

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 7 DÉCEMBRE 2021

APPROUVÉ PAR LA CME DU 11 JANVIER 2022

Sommaire

1. Informations du président de la CME	6
2. Approbation du compte rendu de la CME du 9 novembre 2021	15
3. Bilan d'étape sur la révision des effectifs 2022 de praticiens hospitaliers	15
4. Information sur le rapport infra-annuel 2021 et sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2022 et avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2022-2026	18
5. Rapports 2019 et 2020 sur l'activité libérale à l'AP-HP	23
6. Avis sur le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU AP-HP – Université Paris Saclay), l'université Paris-Saclay et l'établissement de santé Barthélémy-Durand d'Étampes	24
7. Avis sur le protocole de coopération « suivi des enfants et adolescents atteints d'épilepsie par l'infirmière ou l'infirmier de pratique avancée »	25
8. Questions diverses	26

CME du mardi 7 décembre 2021

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 9 novembre 2021
3. Bilan d'étape sur la révision des effectifs 2022 de praticiens hospitaliers (M^{me} Hélène OPPETIT)
4. Information sur le rapport infra-annuel 2021 et sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2022 et avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2022-2026
5. Rapports 2019 et 2020 sur l'activité libérale à l'AP-HP (D^r Jean-Luc THOMAS, M. Olivier TRÉTON)
6. Avis sur le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU AP-HP – Université Paris Saclay), l'université Paris-Saclay et l'établissement de santé Barthélémy-Durand d'Étampes (P^r Jacques DURANTEAU, M. Christophe KASSEL)
7. Avis sur le protocole de coopération « suivi des enfants et adolescents atteints d'épilepsie par l'infirmier ou l'infirmier de pratique avancée » (P^r Jean-Claude CAREL)
8. Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

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 2021-2022

Composition A

- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2022

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	M ^{me}	Sophie	GUILLAUME
D ^r	Thomas	APARICIO	P ^r	Christian	GUY-COICHARD
P ^r	Jean-Yves	ARTIGOU	P ^r	Agnès	HARTEMANN
P ^r	Elie	AZOULAY	D ^r	Jean-François	HERMIEU
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
M.	Guy	BENOÎT	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
P ^r	Bahram	BODAGHI	D ^r	Éric	LE BIHAN
D ^r	Diane	BOUVRY	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	P ^r	Michel	LEJOYEUX
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Jean-Claude	CAREL	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Alain	CARIOU	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Cyril	CHARRON	D ^r	Juliette	PAVIE
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	Antoine	PELHUCHE
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Antoine	PELISSOLO
P ^r	Yves	COHEN	D ^r	Patrick	PELLOUX
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	P ^r	Jean-Damien	RICARD
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D ^r	Nathalie	RICOME
P ^r	Vianney	DESCROIX	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Jacques	DURANTEAU	P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSE
D ^r	Georges	ESTEPHAN	P ^r	Thomas	SIMILOWSKI
D ^r	Thierry	FAILLOT	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Bertrand	GODEAU	P ^r	Laurent	TEILLET
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Christophe	TRIVALLE
D ^r	Bruno	GREFF	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT

• ***Avec voix consultative :***

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

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M^{me} Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'île de France (ARS)
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M^{me} Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-

techniques (CSIRMT)

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

- M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, directeur délégué – direction générale AP-HP
- M^{me} Anne RUBINSTEIN et M. Florent BOUSQUIÉ, direction de cabinet du directeur général
- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, M^{me} Stéphanie DECOOPMAN et M. Pierre-Emmanuel LECERF.
- M^{me} Hélène OPPETIT et M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- MM. Didier FRANDJI et Hadrien SCHEIBERT, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Véronique DROUET et M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M^{mes} Clémence MARTY-CHASTAN, Sophie BRUN, Sophie ALLEAUME, P^r Frédéric BATTEUX, direction de la stratégie et de la transformation (DST)

• **Invités :**

- M. Thibault ROBERT, directeur de la politique médicale, AP-HP. Université Paris-Saclay
- P^r Henri-Jean AUBIN, service de psychiatrie et addictologie, Hôpital Paul Brousse

• **Secrétariat de la CME :**

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

• **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Sébastien BEAUNE, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Olivier BOURDON, Yves-Hervé CASTIER, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALES, Julien FLOURIOT, Emelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Rachel LEVY, Emmanuel MARTINOD, Salomé MASCARELL, Rafik MASMOUDI, Giovanna MELICA, Vianney MOURMAN, Louis-Paul PATY, Nathalie PONS-KERJEAN, Louis PUYBASSET, Clara SALINO, Samir TINE, Michel VAUBOURDOLLE, et Noël ZAHR

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

1. Informations du président de la CME

Le président invite les présidents des CME locales et les membres hospitalo-universitaires de la CME à rester connectés jusqu'à la séance restreinte qui suivra la séance plénière car elle doit donner un avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires.

Le président remercie chaleureusement M^{me} Charline NICOLAS, directrice des affaires juridiques, qui a récemment quitté l'AP-HP pour la qualité des rapports qu'elle a su établir avec la communauté médicale et pour l'ensemble du travail réalisé, notamment pour résoudre les nombreux problèmes soulevés par la crise sanitaire.

Il remercie également tout particulièrement M. Pierre-Emmanuel LECERF qui doit quitter très prochainement ses fonctions de directeur général adjoint de l'AP-HP. Il a apprécié de travailler avec lui, dès avant la crise, sur la cohésion des équipes, le renforcement de l'attractivité, les stagiaires infirmiers, le logement, etc. Ces sujets sont aujourd'hui essentiels pour l'avenir. Il le remercie aussi pour la qualité du dialogue qu'il a su entretenir avec ses interlocuteurs de la sous-commission *Activités, ressources*, y compris lorsque leurs points de vue respectifs divergeaient. Il lui présente tous ses vœux de réussite pour ses nouvelles fonctions.

M. Pierre-Emmanuel LECERF remercie le président pour ses propos et fait part de son émotion. Il indique que sa très récente nomination comme administrateur général des musées d'Orsay et de l'Orangerie est la concrétisation d'un rêve d'adolescent. La culture a toujours représenté l'un de ses centres d'intérêt. Il rappelle qu'il avait déjà travaillé pour l'AP-HP en 2012 – 2013. La proposition de rejoindre l'équipe de M. Martin HIRSCH en 2018 l'avait donc enchanté. Il rappelle son bonheur quotidien à travailler au sein de l'AP-HP et à se sentir membre d'un tel service public hospitalier. Il rappelle le niveau élevé d'angoisse provoqué par le Covid, mais juge l'expérience extrêmement formatrice. Il conservera de nombreux et beaux souvenirs de ses années, comme le travail en réunions tripartites et l'élaboration du projet social. Il rappelle les projets d'envergure variable conduits sur l'ensemble du territoire français. Il salue à cet égard la qualité de sa collaboration avec le D^r Brigitte SOUDRIE qui dynamise la communauté de l'hôpital marin d'Hendaye. Il remercie le président, la vice-présidente et tous les membres de la CME. Il souligne que ses entretiens, parfois exigeants, avec M. Guy BENOÎT lui ont beaucoup appris, notamment en termes budgétaires. Il évoque également ses échanges avec le P^f Bernard GRANGER pour le conseil de surveillance. En conclusion, il souligne son vif plaisir à travailler au sein de l'équipe rapprochée du directeur général. Il remercie sincèrement M. Martin HIRSCH et rend hommage à ses éminentes qualités de dirigeant.

Crise sanitaire

Le président revient sur la crise des ressources humaines qui affecte le capacitaire. La cinquième vague Covid touche des hôpitaux extrêmement fragilisés. Les équipes n'étaient déjà pas en nombre suffisant pour accueillir les patients au préalable. Le problème est donc majeur. Les équipes sont harassées, sans perspective, extrêmement inquiètes pour les jours, les semaines et les mois à venir. Certains envisagent même de s'en aller. Les congés de fin d'année laissent présager une situation encore plus préoccupante à très court terme. Le moral de tous est

profondément atteint alors que certains soins sont parfois déjà assurés dans des conditions dégradées. De nouveaux reports et déprogrammations sont prévisibles.

Enquête sur le service de gynécologie de l'hôpital Tenon

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI rappelle les alertes lancées sur les réseaux sociaux et reprises par la presse concernant des violences commises au sein du service de gynécologie de l'hôpital Tenon. L'AP-HP d'une part, le groupe hospitalier AP-HP Sorbonne Université et la faculté de médecine d'autre part, ont mis en place une commission d'enquête composée de deux médecins, les P^{rs} Alexandra BENACHI et Jacques BODDAERT, d'un membre de la faculté de médecine et d'une représentante des usagers. La commission a entendu le P^r Émile DARAÏ, chef du service mis en cause, plusieurs membres de son équipe médicale et paramédicale, des étudiants internes et externes, ainsi que des patientes. Son rapport, rendu la semaine dernière, conclut avant tout à la très grande compétence du service et du P^r Émile DARAÏ dans son domaine d'expertise. Il relève également une absence de malveillance, à connotation sexuelle notamment, étant rappelé que des plaintes avaient été déposées pour viol. Il signale en revanche un manque d'empathie vis-à-vis d'un certain nombre de patientes. Ces conclusions ont été présentées au P^r Emile DARAÏ. Celui-ci en a pris acte et a mis en place dans son service plusieurs mesures correctrices. Sur le plan hospitalier, il sera remplacé comme chef de service par le P^r Cyril TOUBOUL. Sur le plan académique, il n'exercera plus de responsabilité pédagogique. Enfin, selon les informations disponibles, l'enquête policière ne devrait pas déboucher sur une mise en examen.

Évaluation de la charge de travail

Le D^r Diane BOUVRY remercie à son tour M. Pierre-Emmanuel LECERF pour sa qualité d'écoute lors de leurs échanges.

Elle revient sur la troisième réunion tripartite d'évaluation de la charge de travail, associant direction, syndicats et membres de la CME. Sauf omission, les membres de la CME présents à cette occasion étaient les D^{rs} Jean-Philippe DAVID et François SALACHAS, M^{me} Sophie GUILLAUME, et les P^{rs} Sandrine HOUZÉ et Rémi SALOMON, ainsi que plusieurs cadres et elle-même. Les participants ont examiné une proposition de grille d'évaluation de la charge de travail qui permettrait aux soignants de décrire pour chaque patient la fréquence des soins prodigués.

Bien qu'elle soit très simplifiée par rapport à d'autres méthodes existantes, une telle grille reste complexe et chronophage. Dans le contexte actuel, il semble difficile de demander aux soignants de consacrer du temps à cette tâche supplémentaire. Par ailleurs, certains cadres s'inquiètent des conséquences d'une évaluation élevée de la charge de travail si le ratio soignant/patients ne peut être réduit. Enfin, la charge de travail n'est pas ressentie de la même façon au sein d'une même équipe selon qu'il s'agit de professionnels expérimentées ou moins aguerris.

Une cartographie des ratios existants et des besoins, en fonction des spécialités des services a été demandée à nouveau. Une estimation des ratios nécessaires pour fonctionner correctement, sous l'angle de la qualité de vie au travail, favoriserait les recrutements et la fidélisation des équipes. La date de la prochaine réunion n'est pas encore fixée.

Revalorisation des grilles hospitalières des praticiens hospitalo-universitaires

M^{me} Hélène OPPETIT rappelle le contexte des réformes du « Ségur de la santé » qui donneront à la publication de nouveaux textes prochainement. La grille des praticiens hospitaliers a d'ores et déjà été revalorisée. Celle des hospitalo-universitaires le sera également. Pour les MCU-PH, les deux premiers échelons de la grille seront supprimés et deux échelons sommitaux seront créés. Pour les PU-PH, le premier échelon sera supprimé et un échelon sommital sera créé. À l'échelle de l'AP-HP, la revalorisation concernera 63 % des PU-PH et 51 % des MCU-PH. Les revalorisations pourront être mises en ligne sur le site de la CME. Elles représenteront de 200 à 300 €, en début ou en fin de grille selon les configurations. Elles seront applicables au 1^{er} janvier 2022 et mises en œuvre au plus tard en février avec effet rétroactif. Les recours gracieux éventuels pourront être formés auprès du directeur général du CHU puisque le centre national de gestion leur a délégué cette mission. Les doyens et les CHU en ont été informés.

Le président remarque que les revalorisations seront en effet significatives pour une bonne partie du personnel hospitalo-universitaire.

Informations du directeur général

Le directeur général remercie à son tour M. Pierre-Emmanuel LECERF. Comme M^{me} Joséphine BAKER, celui-ci a donc deux amours : la culture et la santé. De ce fait, il n'est pas vain d'espérer un troisième retour à l'AP-HP. Après avoir insisté sur le plaisir de travailler avec son équipe, le directeur général précise que celle-ci demeurera constituée de trois directeurs généraux adjoints.

Par ailleurs, le Covid n'est pas la cause de toutes les difficultés rencontrées depuis la rentrée, toutefois la pédiatrie est dans une situation très délicate depuis le début de l'automne. Par ailleurs, le manque d'infirmiers s'accroît. 1 200 postes sont vacants actuellement. Les deux tiers de ces vacances sont liés à des difficultés de recrutement, le tiers restant à l'augmentation des départs depuis août 2021. Depuis août dernier, quarante à cinquante départs supplémentaires sont enregistrés chaque mois par rapport aux années précédentes. Le *turn over* est depuis très longtemps assez élevé. En moyenne, les infirmières restent huit ans, puisque 1 600 à 1 700 départs interviennent chaque année sur une population d'environ 18 000 infirmiers.

Les difficultés ne sont pas les mêmes dans tous les hôpitaux, pour autant, elles sont aussi marquées au sein de l'AP-HP qu'en dehors, dans le public que dans le privé, à Paris qu'en Seine-Saint-Denis. Dans ce département, l'importance relative du nombre de lits amplifie les répercussions. Les autres régions rencontrent des difficultés capacitaires sensiblement comparables. Les conséquences sont connues : 13 % des lits sont fermés, les charges de travail sont élevées et les plannings sont instables puisqu'une seule absence peut déséquilibrer tout un service. Le taux d'absentéisme de l'AP-HP rejoint la moyenne nationale, alors qu'il était inférieur auparavant. Son augmentation est due aux effets conjugués du Covid et de la rentrée scolaire. Compte tenu de l'âge des personnels, la fermeture de classes devrait aggraver la situation dans les prochaines semaines.

Dans ce contexte, plusieurs mesures destinées à pourvoir les postes vacants ont été prises. Tout d'abord, un contrat d'allocation d'études a été proposé à tous les sortants d'école de l'été 2021 : 4 500 € pour travailler de jour, portés à 9 000 € pour travailler de nuit, auxquels s'ajoutaient une

prime d'installation et la possibilité d'inclure des heures supplémentaires. Cependant, les recrutements ont été inférieurs aux attentes. Ils ont représenté 58 % de la promotion au lieu des 70 à 75 % escomptés. Par ailleurs, l'équipe en charge des renforts a été maintenue. Elle a pour mission de recevoir, susciter, orienter et relancer les candidatures. Cependant, le faible volume réceptionné limite son action. De plus, le recours à l'intérim a été largement actionné et reste de mise même s'il s'agit d'une solution non satisfaisante.

Une réflexion a été menée sur les impacts des aménagements horaires en termes d'attractivité et de fidélisation. Ses effets commencent à se faire sentir. Pour autant, il s'avère difficile de promouvoir les douze heures de travail quotidiennes comme modèle d'organisation. Les équipes de jour y sont plutôt favorables, à l'inverse des équipes de nuit. Les organisations syndicales sont également réticentes et les processus de décision s'allongent en conséquence. Beaucoup d'établissements rencontrent ce type de difficultés. La question demeure donc posée. Pour conclure sur les efforts de recrutement et de valorisation, une prime d'engagement collectif sera instaurée dès le début de 2022. La moitié de cette prime sera versée sur la base du deuxième semestre 2021.

Pour l'avenir, la direction générale reste ouverte à d'autres propositions. Elle a d'ores et déjà décidé de reproduire le contrat d'allocation d'études pour la promotion très importante de l'été 2022 et ce dès le début de l'année. Pour mémoire, ce dispositif consiste à financer une période de scolarité en échange d'un engagement de servir au sein de l'AP-HP. Alors qu'auparavant il était d'usage d'attendre la diplomation, la mesure pourrait être anticipée à l'avant-dernier semestre. Elle permettrait de conclure en début d'année 1 000 à 1 500 contrats au lieu de 500. Il conviendra toutefois de veiller à la qualité de leur stage de fin de scolarité et de proposer le choix le plus étendu possible. En tout état de cause, cette mesure vise à fiabiliser un nombre de recrutements de diplômés plus élevé qu'auparavant. Cela permettra de connaître dès février 2022 le nombre de diplômés qui seront recrutés en cours d'année.

La majoration des heures supplémentaires constitue une deuxième mesure. Ses limites comme sa puissance sont connues. Aujourd'hui, la rémunération des infirmiers est supérieure de 300 euros à ce qu'elle était il y a deux ans. Les deux tiers sont dus aux mesures du Ségur de la santé, mais le tiers restant est lié au paiement d'heures supplémentaires. Les majorations hors covid seront mises en œuvre de façon contractuelle conformément au projet social. Ces contrats donneront de la visibilité aux agents et aux équipes sur le choix horaire au-delà des 35 heures réglementaires.

Le travail sur les horaires et l'ensemble des dimensions du projet social se poursuit. Le protocole de coopération inscrit au point 7 de l'ordre du jour en témoigne. Il prend pour exemple le protocole relatif à la prescription de la prophylaxie pré-exposition (PREP), adopté lors de la dernière CME, qui entraînera une prime de 100 € supplémentaires pour les infirmiers concernés.

Les actions d'adaptation face aux difficultés de personnel sont l'affaire de tous. En effet, il est non seulement nécessaire de mettre en œuvre des mesures de recrutement et de fidélisation, mais également d'adapter les organisations et l'offre. À cet égard, les capacités de lits en soins critiques ont été préservées, grâce à l'ensemble des équipes. En pédiatrie, elles sont maintenues au niveau habituel. Pour les adultes, le ratio s'élève à 96 % d'ouvertures.

De plus, d'autres actions sont conduites avec détermination, notamment pour soulager les équipes de nuit, où se situent plus de 40 % des postes vacants. Les mesures d'aide aux sorties d'hospitalisation commencent à porter leurs fruits. Outre les actions traditionnelles, les cellules de sortie dans les hôpitaux ou l'implication des assistantes sociales, trois *start-up* ont été introduites. Souvent créées par des soignants, elles agissent sur le lien ville - hôpital, à la forte satisfaction des équipes médicales des services concernés. À terme, un passage de relais pourrait être envisagé, mais dans l'immédiat, ces trois prestataires agissent plus rapidement que l'institution.

En outre, plusieurs initiatives se poursuivent, telles que le « J0 », la diminution du nombre d'entrées la veille d'une intervention ou d'un week-end, le recours aux hôtels hospitaliers, etc. Ces actions connaissent des succès variables d'un service à l'autre. Elles peuvent se heurter à des obstacles, comme le marché des hôtels ou la nécessité de concentrer la durée moyenne de séjour sur la période la plus adéquate. Pour finir, il convient de mentionner la dynamisation de l'hospitalisation à domicile, qui ambitionne de devenir le plus grand hôpital de l'AP-HP. Toutes ces mesures témoignent des efforts réalisés par les uns et les autres dans le contexte connu de tous. La direction générale demeure à l'écoute d'autres propositions ou de la CME.

Le président insiste sur la baisse de moral, une certaine forme de désespérance et l'absence de perspectives qui pèsent de plus en plus sur les équipes. Face au retour en force du Covid, la proximité et la bienveillance de l'encadrement médical et paramédical demeurent plus que jamais indispensables, malgré les difficultés. Une attention particulière doit être portée aux stagiaires infirmiers. Leur arrivée en renfort a été très utile. Toutefois, ils se trouvent confrontés très jeunes non seulement à la perturbation de leurs études, mais également à des patients très atteints et à des équipes sous tension. En effet, après la solidarité sans faille de la première vague, des tensions croissantes se manifestent. Leur gestion sera de plus en plus difficile dans un contexte de reprogrammations, de réorganisations et de déséquilibres entre les différents établissements, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'AP-HP. Ces tensions requièrent une attention toute particulière.

Concernant l'organisation en douze heures de travail quotidiennes, si la demande est forte, elle n'est pas unanime. Elle risque de provoquer le départ des plus anciens, car elle est généralement corrélée avec l'âge des personnels. En effet, les moins jeunes sont souvent les plus réticents, car leur fatigue se manifeste assez rapidement. Cette solution apparaît comme une mauvaise réponse à une vraie question. La principale motivation, telle qu'elle peut s'exprimer, serait de venir moins souvent. Le sujet tient donc surtout aux conditions de travail et au temps de transport. Ainsi, la solution des douze heures ne peut constituer qu'une réponse transitoire dans le contexte actuel. L'encadrement des plus jeunes nécessite de conserver un noyau de personnes disposant d'au moins cinq ans d'ancienneté.

Le directeur général apporte des précisions en matière de logement. M. Pierre-Emmanuel LECERF est l'artisan d'un dispositif susceptible de faciliter l'accès au logement en 2022. Une loi en cours d'adoption permettrait à l'AP-HP de devenir locataire d'un nombre significatif de logements à prix réduit pour les sous-louer à des conditions avantageuses. Cette solution permettrait de débloquer certaines situations.

M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ INDIQUE que les réunions avec l'agence régionale de santé (ARS), les établissements et les directeurs médicaux de crise ont été réactivées, tout comme le principe

d'adaptation de l'offre de soins hospitalière en période de Covid. Elle rappelle le principe de paliers défini lors des premières vagues, pour les soins critiques comme pour l'hospitalisation conventionnelle. Ces paliers correspondent à la charge et au nombre de patients atteints du Covid. Ils s'appliquent à tous les établissements de santé, quels que soient leur mode et leur type d'exercice, privé, public ou service de santé aux armées (SSA). Trois paliers sont ainsi définis pour les soins critiques : le premier est de 30 % du capacitaire occupé par les « patients Covid », le deuxième de 50 % et le troisième de 70 %.

En Île-de-France, ils viennent d'être revus à l'aune de capacités un peu plus réduites en soins critiques. Au sein de l'AP-HP, les ouvertures concernant les soins critiques adultes se situent autour de 95 à 96 %. Ces taux sont supérieurs à ceux observés à l'extérieur qui sont de l'ordre de 88 à 90 %. Par conséquent, une décote de 15 % sera appliquée sur les capacités qui servent de dénominateur afin de tenir compte des fermetures. Les paliers sont donc calculés mathématiquement. Selon la clé de répartition utilisée, l'AP-HP représente de 36 à 38 % du capacitaire installé en Île-de-France pour les soins critiques. Dès lors, pour l'AP-HP, le premier palier est fixé à 194 « patients Covid », le deuxième à 325, le troisième à 452. La capacité totale est de 755 lits de soins critiques sur le périmètre « réanimation et unité de surveillance continue ».

Globalement, le premier palier est atteint à 76 %. Cependant, la situation est variable selon les groupes hospitaliers universitaires (GHU). Ainsi, les GHU Sorbonne. Université et Seine-Saint-Denis ont déjà atteint 100 % du premier palier. Le nombre de patients atteints du Covid augmente. Aussi, l'un des objectifs rappelés par le président est d'assurer une progression homogène et homothétique des GHU vers leurs paliers. La part des soins critiques liés au Covid demeure absorbable, mais la tension sur les lits de soins critiques « tous types de patients » devient majeure. De plus, les délais de prise en charge des appels par le Samu peuvent être longs. La mise à jour des outils destinés à surveiller le nombre de places et à faciliter la régulation est donc essentielle. La mise en place d'une cellule de régulation régionale inspirée de la cellule « Covid réa » fait l'objet d'une réflexion. Cette cellule a également servi de modèle en pédiatrie pour la cellule de régulation et d'appui régional en bronchiolite. Enfin, les mêmes principes de jauge s'appliquent en hospitalisation conventionnelle.

Le P^r René ADAM souligne l'incapacité à lutter contre le découragement croissant et la démotivation des équipes, malgré les efforts de tous, les mesures du Ségur, les horaires supplémentaires et les ouvertures de postes. Les arrêts se multiplient. La charge de travail des restants augmente en conséquence. La situation devient critique. L'arrêt de l'hémorragie et la fidélisation des soignants constituent une priorité pour sortir de ce cercle vicieux. Il demande donc au directeur général s'il est possible de redistribuer une partie des économies financières liées aux vacances de postes. La redistribution du tiers ou du quart de ces sommes auprès des infirmiers de terrain en reconnaissance de leurs efforts donnerait un signal fort.

Le D^r Sonia CERCEAU estime que l'encadrement des infirmiers de nuit est totalement insuffisant. Ce personnel est particulièrement vulnérable. Un tel déséquilibre par rapport au personnel de jour est incompréhensible. L'encadrement de nuit devrait être renforcé.

Le président fait part de son accord avec cette position.

Le P^r Agnès HARTEMANN revient sur les difficultés de recrutement. Elle regrette le caractère désincarné des fiches de postes. L'intitulé du département médico-universitaire (DMU) ne signifie rien pour un infirmier. Le service, la spécialité et le contenu des missions ne sont pas précisés. L'élaboration de ces fiches de poste devrait être confiée à un binôme constitué d'un chef de service et d'un cadre de soins, afin de les incarner et de les humaniser. La garantie d'un horaire non variable serait préférable. Par ailleurs, l'abandon de la réflexion sur la charge de travail en matière de soins est dommageable. La question des ratios infirmière/patient est une préoccupation quotidienne. Leur augmentation est susceptible de provoquer des départs supplémentaires. Par ailleurs, certaines mesures présentées régulièrement ne peuvent constituer une réelle solution. Ainsi, le recours aux hôtels hospitaliers ou aux prestataires privés fait l'objet de réflexions depuis de nombreuses années. Leurs limites sont bien connues. À titre d'exemple, aucun soin n'est possible en hôtel hospitalier. Dès lors, la répétition de propositions de ce type alimente davantage le découragement qu'elle n'apporte de solution. Enfin, la bascule ambulatoire suscite des candidatures. Pour autant, les postes proposés ne sont pas pérennes. Ces postes vacants sont susceptibles d'être pourvus par ailleurs. Par conséquent, la fidélisation est difficile en l'absence de réelle création de postes.

Le P^r Yann PARC appuie les remarques du D^r Sonia CERCEAU sur l'encadrement de nuit. Un unique encadrant est insuffisant. Il ne peut pas traiter toutes les demandes, à commencer par les hospitalisations d'urgence, tout en se tenant à l'écoute des soucis de chacun. L'opposition entre les particularités de la nuit et du jour doit être dépassée. Le renforcement de l'encadrement de nuit est primordial dans beaucoup de services. Par ailleurs, les ratios déterminés ne correspondent pas à la réalité et à la géographie des services. Faire coïncider ces ratios avec l'organisation spatiale des services est donc compliqué. Il conviendrait plutôt de travailler localement, en proximité avec les services, car il n'existe pas de règle générale. Ainsi, le ratio d'un soignant pour quinze patients est inapplicable en soins intensifs mais envisageable la nuit pour les soins généraux.

Le président partage cette opinion et rappelle que des discussions sont engagées.

Le D^r Cyril CHARRON témoigne de son étonnement relatif au pourcentage de soins critiques ouverts. Le taux de 95 % indiqué par M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ ne correspond pas aux informations dont il dispose. Ainsi, 10 à 20 % des lits seraient fermés au sein du GHU Paris. Saclay et deux tiers des lits de pathologie aiguë et de réanimation seraient fermés à Beaujon. De même, beaucoup de lits seraient fermés dans le GHU Paris. Nord. Dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR), seuls 10 à 12 lits étaient disponibles en Île-de-France.

Le directeur général répond à la suggestion du P^r René ADAM de redistribuer une partie des économies générées par les postes vacants. Il souligne les raisons de l'absence d'économies sur la masse salariale. Tout d'abord, les effectifs n'ont globalement pas baissé, en raison d'un recours accru aux aides-soignants et aux agents de services hospitaliers (ASH). Si ces personnels n'assurent pas les mêmes missions, ils allègent néanmoins la charge de travail. De plus, les missions d'intérim ont généré un surcoût de 62 M€ et le paiement des heures supplémentaires s'ajoute. Enfin, la masse salariale médicale augmente un peu plus vite que prévu. Par conséquent, aucune économie n'a été réalisée sur la masse salariale.

En outre, la détermination des modes de rémunération n'est pas libre puisque la grille salariale est déterminée légalement et les marges de manœuvre sont faibles. Cependant, plusieurs moyens ont été trouvés au cours des dernières années, comme la prime d'engagement collectif, les protocoles de coopération ou la prime de tutorat pour augmenter les rémunérations. Cela a quasiment permis de régler la question des manipulateurs de radiologie. Par ailleurs, le projet social, récemment signé, permet de mobiliser 340 M€ sur trois ans, dont 140 M présentés dans le cadre du budget 2022. Une partie de cette somme sera consacrée à l'augmentation des rémunérations *via* la prime d'engagement, la création de postes d'infirmiers mieux rémunérés et le financement des heures supplémentaires. La question du P^r René ADAM a ainsi permis d'aborder les mécanismes de rémunération, leurs limites statutaires et les moyens mis en œuvre.

Le directeur général partage l'opinion du P^r Agnès HARTEMANN sur les fiches de postes, même si les situations varient d'un site à l'autre. Le recrutement service par service est encouragé afin de prendre en compte l'appétence pour une discipline donnée dans un environnement donné. À cet égard, le site internet demeure souvent stéréotypé et peu attirant.

Sans chercher à tromper les acteurs, l'avis sur les hôtels hospitaliers n'est pas uniforme. Ainsi, certains personnels ont souhaité accélérer la conclusion de conventions et quelques enquêtes ont montré que 25 % de patients non hospitalo-requérant n'avaient dès lors pas eu besoin de dormir à l'hôpital. La mesure peut donc favoriser le « J 0 » et d'autres solutions sont considérées comme utiles par certains personnels.

Les cadres de nuit sont en effet peu nombreux. Certaines équipes de nuit n'ont aucun contact avec les cadres et les médecins. Une analyse sera réalisée avec les GH et sera présentée lors de la prochaine réunion de CME.

M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ répond au D^r Cyril CHARRON avoir communiqué un pourcentage global d'ouverture de lits. Elle précise que la situation est contrastée selon les groupes hospitaliers (GH). Certains sont totalement ouverts, d'autres comme le GH Nord, manquent en effet de lits. Des tableaux de bord permettent de suivre les différentes situations avec les directeurs médicaux de crise. Elles évoluent en permanence. Une seule absence soignante dans un service peut temporairement réduire une offre de soins.

Le président confirme la rapidité d'évolution des pourcentages.

M. Loïc MORVAN complète les interventions sur le recrutement. Il souligne l'importance du travail mené avec les CHU pour répondre plus rapidement aux candidats. En effet, ceux-ci candidatent plutôt sur des services. Une expérience d'affichage de l'ensemble des postes vacants à Picpus a suscité un vif intérêt chez les professionnels comme chez les étudiants. L'amélioration de l'espace emploi est en cours et demeure toutefois nécessaire. Les travaux sur l'évaluation de la charge en soins se poursuivent. L'objectif est d'élaborer un document plus synthétique à tester dans les services. Les ratios ont déjà fait l'objet d'un débat au sein de l'AP-HP il y a quelques années. Le ratio d'un infirmier pour douze patients avait alors été jugé plus satisfaisant que ce qui a été proposé au comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Ce débat doit être repris car il est lié à l'évaluation de la charge en soins.

Le président fait état d'un commentaire sur la messagerie de la visio-conférence du P^r Jean-Claude CAREL sur le recrutement. Dans le GHU Paris. Nord, les fiches de postes sont désormais plus explicites.

Le D^r Christophe TRIVALLE revient sur les échanges relatifs au versement d'une prime aux infirmiers. Il demande si la prime de tutorat est une solution envisageable.

Le D^r François SALACHAS estime que certaines décisions pourraient être immédiatement transférées aux services. Il cite comme exemples la détermination des ratios, l'élaboration des fiches de postes ou la responsabilité de garantir les horaires. Il s'interroge cependant sur le caractère opérationnel des mesures présentées, dans la mesure où elles ont montré leurs limites. Il prend l'exemple des élèves infirmiers, qui, après leur passage dans les services, ne veulent pas travailler à l'AP-HP. Les conditions du contrat de confiance entre un soignant et l'institution doivent être renouvelées et gérées à un niveau plus petit, celui du service. La direction générale ou les services peuvent en être les garants. L'exemple des douze heures quotidiennes est instructif. Tous les infirmiers n'y sont certes pas favorables, mais quand ils le sont, il convient d'agir rapidement. Les freins syndicaux peuvent être levés. Il en va de même pour les ratios qui doivent être consolidés sur un périmètre de lits réduit pour des raisons de survie des services et des équipes.

Le directeur général souligne que confier à chaque service l'estimation de sa propre charge et de ses recrutements plongerait certaines équipes dans de graves difficultés. Ainsi, les infirmiers privilégieraient les services d'hospitalisation de jour avec des horaires donnés plutôt que des services plus astreignants. Or, en période de pénurie de candidatures, l'orientation et la répartition des priorités est nécessaire, y compris pour sécuriser les soins critiques. Par ailleurs, les raisons du manque d'effectifs peuvent varier d'un service à l'autre. Elles ne sont pas nécessairement liées à la charge de travail. D'autres considérations peuvent intervenir, comme l'encadrement médical et paramédical, l'attention portée aux équipes ou les modalités d'organisation de l'activité libérale. Une régulation est donc indispensable. Enfin, la logique même du projet social donne davantage de souplesse aux services. Ils disposent d'une plus large liberté dans leur organisation, dans les horaires ou dans la concordance des temps médicaux et paramédicaux. Ce pari au niveau des services doit cependant s'articuler à une plus grande attention aux services moins attractifs, quelles qu'en soient les raisons.

Le P^r Bernard GRANGER conteste l'efficacité des mesures proposées une nouvelle fois par le directeur général. Le bilan de son action témoigne de leurs faibles résultats. Les propositions des membres de la CME vont dans le bon sens. L'argument selon lequel certains services sont moins attractifs n'est pas recevable puisque ces services sont précisément ceux où les personnels font déjà défaut. Il critique le fonctionnement des processus de recrutement. Il illustre son propos par l'échec du recrutement dans son service d'un candidat pourtant motivé. Il estime que la complexité du système de recrutement et le manque de coopération de la cadre du DMU en sont responsables. De fait, la délégation de responsabilités aux services n'est pas une piste à négliger. Assimiler cette préconisation à une attaque ne résout rien. En effet, il s'agit de faire face à un phénomène dramatique pour l'institution. Or les « recettes » de la direction générale ont montré leur inefficacité. Le mauvais management de l'AP-HP a fortement dégradé son image. Il importe de réfléchir aux causes profondes de la situation plutôt que de dresser un constat froid et chiffré en invoquant uniquement l'état du marché du travail.

Le directeur général ne situe pas sur le terrain des attaques personnelles qu'elles le visent directement ou qu'elles visent des directeurs ou des cadres. Il cherche à remédier aux difficultés, en se remettant en cause si besoin. Pour autant, il tient compte des contraintes. Il prend pour exemple la demande de supprimer 5 000 postes exprimée naguère par le Gouvernement et interroge le P^r Bernard GRANGER sur la réaction qu'il aurait eue s'il avait alors été directeur général.

Le P^r Bernard GRANGER répond qu'il aurait démissionné.

Le directeur général indique qu'il a pu éviter ces 5 000 suppressions grâce à la réforme du temps et de l'organisation du travail. Un bilan a été dressé et l'accord d'aménagement et de réduction du temps de travail a été rediscuté, ce qui entraîné de nouvelles expérimentations de schémas horaires, avec un accord social qui a eu un avis favorable de 80% de la CME.

Le président invite à éviter les polémiques et clôt le sujet.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 9 novembre 2021

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

3. Bilan d'étape sur la révision des effectifs 2022 de praticiens hospitaliers (M^{me} Hélène OPPETIT)

Le président rappelle qu'il s'agit d'un point d'étape. La liste des postes sera soumise à l'avis de la CME du 11 janvier 2022.

M^{me} Hélène OPPETIT présente d'abord le contexte de la révision : la consolidation du fonctionnement des nouveaux GHU, l'entrée en vigueur des mesures d'attractivité du Ségur de la santé, une révision supérieure de 25 % à la moyenne des révisions des années précédentes et une capacité retrouvée à recruter dans les disciplines en tension (anesthésie-réanimation, urgences, gériatrie, radiologie, mais également psychiatrie).

Le contexte budgétaire, évoqué lors de la semaine de rencontre avec les GHU, demeure incertain. Si la révision des effectifs présente un coût en masse salariale, majoré par le Ségur de la santé, l'impact du contexte budgétaire sur les effectifs est faible. Quelques ajustements seront cependant réalisés à la suite des conférences budgétaires. Pour cette raison, la liste des noms sera communiquée lors de la CME de janvier. Cependant, l'incertitude budgétaire est aggravée par la baisse significative de l'activité liée à la crise Covid et à la fermeture subie de lits. Cette baisse d'activité est décorrélée de l'augmentation du personnel médical (PM) : + 3% de seniors entre 2019 et 2021 et + 160 équivalents temps plein (ÉTP) demandes de postes pour l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2022. La proposition de révision pour 2022 est équivalente à celle de 2021 : les 377 postes représentent une augmentation de 25 % par rapport à 2018.

La tendance d'amélioration se confirme en anesthésie, avec 58 anesthésistes en 2021 et 75 en 2022. Les perspectives de recrutement sont également en hausse dans d'autres disciplines en tension (5 psychiatres à AP-HP. Centre et 10 à AP-HP. Nord ; 5 gériatres à AP-HP. Sorbonne et 5 à AP-HP. Centre ; 4 urgentistes à Paris-Saclay et 3 à Paris – Seine-Saint-Denis). Les perspectives de recrutements sont favorisées par la revalorisation du statut de praticien hospitalier après le « Ségur de la santé » et celle de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPÉ). Par

ailleurs, le taux de titulaires étant comparativement plus faible que dans les autres CHU, la capacité à titulariser s'en trouve renforcée.

La politique de consolidation des disciplines en tension, alliée à une capacité d'accompagner les projets médicaux, caractérise également cette révision. La part des demandes consacrée aux disciplines en tension tangente les 50 %. Elle est en légère diminution par rapport à 2021, avec 75 demandes en anesthésie-réanimation, 31 pour les urgences, 21 en gériatrie, 24 en imagerie et 8 en néonatalogie, 24 en psychiatrie. Indépendamment des disciplines en tension, des capacités de recrutement se révèlent en chirurgie (41 demandes) et dans les disciplines intensives (6 demandes en médecine intensive et réanimation, 6 demandes en pneumologie).

La part des demandes de révision H dans chaque GHU est proportionnelle à la part de personnels hospitaliers dans ses effectifs totaux. Les demandes concernent essentiellement des promotions internes et des jeunes médecins puisque l'âge médian est de 34 ans. L'exercice à temps plein est privilégié, les temps partiels représentant environ 12 % des demandes.

Les discussions avec les gouvernances des CHU et le groupe restreint de la CME ont donné lieu à plusieurs constats : d'abord, une large participation des services et des DMU dans l'instruction et le choix des candidats par la commission des effectifs des GHU, ensuite, une appropriation des enjeux liés à l'évolution des statuts dans le cadre du « Ségur de la santé ». Ainsi, un GHU propose deux postes de PH partagés avec le territoire. Il reste nécessaire de penser la structuration des services par statut et par âge. Un consensus se dégage sur la nécessité d'évaluer la capacité à travailler en équipe avant toute titularisation. Un troisième constat concerne la forte attractivité de l'AP-HP pour les jeunes praticiens. Elle est due à la force des projets hospitalo-universitaires. Enfin, au regard de la capacité à recruter, l'opportunité de repenser le dispositif de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière a été interrogée. Enfin, en ce qui concerne le positionnement du CHU, le premier enjeu, souligné par deux CHU, est la capacité à recruter des praticiens en provenance des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC). Le deuxième est le rééquilibrage du personnel médical entre GHU. La demande émane des GHU *extra muros*. Le traitement de ce sujet demanderait une réflexion sur le rapport entre l'activité et les ressources. Le dernier enjeu est l'évaluation des dispositifs de ressources humaines partagés avec le territoire car ces dispositifs sont nombreux et se sont empilés au fil du temps.

Le P^r Bernard GRANGER s'interroge sur les possibilités de rééquilibrage entre GHU. La procédure actuelle permet aux GHU de décider entièrement des recrutements. Le principe est globalement positif, mais conduit à figer les situations car la procédure actuelle ne prévoit plus de rééquilibrage. Au moment de la délégation de la révision des effectifs de PH aux GHU, il avait été suggéré qu'un certain nombre de postes reste à la main du siège pour accompagner le plan stratégique qui prévoit ce rééquilibrage entre GHU intra et extra muros. Il souhaite donc savoir comment cet objectif pourra être atteint.

Le D^r Diane BOUVRY rappelle avoir demandé des compléments d'information à la direction des affaires médicales pour avoir une meilleure vision des ressources humaines entre les différents GHU. En outre, elle s'interroge sur la clé de répartition entre CHU pour savoir s'il le critère est la masse salariale, l'attractivité ou le nombre de postes vacants.

Le P^r Sandrine Houzé s'interroge sur l'évaluation budgétaire des demandes présentées. Elle fait état de rumeurs relatives à des coupes sombres et à une douloureuse révision.

Le directeur général précise que l'équivalent de cinquante créations d'emplois médicaux est prévu chaque année. On augmente donc les effectifs. Ces prévisions ont fait l'objet d'échanges antérieurs et figurent dans le projet qui sera examiné dans la suite de la réunion. Concernant le rééquilibrage, chaque GH connaîtra le pourcentage possible d'augmentation de sa masse salariale. La direction générale ne s'opposera pas à la demande de privilégier tel ou tel CHU. Dans ce cas, l'effort devra être reporté sur les autres CHU.

M^{me} Hélène OPPETIT distingue deux questions : l'allocation des moyens et l'attractivité. La dotation en moyens médicaux et non médicaux dans les hôpitaux constitue un socle. Les projets peuvent être financés soit par des dotations, soit par l'activité. La répartition de l'allocation budgétaire est différenciée selon les GHU. La CME peut émettre un avis sur cette répartition. Pour autant, elle s'inscrit dans une enveloppe définie. L'attractivité est un sujet distinct. Il peut s'avérer difficile de recruter des médecins sur certains territoires même lorsque la capacité budgétaire existe.

Le P^r Yann PARC formule des craintes quant au processus de sélection. Il rappelle qu'auparavant les présidences de collégiales et les syndicats exprimaient un avis sur les qualités professionnelles des impétrants. Il souligne l'intérêt du regard de spécialistes sur les dossiers afin de ne pas regretter par la suite les choix opérés. Il cite l'exemple de certains groupes hospitaliers non universitaires contraints d'accepter des candidats dont le niveau est inférieur aux attentes.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI estime que les calibrages de la révision des effectifs présentent un triple danger. Le premier porte sur le maintien des postes vacants, à la suite de départs en retraite ou de mutation, car sauf à démontrer l'arrêt de l'activité concernée, il est difficile de le borner. Le deuxième est relatif aux conditions de titularisation à des âges souvent élevés ou des situations personnelles compliquées qui peut faire fuir les plus jeunes. Le troisième concerne l'accompagnement de mesures nouvelles dues à des activités supplémentaires. Le bornage peut conduire ces mesures à l'échec. Le raboutage massif de la révision des effectifs aura sans doute des conséquences budgétaires positives à court terme, mais un bornage à 30 % des demandes des GH aurait des effets désastreux sur l'attractivité. Une évaluation préalable des demandes de postes en termes d'activité, de compétences et de spécialités devrait constituer un préalable indispensable à toute révision des effectifs. Néanmoins, l'ajout à la révision des effectifs de cinquante créations de postes évoquées représenterait une bonne nouvelle.

M^{me} Hélène OPPETIT précise que la quasi-totalité de la révision est financée par l'ÉPRD 2022 puisque seules quelques demandes au sein de deux GHU sont en cours d'arbitrages. Quelques ajustements seront peut-être nécessaires, mais ils ne diminueront pas la révision d'un tiers. La situation ne sera pas aussi douloureuse que pouvait le craindre le P^r Sandrine Houzé d'autant que le nombre global de PH proposés pour la révision augmente de 25%. Par ailleurs, les demandes nouvelles pour 2022 sont bien limitées à cinquante postes.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI comprend donc que ces demandes nouvelles s'ajoutent au processus standard de révision des effectifs à masse salariale constante.

M^{me} Hélène OPPETIT précise que la révision n'est qu'un des éléments du budget du personnel médical. Toutes les nominations prévues en juillet 2022 s'inscrivent dans ce cadre. Or les prévisions de certains GHU ne rentrent pas dans l'enveloppe qui leur a été allouée.

Le P^r Thomas SIMILOWSKI n'entend rien de nouveau dans ce rappel du processus classique de révision.

M^{me} Hélène OPPETIT en convient. Elle cherchait à répondre aux craintes exprimées par le P^r Sandrine HOUZÉ. Deux GHU devront toutefois réévaluer leurs demandes. Ils pourront néanmoins prendre en compte divers agrégats : les intérimaires, les contractuels, etc.

Le D^r Diane BOUVRY s'interroge sur la clé de répartition entre GHU, notamment vers les sites *extra muros*. Cette clé de répartition est actuellement proportionnelle à la masse salariale existante. Elle se demande si cela avait fait l'objet d'un consensus complet de la CME et si un autre choix doit s'opérer.

Le directeur général rappelle que la CME a la faculté d'estimer la possibilité pour certains GHU de bénéficier de postes supplémentaires. Elle devra alors veiller à ce que d'autres GHU soient moins pourvus.

Le P^r Claire POYART partage l'appréciation du P^r Thomas SIMILOWSKI sur l'âge relativement élevé des personnes recrutées de 34 à 38 ans. Elle se félicite de l'attractivité de l'AP-HP sur des disciplines en tension. Elle rappelle les missions des centres de recours pour lesquels des mesures nouvelles sont inscrites et des financements octroyés par l'agence régionale de santé (ARS). Ces emplois rémunérés de postes de PH impactent le tableau permanent des emplois rémunérés (TPER). Même si la masse salariale budgétée augmente, elle reste globalement maîtrisée dans les différents GH. Elle permet de recruter de jeunes médecins sur des disciplines en tension.

Le président propose de reparler des clés de répartition entre GH *intra-* et *extra-muros* lors de l'examen de la prochaine lettre de cadrage qui sera co-signé avec le directeur général.

4. Information sur le rapport infra-annuel 2021 et sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2022 et avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2022-2026

Le président rappelle qu'en vertu de la « loi Rist », la CME doit émettre un avis à partir de janvier 2022 sur deux documents : l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP). À ce stade, l'ÉPRD fera seulement l'objet d'une information. En revanche, l'avis de la CME sera sollicité sur le PGFP à la demande de plusieurs des membres de la CME, bien que le document complet ne soit pas encore établi.

M. Pierre-Emmanuel LECERF rappelle que le budget 2021 n'avait pas été présenté. L'atterrissage 2020 n'était en effet pas connu. La situation est identique cette année : en raison de l'activité Covid, l'atterrissage 2021 dépendra de l'ensemble des dotations. Celles-ci sont généralement accordées au premier trimestre suivant. Elles dépendront des surcoûts générés par le Covid ainsi que des pertes de recettes de l'assurance maladie obligatoire et des mutuelles. Faute de données actualisées, l'exercice a été réalisé sur la base de données 2019, moyennant quelques ajustements. Le projet de PGFP présenté est donc différent de celui exposé en juillet

dernier. Le véritable exercice budgétaire sera réalisé au printemps 2022 sur la base d'un budget rectificatif et de l'atterrissage 2021. Le diaporama présenté est le même que celui présenté la semaine précédente à la sous-commission *Activité, ressources* (CAR). Il a été établi sur la base des données disponibles. Il permet néanmoins d'exposer les prévisions de cadrage Covid et hors Covid pour l'année à venir.

Le PGFP prévoyait un déficit de 105 M€ en 2022. L'actualisation des recettes (diminuées de 40 M€) et des dépenses (augmentées de 40 M€) porte ce déficit à 185 M€. Néanmoins, la capacité d'autofinancement (CAF), c'est-à-dire la marge dégagée pour financer les investissements, demeure inchangée. La diminution des recettes provient de la baisse de deux activités : les soins de suite et de réadaptation (SSR) et les unités de soins de longue durée (USLD). Les fermetures de lits conduisent à estimer pour 2022 un niveau d'activité équivalent à celui de 2019. Une partie du forfait « hébergement » et du forfait « dépendance » ne sera pas payée par les conseils départementaux. Ces forfaits sont en effet établis sur base de la journée d'hospitalisation. Par ailleurs, il ne sera pas possible en 2022 de bénéficier de recettes exceptionnelles au titre de l'année antérieure. En effet, l'année 2021 est entièrement couverte par une garantie de financement et non par une tarification à l'activité.

L'augmentation des dépenses est due à l'accélération du cycle d'investissement. Ainsi, la dotation aux amortissements est plus importante. De plus, plusieurs opérations comptables ont été réalisées à la demande du comptable public. Elles se sont traduites par une augmentation des provisions. Toutefois, si ces dépenses aggravent le déficit, elles alimentent la CAF. Celle-ci est estimée à 274 M€ au lieu des 280 M€ projetés en juillet. Cela est dû aux dépenses supplémentaires évoquées, ainsi qu'à une réduction des admissions en non-valeur, c'est-à-dire des recettes considérées comme impossibles à recouvrer. Ce deuxième point est donc positif.

Concernant les équilibres internes au sein du déficit, il convient d'aller au-delà de l'exercice strictement technique en révisant les hypothèses de réduction d'activité en 2022 et les projections de masse salariale. À cet égard, les effets du « Ségur » sont mieux appréhendés, pour les sages-femmes par exemple. Il en va de même pour les possibilités de création d'emplois et le recours aux heures supplémentaires majorées.

S'agissant de l'activité, le projet envisage la réouverture de deux tiers des lits fermés. La réouverture de l'ensemble des lits en douze mois paraît irréaliste. Selon les hypothèses retenues, une partie de ces réouvertures concerne des chambres doubles, qui avaient été transformées en chambres simples afin de maîtriser le risque de contagion épidémique. Pour mémoire, ce budget a été établi hors Covid. En effet, le financement des effets du Covid est assuré par le biais de « surcoûts Covid ». Par ailleurs, la diminution de l'absentéisme et le retour au niveau de 2018 pour les maladies ordinaires (de plus de 5 à 6 jours), notamment pour le personnel de nuit, permettraient la réouverture d'environ 200 lits supplémentaires. De même, les créations d'emploi, concentrées sur le deuxième semestre 2022 en raison des sorties de diplômés de juillet, permettront de rouvrir d'autres lits. L'activité de 2022 devrait être supérieure de 2,5 % à celle de 2019, et non de 5 % comme envisagé antérieurement. Cependant, l'augmentation des recettes devrait être supérieure à ces 2,5 %. En effet, le dynamisme actuel de l'hospitalisation partielle (+ 5 % par rapport à 2019) permet d'envisager la pérennisation des financements qu'il génère.

La masse salariale augmente très fortement : 140 M€ au titre du projet social ; 500 M€ du fait des mesures nationales (« Ségur de la santé »), 350 M€ concernent le personnel non médical (PNM) et 100 M€ le personnel médical (PM) ; hors « Ségur », 35 M€ sont liés à la rémunération des sages-femmes, à la revalorisation de certaines grilles (préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoires, diététiciens) et à la revalorisation générale des agents de catégorie C. S'y ajoutent les créations d'emploi : 550 postes équivalents temps plein de PNM par rapport à octobre 2021 et les 50 créations d'emploi de PM évoquées précédemment. Plusieurs suppressions de postes sont également envisagées. Elles touchent certains personnels du siège et des postes d'archivistes en raison de la numérisation des archives. L'effet des créations de postes se fera surtout sentir au deuxième semestre 2022 avec l'arrivée de la première promotion de diplômés des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi). D'ici là, le recours aux heures supplémentaires majorées sera majeur et financés par le projet social à hauteur de 41 M€.

L'inflation constitue un dernier point d'attention et de vigilance. Les hypothèses d'augmentation sur les médicaments et les charges hôtelières sont au minimum de + 5,5 %. Le sujet est politique : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) devrait envisager de couvrir davantage les effets d'inflation et de prix que les financements du volume d'activité puisqu'il augmentera peu.

M. Didier FRANDJI intervient sur l'actualisation du PGFP présenté en juin et approuvé en octobre par les autorités de tutelle. L'actualisation est technique. Concrètement, les hypothèses retenues maintiennent le montant des investissements et des cessions mais les calendriers sont ajustés sur les exercices 2022 à 2026 ; les tendancielles d'activité et les tarifs sont repris du protocole pluriannuel 2020-2022 ; la masse salariale intègre les revalorisations du Ségur et du projet social ; l'inflation conjoncturelle est maintenue pour 2022, mais revue autour de 1 % à partir de 2023 ; les efficiences nécessaires sur les dépenses de titre 2 et de titre 3 sont conservées ; l'ensemble du Covid et du « Ségur » sont financés.

Pour l'exercice 2021, les hypothèses d'atterrissage à hauteur de 156 M€ et de 107 M€ de CAF ont été maintenues. L'ensemble des hypothèses figurent dans le diaporama. Le retour à l'équilibre budgétaire est décalé à 2026 au lieu de 2024 pour tenir compte de deux ans de crise Covid. La CAF 2022-2026 reste à un niveau important d'environ 1,9 Md€.

La diapositive n° 28 détaille le programme pluriannuel d'investissements sur lequel la CME doit se prononcer. Les investissements projetés s'élèvent à 3,340 Md€ sur la période 2022-2026 et 6 Md€ sur 10 ans. Le tableau présenté fige l'ensemble des hypothèses du précédent PGFP : 1,365 Md€ sur 2022-2026 (2,4 %Md€ sur 10 ans) pour les grandes opérations : hôpital Nord 1 et 2, Garches/Ambroise-Paré, Avicenne/Jean-Verdier, etc. Le coût et la trajectoire capacitaire de ces opérations ont été révisés. Une réserve de 47 M€ est destinée à l'acquisition d'une parcelle complémentaire pour l'hôpital Nord 2. Une enveloppe de 175 M€ est dégagée pour accompagner les nouveaux projets de restructuration des GHU ou supra-GHU. Une enveloppe de 25 M€, financée par des subventions du Ségur, est affectée à la transformation informatique. Les opérations courantes sont budgétées à hauteur de 100 M€ par an, soit 1 Md€ sur 10 ans. Contrairement aux PGFP des années antérieures, les grandes opérations ne sont donc pas réalisées au détriment du courant. Le même principe s'applique aux opérations techniques (50 M€ par an) et aux remplacements d'équipements lourds (27 M€ par an). Enfin, le financement des fonds d'investissement du quotidien est inscrit à hauteur de 53 M€.

La sanctuarisation de certaines ressources doit permettre de financer ces investissements, en complément de la CAF et de la dette. Le soutien de l'État se manifeste au travers de subventions : 87 M€ pour Lariboisière, 168 M€ pour l'hôpital Nord, auxquels s'ajoutent 70 M€ liés à l'augmentation des capacités. Par ailleurs, l'État a accordé un appui additionnel en neutralisant la dette à hauteur de 200 M€ sur 10 ans. En outre, il accorde 385 M€ de financements supplémentaires au titre des grands projets : 260 M€ de soutien aux investissements régionaux ; 53 M€ pour l'opération Garches – Ambroise-Paré et 47 M€ pour l'acquisition d'une parcelle pour l'hôpital Nord ; 25 M€ au titre du « Ségur numérique ».

Toutes les données sont résumées année par année. Plusieurs indicateurs sont suivis en permanence. Les autorités de tutelle suivent particulièrement le taux d'endettement. Il devrait rester inférieur à 30 %. Pour autant, les autorités de tutelle ont accepté qu'il soit supérieur pendant quelques années. Ce taux atteindra 37,81 % en 2025, mais redeviendra inférieur à 30 % dans 10 ans, lorsque les grandes opérations seront achevées et les emprunts finalisés.

M. Guy BENOÎT revient sur la diminution des effectifs. Depuis 2017, ce sont 1 500 emplois en moins. Il rappelle que tous les PGFP présentés depuis 2015, d'abord en juin 2015, puis en décembre les années suivantes, ont systématiquement fait l'objet de votes négatifs ou de motions. Ceux-ci mettaient en garde contre les conséquences des politiques imposées par le ministère sur la situation dans les hôpitaux. En décembre 2018, l'ÉPRD 2019 prévoyait de réduire le déficit de 25 %. Le déficit de 2019 devait être de 150 M€ et l'encours de la dette de 2 Md€. Compte tenu de la situation financière toujours dégradée, l'AP-HP a construit un budget visant la stabilisation de la masse salariale sans augmentation de 2018 à 2023. Cette politique a porté ses fruits : le PNM est parti. Le PGFP de décembre 2019 prévoyait 1 536 PNM en moins et 1 000 postes d'infirmiers ont disparu. Le PGFP 2021-2026 prévoit une augmentation d'activité d'environ 8 % sur la période et l'ÉPRD prévoit la création de 550 postes et 41 M€ dédiés aux heures supplémentaires. Cela paraît insuffisant pour faire face à une augmentation, même tenue, de l'activité. En effet, entre 2018 et 2019, 1 500 postes ont été perdus et l'addition des intérimaires et des heures supplémentaires a coûté 78 M€. L'option envisagée est irréalisable. Les prévisions de réduction du déficit semblent également intenables, alors même qu'entre juin et décembre 2021, les estimations pour 2022 sont passées de — 105 M€ à — 184 M€.

Les investissements représentent un élément positif. Pour autant, aucune politique ne risque de les remettre en question. Le risque est nul dans le contexte actuel. Quant à la dette, elle est toujours élevée depuis 2017. Les projections d'évolution de la CAF peuvent faire rêver. Chaque année, les courbes présentées la montrent en augmentation. Pourtant, la CAF nette n'a jamais dépassé 50 M€.

Le propos n'est pas de clouer quiconque au pilori. Certains points d'accord avec la direction générale existent. Il en va ainsi du constat selon lequel la tarification à l'activité pose moins de difficultés que l'ONDAM. Pour autant, les services sont exsangues et les contraintes financières imposées ne permettent pas d'augmenter l'activité. Il serait donc raisonnable de ne pas s'engager sur une telle augmentation. Il est indispensable d'envoyer un signal positif aux équipes démoralisées en ne fixant pas d'objectif quantitatif. L'objectif doit rester celui de soigner le mieux possible. Dans ces conditions, M. Guy BENOÎT pourrait donner un avis favorable au PGFP.

Le P^r Xavier MARIETTE appuie les propos de M. Guy BENOÎT quant à l'impossibilité d'augmenter l'activité de 8 % en 5 ans. La situation actuelle ne le permet pas : il n'y a pas de candidats à embaucher, les équipes sont épuisées et les services sont exsangues. À un moment donné, le directeur général et la CME devraient manifester solidairement leur désaccord. Cela pourrait servir de moyen de pression pour augmenter.

Le D^r Christophe TRIVALLE note que le retour à l'équilibre budgétaire, présenté dans chaque budget, est encore reculé de deux ans. Il exprime ses doutes quant à la capacité d'atteindre un jour l'équilibre.

Le D^r François SALACHAS souligne une nouvelle fois la nécessité de consolider l'AP-HP. Le recrutement est donc indispensable. Or, il doute de la capacité même à atteindre l'objectif de 500 créations de postes. Au-delà de l'exercice budgétaire et comptable, il appelle à tenir un langage de vérité : la croissance de l'activité est impossible et la survie de l'AP-HP passe par la consolidation des équipes.

M. Pierre-Emmanuel LECERF répond sur trois points : l'inflation, l'emploi et l'activité.

Tout d'abord, il s'agit d'envoyer un signal politique puisqu'à ce stade, l'inflation n'est pas prise en compte dans l'ONDAM. L'ONDAM est censé financer en 2022 une activité hospitalière en hausse de 5 % par rapport à 2019, alors que les tarifs n'auront augmenté que de 0,6 %. Le budget présenté par l'AP-HP prévoit une activité deux fois moindre que celle de l'ONDAM ; avec en revanche un niveau d'inflation supérieur, même si les + 5,7 % constatés sur 30 % des marchés publics ne sont pas reportés dans leur intégralité. Cela représente plusieurs dizaines de millions d'euros. En tout état de cause, l'ONDAM doit en tenir compte dans la mesure où l'inflation constatée pour l'économie générale est également d'environ 4 %.

Pouvoir 550 emplois de plus par rapport à octobre est très volontariste. Cela représente 630 emplois de soignants sur 12 mois. Dans les faits, cela ne pèsera pas sur toute l'année. Les recrutements interviendront en mars / avril, avec 400 sorties (et non 600 comme auparavant) puis 1 800 sorties en juillet, d'où l'importance de promouvoir les contrats d'allocation d'études dès janvier. Cela incite les élèves à opérer leurs choix en amont, si bien que la vision de la fin d'année se précise dès février. Ces recrutements devraient permettre de rouvrir une partie des lits. L'objectif, rappelé dans le projet social, demeure bien de revenir au niveau d'effectif de début 2018 évoqué par M. Guy BENOÎT, c'est-à-dire avant le gel de la masse salariale. Cependant, les 1 300 créations de postes nécessaires ne peuvent pas être mises en œuvre dans l'immédiat. Pour cette raison, le budget prévoit 41 M€ d'heures supplémentaires majorées. Dans la mesure où ces heures coûtent plus cher, il n'est pas pertinent de diviser ces 41 M€ par le coût moyen d'un équivalent temps plein. Le calcul s'opère plutôt sur une base de 30 M€, ce qui représente environ 600 emplois potentiels. Ce budget ne peut créer uniquement des emplois vacants.

Enfin, les hypothèses d'activité sont formulées en l'absence de Covid. Des réouvertures ponctuelles de lit sont possibles soit dans des chambres doubles, soit en revenant au niveau d'absentéisme de 2018. Ces potentielles réouvertures de lits interviendraient au deuxième semestre 2022. À cet égard, les GH et les communautés demandent des moyens au titre de projets nouveaux. Or ces moyens supposent des ouvertures de lit. Il est donc important de donner

un signal, même s'il paraît dur, indiquant que les créations d'emploi et les ouvertures de lits permettront de mettre en œuvre des projets nouveaux.

Le directeur général complète les propos sur l'augmentation de l'activité. Il n'est pas demandé aux équipes d'augmenter leur activité de 2 ou de 8 %. Cela ne fonctionne pas ainsi, mais sur la base des demandes et des projets médicaux des GHU, comme l'ouverture de nouvelles unités ou le développement de nouvelles prises en charge. En règle générale, ces demandes sont suivies par le siège qui les minore un peu sinon, les prévisions d'activité seraient bien supérieures. Bien des échanges, en CME notamment, portent sur une organisation et des choix qui relèveraient d'un monde parfait et idéal. Il partage le souci de protection des équipes. Cependant, il jugerait plus constructives des préconisations visant à concentrer l'augmentation de l'activité dans les domaines où se posent des questions de santé majeures. Une réflexion partagée pourrait également éviter d'organiser une concurrence au sein de l'AP-HP entre les équipes ou les équipements. Certains projets ont pu être conduits ainsi par le passé de façon productive. Ce levier manque dans les discours et dans les constructions collectives.

M. Didier FRANDJI souhaite insister sur la progression des investissements. En 2019, ils s'élevaient à 390 millions d'euros, contre environ 370 M€ auparavant. En 2021, ils représentent 514 M€, soit une croissance de +31 %. En 2022, ils s'élèveront à 554 M€, soit une augmentation de + 42 % sur 4 ans. En 2024, ils atteindront 700 M€.

Le président exprime sa position avant de procéder au vote. S'il s'agit d'un simple ajustement technique du projet présenté en juillet, alors il est cohérent d'émettre un même vote défavorable. Cependant, le projet et les cibles d'activité qu'il présente vont au-delà du simple ajustement technique. La réflexion sur des organisations différentes peut présenter un intérêt, mais l'augmentation de l'activité apparaît irréaliste. Elle risque même d'aggraver la situation et d'accélérer les départs. Il est nécessaire de stabiliser les équipes et de maintenir les ratios d'activité et de charge de travail raisonnables. Les menaces sur la réalisation des investissements en l'absence de vote favorable ont peu de risque de se concrétiser dans le contexte actuel. Financer les investissements par la seule CAF ne présente d'ailleurs guère de sens pour un service public hospitalier. Par conséquent, le président émettra à titre personnel un avis défavorable sur le PGFP.

Les membres de la CME sont invités à voter à bulletins secrets.

La CME émet un avis défavorable sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2022-2026, par 31 voix contre, 11 pour, 2 bulletins blancs et un bulletin nul.

5. Rapports 2019 et 2020 sur l'activité libérale à l'AP-HP (D^r Jean-Luc THOMAS, M. Olivier TRÉTON)

En l'absence du D^r Jean-Luc THOMAS, ce point est reporté.

6. Avis sur le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU AP-HP — Université Paris-Saclay), l'université Paris-Saclay et l'établissement de santé Barthélémy-Durand d'Étampes (P^r Henri-Jean AUBIN)

Le P^r Henri-Jean AUBIN présente le projet de convention tripartite. Celle-ci présente d'abord le département de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul-Brousse, de niveau 3, dirigé par le P^r Amine BENYAMINA. Il se constitue d'une unité d'hospitalisation complète, d'une consultation spécialisée et de deux hôpitaux de jour, pour adultes et pour adolescents. Il offre des soins hyperspécialisés pour des addictions, avec ou sans substances. Son activité d'enseignement s'exerce dans les premier, deuxième et troisième cycles des études médicales. Il coordonne plusieurs diplômes universitaires (DU) et interuniversitaires (DIU). L'unité de recherche est rattachée à l'école doctorale de santé publique de Paris-Saclay.

La convention présente ensuite l'établissement Barthélémy-Durand et son bassin de population. L'établissement dispose de 705 lits et places d'hospitalisation. Il est implanté sur deux sites, à Étampes et à Sainte-Geneviève-des-Bois. Il vient de créer un département d'addictologie intitulé « département essonnien intersectoriel d'addictologie », dirigé par le P^r Alain DERVAUX. Celui-ci a pour mission d'organiser une filière complète d'addictologie de recours de niveau 3 articulée avec l'hôpital Paul-Brousse, les autres structures essonniennes hospitalières et médico-sociales ainsi que les médecins libéraux. L'ARS a autorisé cette structure en mai 2019.

Les parties s'engagent à collaborer à une meilleure prise en charge des pathologies addictologiques et à mettre en œuvre de nouveaux projets de recherche. La convention devrait permettre une « filiarisation » des personnels hospitalo-universitaires entre les deux services en cas de nécessité. L'établissement Barthélémy-Durand devrait structurer cette nouvelle offre d'addictologie dans une logique de gradation de soins et de filière avec l'hôpital Paul-Brousse. La convention prévoit le développement de filières de soin spécifiques pour les jeunes et pour les femmes, notamment les femmes enceintes ainsi que la création de plusieurs structures : une unité de pathologie duelle pour l'hépatite C et les addictions, un laboratoire en réalité virtuelle et une unité « sports et addictions ».

Un PU-PH sera présent sur le site de Paul-Brousse pour assurer la coordination des projets de recherche et la conduite des travaux universitaires. De même, un PU-PH sera présent sur le site de l'établissement Barthélémy-Durand pour animer la recherche et superviser l'activité clinique d'addictologie. Le P^r Alain DERVAUX occupe ce poste de PU-PH depuis septembre 2021. L'établissement Barthélémy-Durand assure l'intégralité du financement hospitalier et universitaire de ce poste. La convention sera réévaluée tous les deux ans. Les éventuelles modifications, notamment l'ajout de nouveaux postes hospitalo-universitaires (HU), seront actées par voie d'avenant.

Le P^r Michel LEJOYEUX souligne l'importance de cette opportunité de développement en matière d'addictologie sur un centre de référence. Elle intervient en lien avec toute la communauté psychiatrique et addictologique de l'AP-HP.

Le P^r Bahram BODAGHI intervient au nom de la sous-commission Hôpital, ville, territoire (CHVT). Sur le fond, la présentation était claire et exhaustive. La réponse relative au financement des

postes HU est conforme à la position de la commission. La consultation a été opérée dans les formes. La commission soutient donc cette convention.

Le président propose de procéder au vote à main levée.

Le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU AP-HP – Université Paris Saclay), l'université Paris-Saclay et l'établissement de santé Barthélémy-Durand d'Étampes est approuvé à l'unanimité.

7. Avis sur le protocole de coopération « suivi des enfants et adolescents atteints d'épilepsie par l'infirmière ou l'infirmier de pratique avancée » (P^r Jean-Claude CAREL)

Le P^r Jean-Claude CAREL rappelle que le protocole a été communiqué aux membres de la CME qui ont pu en prendre connaissance. Ce protocole de coopération médicale avec les infirmiers diplômés d'État (IDE) et les infirmiers en pratique avancée (IPA) s'applique au suivi des enfants atteints d'épilepsie. Les porteurs du projet sont le P^r Stéphane AUVIN, chef du service neuro-pédiatrie de l'hôpital Robert-Debré, le D^r Blandine DOZIÈRES, médecin dans ce même service et M^{me} Marion DANSE, en lien avec les infirmiers du service. La lettre d'intention date de 2017 mais le nouveau système d'acceptation des protocoles s'applique à ce projet.

Le protocole organise une coopération entre médecin pédiatre formé à la neuro-pédiatrie, IDE et IPA. Deux ans d'expérience dans un service de pédiatrie, dont un an en neuro-pédiatrie, sont requis. Le protocole vise à améliorer la prise en charge des enfants et adolescents atteints d'épilepsie en matière de suivi, et non d'évaluation initiale. Les actes dérogatoires réalisés par l'infirmier ou l'infirmière comprennent l'adaptation de la posologie des antiépileptiques, les examens de suivi et les changements de posologie. En revanche, ils ne délivrent ni nouvelle prescription ni changement de prescription d'antiépileptiques. Les enfants auront systématiquement été vus par le médecin délégué avant prise en charge dans le cadre de la coopération. Les prérequis en termes de formation ainsi que les modalités d'évaluation et de maintien des compétences sont détaillés, tout comme les conditions d'intervention.

Plusieurs instances ont évalué le protocole : le comité de pilotage composé d'experts (neurologues, pédiatres, spécialistes) qui a donné un avis favorable, la *task force* du comité de pilotage des protocoles locaux de coopération interprofessionnelle AP-HP et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Leurs contributions ont conduit à des modifications marginales. Celles-ci sont intégrées dans le protocole définitif soumis à la CME, laquelle n'a communiqué ni retour ni commentaire. En sa qualité de membre et de rapporteur du comité de pilotage, il souligne le caractère complet et détaillé du protocole où figurent plusieurs scénarii et arbres décisionnels. Ce document encadre et améliore aussi bien les pratiques médicales. Il se distingue par des modalités de coopération différenciée selon que le délégué est un IDE ou un IPA. Sa rédaction rend facile sa mise en œuvre dans d'autres sites de l'AP-HP. Il pourrait être proposé à l'extension nationale. En conclusion, le P^r Jean-Claude CAREL préconise d'émettre un avis extrêmement favorable.

Le président invite les membres de la CME à faire part de leurs questions ou observations.

Le D^r François SALACHAS observe qu'une équipe de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière a conduit une démarche similaire (« *jump* ») sur la transition enfant-adulte en matière d'épilepsie prise en charge par des IPA. Il suppose que les deux équipes sont en lien et salue ce type de coopération.

Le président ajoute que cette coopération est une manière de répondre à la longueur des délais de consultation auprès des neuro-pédiatres. Même si cette réponse n'est pas définitive, elle constitue une alternative à des délais parfois supérieurs à six mois. Des alternatives de ce type pourraient être dupliquées dans d'autres disciplines et à d'autres endroits afin de répondre à des besoins en attendant d'autres solutions.

Les membres de la CME sont invités à voter à mains levées.

Le D^r Patrick PELLOUX indique qu'il s'oppose à ce protocole.

Le protocole de coopération « suivi des enfants et adolescents atteints d'épilepsie par l'infirmière ou l'infirmier de pratique avancée » est approuvé à la majorité de 58 voix pour et 1 contre.

8. Questions diverses

Le président invite le P^r Yann PARC à intervenir. Sa question relative aux robots n'avait pas pu être traitée lors de la CME précédente.

Le P^r Yann PARC s'interroge sur la procédure d'arbitrage des équipements lourds. Il souhaite connaître le rôle la CME et du siège s'ils n'interviennent plus sur les demandes de postes de PH ni sur les investissements en gros matériel. Les arbitrages s'éloignent et il ne reste plus de moments pour évoquer la stratégie générale.

Le président n'a pas souvenir d'avis rendu récemment par la CME sur les équipements.

M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ confirme que le président de la CME participe aux réunions budgétaires et stratégiques durant lesquelles les GHU présentent leurs projets et leurs plans d'investissement, sans qu'il s'agisse d'un avis de la CME.

Le D^r Christophe TRIVALLE ne pense pas que la CME ait été impliquée dans la définition du plan « robots ».

M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ confirme que ce plan robots a été acté en 2019 dans un cadre plus global et présenté au directoire. Pour autant, elle ne dispose pas d'antériorité sur les modalités d'intervention de la CME.

Le directeur général ne croit pas que la liste des équipements soit présentée annuellement à la CME.

Le président indique que l'avis de la CME sur le programme d'investissement concernant les équipements médicaux est bien requis par le code de la santé publique.

M. Guy BENOÎT se souvient de présentations qui ont eu lieu en CAR sur les gros équipements et leur renouvellement qui était assurée par M. Didier LE STUM.

Le directeur général confirme l'existence d'échanges portant sur certains équipements ou les taux de vétusté. Il cite le cas d'importants investissements liés au cancer. En revanche, il ne pense pas que le sujet donne lieu chaque année à une présentation sous forme de rapport.

Le D^r Christophe TRIVALLE s'enquiert du nombre de lits fermés par hôpital. De 20 % en septembre, ils étaient passés à 14 % en octobre. Il semble toutefois que les fermetures de lits augmentent très significativement : elles seraient proches de 22 % à Bicêtre, il y a des fermetures en neurologie, en unités de soins intensifs neurovasculaires (UsiNV), en gériatrie, etc. Il serait utile de disposer d'une certaine visibilité. Indépendamment même du Covid, la situation sera difficile au moment des fêtes de fin d'année.

M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ indique que le taux global de fermetures avoisinait 13 % la semaine précédente. Elle rappelle que des tableaux de bord suivent la situation générale de l'AP-HP et celle de chaque GH. Ces tableaux sont actualisés chaque semaine et pourraient être diffusés auprès de la CME. En outre, l'information est disponible puisqu'elle figure dans les comptes rendus du directoire mis en ligne dans la lettre hebdomadaire « 7 jours à l'AP ».

Le directeur général confirme les pourcentages de fermetures de lit, passés de 19 % en septembre à 13 % selon les dernières données disponibles. Le nombre de lits, compte tenu des congés de fin d'année, reste un sujet de préoccupation.

Le président insiste sur les évolutions quotidiennes de la situation.

M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ confirme l'établissement de prévisions pour la fin de l'année sur la base des informations disponibles. Cependant, elles ne tiennent pas compte du degré d'instabilité lié à des absences inopinées.

Le D^r Diane BOUVRY souligne l'intérêt de pouvoir disposer des tableaux remis au directoire. En effet, le compte rendu n'en reprend pas le détail.

M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ n'y voit pas de difficulté, d'autant que les présidents des commissions médicales locales (CMEL) en disposent déjà.

Le président propose donc de les partager avec les membres de la CME.

Le D^r Patrick PELLOUX indique avoir adressé un courriel au président de la CME et au directeur général concernant les ambulances privées. La CME n'a certes pas de droit de regard sur cette activité, mais le sujet est extrêmement grave. Une cinquantaine de plaintes ont été déposées en six mois par des malades « rançonnés » par des ambulanciers privés. Le terme est adéquat puisque ceux-ci menacent les patients de ne pas les transporter s'ils ne retirent pas d'argent à un distributeur. Ces pratiques sont connues du bureau des ambulances, créé par la Préfecture de police. Les ingénieurs qualité semblent se désintéresser de la question. L'agence régionale et la délégation territoriale en charge de la surveillance des ambulances privées évitent toute confrontation avec ce puissant secteur. Même la prison de la Santé elle-même refuse que les ambulances privées viennent chercher des détenus. Il ne s'agit pas de jeter l'opprobre sur toute une profession, mais de lancer une alerte sur des agissements inacceptables. C'est une question de responsabilité déontologique.

Le directeur général confirme avoir reçu le courriel d'alerte du D^r Patrick PELLOUX. Il l'a transmis au responsable du service transport de l'AP-HP, mais ne dispose pas encore d'un retour. Il rappelle que ce sujet effectivement choquant avait suscité plusieurs enquêtes par le passé et avait donné lieu à des sanctions. L'analyse sera partagée avec la CME lorsqu'elle sera disponible.

Le D^r Patrick PELLOUX s'indigne une nouvelle fois de pratiques qui relèvent du pénal. En effet, le refus de transporter une vieille dame si elle ne verse pas 260 € en espèces constitue un vol sur personne vulnérable. Il est inadmissible de se contenter de demander à un malade lors de son arrivée à l'hôpital si son transport s'est bien passé.

Le président remercie le D^r Patrick PELLOUX pour son alerte, en attendant les résultats de l'analyse sur cette question qu'il juge gravissime.

La séance plénière est levée à 19 heures 30.