportives ou physiques, mais aussi culturelles et de loisir. Cette attrition physique et sociale diminue significativement la résilience des personnels. Certains rentrent chez eux après le travail sans interfaces entre ce dernier et leur domicile, souvent après être restés trop longtemps dans leur service. Les préoccupations du travail, intactes parce que non métabolisées, nourrissent les ruminations à domicile. Mal-être, troubles du sommeil, moindre disponibilité pour la famille génèrent désenchantement et impression d'une existence monotone. Cet état mental n'a pas eu l'opportunité de diversion lorsque ces professionnels regagnent le lendemain leur service. Il peut en résulter des troubles cognitifs mineurs, notamment attentionnels, mais aussi motivationnels. Beaucoup expriment des plaintes corporelles, souffrent du dos, des poignets, des épaules ou portent des minerves. Fatigue, interrogations, préoccupations peuvent être parfois la source d'erreurs, de gestes iatrogènes et d'accidents du travail.

Il existe aussi dans les représentations des soignants l'impression que, pour la population qui consulte, l'hôpital est un lieu de recours ultime, indestructible, en devoir d'excellence. Face à cette attente immense, certains soignants se sentent en difficulté pour apporter une réponse à la hauteur de ce qui est attendu. Il en résulte un vécu inconfortable et paradoxal, mélange d'hyper-responsabilité, d'impuissance et de résignation, voire d'irritation. Certains indiquent que, même s'ils donnent leur maximum, ils ne sont peut-être pas au meilleur de ce qui est possible.

Face à ce constat, il est apparu nécessaire de proposer une solution pragmatique. Il a été décidé de poursuivre d'une part le soutien par maraude psychologique de certaines équipes particulièrement impliquées dans la prise en charge des patients COVID, mais aussi de proposer une aide à l'ensemble des personnels sous la forme de parenthèses dédiées au bien-être au travail. Nous avons envisagé d'utiliser à cet effet le pavillon de l'hôpital de jour de psychiatrie, car il bénéficie d'une terrasse et d'une salle d'ergothérapie. Pendant certains créneaux horaires, les personnels de ce pavillon se proposent d'accompagner et de mettre à disposition des activités de détente à l'ensemble des soignants et non soignants qui le souhaitent, dans le respect indispensable des mesures de prévention. Des activités libres et courtes sont mises à disposition telles qu'une sieste de 15 minutes, des échanges de ping-pong, de la corde à sauter, du jardinage ou du vélo. D'autres activités, toujours de courte durée, mais plus structurées sont proposées (stretching, gym douce, relaxation, etc.), permettant aux personnels de partager des activités gratifiantes. Des collations légères sont aussi à disposition. Il sera aussi proposé aux équipes de nuit de bénéficier dans leur service de séances d'acupuncture d'une quinzaine de minutes. Des discussions, dans le style café-philo ou au cours de groupes de parole informels sont aussi prévues. Ce dispositif s'articule avec les autres actions à destination des personnels déjà en place telles que l'ostéopathie et la relaxation, mais aussi tout le dispositif institutionnel mis en œuvre depuis la première vague. La faisabilité et l'efficacité de ce dispositif seront évaluées à 3 mois.

**Le président** note que de telles initiatives sont prises dans les différents hôpitaux. Une *hotline* est par exemple pilotée par le P<sup>r</sup> Michel LEJOYEUX, qui n'a pas pu être présent ce jour. De surcroît, des maraudes sont organisées pour rencontrer les équipes dans les services. Multiplier les dispositifs permettant de tendre une oreille attentive ou de proposer l'accès à un espace dédié à ceux qui ont besoin de se sortir du quotidien est bénéfique. Chacun, chaque jour, dans les équipes, se doit de porter une attention aux autres. À Lariboisière mais aussi ailleurs, une attention particulière est portée aux plus jeunes, étudiants en médecine ou en instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), pour qui le premier contact avec l'hôpital est violent. Comme le reste de la population, les soignants souffrent du ralentissement de la vie sociale. Il convient malgré tout de

conserver la force de l'AP-HP, la force du travail en équipe car cette force du collectif s'effrite. L'épuisement concerne de plus en plus de personnes, ce qui risque de les rendre moins attentifs aux autres.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** remercie les intervenants pour leur exposé. L'analyse menée au départ aurait pu être produite avant la crise car le malaise hospitalier était déjà présent. L'ensemble des services de psychiatrie de l'AP-HP est à l'écoute des personnels. Des actions sont proposées dans tous les hôpitaux, pour aider les personnels en difficulté. À Cochin, le dispositif AVEC (aller vers les équipes COVID) a été mis en place, avec des maraudes permettant de repérer les équipes ou les personnes en difficulté. Des numéros d'appel ont été ouverts. De même, le dispositif dit « *la bulle* » a été ouvert comme à l'hôpital Saint-Antoine. Dans le même temps, il faut aussi continuer à s'occuper des patients. Aucun dispositif ultra centralisé n'a été bâti, mais chacun apporte sa contribution dans son hôpital. Enfin, des réunions *Zoom* avec les responsables de psychiatrie de l'AP-HP sont régulièrement organisées, pour partager les bonnes pratiques car le souci du bien-être psychologique des équipes soignantes est constant.

**Le président** confirme que la crise exacerbe le malaise qui existait avant, s'agissant des difficultés de réaliser le soin de la façon imaginée en intégrant la structure. Le degré d'épuisement ou de *burn out* est élevé et certains pourraient être tentés d'abandonner. Après la première vague, un mouvement inverse s'était observé, avec un recrutement en sortie d'Ifsi meilleur qu'au cours des années précédentes, même si tous les postes vacants n'avaient pas été comblés mais cela ne se reproduira sans doute pas en 2021. Il faudra aussi veiller aux conséquences à long terme et revenir à des conditions d'attractivité satisfaisantes pour l'AP-HP. Ce ne sont pas les 180 euros supplémentaires apportés par le « Ségur » qui dissuaderont ceux qui auraient l'intention de quitter l'hôpital. Il faut que les dirigeants entendent ce cri d'alarme. Il faut faire face collectivement, en se montrant aussi positif que possible, en sachant que des initiatives très positives existent pour soutenir le moral des troupes. Il faut se concentrer sur ce point, sans négliger les alertes ensuite.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** remercie les intervenants pour leur exposé. C'est une façon concrète de soutenir le personnel. Il regrette parfois l'absence, en haut lieu, de messages générateurs d'espoir. Ainsi, le dernier discours du chef de l'État demandait aux soignants de faire des efforts, alors qu'ils sont à bout et qu'ils pourraient ne pas s'en remettre. L'hôpital public en souffrira gravement. Il demande si le D<sup>r</sup> Philippe Nuss a surtout rencontré des personnels atones, fonctionnant en pilote automatique et qui continueront ainsi après la crise ou s'ils quitteront l'hôpital. Il souhaite également connaître sa position sur l'absence de noyau dur, qui permet de rester résilient.

Concernant l'analyse qui peut être faite des propos des personnels qui indiquent vouloir quitter l'hôpital une fois la crise dépassée, le **D<sup>r</sup> Philippe Nuss** se sert de l'analogie avec les propos des personnes, encore bien-portantes, qui anticipent leur état d'esprit lorsqu'elles se rapprocheront de leur mort. Les propos énoncés par ces encore bien-portants diffèrent très souvent de ce qui a lieu lorsque la situation réelle se présente. Affirmer qu'on va quitter l'AP-HP ou qu'on n'est plus fait pour ce travail est souvent une manière de souhaiter être entendu concernant un inconfort persistant qui semble passer inaperçu. Psychiatres et psychologues sont habitués à décoder ce type de propos catégoriques. Il est néanmoins important de prendre ces propos très au sérieux, pas nécessairement pour se dire qu'ils se concrétiseront, mais pour apprécier l'intensité de la détresse qu'ils témoignent, apporter des réponses et manifester un intérêt, de la sollicitude. Indubitablement, des personnels quitteront le service public et partiront, notamment en province. Des jeunes qui croyaient en la carrière hospitalière font parfois l'amer constat qu'ils travaillent en



mode dégradé. Certains cadres, qui avaient trouvé un compromis entre leur rôle de soignant et celui d'organisateur du fonctionnement institutionnel, se trouvent parfois en difficulté par l'amplitude du grand écart qu'impose la situation. Chacun à son niveau a besoin d'être entendu. Il faut prendre très au sérieux ce qui est dit, pas nécessairement parce que ces propos sont prémonitoires, mais parce que la décision pourrait être précipitée si la personne n'était pas entendue. Sans doute, la surdité aux difficultés vécues fait écho à l'impression d'indifférence relative à la modestie des contreparties du « Ségur de la santé ». En tout cas, une réflexion profonde doit être menée et s'engager sur le long terme.

**Le président** a constaté des situations de *bore out* chez des cliniciens face à des problématiques et des profils de patients répétitifs. Le choix des internes l'a confirmé, car ils se sont largement détournés des unités comptant des patients COVID. Il est en effet exceptionnel de faire face à une pathologie présente en aussi grand nombre dans les services, même s'il y a aussi beaucoup de sujets intéressants autour de cette maladie mystérieuse, avec des centaines de publications passionnantes. Or certains sont perdus au fond du tunnel sans voir la dimension la plus instructive du métier.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** constate une acutisation d'un phénomène chronique. C'est même le fondement du système de santé français. Face à une obligation de soigner les Français, l'enveloppe allouée reste fermée. De nouveaux efforts sont toujours demandés, mais il ne faut pas oublier que le confinement a été reporté, pour ne pas heurter la société dans son confort. La situation ne peut pas s'améliorer. Paradoxalement, les français veulent une excellente santé, sans en payer le coût. C'est le système public qui en paiera le coût.

**Le président** indique que ses interlocuteurs de l'Administration donnent le maximum de ce qu'ils peuvent, avec énergie, depuis un an. Il ne saurait laisser dire que l'Administration est défailante. Pour autant, il peut y avoir une différence entre ce qu'il observe au Siège et ce qui existe dans certains services. Dans les services, après des années d'injonction à faire des économies, la vision est devenue essentiellement comptable. Les cadres des services se retrouvent nécessairement pris entre le marteau et l'enclume. Le président a pu constater que l'écoute, notamment paramédicale, n'est pas toujours présente dans les services. Il est nécessaire de porter une grande attention aux cadres, qui sont l'une des populations les plus importantes de l'AP-HP, tant les cadres médicaux que paramédicaux, qui doivent être entendus et à qui les moyens nécessaires doivent être fournis.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** souligne que le P<sup>r</sup> Michel LEJOYEUX et le D<sup>r</sup> Gaëlle ABGRALL coordonnent plus de 25 initiatives sur tous les sites de l'AP-HP. Il est important de diffuser à la CME le document qui les liste, pour en assurer une diffusion la plus large possible, en effet, les membres de la CME ont une responsabilité majeure à ce niveau. La situation est certes compliquée, mais les membres de la CME doivent pouvoir apporter également un accompagnement serré. Ce n'est pas quand les équipes tanguent qu'il faut desserrer les rangs.

**Le président** convient qu'il faut resserrer les rangs et confirme que le document évoqué sera diffusé aux membres de la CME.

**M<sup>me</sup> Bérénice SCHELL** s'interroge quant au report d'un mois du semestre d'internat d'été.

**M. Julien FLOURIOT** indique que le ministère ne s'est toujours pas positionné mais la conférence des doyens l'exclut.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** indique que la position actuelle est largement portée par les syndicats d'internes. Des réaffectations d'internes pourront toutefois être effectuées entre sites. De plus, les services qui ont pâti du choix des internes, notamment à l'hôpital Bichat, pourraient voir les internes actuels maintenus au-delà du 1<sup>er</sup> mai. Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU va rapidement préciser ces éléments aux directeurs médicaux de crise. Une certaine marge de manœuvre existe donc.

#### **d. Éthique**

##### Grands principes de la procédure collégiale (D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN)

**Le D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN** part du constat posé la semaine précédente dans les medias au sujet d'un possible tri des patients : cela a suscité une certaine panique chez les soignants. L'éventualité d'une nécessité de recourir à une priorisation des hospitalisations des patients en soins critiques pose la question des bénéfices individuels et collectifs à attendre de nos décisions dans une situation de saturation pandémiques du système de soin.

Au niveau individuel, nous parlons d'un patient singulier présentant une ou plusieurs défaillances vitales. Il s'agit de proposer un traitement adapté et d'éviter toute obstination déraisonnable. Il convient donc de rechercher pour le patient un traitement utile et proportionné, en définissant le rapport bénéfices-risques u projet thérapeutique. On pourra rappeler que prolonger une survie sans bénéfices peut constituer un véritable risque pour le patient, quand cette survie n'est pas associée à une qualité de vie. L'obstination déraisonnable consiste au fait de mettre en place ou de prolonger des de traitements inutiles, disproportionnés ou n'ayant pas comme effet que de prolonger la vie. Il faut aussi éviter une forme d'abdication thérapeutique déraisonnable, qui consisterait à s'arrêter trop précocement. Cela renvoie à la vigilance forte à avoir pour ne pas faire de prophéties auto-réalisatrices («je pense qu'il va mourir, donc je ne fais rien. Il meurt : j'avais raison »).

Lorsqu'il y a un contexte de certitude (médicale et/ou scientifique) sur une indication ou contre-indication à un traitement, la discussion collégiale n'est pas nécessaire : nous sommes devant des faits avérés. Conformément à la « loi Kouchner » de 2002, le patient doit être informé et son consentement, ou son refus doivent être recherchés. La question qui se posera ensuite portera sur l'information des proches dans le respect du secret médical et de ses éventuelles exceptions.

Dans une situation d'incertitude, il faut rassembler le plus d'éléments possibles permettant d'arriver à prendre la bonne décision. Il convient pour cela de disposer de la meilleure connaissance globale possible du patient. Cela nécessite de rechercher l'avis des personnels paramédicaux qui connaissent souvent très bien le patient. Les volontés du patient doivent avant tout être recherchées. Dans une situation d'incertitude, la place de la collégialité est très importante. La procédure collégiale est même, souvent, une obligation légale :

- Si le patient ne peut pas s'exprimer ou formuler une décision, il faut mettre en place une démarche réflexive collective regroupant le médecin référent du patient, l'équipe paramédicale et un médecin tiers extérieur. La discussion qui sera menée débouchera ensuite sur une éventuelle décision de limitation, d'arrêt ou d'intensification des traitements ;
- Si le patient est en mesure de s'exprimer mais qu'il y a trop de doutes sur l'intensité traitements à lui proposer, une réflexion collégiale est opportune. Même si elle n'est pas un impératif légal, elle permet d'aider à la décision : réfléchir à plusieurs va certainement dans le sens de la bonne médecine.

Il est important de rappeler que la procédure collégiale n'engage que la responsabilité du médecin référent du patient, celui qui prend la décision. Il n'y a pas de responsabilité partagée en cas de discussion collégiale. Là aussi, il faut informer le patient, chercher à obtenir son consentement ou son refus, et éventuellement informer les proches, ce qui devient impératif quand le patient n'est pas en mesure de s'exprimer. Il faudra être vigilant lors de l'information du patient et/ou de ses proches. Trop souvent cette information consiste en un listing de tout ce qui ne sera pas entrepris comme traitement. Il est sûrement plus important de commencer par rappeler que le patient bénéficie des traitements maximum adaptés à son état. Cela évite que les proches se braquent d'emblée.

S'agissant de la crise actuelle, la question est de savoir s'il faut se lancer, pour un patient donné, dans une réanimation sans limites ou si une réanimation avec des restrictions doit être envisagée. C'est une question qui peut être anticipée avant que le patient n'ait besoin de soins critiques pour éviter que la décision ne soit prise trop à chaud, dans l'urgence, sans avoir le temps nécessaire à la réflexion, et que les réanimateurs ne soient sur-sollicités. Les alternatives à une admission en réanimation peuvent être une décision de soins maximaux en salle ou une prise en charge palliative exclusive. Sur ce point, il est important de rappeler qu'entre admission en réanimation et prise en charge palliative, il existe tout un panel de traitements médicaux envisageables. Un projet médical individualisé doit donc être défini, sans lien avec l'état sanitaire.

Quelques risques et biais sont à noter :

- La validité de l'information qui va servir à la prise de décision : elle est transmise et reçue par des personnes par définitions partiales. Parler d'un patient sans l'avoir vu, sans « l'incarner », pose question. Il faut distinguer ce qui est dit du patient, et comment (la présentation peut être fortement orientée), de ce qu'en comprend le médecin : cela renvoie au débat qui s'est ouvert pendant la première vague sur l'organisation de discussions 24 heures sur 24, c'est à dire en partie en distanciel ;
- La pérennité de la décision : La décision prise à un moment donné peu devenir caduque dans le temps, en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Cela nécessite d'envisager une planification des réévaluations ;
- La variabilité des décisions suivant l'équipe, dans un moment de tension sanitaire et de stress intense ;
- la question de l'entraînement à la démarche réflexive des procédures collégiales de limitation et d'arrêt de traitement se pose aussi : réfléchir ensemble ne s'improvise pas et passe par un apprentissage. Il faut de surcroît oser prendre la parole, ce qui n'est pas toujours facile pour les paramédicaux. Ils doivent pouvoir être entendus, puisqu'ils apportent des éléments de décision cruciaux : leurs interventions font régulièrement changer la décision médicale ;
- l'illusion de la responsabilité partagée : pour mémoire, présenter un dossier devant un groupe ou une commission ne dilue pas la responsabilité. La responsabilité incombera toujours au médecin, seul ;
- le risque de saturation peut également être problématique, dès lors que les discussions s'enchaînent et qu'il devient difficile de distinguer les malades ;
- le risque de situations de compéage vis-à-vis des décisions du fait de liens importants se créant entre les praticiens, habitués à ce travail ensemble, ou de la redondance de ces temps réflexifs ;

- le risque d'une dérive vers une forme de tyrannie procédurale lorsque les enjeux de pouvoir sont trop grands au sein d'une équipe ;
- le risque du hors sol : il est sûrement plus facile, mais moins précis, de prendre part à une discussion si les protagonistes ne connaissent pas le malade et n'engagent pas leur responsabilité morale en accompagnant sa mise en application de la décision.

Au niveau collectif, le Président de la République a annoncé qu'il y aurait de la place pour tout le monde dans notre système de santé et qu'il n'y aurait pas de priorisation. Si malgré tout, cela devait être le cas, cela reviendrait à hiérarchiser la valeur de la vie d'êtres humains ou à mettre en place une justice distributive négative (puisqu'à l'aune de la COVID, on ne donnerait pas à celui qui serait « taré »). Militons pour que si une priorisation devait être décidée, elle ne soit pas portée uniquement par le médecin et par l'équipe de soins. (Il faudrait réfléchir à des temps différents, en impliquant des personnes différentes, en tenant compte d'une forme d'équité sur le territoire.) Pour mémoire, le comité consultatif national d'éthique (CCNE) a produit des éléments de réflexion : l'âge n'y est évidemment pas un critère de priorisation.

**Le président** confirme que ces éléments de réflexion sont essentiels. Même si le Président de la République a annoncé le contraire, il faut se préparer à une saturation complète de toutes les unités d'hospitalisation en régions, ainsi qu'à une difficulté ou une impossibilité de réaliser des évacuations sanitaires. Il propose que M. Nicolas CASTOLDI, directeur délégué auprès du directeur général, intervienne, car il mène une réflexion de groupe sur l'aide à la décision médicale.

**Le D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN** précise que la procédure collégiale a été pensée par les réanimateurs, pour les réanimateurs. Pourtant elle est inscrite dans la loi et n'est pas circonscrite à la réanimation, son utilisation s'étend à l'ensemble du champ de la médecine (y compris en ambulatoire).

**Le président** confirme qu'une ou deux fois par an, des discussions de ce type se posent dans son service de pédiatrie, vis-à-vis d'un traitement qui prolongerait la vie dans des conditions difficiles. Dans la plupart des hôpitaux, les équipes sont formées à l'éthique et aux soins palliatifs, pour aider ceux qui y sont moins habitués. Ces décisions ne sauraient en effet être prises sans l'aide d'équipes spécialisées.

### **Cellules d'appui à la décision : présentation du modèle proposé (M. Nicolas CASTOLDI)**

**M. Nicolas CASTOLDI** indique que le travail qui a été engagé consiste à garantir l'existence de temps de discussions collégiales, si possible tous les jours sur chaque site, sans être obligatoire, et en tenant compte des avantages et des limites de ces discussions. Il souligne que la collégialité n'exonère pas le médecin référent de sa responsabilité propre, mais elle présente l'avantage de pouvoir être opposé à un juge le cas échéant. Il s'agit donc de réfléchir collectivement pour que le temps de discussion collégial existe, dans l'idée non pas de proposer un modèle uniforme qui ne fonctionnerait pas à l'échelle de l'AP-HP, mais des solutions qui puissent être adaptées à la réalité des dispositifs médicaux ou paramédicaux.

**Le Dr Jean-François ALEXANDRA** précise qu'il partage les attendus éthiques sous-jacents présentés par le D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN. Au titre de président du comité d'éthique, il coordonne la cellule d'appui à la décision présentée infra. Il précise que certains membres du comité d'éthique participent à l'enseignement des sciences humaines et sociales à l'Université de Paris. Les échanges sont réguliers avec le P<sup>r</sup> Marie-France MAMZER et le M<sup>me</sup> Céline LEFEVRE (spécialiste entre

autre du tri en médecine), dont l'éclairage a contribué à la mise en route de la cellule d'appui à la décision.

L'application pratique de ces principes se concrétise depuis environ un an, au gré du ressac de la COVID... En réponse à une demande initiale des urgentistes face à l'arrivée massive de patients COVID, une cellule d'aide à la décision s'est mise en place. Le but premier était de ne pas faire reposer des décisions de limitation de soins sur les médecins de garde la nuit. Initialement limitées à des décisions binaires de réanimation ou non, les avis se sont affinés graduellement avec le recours grandissant à l'oxygénothérapie. En parallèle, la structuration est passée par deux grands axes: la collégialité élargie et la rédaction des référentiels impliquant les représentants des usagers, afin que les décisions soient anticipables, homogènes, consensuelles et leurs motivations claires et communes.

Depuis un an, une quinzaine de personnes se réunit à Bichat tous les jours pour passer en revue tous les patients justifiant d'une discussion, c'est-à-dire la plupart des patients COVID hospitalisés. À date, environ 120 patients COVID sont hospitalisés à Bichat. Ce système est vécu avec satisfaction. Tous les services ayant des patients COVID sont agrégés, avec un médecin de la réanimation, un membre des soins palliatifs, des infirmières des équipes de soins palliatifs. Les représentants des usagers n'ont toutefois pas pu être intégrés aux réunions quotidiennes et ne participent qu'à l'établissement des référentiels.

La cellule d'appui donne un avis collégial portant sur la gradation thérapeutique maximale licite pour un patient en regard de ses comorbidités et de son autonomie. Elle se limite à la situation de dégradation respiratoire liée à la COVID. La cellule se positionne sur une échelle comportant : l'intubation, l'utilisation d'*Optiflow* en soins intensifs, *Optiflow* en salle, soins maximums en salle et soins palliatifs

Les patients ne sont pas toujours vus, ce qui constitue une faiblesse... Il est ainsi exigé que le médecin responsable présente son patient, sur un format de type réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Les avis peuvent être ajournés en attendant l'avis complémentaire d'une équipe mobile pour les éléments les plus compliqués de la discussion.

Les réunions se tiennent tous les jours à 16 heures, aux urgences, avant le démarrage de la garde, avec un ordinateur sur lequel le logiciel ORBIS est installé permettant d'accéder à l'ensemble du dossier médical.

En matière d'exemple pratique : l'*Optiflow* en dehors de la réanimation concentre l'essentiel des discussions les plus compliquées. Le document du P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD et des collégiales a été adapté en un document local validé avec les usagers. Son bénéfice repose non pas sur l'âge, mais sur une échelle de fragilité (pour la résumer, les scores 1 à 2 relèvent de la réanimation, les scores 3 et 4 de soins intensifs sans être intubé et au-delà de soins maximums en salle). Cette approche est très précise mais reste artificielle à l'échelle individuelle, notamment pour le passage du score 4 au score 5. Il a ainsi été proposé que tout patient atteignant un score proche de 5 soit réévalué cliniquement avec l'équipe mobile de gériatrie, pour évaluer les potentialités de récupération, avant de rendre un avis.

**Le président** précise que M. Nicolas CASTOLDI a envoyé un message aux directeurs médicaux de crise (DMC) pour qu'un référent éthique soit nommé sur chaque site. Comme l'a indiqué le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER, il faut que les expériences soient partagées et qu'un temps de réflexion partagée s'ouvre, ne serait-ce que pour des raisons d'équité et de respect des grands principes.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** demande comment est intégrée la dimension biographique du patient. En outre, il demande si les paramédicaux sont présents dans l'interdisciplinarité.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François ALEXANDRA** indique que les patients de Bichat ont tendance à être assez fidèles. Les informations sont donc nombreuses dans ORBIS. En outre, le médecin référent est automatiquement invité à la cellule éthique. De même, le médecin généraliste est souvent contacté, mais les prises directes avec les familles du patient restent rares. Cela arrive toutefois, pour connaître le niveau d'autonomie du patient. En outre, les paramédicaux, sont interrogés pour évaluer l'autonomie du patient. En revanche, ils sont peu présents à la cellule éthique et essentiellement représentés par l'équipe mobile de soins palliatifs. Il est difficile de les faire sortir du soin pendant une heure en cette période. Le président estime que leur participation serait néanmoins bénéfique.

**Le D<sup>r</sup> Vianney MOURMAN** tient à intervenir sur la question de la légitimité et de la compétence des représentants des usagers quant à la prise d'une décision médicale. La réponse apportée dans le cadre de la révision de la loi, en 2016, a été que les proches des patients et les représentant des usagers n'y avaient pas leur place, pour des questions de compétence, de responsabilité, d'éventuelle culpabilité et de choix d'hétéronomie. Il semble donc compliqué que des représentants des usagers soient impliqués. Il pourrait néanmoins être pertinent qu'ils s'assurent que les éléments nécessaires à la procédure décisionnelle entrent dans un certain cadre. Il précise qu'aujourd'hui deux modèles décisionnels ont été présentés. Celui du D<sup>r</sup> Jean-François ALEXANDRA s'appuie sur un modèle régulier de rencontres entre praticiens prenant des décisions sur la prise en charge de patients qui leurs ont été présentés par leur médecin référent. Le sien s'appuie plutôt sur le fait pour les tiers extérieurs à se déplacer auprès des patients et des équipes pour prendre la décision de l'engagement thérapeutique. Ces modèles présentent tous deux des qualités et des défauts. L'important est que le modèle que chaque structure mettra en place corresponde à ce qui y est réalisable.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** note qu'un modèle est plutôt dans la proximité, type « librairie de quartier » alors que l'autre est plus industrialisé et procédural, type « Amazon ». Tout en comprenant l'urgence et le besoin, il est plus favorable à la première approche.

#### ***e. Ressources humaines : plan « sur-crise » (M. Pierre-Emmanuel LECERF)***

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** indique que la mobilisation des ressources humaines n'a jamais cessé. La cellule de renforts en ressources humaines existe depuis la première vague. Elle a même contribué aux recrutements. Elle a envoyé près de 530 candidatures d'infirmiers, 200 candidatures par le biais de l'intérim et 500 candidatures d'aides-soignants. Dans un marché du travail qui peut être tendu, ces candidatures trouvent très vite preneurs ; parfois elles sont pour des disponibilités trop courtes. En tout cas, le nombre de candidatures envoyées aux GH a été important, ce qui a permis de limiter la déprogrammation ou de pallier les absences qui augmentaient. Hors congés longue maladie et congés maternité, le taux d'absence est passé de 5,6 % à 7,7 %. Pour autant, le nombre de personnels soignants présents au lit du patient, chaque semaine, n'a pas baissé, un indice que les renforts ont permis de combler les absences.

La préparation à la sur-crise et aux paliers 4, 5 et 6 nécessite aussi d'étudier d'autres viviers. Le premier est le vivier interne. Il a été demandé aux directions des soins des sites de recenser les personnels ayant des compétences en réanimation mais non encore mobilisés au niveau du palier 3 et qui pouvaient l'être dans les soins critiques. 414 personnes concernées ont été

recensées. De même, 333 personnels volontaires se sont déclarés pour renforcer les réanimations dont un tiers est déjà formé.

En se projetant dans un scénario de montée des lits du palier 4 et du palier 5, il faut poursuivre cet effort de recherche de volontaires, pour atteindre non pas 333 mais 600 personnes. Ces volontaires en réanimation ne seront pas des infirmiers pleinement autonomes, aussi, il faut réussir à leur libérer du temps en amont pour se former, notamment via le dispositif central proposé à Picpus, en deux jours, avec un atelier et un dispositif d'immersion mais il en existe d'autres. Il remercie les GH pour ce travail important de mobilisation.

Par ailleurs, le vivier des étudiants a été réactivé. Il a déjà été mobilisé massivement lors de la première vague, toutes filières de santé confondues (médicale, odontologique, maïeutique, pharmaceutique ou paramédical). L'enseignement était alors 100 % distanciel voire suspendu. Ils avaient donc été mis en stage pour renforcer les équipes. Cette fois-ci, leur mobilisation sera séquentielle. Pour pouvoir les absorber et les intégrer dans les équipes, ces étudiants sont placés en stage par paliers. Ainsi, 400 élèves des IFSI de dernier semestre étaient en stage la semaine dernière. Ils passeront à 800 puis à 1 000 et resteront à ce niveau par relais. Ils peuvent pratiquer des gestes infirmiers et sont très appréciés. La montée en charge de ce vivier est importante et très visible dans les services.

De plus, les professionnels déjà diplômés de toute la région Île-de-France qui sont actuellement en formation spécialisée sont sollicités : de niveau master 1 ou 2, issus des écoles de formation des IADE ou des IBODE et des masseurs kinésithérapeutes. Enfin, les étudiants des centres de formation des assistants de régulation médicale (ARM) font actuellement des stages dans les SAMU et sont donc en renfort pour la régulation. Des points hebdomadaires se tiennent aussi avec les délégués des IADE, des IBODE et des IFSI.

La mobilisation des internes et des externes est également en cours. Les étudiants en médecine avaient été sollicités en appui dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD), les cellules d'appui à la recherche, le SAMU, les plates-formes et les *hotlines*, voire en tant que renforts paramédicaux. Une fiche recensant leurs missions d'appui a été rédigée, depuis des missions d'appui aux équipes soignantes, aides-soignantes et infirmières (mise en œuvre des thérapeutiques, etc.), jusqu'à des appuis plus nouveaux. Ainsi, les médecins ont eu l'idée de réorganiser les soins, pour que les externes en médecine puissent assurer du *monitoring* ou de la surveillance à distance de paramètres physiologiques, par exemple en unité COVID pour l'oxygénothérapie à haut débit, ce qui allège la charge des équipes soignantes. Cette fiche est en cours de relecture par les doyens.

Un point régional se tient également avec l'ARS et les fédérations en Île-de-France, pour l'ensemble des élèves. Certaines actions de l'AP-HP ont été étendues, notamment la formation courte en réanimation proposée aux IFSI de troisième année. Huit centres de formation (généralement des IFSI) proposent ces séances de formation. Il a été annoncé aux professionnels de l'AP-HP financés pour leur formation IADE et IBODE qu'à leur retour des formations d'adaptation à l'emploi plus longues leur seront proposées, au-delà de leur formation initiale dans ces formations spécialisées.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande si les formations IFSI en troisième année ne sont mises en place que maintenant. Il imagine que les 1 000 soignants évoqués et basculés en unités COVID, ce qui entraîne des fermetures de services, il souhaite savoir lesquels ou comment sont remplacés ces professionnels.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** répond que cela dépend des déprogrammations. Ce sont surtout les services de chirurgie qui fournissent des volontaires. Certains sont issus des services d'urgence. C'est là tout l'enjeu du renfort des intérimaires pour remplacer les volontaires, pendant qu'ils se forment. Pour les IFSI de l'AP-HP, l'initiative consiste à proposer aux élèves de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> semestre une formation à la réanimation. C'est une idée qui a germé avant la crise, du fait de leur appétence pour les soins critiques adultes ou la réanimation pédiatrique. Cette démarche a été systématisée pour préparer la troisième vague. Cela est apparu suffisamment intéressant pour être généralisé aux autres IFSI.

**Le président** précise que les doyens préparent un message aux étudiants en médecine, pour appeler à la mobilisation sur différentes missions. Par ailleurs, il enverra un message à la communauté médicale pour appeler des renforts. La mobilisation est déjà importante, en réanimation mais aussi dans les services de soins. Pour autant, un certain nombre de médecins n'a pas encore pris conscience des enjeux de ressources humaines actuels. Malgré les mobilisations mises en route, les limites risquent d'être atteintes plus tôt qu'en 2020, même s'il espère que le personnel des cliniques privées pourra être mobilisé. Dans la communauté médicale, un certain nombre de collègues pourraient sans doute libérer du temps, ce qui doit être débattu en équipe, en fonction des déprogrammations et de la baisse probable de l'activité durant le confinement. La mobilisation doit être totale. Les médecins dans ce cas sont invités à rejoindre les unités de soins ou à exercer d'autres missions, par exemple sur la plate-forme COVIDOM. Il propose d'envoyer un message d'appel à la mobilisation de la communauté médicale co-signé avec le P<sup>r</sup> Bruno Riou, en passant par les directeurs médicaux de crise, après identification des missions proposées aux volontaires, au niveau local ou dans un autre centre hospitalier ayant un besoin particulier. M. Pierre-Emmanuel LECERF a demandé à ce que les étudiants soient mobilisés, ce qui nécessite que les services s'organisent pour libérer du temps médical et paramédical en lien avec les directions de soins et les cadres, qui sont déjà beaucoup sollicités.

**Le Dr François SALACHAS** demande que, en synthèse des différentes actions menées au niveau des ressources humaines, le solde de personnel paramédical soit clairement signifié.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** répond que, hors renforts COVID et avant les recrutements de mars, l'AP-HP comptait 180 infirmiers diplômés d'État supplémentaires. L'écart est positif pour les IADE, masseurs-kinésithérapeutes et manipulateurs radio, ce qui est moins le cas pour les IBODE. Les promotions professionnelles de 2020 ne permettront pas de combler l'écart. C'est le corps qui suscite le plus de difficultés dans l'après-crise. Des anesthésistes, chirurgiens et IADE sont recrutés, avec une hausse de 63 % des élèves IDE sortis d'école, mais l'évolution positive reste trop faible pour les IBODE. C'est plus satisfaisant pour les manipulateurs radio, avec une hausse de 40 postes, mais le total des 120 postes vacants ne sera pas comblé.

**M. Sylvain DUCROZ** annonce 300 infirmiers et 23 IADE supplémentaires en février 2021 par rapport à 2020.

**Le directeur général** précise que les données sont inégales d'un site à l'autre pour les manipulateurs radio.

### **3. Point sur la situation budgétaire de l'AP-HP (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Didier FRANDJI)**

**M. Didier FRANDJI** indique que cet exposé aurait dû être effectué en conseil de surveillance, mais il a été proposé en sous-commission *Activités et ressources* (CAR).



En hospitalisation complète, l'activité 2020 a décliné de 13,4 % et de 12,4 % en hospitalisation partielle, avec 161 000 séjours de moins, soit 46 jours d'activité en moins. S'agissant de l'exécution 2020, la masse salariale a crû de 8,71 % entre 2019 et 2020, en grande partie du fait des effets de la crise sanitaire qui ont fait croître l'intérim (pour 40 M€), les heures supplémentaires liées au COVID (pour 56,2 M€) et le temps de travail additionnel lié au COVID (pour 5 M€). Pour rappel, les efforts des personnels n'ont pas tous eu de traduction monétaire, du fait de la participation d'un certain nombre de volontaires non rémunérés, qui ont contribué à faire face à la première vague.

Le « Ségur », quant à lui, présente un impact relativement limité sur l'exercice 2020 (18 % de l'évolution de la masse salariale). Le premier versement de 93 € ne concerne en effet que quatre mois et le second versement de 93 € seulement un mois. La prime d'engagement exclusif de service public entre aussi en ligne de compte. L'impact du « Ségur » concerne surtout l'exercice 2021.

La projection de fin d'année sera connue dans les jours qui viennent. L'année 2020 inclut une garantie de financement de l'assurance maladie depuis mars, qui a sécurisé une grande partie des recettes, indépendamment de l'activité. Cette garantie de financement est égale aux recettes de séjours de 2019, majorées d'une augmentation prévue de 0,2 %. Cette dotation s'est aussi accompagnée d'une partie de l'effet volume 2020 de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), pour 21,3 M€, qui ont été restitués aux établissements. Des recettes spéciales ont également été comptabilisées, pour financer les surcoûts COVID, notamment en personnel médical et non médical. La prime exceptionnelle COVID de 1 500 € a été intégralement remboursée en missions d'intérêt général (MIG) (120,3 M€). En outre, l'AP-HP a perçu 130 M€ de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), pour faire face aux charges de la première vague, pour couvrir de l'investissement et de l'exploitation courante en personnel, en heures supplémentaires et en dépenses. Les tests PCR sont aussi à mettre au crédit des recettes, pour 53 M€. Au-delà des dépenses d'assurance maladie, 133 M€ d'avance ont été perçus concernant la part dite ticket modérateur/forfait journalier. Cette recette doit être reversée. Dans l'attente, plus de 27 M€ ont été perçus pour compenser les recettes de titre 2 moins perçues en 2020 du fait de la baisse d'activité.

Pour faire de 2020 une année blanche en termes budgétaires, une inspection de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) doit être menée. La méthode ne sera pas celle de déclaration et compensation des surcoûts, mais une méthode de dernière ligne, dans laquelle la capacité d'autofinancement sera égale en 2020 à celle de 2019, c'est-à-dire sans impact de l'année COVID sur le long terme. Ainsi, 100 M€ viendraient neutraliser les effets COVID. Même si la marge brute et la capacité d'autofinancement (CAF) seront stables, il faudra inscrire la forte hausse des provisions, notamment celles des comptes épargne-temps (CET), ce qui impactera le déficit.

À fin février 2021, l'hospitalisation complète a baissé de 10,8 %, pour une baisse de 1,3 % de l'hospitalisation partielle. Le mois de mars devrait être défavorable, mais peut-être pas autant que mars 2020, quand l'activité hors COVID avait chuté. La masse salariale a toutefois crû de 12,8 %, mais au lieu d'être tirée par les surcoûts COVID, elle est tirée par les effets du « Ségur » en année pleine, notamment les 183 € nets par agent, qui interviennent chaque mois. En ce début d'année, les surcoûts du COVID ont en revanche été sous-estimés, d'où un travail de recensement des moyens de personnels médicaux et paramédicaux faisant face à la troisième vague.

La construction budgétaire 2021 est pour l'instant réduite à sa portion congrue. L'ordonnance du 9 décembre a bien prévu le décalage au 31 mars, mais les tarifs n'ont été publiés qu'au 31 mars. Comme la plupart des établissements, un délai supplémentaire a été demandé pour rendre l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) et débattre du budget 2021 avec les autorités de tutelle. Il est certain que la garantie de financement subsistera, au moins pendant six mois, sur les recettes de séjour de 2020, sur les recettes de séjours, dotations et forfaits. Cet ÉPRD s'entend hors surcoût COVID, comme si l'année se déroulait normalement. Toute baisse d'activité liée au COVID sera donc compensée par la garantie de financement ou par une mesure équivalente à celle de 2020. Enfin, l'ÉPRD 2021 sera le premier budget à intégrer le projet social qui a été présenté, avec ses mesures de créations d'emplois, majoration des mesures d'heures supplémentaires, déprécarisation et expérimentations de nouveaux schémas horaires. Enfin, le plan global de financement pluriannuel (PGFP), sera soumis à la CME et aux autres instances, au plus tôt le 30 juin 2021.

S'agissant des investissements pour la santé, 13 des 19 Md€ annoncés par le « Ségur de la santé » portaient sur la reprise de la dette. En réalité, 6,5 Md€ seront consacrés à la reprise de la dette, pour restaurer les capacités de financement des établissements, par souci d'assainissement de leur situation financière. Les autres 6,5 milliards d'euros sont donc réintégrés au profit de l'investissement concret, dont 1,5 milliard d'euros dédiés à l'investissement courant, ainsi que 6,5 milliards d'euros dédiés aux nouveaux projets d'investissement (projets restructurants du conseil national de l'investissement en santé [CNIS], ex-comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers [COPERMO]), pour transformer l'offre de soins, en fonction de certaines priorités. Un montant de réserve de 1 Md€ est également prévu.

Dans les autres enveloppes, 2 des 3 Md€ iront au numérique (dont 600 M€ réservés aux ÉHPAD et le reste à l'informatisation du territoire) et 1,5 Md€ aux ÉHPAD et à leur modernisation. On ignore encore quel montant sera dirigé vers l'AP-HP, les règles ayant changé. L'investissement courant est abondé par deux fonds d'investissement : celui porté par M<sup>me</sup> Agnès BUZYN et celui porté par M. Olivier VÉLAN : respectivement pour 150 M€ et 500 M€. L'Île-de-France a touché environ 27 des 150 M€ en 2020 (dont 12 à l'AP-HP). En 2021, 9 M€ sont prévus pour toute la région. Seuls les sites des départements du Val-d'Oise et de la Seine-Saint-Denis pourront bénéficier d'une quote-part de ce montant. Pour ce qui est des 500 M€ nationaux du fond « VÉLAN », 92 millions d'euros sont prévus pour l'Île-de-France. Le montant qui sera versé à l'AP-HP n'est pas encore connu. L'ARS a lancé des consultations avec les fédérations privées car la France est dans le viseur de l'Europe, puisque les montants ne doivent pas être limités au public mais versés à tous les acteurs en santé.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** tient à apporter un témoignage. Trois infirmières, originaires de Bordeaux et de Lyon, intervenant à la réanimation de Saint-Antoine, lui ont expliqué être hébergées à la cité universitaire, sans literie. Les sanitaires sont en outre dans un état effroyable. Il a fallu recourir au système D pour les héberger. Leurs vélos ont par ailleurs été volés le soir même de leur arrivée, dans le local à vélos. Il faudrait trouver une solution pour que ces personnels, qui viennent de la France entière, soient accueillis de façon décente. En mars 2020, le groupe Accor avait proposé d'accueillir des malades dans ses hôtels. Les soignants vaillants et citoyens, qui ont envie d'aider, pourraient en bénéficier. Par ailleurs, ces infirmières sont logées très loin des hôpitaux où elles travaillent. Pour ce qui est de la reprise de la dette, il estime que ce n'est qu'un jeu d'argent, pas un investissement pour l'avenir. Par ailleurs, le COPERMO a changé de nom, mais les fermetures de lits vont continuer. De surcroît, le dossier unique santé constitue une gabegie financière délirante. Enfin, les financements et les investissements de l'AP-HP sont inconnus, car l'Europe a souligné

que le privé devait être servi de la même façon. Les acteurs privés ne manqueront pas d'en profiter.

**Le directeur général** vérifiera les conditions d'accueil des professionnels de santé venus prêter main-forte, notamment à la cité universitaire.

**M. François CREMIEUX** confirme avoir été alerté par le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET concernant ces infirmières. Elles devaient être relogées à proximité de Saint-Antoine.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** vérifiera demain si son alerte est toujours d'actualité et remercie pour cette prise en compte.

**Le P<sup>r</sup> Xavier MARIETTE** note que le budget des hôpitaux publics est assuré depuis un an et demi sans que la tarification à l'activité (T2A) n'intervienne. C'est un point intéressant, la T2A n'étant pas adaptée pour affronter une telle crise. Il suggère par ailleurs que l'équipe administrative et financière ne perde pas trop de temps à bâtir un ÉPRD en 2021, car le financement sera de toute façon assuré. Il invite plutôt la direction à se concentrer, comme elle le fait très bien actuellement, sur la prise en charge du COVID.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui Quoc** remercie M. FRANDJI de sa transparence sur ces données étudiées récemment en sous-commission *Activités, ressources* (CAR). Il comprend que les prévisions soient compliquées. Il souligne donc que la capacité d'autofinancement (CAF) serait donc proche en 2021 du montant 2019, mais qu'elle correspond environ aux annuités de la dette, ce qui donne une CAF nette très faible. La question de la reprise de la dette devrait permettre de diminuer ces annuités. Mais le D<sup>r</sup> Bui Quoc souligne que la population d'Île-de-France représente environ 18 % de la population française, or seule une part de 15,8 % du financement est prévue au bénéfice de la région ; quant à la « part » de l'AP-HP elle demeure inconnue. Les négociations à venir sont donc cruciales. Enfin pour la construction du budget de façon pérenne à l'avenir, de nombreux points d'interrogation apparaissent, notamment quant aux tarifs et futures dotations.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOIT** reconnaît que l'exercice est difficile. La marge brute et la CAF sont identiques en 2020 par rapport à 2019, mais se demande ce qu'il en sera de l'en-cours total de la dette ou de la CAF nette. En effet, seul le montant qui reste après avoir remboursé la dette peut être investi. La reprise de la dette atteindra environ 420 M€ sur dix ans pour l'AP-HP, soit 42 M€ par an. Or entre 2015 et 2019, l'endettement a crû de 400 M€. Effectivement le financement sera assuré pour 2021, mais s'il n'est pas revu globalement et de façon drastique, les 3 Md€ d'investissements prévus ne pourront pas être financés. Une CAF nette de 50 millions d'euros ne suffira pas.

**M. Didier FRANDJI** confirme que 150 à 170 M€ d'emprunt sont effectivement remboursés chaque année. Lors du dernier PGFP, 360 M€ de CAF nette étaient prévus par an. Ce montant ne sera pas atteint en 2019 et 2020 et sans doute pas en 2021. Des choix seront donc à faire. La trajectoire d'investissement atteignait 470 M€ par le passé. Elle atteint aujourd'hui 600 M€.

#### **4. Protocoles de coopération professionnelle (D<sup>TS</sup> Sophie de CHAMBINE et Gilles GALULA)**

**Le président** propose de s'en tenir à un très court exposé et de reporter le traitement de ce sujet d'importance lors de la prochaine CME.

**Le D<sup>r</sup> Sophie de CHAMBINE** indique que la réglementation a évolué. Des protocoles AP-HP pourront donc se mettre en place, à l'initiative des équipes de l'AP-HP. Ils bénéficieront d'une analyse et d'un avis de la CME et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-

techniques (CSIRMT), avant une possible autorisation par le directeur général. Cette analyse de la CME est nécessaire pour respecter les enjeux de la qualité et de la sécurité des soins.

## 5. Approbation du compte rendu de la CME du 9 mars 2021

Le compte rendu de la CME du 9 mars 2021 est approuvé à l'unanimité.

## 6. Questions diverses

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** rappelle que le président de CME a annoncé lors du dernier bureau de CME qu'il aurait été décidé qu'au niveau central, les ressources humaines du personnel médical soient rattachées aux ressources humaines des autres catégories de personnel. Les membres du bureau ont demandé la justification de cette mesure, faisant remarquer sa violence symbolique. Les ressources humaines du personnel médical nécessitent des connaissances très pointues, il salue d'ailleurs le travail mené par M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT et son équipe. Une telle initiative a déjà été menée à l'hôpital Bichat mais elle n'a pas été concluante. Tous les collègues de Bichat ont été unanimes à ce sujet. Au nom de l'ensemble du bureau, il souhaite savoir ce qui justifie cette mesure et s'il est possible de faire machine arrière.

**Le directeur général** indique que la décision n'est pas encore arrêtée. Il s'étonne qu'elle soit perçue comme une violence, même si elle reste symbolique et espère que cela sera discuté. De nombreuses transformations ont été menées avec l'objectif de redonner au siège un positionnement stratégique en traitant moins les questions intérieures aux GHU ce qui a un impact sur la gestion des ressources humaines. Par le passé, la gestion des ressources humaines médicales s'apparentait à un jeu de go, uniquement en fonction de l'âge du départ à la retraite des chefs de service et de leurs adjoints. Désormais, il est plutôt prévu de se concentrer sur la carrière, la rémunération et les aspects statutaires, d'équipe ou démographiques, en partant de la notion d'équipe plutôt qu'en scindant les médecins et les paramédicaux. La réflexion consistant à se doter de compétences assez fortes sur le plan juridique avec cette vision d'équipe semble plus justifiée, que de poursuivre dans une logique de concurrence entre les dossiers individuels de chaque catégorie. Il n'est pas envisagé de demander aux GH de fusionner leurs directeurs des ressources humaines médicales et non médicales, mais de considérer que ces fonctions sont différentes au niveau du siège, ce qui peut tout à fait être débattu, et ce sans violence.

**M. François CRÉMIEUX** confirme l'expertise technique présente sur sites et au siège qui sera maintenue. La diversité des expertises techniques dans le champ médical est également vraie dans le champ non médical. Ces compétences doivent aussi être maintenues. En aucun cas la réflexion en cours ne viendra modifier ce fonctionnement. Il souligne que la discussion qui s'est tenue ce jour reflète une symbolique étonnante de l'organisation des ressources humaines. Par ses exposés successifs, la présente CME a illustré tous les enjeux soulevés par la notion d'équipe : souffrance au travail, collégialité. Les sujets pourraient certes être traités de différentes façons administratives, mais il y aurait tout de même un sens à ce que les grands enjeux RH soient traités sur le plan stratégique, en reconnaissant que les équipes sont pluridisciplinaires, sans nécessairement distinguer systématiquement les personnels médicaux des autres, dont les enjeux ne sont pas véritablement éloignés.

**Le directeur général** précise que les protocoles de coopération ou la gestion de la prime d'engagement relèvent des ressources humaines en général. Il serait donc pertinent de traiter ces sujets de façon à inclure tous les acteurs. La direction tient régulièrement des discours en ce sens,

tout en respectant les spécificités et les spécialisations dont l'AP-HP a besoin. Il estime qu'il n'est pas honteux de l'envisager ainsi.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** retient donc que la fusion n'interviendrait pas au niveau local, que la décision n'a pas été prise au niveau central et que le sujet relève plutôt d'une vision globale des ressources humaines institutionnelle. Même si l'équipe de soins est très importante, il regrette que celui qui anime cette équipe ait de moins en moins de poids dans les décisions de recrutement. Il propose donc qu'une réflexion commune soit menée et expliquée avant d'entériner une telle décision.

**Le président** rappelle que ce qui se passe dans l'équipe médicale intéresse aussi l'équipe non médicale et réciproquement, mais cela ne passe pas nécessairement par une direction commune.

**Le directeur général** ne souhaite pas en débattre sur le terrain purement symbolique, en revanche, étudier les avantages et les inconvénients sur le terrain pratique lui convient.

**M. François CRÉMIEUX** confirme le cloisonnement introduit progressivement entre les métiers et les organisations rendant les échanges difficiles. Actuellement, quasiment trois niveaux de directions des ressources humaines coexistent dans tous les hôpitaux : pour le personnel médical, pour le personnel non soignant et les directions des soins. Ces organisations fonctionnent plus ou moins bien, selon la personnalité de ceux qui dirigent ces structures. Au bout du compte, l'enjeu est certain que les grandes questions de gestion des ressources humaines, de l'intégration des nouveaux arrivants ou de la gestion des fins de carrière soient traitées de façon globale, en tout cas à l'échelon stratégique du siège. Ensuite, les groupes hospitaliers resteront libres de s'organiser comme ils l'entendent.

*La séance est levée à 19 heures 55.*