

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 9 MARS 2021

APPROUVÉ PAR LA CME DU 6 AVRIL 2021

Sommaire

1.	Informations du président de la CME	6
2.	Présentation du logiciel <i>Chronos</i> de gestion du temps de travail du personnel médical	9
3.	Présentation du projet médical du campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen – Grand-Paris Nord	14
4.	Échange sur le projet médical 2021-2025 de l'AP-HP	12
5.	Point sur la réanimation pédiatrique	23
6.	Approbation du compte rendu de la CME du 9 février 2021	25

CME du mardi 9 mars 2021

Salle des instances & visioconférence

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME
2. Présentation du logiciel *Chronos* de gestion du temps de travail du personnel médical (M. Olivier TRÉTON)
3. Présentation du projet médical du campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen – Grand-Paris Nord (P^{rs} Jean-Claude CAREL et Philippe RUSZNIEWSKI, MM. Vincent-Nicolas DELPECH et Jean-Baptiste HAGENMÜLLER)
4. Échange sur le projet médical 2021-2025 de l'AP-HP (P^{rs} Rémi SALOMON et Bahram BODAGHI)
5. Point sur la réanimation pédiatrique (P^r Frédéric BATTEUX)
6. Approbation du compte rendu de la CME du 9 février 2021
7. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	D ^r	Jean-François	HERMIEU
D ^r	Thomas	APARICIO	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
P ^r	Jean-Yves	ARTIGOU	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Elie	AZOULAY	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Frédéric	BATTEUX	P ^r	Véronique	LEBLOND
D ^r	Guy	BENOIT	P ^r	Michel	LEJOYEUX
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	P ^r	Rachel	LEVY
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Xavier	MARIETTE
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Rafik	MASMOUDI
D ^r	Donia	BOUZID	M.	Loic	MORVAN
M ^{me}	Leila	BOUZLafa	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	D ^r	Stefan	NERAAL
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	P ^r	Yann	PARC
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Alain	CARIOU	P ^r	Antoine	PELISSOLO
P ^r	Yves-Hervé	CASTIER	D ^r	Patrick	PELLOUX
D ^r	Cyril	CHARRON	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Jean-Damien	RICARD
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Nathalie	RICOME
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Thomas	SIMILOWSKI
P ^r	Jacques	DURANTEAU	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
D ^r	Thierry	FAILLOT	M ^{me}	Caroline	SUBERBIELLE
M.	Julien	FLOURIOT	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Samir	TINE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
D ^r	Michèle	GRANIER	M ^{me}	Karine	VIRETTE
Dr	Bruno	GREFF	D ^r	Noël	ZAHR
P ^r	Christian	GUY-COICHARD			

• ***Avec voix consultative :***

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

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- D^r Michèle GRANIER, présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France
- M^{me} Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'Île de France (ARS)
- M^{me} Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin responsable de la médecine du travail

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

- M^{me} Hélène OPPETIT et M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, MM. Pierre-Emmanuel LECERF et François CRÉMIEUX, directeurs généraux adjoints ;
- M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, directeur délégué – direction générale AP-HP
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, direction de la stratégie et de la transformation
- M^{me} Véronique DROUET et M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

- **Invités**

- M^{me} Pauline MAISANI, directrice de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard
- D^r Sophie BRUN, laboratoire de parasitologie-mycologie, hôpital Avicenne
- P^r Bruno CRESTANI, chef de service de pneumologie, hôpital Bichat-Claude-Bernard, représentant médical de site
- M. Vincent-Nicolas DELPECH, directeur du groupe hospitalo-universitaire APHP. Nord-Université de Paris

- **Secrétariat de la CME :**

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

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Fadi BDEOUI, Sébastien BEAUNE, Sadek BELOUCIF, Jacques BODDAERT, Sonia, CERCEAU-DELAPORTE, Nathalie CHARNAUX, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALES, Vianney DESCROIX, Margaux DUMONT, Mathilde DUVAL, Sophie GUILLAUME, Emelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Jean-Louis LAPLANCHE, Emmanuel MARTINOD, Salomé MASCARELL, Giovanna MELICA, Louis PUYBASSET, Clara SALINO, Bérénice SCHELL, Johanna SEKRI, Virginie SIGURET-DEPASSE et Michel VAUBOURDOLLE.

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

1. Informations du président de la CME

Accueil de nouveaux membres

Le président accueille le D^r Donia BOUZID, chef de clinique au service d'accueil des urgences (SAU) de Bichat. Le D^r Donia BOUZID siège dans le collège des hospitalo-universitaires (HU) temporaires et remplace le D^r Margaux DUMONT, chef de clinique aux urgences de la Pitié-Salpêtrière, devenue praticien hospitalier contractuel (PHC), ainsi que le D^r Johanna SEKRI, chef de clinique à Saint-Antoine, dont le contrat s'est terminé le 31 octobre 2020. Le D^r Donia BOUZID est la dernière suppléante de ce collège puisque les contrats de ses membres sont inférieurs à la mandature de la CME. À la fin du mandat du D^r Donia BOUZID, des élections seront à nouveau organisées pour ce collège.

Crise sanitaire et campagne de vaccination

Le président souligne l'accélération du nombre d'entrées en réanimation. Cette tendance était prévisible depuis le mois de janvier avec la circulation du variant anglais. À mesures égales de restriction des contacts, l'augmentation du nombre de contaminations était attendue. Si cette courbe devient exponentielle, il conviendra d'en tirer des enseignements.

Par ailleurs, la campagne de vaccination a commencé en janvier 2021 et est confrontée à diverses difficultés. Depuis le début du mois de février, tous les personnels soignants sont éligibles à la vaccination, quels que soient leur âge et leur condition physique. Cependant, trop peu d'entre eux sont candidats au vaccin. Selon les derniers chiffres, 41 % des médecins seraient vaccinés et 20 % des paramédicaux. Un effort de communication et de pédagogie doit donc se poursuivre pour engager tous les personnels à accepter la vaccination. Les médecins ont le devoir de passer du temps avec leurs équipes pour les convaincre de ses bienfaits. De son expérience professionnelle, il observe que le temps passé pour expliquer la vaccination produit ses effets car les personnels, pour la plupart, sont dans l'hésitation plus que dans le refus systématique. Quelques-uns sont certes très opposés à la vaccination mais pour la plupart, le fait d'échanger avec eux est une manière de lever les réticences et les doutes. Or, après avoir interrogé plusieurs responsables d'équipe, il sait que tous les médecins ne font pas cette démarche ou pas suffisamment. Même si ces discussions prennent du temps, cela est très utile.

Le directeur général, confirme que le nombre de patients en réanimation est élevé, quasiment au même niveau qu'au pic de la deuxième vague à 100 patients près. La semaine précédente, plusieurs jours de déséquilibre ont été observés entre les établissements de l'AP-HP et d'autres, principalement les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC). Ce déséquilibre est en voie de rétablissement (avec 42-43 % des patients en réanimation, taux ramené à 36,5 %) grâce à une réorientation des régulations. Le rythme d'entrée est très élevé. Sur les quatre derniers jours, les entrées en réanimation ont été de 85, 75, 138 et de 108 contre une moyenne de 75-80 entrées auparavant. Aucun élément ne laisse supposer que ce rythme se ralentira dans les prochains jours. De plus, les mesures de restriction de type confinement nécessitent 15 jours avant de produire des effets. Toutes les équipes sont mobilisées et les cellules de crise sont à la manœuvre pour gérer au jour le jour les ouvertures de lits et déprogrammations. Le niveau de déprogrammation oscille entre 20 et 40 % en moyenne depuis le début de la semaine alors qu'il variait entre 10 et 20 % la semaine passée. Le niveau de déprogrammation augmente assez vite dès qu'il faut ouvrir des lits supplémentaires et risque d'augmenter encore d'ici la fin de la semaine. Tous les éléments disponibles sont transmis aux autorités en vue de la réunion du conseil de défense qui se tient habituellement le mercredi afin d'aider à la décision, d'envisager les mesures de freinage et transferts inter-régionaux.

Depuis un mois, des tests salivaires sont utilisés dans l'exploration des clusters hospitaliers. Le nombre de contaminations de soignants est stable depuis quatre ou cinq semaines autour de 250 par semaine. Environ 3 500 dépistages sont effectués par semaine. S'y ajoutent environ 1 000 tests salivaires, permettant d'explorer les clusters avec un taux de réponse très élevé, ce qui est apprécié des équipes. Ces mesures continueront à monter en puissance.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ indique que 50 000 personnes ont reçu deux doses au 8 mars 2021, dont près de 20 000 personnels de l'AP-HP. Grâce à l'opération menée le week-end précédent, 13 000 nouvelles vaccinations ont eu lieu, soit au total 33 500 réalisées auprès des personnels AP-HP. Au 8 mars 2021, 34 % de la totalité des personnels de l'AP-HP sont vaccinés (42 % pour les personnels médicaux et 20 % pour les personnels paramédicaux) contre 30 % de personnels vaccinés le 3 mars.

Des débats ont certes eu lieu au sujet du vaccin *AstraZeneca*, parfois considéré comme un « sous-vaccin ». Cependant, une récente étude anglaise en population générale montre une bonne efficacité du vaccin, tout comme les premières informations décrivant l'effet de la vaccination sur la transmission du virus. Le nombre de vaccinations reprend donc une courbe ascendante grâce à une meilleure adhésion. La question est désormais de savoir si l'hôpital recevra toujours le vaccin *AstraZeneca* ou s'il sera réservé à la médecine de ville. Des enjeux portent aussi sur la disponibilité des vaccins ARN pour les filières de patients à très haut risque et grands immunodéprimés, front sur lequel il est noté une embellie avec une augmentation progressive des quantités livrées.

Le président ajoute que l'augmentation forte des entrées pourrait conduire à vite déprogrammer. Le niveau actuel s'approche du pic de la deuxième vague alors que le nombre d'entrées risque encore d'augmenter dans les deux à trois semaines à venir. Il est donc quasi-certain que le pic sera plus élevé que celui de la deuxième vague. Certains observateurs signalent que les patients sont désormais plus jeunes mais, plus sévères et que les durées de séjour en réanimation seront peut-être plus longues, mais ce point reste à confirmer. Ces données annoncent toutefois des jours extrêmement difficiles.

Il précise que ce sont les médecins qui doivent déprogrammer et non les patients eux-mêmes. L'enjeu de communication et de confiance est donc majeur. Des *clusters* et infections nosocomiales sont certes enregistrés à l'hôpital, et cela ajoute un argument de poids pour convaincre les soignants de se faire vacciner. Il apparaît que le vaccin *AstraZeneca* est aussi efficace que le vaccin *Pfizer*. Certes, les études publiées en décembre 2020 affichaient un taux d'efficacité de 65 % mais ce taux est aujourd'hui revu à la hausse et sur des populations plus étendues. Il rappelle que, pour contrer les effets secondaires, il est recommandé de prendre du paracétamol 500 mg dès l'injection, puis toutes les six heures pendant 48 heures. Enfin, au-delà de ces éléments factuels, le président invite aussi à rappeler aux personnels qui refusent la vaccination au nom de leur liberté individuelle que celle-ci s'arrête là où commence celle des autres. Rappeler cette évidence aux professionnels peut contribuer à leur faire changer d'avis. En outre, si une famille de patients se retourne vers l'Administration pour savoir si l'équipe en charge de leur parent malade est vaccinée, l'AP-HP serait en peine pour expliquer qu'elle ne l'est pas. L'ensemble de ces arguments doit donc permettre de convaincre. Ce travail doit être mené.

Le D^r Patrick PELLOUX se dit totalement consterné par la manière dont se déroule la campagne de vaccination sans cibler plus particulièrement l'AP-HP. Il pointe plutôt par son propos l'incohérence totale des décisions et des indications. Selon lui, ce qui a été observé ce week-end était « abracadabrantesque » avec des doses de vaccin *Pfizer* arrivées de nulle part pour abreuver des centres de vaccination pour des malades qui ne relevaient pas du vaccin à l'ARN messenger mais du vaccin *AstraZeneca*. Pendant ce temps, les établissements n'avaient que le vaccin *AstraZeneca* à administrer à leurs patients. En outre, il regrette l'ouverture de centres de vaccination par les

sapeurs-pompiers alors qu'en général ils refusent d'intervenir au prétexte qu'ils ont trop de travail sur la voie publique pour des sans domicile fixe en état d'ébriété aiguë. Il déplore amèrement ces incohérences et annonce que l'AP-HP aura à expliquer pourquoi des patients contaminés n'ont pas pu être vaccinés. Il ajoute qu'il propose régulièrement ses services à l'Hôtel-Dieu qui lui répond que l'établissement n'a plus besoin de médecins pour vacciner faute de certitudes sur le nombre de doses livrées. Il entend donc le satisfecit de l'institution mais il ne souhaite pas que l'AP-HP soit pointée comme responsable des incohérences nationales.

Le président comprend et partage cette colère. Il estime cependant nécessaire de veiller aux mots par lesquels les médecins expriment leur ressenti afin de ne pas être contre-productifs dans la lutte que, tous ensemble, ils mènent contre l'épidémie.

D' Patrick PELLOUX maintient qu'il existe un problème.

Le président estime que la priorité est de convaincre les paramédicaux dont le taux de vaccination doit passer de 20 % à 80 %, voire plus, car c'est aussi cette faible adhésion des personnels à la vaccination que la population ne comprend pas. Il regrette que la colère se dirige désormais vers les soignants. L'enjeu majeur est donc bel et bien de convaincre les paramédicaux.

Cyber-sécurité

Le président poursuit ensuite les points d'actualité en indiquant qu'un point sur la cybersécurité sera présenté lors de la CME du 6 avril prochain. C'est un sujet de forte actualité après plusieurs cyber-attaques contre des hôpitaux.

Plan global de financement pluriannuel

M. Didier FRANDJI rappelle que le dernier plan global de financement pluriannuel (PGFP) voté en 2020 prévoit une trajectoire ambitieuse en investissement avec des montants passant de 350 à 400 M€ de dépenses par an à plus de 600 M€ sur la période 2020-2028. Ces investissements couvrent notamment de grandes opérations comme l'hôpital Nord, Ambroise-Paré/Garches, etc. La trajectoire d'investissement s'établit actuellement à 5,2 Md€. Or, compte tenu des particularités de l'Île-de-France, avec le grand Paris et l'organisation des Jeux olympiques, les prix augmentent nettement, comme le montrent les chiffrages des candidats aux appels d'offres. Par ailleurs, de nouveaux besoins sont exprimés par les groupes hospitaliers, comme ceux de la chirurgie digestive de l'hôpital Cochin ou de la plate-forme de virologie à l'hôpital Henri-Mondor, et ces nouveaux besoins viennent s'ajouter aux dépenses prévisionnelles de 600 M€. D'autres projets pourraient s'adjoindre encore comme celui portant sur la rénovation des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et celui relatif à la politique du logement annoncée par le directeur général il y a un an et demi. Par conséquent, les opérations à mener sont plus nombreuses mais aussi plus chères. Face à ces dépenses, il est possible de mobiliser les recettes de la capacité d'autofinancement (CAF) et les moyens d'investissement de l'État, dits « reprise de la dette ». Ces mesures représentent un potentiel de 800 M€ sur lequel un combat collectif est à mener pour tenter d'en récupérer le maximum pour financer ces investissements supplémentaires. L'AP-HP sollicitera aussi ses partenaires, notamment la Région Île-de-France afin d'obtenir des subventions, en particulier pour la rénovation des IFSI. Une capacité d'autofinancement de 300 M€ par an était prévue sur le PGFP de 2020 mais ce niveau n'est pas atteint actuellement. De ce fait, l'AP-HP ne peut pas continuer à empiler les projets mais doit les séquencer ou faire des choix et ainsi redéfinir sa trajectoire. Ce travail sera à mener pour le mois de juin.

Le président confirme que le sujet est complexe mais très important c'est pourquoi il sera approfondi lors de la CME du 6 avril.

Politique d'intégrité scientifique

Le président indique que, dans le cadre de son consultanat, le P^r Nicolas DANCHIN, cardiologue à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), a été chargé d'une mission sur la politique d'intégrité scientifique à l'AP-HP. Cette politique a vocation à être conforme aux standards internationaux des grandes institutions académiques. Dans le cadre de cette mission, un comité d'intégrité scientifique sera constitué et la CME devra y être associée. Le moment venu, le P^r Nicolas DANCHIN viendra présenter l'état d'avancement de cette mission devant la CME et notamment les résultats du questionnaire lancé récemment.

Chirurgie pédiatrique

Lors du directoire du 2 mars 2021, un point a été fait sur la chirurgie pédiatrique. Lors de l'examen du projet médical, le président donnera la parole au P^r Sophie BRANCHEREAU à ce sujet.

Campagne de vaccination

Le directeur général souhaite répondre au D^r Patrick PELLOUX. Il ne pense pas qu'il y ait eu mésusage du vaccin *Pfizer* jusqu'à présent. À l'Hôtel-Dieu, sur une journée de 1 400 vaccinations, uniquement 50 vaccins *Pfizer* ont été administrés et ce, après requalification et dialogue médical en fonction de l'âge et de l'état de santé des candidats. À chaque fenêtre d'opportunité, l'accent a été mis sur la vaccination des patients et des soignants, de l'AP-HP et hors AP-HP, quitte à leur faire subir des accélérations, des stagnations et des réductions. Sans accepter ces conditions, le risque était d'obtenir moins de doses de vaccin. Au cours des quatre derniers jours, beaucoup de soignants, de proches de soignants entrant dans les indications et de patients ont été vaccinés avec le vaccin *AstraZeneca*. À date, il ne sait pas si l'AP-HP recevra les doses nécessaires pour honorer les rendez-vous à venir. Il faudra peut-être alors seulement revoir l'opportunité de réviser les conditions d'administration des vaccins *Pfizer* et *AstraZeneca* pour éviter de ne pas vacciner du tout.

Le président remercie tous ceux qui fournissent des efforts considérables et contribuent aux opérations de vaccination : soignants dans les services, équipes de direction, etc. Les responsables des centres de vaccination travaillent dans des conditions éprouvantes. Il indique que des doses de vaccin *AstraZeneca* et *Pfizer* seront livrées en plus grand nombre en avril. En attendant, les livraisons sont fluctuantes, ce qui peut conduire à ne pas disposer de suffisamment de doses.

D^r Patrick PELLOUX réitère son incompréhension.

Le président comprend cette colère et que l'on pourrait épiloguer longtemps sur la politique des vaccins qui pose un vrai problème en France et en Europe. Il estime toutefois que, aujourd'hui, la priorité de la communauté médicale est de convaincre les équipes. Certains parmi ceux qui refusent la vaccination aujourd'hui avancent ces mêmes arguments, mais d'autres tiennent aussi des propos plus proches de la mouvance « antivax » qu'il faut contrer.

Séance restreinte exceptionnelle de la CME

Le président indique enfin que la CME se réunira en formation restreinte (composition A) le 16 mars 2021 pour valider les candidatures aux emplois hospitalo-universitaires offerts à la mutation.

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

M. Olivier TRÉTON rappelle que le projet de mise en place du logiciel *Chronos* a été lancé il y a plus d'un an et demi. Aujourd'hui, tous les sites de l'AP-HP utilisent l'outil de suivi du temps de travail médical, *Medtime*, développé en interne et qui est propre à chaque site. Il permet de suivre les

obligations de service et les congés, mais présente aussi certaines limites que le nouveau logiciel *Chronos* entend dépasser.

Il existe aujourd'hui de manière imparfaite des tableaux prévisionnels de service. Or, *Chronos* simplifiera le processus administratif : la prise de congé et la déclaration des indisponibilités seront des fonctionnalités intégrées dans l'outil. De plus, il sera interfacé avec le logiciel de paie, ce qui limitera les ressaisies et donc les erreurs, notamment pour le paiement des éléments variables de paie et des gardes. Ce logiciel sera déployé sur l'ensemble de l'AP-HP : les 500 à 600 praticiens travaillant sur plusieurs sites avec plusieurs tableaux de service n'en auront plus qu'un, ce qui facilitera l'organisation de leur temps de travail. Si les chefs de service le souhaitent, *Chronos* permettra aussi de détailler plus finement l'organisation des services en multipliant les postes donnant ainsi une vision détaillée de l'organisation du travail. En revanche, *Chronos* ne se substitue pas aux prérogatives du chef de service et du directeur du département médico-universitaire (DMU) pour organiser l'activité médicale. Il ne propose pas un schéma-type d'organisation de service. Il ne se substitue pas non plus à la concertation à mener au sein des services pour déterminer les équilibres (nombre de gardes par personnes, validation des jours de congé, etc.)

Le logiciel *Chronos* est déployé aujourd'hui sur un site pilote : le groupe hospitalier Henri-Mondor. La mise en place de cette expérimentation a nécessité une phase de préparation et de formation des équipes administratives, responsables de planning et chefs de service entre septembre et décembre pour une mise en place en janvier 2021. Les dernières corrections de paramétrage s'achèvent en vue d'un déploiement généralisé toute l'AP-HP le 1^{er} janvier 2022. Une phase de paramétrage sera conduite avant ce déploiement avec l'intervention des équipes administratives, avant de lancer une phase de préparation avec les praticiens fin 2021. Des plaquettes seront distribuées aux utilisateurs pour préciser le mode d'emploi de ce nouvel outil.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si cet outil permettra un paiement des gardes, des astreintes et des heures supplémentaires au mois le mois.

M. Olivier TRÉTON explique que *Chronos* permettra d'éviter les erreurs de saisie qui pouvaient parfois conduire à un paiement deux mois plus tard, au lieu d'un paiement le mois suivant. En revanche, il ne va pas modifier le décompte réglementaire du temps de travail additionnel au quadrimestre.

Le D^r Éric LE BIHAN souhaite savoir comment l'outil intègre la limite des 48 heures travaillées hebdomadaires pour les praticiens hospitaliers.

M. Olivier TRÉTON souligne que, pour les praticiens en temps discontinu et à la demi-journée, les données réglementaires actuelles sont appliquées avec un décompte à la demi-journée. Le dépassement du temps est comptabilisé après plus de 10 demi-journées hebdomadaires sur le cycle du quadrimestre. Le logiciel n'est pas relié à des pointeuses et paramétré pour calculer la limite de 48 heures hebdomadaires.

Le D^r Éric LE BIHAN souligne que certaines disciplines au-delà de la médecine d'urgence, sont également en temps continu et beaucoup de praticiens font des gardes. L'article 6152-27 du code de santé publique définit le service hebdomadaire à 10 demi-journées sans que la durée de travail puisse excéder 48 heures par semaine. L'AP-HP doit donc respecter la loi. La cour de justice européenne a déjà condamné l'Espagne au sujet du décompte du temps de travail. Le respect des 48 heures par semaine est un sujet central pour les spécialités à garde d'autant que beaucoup de praticiens en effectuent jusqu'à leur retraite.

Le D^r Rafik MASMOURI souhaitait poser la même question relative à la possibilité que le nouvel outil suive le décompte horaire. Il demande également quand les 39 heures seront respectées aux urgences.

M. Julien FLOURIOT souhaite savoir si *Chronos* concerne les internes et si ces derniers rempliront eux-mêmes leur tableau de service.

M. Olivier TRÉTON confirme que *Chronos* concerne également les internes. Leurs demi-journées seront pré-positionnées pour tout le semestre, puis le responsable de planning ou le chef de service validera le temps effectué. Pour ce qui concerne la prise en compte des 48 heures, il n'appartient pas à l'AP-HP de définir les bornes horaires d'une demi-journée. Le logiciel a donc été paramétré avec les données réglementaires telles qu'elles existent pour tous les établissements de santé. Cependant, si la réglementation évolue, notamment sur le temps de travail des urgentistes, le logiciel *Chronos* sera re-paramétré en conséquence puisqu'il ne créera spontanément d'aménagements de la réglementation.

Le D^r Éric LE BIHAN rappelle toutefois que la loi est très claire en posant le principe de 10 demi-journées dans la limite de 48 heures hebdomadaires. Il n'est donc pas possible d'affirmer que la loi ne garantit pas ce droit. Ce texte existe depuis des années et doit être appliqué. Il ne peut pas être demandé à des praticiens qui ont réalisé deux gardes de 24 heures dans la semaine de travailler encore une journée supplémentaire dans la même semaine.

M. Olivier TRÉTON ne peut pas aller plus loin dans sa réponse.

Le D^r Éric LE BIHAN invite à relire la loi. Le nouveau logiciel est paramétrable à souhaits et doit donc pouvoir prendre en compte ces dispositions, en fixant par exemple la demi-journée à 5 heures en journée et à 7 heures la nuit de manière à reconnaître le temps effectué en garde.

M. Olivier TRÉTON signale que la définition des bornes horaires de la demi-journée est un sujet qui a été soulevé au niveau national mais qui n'a pas été tranché. Lors des concertations menées dans le cadre du Ségur, ces demandes ont été reformulées mais aucune indication n'a été donnée pour adapter le paramétrage du logiciel sur la base de règles précises. La mise en place d'un logiciel n'est pas le point de départ de changements aussi importants et ne peut pas définir le temps de travail du personnel médical. De plus, à sa connaissance, la règle des 48 heures n'est suivie en France pour aucune catégorie de personnel au forfait qui bénéficie en contrepartie de 19 jours de réduction du temps de travail (RTT). C'est une donnée de la réglementation française. Cependant, si celle-ci évolue, cette modification sera intégrée au logiciel *Chronos*.

Le D^r Éric LE BIHAN demande clairement l'application des dispositions de l'article R6152-27 du code de santé publique concernant le temps de travail des praticiens hospitaliers (PH), soit 10 demi-journées dans la limite de 48 heures hebdomadaires. Il n'accepte pas d'entendre que les 48 heures hebdomadaires ne s'appliquent pas en France.

Le président indique que cette prise de position sera bien actée au compte rendu.

Le D^r Éric LE BIHAN estime pourtant que la loi est parfaitement claire. Il ne comprend donc pas le manque de clarté avancé en séance. Par ailleurs, il rappelle que les praticiens qui effectuent des gardes jugent ces contraintes insupportables.

Le P^r Antoine PELISSOLO souhaite que les secrétaires puissent avoir accès au logiciel afin d'aider les chefs de service, notamment sur le suivi des gardes et leur actualisation. En effet, ces opérations représentent une charge administrative importante.

M. Olivier TRÉTON confirme que cet accès est prévu mais la validation reste au niveau médical.

Le P^r Yann PARC trouve ce débat anachronique. Lui-même ne compte pas son temps et estime qu'en tant que médecin, on aime son métier. Compter ses heures lui fait donc peur car il n'est pas possible de prodiguer correctement des soins dans une telle philosophie.

Le directeur général souhaite par ailleurs préciser que l'article du code qui a été cité doit être lu dans son intégralité car cet article ajoute que la durée est calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Cet élément est à prendre en compte.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle avoir participé au décompte en temps continu des urgentistes en 2014. À l'époque, le ministère avait proposé de calquer l'accord obtenu sur les autres métiers, notamment sur les métiers à garde. Le même principe a été posé pour la majoration du décompte du temps de travail de nuit lors du « Ségur » en juin, mais ce sont les syndicats de PH qui ont refusé cette avancée.

Le président prend note des remarques soulevées par ce sujet et propose d'y revenir prochainement.

3. Présentation du projet médical du campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen – Grand-Paris Nord (P^{rs} Jean-Claude CAREL et Philippe RUSZNIEWSKI, MM. Vincent-Nicolas DELPECH et Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, M^{me} Pauline MAISANI)

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER annonce tout d'abord que le concours de maîtrise d'œuvre pour la conception du futur grand hôpital à Saint-Ouen, lancé en juillet 2019, a abouti cette semaine à un avis unanime du jury en faveur du projet du groupement dont *Renzo Piano building workshop* est le mandataire, associé à *Brunet Saunier Architectes, Ingerop Conseil et Ingénierie* et *SLETEC Ingénierie*. Le cabinet *Brunet Saunier Architectes* est celui qui réalise le projet de Lariboisière. Cela va permettre d'engager les négociations entre l'AP-HP et cette équipe sur les termes du marché.

Le campus hospitalo-universitaire de Saint-Ouen qui sera construit, regroupera les activités médico-chirurgicales des hôpitaux Bichat et Beaujon et les activités de formation et de recherche des unités de formation et de recherche (UFR) de la faculté de santé d'Université de Paris (médecine et odontologie), actuellement situées à Villemin, Bichat, Garancière et Montrouge. Le projet est d'une superficie de 7 hectares au cœur de Saint-Ouen pour un investissement de près d'un milliard d'euros pour l'hôpital et d'un peu moins de 400 M€ pour l'université.

Ce projet est piloté, depuis quelques années, de manière plus étroite avec les partenaires de l'université. Un comité des maîtres d'ouvrage a été constitué et vise à ce que le campus soit une réalité avec des procédures communes.

Le programme intègre deux projets complémentaires installés sur deux parcelles situées de part et d'autre de la voie ferrée, mais il est essentiel que ces deux projets soient cohérents sur le plan architectural. Les deux bâtiments seront reliés par une passerelle, qui fait partie du concours architectural de l'hôpital, et sur laquelle des garanties de réalisation dans de bonnes conditions ont été obtenues. Les deux parties respectent le même cahier des charges urbain et paysager afin de favoriser la cohérence, même si deux maîtrises d'œuvre différentes qui seront à la manœuvre.

Ce campus a aussi pour ambition de produire un effet de levier sur l'écosystème économique et en matière de recherche et d'innovation. Pour rappel, Saint-Ouen est une ville dont 30 % de la surface est en cours de reconstruction-réhabilitation depuis une dizaine d'années et encore pour quinze ans à venir. Tout un territoire industriel a disparu et donne lieu à la naissance de nouveaux quartiers d'habitation et à de nouvelles zones d'emploi.

Le campus intégrera un plateau technique d'excellence. Le capacitaire autorisé dans le cadre du projet est de 1 073 lits et places. Le programme de l'hôpital Nord a été validé en 2016 après de nombreuses études, et a fait l'objet d'une relecture compte-tenu du bilan de la crise COVID. Il

proposera des unités d'hospitalisation conventionnelle de 28 à 32 lits (avec 4 chambres dédoublables). Un fonctionnement par plateaux sera mis en place pour permettre des regroupements par nature d'activités. L'objectif est que ces plateaux soient évolutifs en fonction des besoins. Il est prévu également que les bureaux médicaux (hors secteur chaud) et administratifs soient centralisés et en *open spaces* mais ce point suscite encore des débats. La logistique sera robotisée et mutualisée en tenant compte du bilan actuel qu'on peut faire de ces solutions.

Il s'appuie enfin sur une forte évolutivité du bâtiment, demande encore renforcée par la crise sanitaire, pour que l'hôpital puisse se renouveler tout au long de son existence. Cette capacité d'adaptation à long terme aussi bien qu'en réaction à une crise a été appréciée dans les propositions des architectes.

Le calendrier conduira à notifier après l'été, le contrat liant l'AP-HP en tant que maître d'œuvre au lauréat. Les travaux de construction s'échelonnent entre 2024 et 2028. D'ici là, le terrain, actuellement occupé par l'usine PSA, devra être préparé et dépollué. Le concours architectural pour l'université est publié depuis le 8 mars 2021. L'objectif est que le campus puisse ouvrir en 2028.

Le P^r Bruno CRESTANI rappelle que le nouveau campus regroupera les activités des hôpitaux Bichat et Beaujon, ce qui conduit à revoir le projet médical qui se décline autour d'axes thématiques avec un axe universitaire important (digestif, cœur/thorax/vaisseaux, maladies de systèmes/maladies infectieuses, périnatalité) et d'axes transversaux répondant à des besoins de la population (urgences/soins aigus/trauma center, soins de proximité spécialisés, cancérologie, transplantation). La transplantation sur le nouveau campus concernera divers organes, dont certains sont encore en discussion. La réflexion sur la cancérologie cible essentiellement la cancérologie d'organes, mais la réflexion n'est pas encore achevée. L'hôpital Nord accueillera des soins de proximité spécialisés puisque le campus sera installé dans un bassin de population sous-doté en moyens de santé, notamment en médecine spécialisée. Il devra donc rendre service à la population. Enfin, cet hôpital sera assis sur un service d'accueil des urgences (SAU) puisque de nombreux patients ont besoin d'une prise en charge aiguë. Le *trauma center*, actuellement localisé à l'hôpital Beaujon, a vocation à rejoindre le campus Nord.

Le projet médical a été discuté en 2016 et a besoin d'être réactualisé. Pour cela, il a été demandé que des porteurs d'axes médicaux relisent la version de 2016 pour réévaluer la pertinence des questions posées et leur visibilité à dix ans. À l'issue de cet exercice, les retours des relecteurs portent notamment sur le capacitaire, en particulier sur les thèmes thorax/vaisseaux, digestif et infectieux. Le futur campus Nord entraîne en effet une diminution de 300 lits d'hospitalisation conventionnelle.

M^{me} Pauline MAISANI souligne que le campus Nord offre 1 073 lits et places. 90 lits supplémentaires ont été obtenus après la crise Covid. Une partie de ces lits est déjà fléchée avec 156 lits de soins critiques, 46 lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dont des lits de psychiatrie et d'urgence, 42 lits d'obstétrique, 12 lits de néonatalogie et 173 places d'hôpital de jour. En revanche, les 644 lits de médecine et chirurgie ne sont pas encore ventilés.

Ces 1 073 lits et places sont en cohérence avec 110 000 passages par an aux urgences, 18 000 passages aux urgences gynécologiques et obstétriques, 350 000 consultations, 150 000 explorations et 3 000 accouchements.

Le nombre de place d'hôpitaux de jour passera de 130 actuellement à 173, celui de lits de soins critiques de 134 à 156 tandis que le nombre de lits de médecine, chirurgie et obstétrique diminuera passant de 1 049 à 744. Dans une première version, ce capacitaire devait être de 660,

mais la crise COVID a conduit à obtenir un financement supplémentaire de 70 M€ qui permettra d'augmenter le capacitaire de trois unités supplémentaires. 150 lits d'hôtel hospitalier seront également mis à disposition sans figurer pour autant dans le capacitaire.

Un travail est aussi engagé afin de pouvoir utiliser un site complémentaire. Le projet initial prévoyait de garder le site de Claude-Bernard pour y installer des activités ambulatoires et de soins de suite et de réadaptation (SSR) mais sa localisation doit encore être investiguée.

La communauté médicale a été mobilisée pour relire le projet médical et se le réapproprier. L'actualisation du projet médical associe aussi la direction des finances et la direction de la stratégie et de la transformation pour poser des hypothèses de dimensionnement par service en tenant compte de données territoriales, dont la précarité de la population, l'évolution démographique du territoire et les *bed blockers*. Tous ces éléments sont analysés dans le cadre de la stratégie médicale institutionnelle et insérés dans le projet médical du GHU Nord, en lien avec les partenaires comme l'hôpital Delafontaine, l'hôpital Goüin, ou la fondation Roguet.

Des rencontres seront programmées avec les services cliniques des hôpitaux Bichat et Beaujon pour travailler sur la déclinaison du capacitaire et discuter du site annexe. L'objectif est de partager la déclinaison capacitaire et d'aboutir à une vision stabilisée pour être en capacité de contractualiser avec la maîtrise d'œuvre.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER indique que le jury du concours a porté son choix sur le projet porté par l'équipe *Renzo Piano* associé au cabinet *Brunet Saunier* car ce projet apporte une bonne réponse aux besoins dans ses différents compartiments. Il propose également une capacité d'évolutivité du bâtiment avec une trame régulière et de grands plateaux, ce qui préserve le plus la capacité de transformation pour le futur. Il a été choisi aussi pour la qualité de l'architecture qui est très lisible par rapport à l'identification de l'hôpital.

L'insertion de ce bâtiment dans la ville a également été saluée, notamment par le maire de Saint-Ouen, membre du jury, qui souhaitait que ce grand bâtiment permette d'améliorer la qualité du centre-ville. À ce titre, le projet est ambitieux en termes de végétalisation et de développement durable et le lauréat apporte une réponse très visible avec la création d'une « forêt urbaine », qui est une plantation en pleine terre de grands arbres qui bénéficiera aux usagers de l'hôpital tout en facilitant l'insertion du projet dans le tissu urbain. Le jury s'est exprimé unanimement pour ce projet. Ce choix est l'aboutissement de six mois de travail d'analyse et de la mobilisation de plus de 200 professionnels de Bichat et Beaujon. Il sera rendu hommage à tous les contributeurs au projet, notamment *via* la newsletter du campus qui s'appuiera sur leurs témoignages. Cette étape est donc un aboutissement et un lancement puisque la réflexion doit se poursuivre sur le capacitaire. De nombreuses itérations sont désormais prévues avec l'équipe de maîtrise d'œuvre dans les prochains mois.

Par ailleurs, l'université a rattrapé l'hôpital après avoir rencontré des difficultés pour la formalisation de son propre projet. Elle ne lancera pas un concours d'architecture classique mais un marché global de performance qui permettra d'aboutir rapidement à la sélection de trois candidats qui seront des groupements incluant l'architecte et le bâtisseur. L'AP-HP n'a pas fait ce même choix puisqu'elle a choisi l'architecte tandis que les constructeurs seront sélectionnés ultérieurement. L'université entend commencer à travailler avec les trois groupements choisis à partir de la fin du mois de juin 2021.

L'AP-HP a signé la promesse de vente avec PSA le 15 décembre 2020 pour récupérer le terrain à l'automne 2021. L'université, quant à elle, est concernée par plusieurs propriétaires et avance sur les acquisitions. L'université a aussi tiré un bilan de la crise sanitaire et a souligné les synergies importantes entre l'hôpital et l'université en matière de projets de recherche et, par ailleurs, acte

l'ouverture d'un institut des maladies émergentes ainsi que le renforcement du pôle vie étudiante avec le centre régional des œuvres universitaires et scolaires (Crous).

Le P^r Jean-Claude CAREL rappelle que le projet actuel s'appuie sur un historique important, le terrain a par exemple évolué au fil du temps, aussi la désignation de l'architecte est une étape très stimulante. Le dimensionnement du campus est en débat et il faudra trouver un moyen pour résoudre cette équation compliquée, sans passion ni débordement excessif. Des idées ont été esquissées mais il faut rester prudent face aux fausses pistes. C'est peut-être le cas de la fluidification des parcours avec la volonté de rendre disponibles les examens complémentaires dans le quart d'heure alors qu'il faut aujourd'hui plusieurs jours pour les obtenir. Cette fluidification est attendue, mais les hypothèses de travail ne peuvent pas s'appuyer sur ces éléments qui ne correspondent pas à la réalité. En revanche, d'autres axes peuvent être travaillés comme la question de l'aval et des soins de suite et de réadaptation (SSR). Par ailleurs, toutes les évolutions qui seront proposées au projet devront être présentées de manière transparente aux équipes et sans diminution de l'offre de soins globale face aux besoins de la population.

M. Vincent-Nicolas DELPECH indique que c'est un projet ancien, comme cela a été rappelé dans la présentation, qui a connu une pause de quelques années. La journée de jury a été très enthousiasmante, en présence de représentants de toute la communauté y compris de représentants des usagers. Désormais, c'est une nouvelle étape qui s'ouvre et pendant laquelle beaucoup de travail reste à mener, notamment sur la question du capacitaire. L'engagement et l'enthousiasme des 200 personnes ayant participé aux commissions techniques doivent permettre d'entrer dans cette nouvelle étape de manière positive.

Le président remercie les porteurs du projet pour cette présentation complète et ouvre le débat.

M^{me} Leïla BOUZLafa souhaite savoir s'il est projeté d'installer sur le campus un internat ou des logements pour les étudiants. Cette possibilité jouerait un rôle dans l'attractivité du campus pour les internes.

Le D^r Christophe TRIVALLE note que le nouvel hôpital sera à proximité du métro Garibaldi, c'est-à-dire à 850 mètres de l'hôpital Bichat. Aussi cet hôpital drainera la population qui hier se rendait à Bichat mais aussi une nouvelle population en provenance de Seine-Saint-Denis. Concernant le capacitaire, il observe que le projet a conduit à réduire le capacitaire de Bichat et Beaujon de 300 lits, avant de rajouter 100 lits. Cependant, il entend que des lits complémentaires pourraient être localisés à Claude-Bernard, à hauteur de 200 lits. Par ailleurs, une organisation en *open space* pose question, notamment dans le contexte actuel de crise.

Le P^r Xavier MARIETTE constate que le projet conduit à diminuer la capacité de 200 lits alors que l'hôpital sera situé dans le département le plus pauvre de France. Il souhaite donc savoir si les communautés médicale et soignante de Bichat et Beaujon sont d'accord avec cette réduction. Il constate par ailleurs que les unités comporteront de 28 à 32 lits et demande si cette fourchette sous-entend que le ratio d'infirmière doit être de 14 à 16 patients par infirmier. Si tel est le cas, il pense que ce n'est pas une bonne manière de s'occuper des patients.

Le D^r François SALACHAS souligne que le projet se base sur les attendus du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) et sur l'acceptation d'une diminution du capacitaire. Le projet a été élaboré sur la base d'un taux d'occupation des lits de 85-95 %. Or, de l'avis de tous les médecins, c'est incompatible avec l'accueil de patients en provenance des urgences. Le projet se base aussi sur un plan d'efficience, c'est-à-dire que la durée moyenne de séjour qui est de 6 jours à Bichat-Beaujon devrait être ramenée à 4 jours. Lors du conseil extraordinaire de la Ville de Paris, M. Martin HIRSCH a annoncé

aux élus que le débat n'était pas clos sur le capacitaire. Il souhaite donc savoir quelle ligne sera défendue vis-à-vis des tutelles au sujet du capacitaire de cet hôpital.

Le D^r Patrick PELLOUX salue le travail mené et rappelle qu'il existait un besoin d'installer l'AP-HP dans le département le plus peuplé, c'est-à-dire en Seine-Saint-Denis qui est aussi l'un des départements les plus pauvres de France. De ce point de vue, ce projet s'inscrit dans l'histoire de l'AP-HP. En revanche, il pense qu'abandonner les deux sites de Bichat et Beaujon est une erreur car, avec la crise actuelle, il apparaît important de préserver la proximité. Le capacitaire est aussi essentiel car, à l'aune d'une crise sociale colossale, personne ne peut dire comment l'AP-HP sera impactée puisque ce ne sont évidemment pas les établissements privés qui seront en première ligne face à la pauvreté. Il souhaite par ailleurs savoir si la neurochirurgie est incluse dans le trauma-center et s'il existe un projet sur la neurologie. Il constate que le dimensionnement du projet s'appuie sur 110 000 passages aux urgences par an. Cependant, les urgences raisonnent en fonction des besoins journaliers en lits. Aussi, il faudra 30-35 lits par jour pour assurer l'aval des urgences, avec un bon tiers de traumatologie et de chirurgie. Enfin, il souligne que les passages aux urgences dépassant 60 000/70 000 deviennent vite ingérables comme le démontrent les services d'urgences parisiens. Les grands centres mis en place aux États-Unis n'ont d'ailleurs pas atteint leurs objectifs et ont été remplacés par des centres de proximité. Il conviendrait donc de conserver une structure en complément du campus Nord, à Bichat ou Beaujon.

Le P^r Bruno CRESTANI souligne que les médecins ne sont pas favorables à une réduction du capacitaire. Certains médecins ont même signé une lettre ouverte adressée au ministre de la santé à ce sujet. La communauté médicale est capable d'entendre qu'il puisse y avoir des remaniements, des modifications et des modernisations mais une réduction du capacitaire de 30 % est incomprise. De plus, en l'état, elle suppose forcément une modification du projet médical. La question qui se posera sera de savoir qui rejoindra le nouveau campus et quelles équipes en seront écartées.

Le P^r Jean-Claude CAREL indique que la fluidification des SSR pour diminuer les durées de séjour et la mise en place d'un vrai aval en SSR pour libérer des lits reste un projet à construire. L'enjeu majeur sera de réfléchir au périmètre des équipes qui rejoindront le nouvel ensemble pour libérer les capacités d'aval du SAU et éviter son engorgement.

Le directeur général souligne que la question du capacitaire a été reposée en mai-juin 2020 avec la communauté médicale et ses représentants. Si ce capacitaire avait été totalement revu, alors il aurait fallu rendre le terrain que l'on vient d'acquérir et reprendre le projet à zéro. L'option retenue est donc de rechercher d'autres marges de manœuvre. Certes, la communauté ne se réjouit pas de la baisse du capacitaire mais elle a retenu l'adage « *un tient vaut mieux que deux tu l'auras* » en repartant du terrain et du projet actuel. En mai-juin, trois unités supplémentaires ont par ailleurs été ajoutées.

Il faudra donc jouer sur plusieurs leviers. Premièrement, le projet retenu intègre le mieux les possibles extensions, notamment sur le toit dont une partie des 4 hectares pourra être utilisée au besoin. Deuxièmement, il est prévu de conserver une implantation sur le site Bichat Claude-Bernard. Initialement, le projet était d'y installer un centre ambulatoire pour libérer le flux d'urgences vers l'hôpital Nord et une capacité de SSR, notamment liée à l'opération Fernand-Widal. Depuis mai-juin 2020, une réflexion est menée pour déterminer s'il est possible d'acquérir la parcelle adjacente (dite Victor-Hugo) et de disposer ainsi d'une réserve foncière. Troisièmement, et dans l'attente de l'ouverture de ce site, il convient de se pencher sur l'offre de soins actuelle, non seulement dans l'hôpital mais aussi en médecine libérale, notamment dans les centres de santé, pour pouvoir la densifier en Seine-Saint-Denis. Quatrièmement, il reste possible d'augmenter les synergies avec les hôpitaux Louis-Mourier et Avicenne. Des discussions sont déjà

ouvertes avec les hôpitaux hors AP-HP mais toutes ces discussions doivent être renforcées pour déterminer si certaines activités pourraient être proposées dans ces hôpitaux plutôt qu'au sein de l'hôpital Nord. Enfin, les ratios de personnels en lien avec des durées de séjour exigeantes sont aussi des sujets à retravailler.

La réponse à apporter ne se résume donc pas strictement au nombre de lits, même s'il n'est pas exclu de faire évoluer ce nombre dès lors que l'ensemble du projet n'est pas remis en question. En effet, force est de reconnaître que le projet présente des atouts indéniables, notamment car l'hôpital Nord sera en centre-ville et bénéficiera d'une desserte très importante (lignes 13 et 14 du métro et RER C) ce qui est un facteur d'attractivité pour le personnel comme pour les patients. On ne souhaite pas troquer cet emplacement contre un terrain moins bien desservi. Le maître d'œuvre offre des marges de manœuvre adaptées grâce au travail mené par les équipes médicales, soignantes et techniques pour discriminer les différents projets présentés. Des élus soutiennent le projet et appuient le fait de développer l'offre de soins sur le territoire en dehors de l'hôpital. On espère également que la possibilité d'avoir une extension foncière pourra se concrétiser dans les prochains mois.

Pour ce qui concerne le projet médical, le Directeur général invite à regarder l'ensemble de ses dimensions dans la mesure où cela permet de le faire vivre à long terme : il portera ainsi la question du foncier, l'évolutivité et la cohérence du projet, les complémentarités avec les autres hôpitaux et le développement de l'offre des soins avec la médecine de ville et les centres de santé. En revanche, il ne soutiendra pas un projet qui ne porterait que sur l'évolution du capacitaire.

Le président ajoute que des arbitrages seront nécessaires car toutes les équipes ne pourront pas intégrer le nouvel hôpital. Le territoire incluant la médecine de ville et les autres hôpitaux du bassin aura également son importance dans la réflexion.

Le D^r Michèle GRANIER souhaite savoir à quel moment la réflexion englobera les partenaires hospitaliers situés à proximité du campus. Elle invite ici à mener une réflexion en amont plutôt qu'une fois le capacitaire figé. Elle suggère aussi de mener la réflexion en fonction de l'évolution de la démographie médicale et des partenaires.

M^{me} Pauline MAISANI répond que la première étape à franchir était celle de la réappropriation du projet par les équipes de Bichat et Beaujon. Cependant, il va de soi que la réflexion doit cibler aussi les partenaires de ville et hospitaliers. Des contacts ont déjà été pris avec les hôpitaux Avicenne et Delafontaine. Des liens très étroits, que la crise a encore renforcés, sont aussi tissés avec les partenaires de ville et les SSR. Ces discussions seront approfondies en parallèle de la stabilisation du projet médical et en veillant à la cohérence hospitalo-universitaire.

Le directeur général souligne que les quatre à cinq mois qui viennent seront cruciaux pour articuler le projet médical avec la programmation et la nature du marché, qui devront être terminées en septembre 2021. Les discussions avec les établissements alentour est donc essentielle (Louis-Mourier, Avicenne, Lariboisière, Delafontaine).

M. Julien FLOURIOT s'interroge sur la continuité des soins psychiatriques. Des médecins du GHU Paris Neurosciences interviennent au SAU de Bichat. Il souhaite donc savoir ce qu'il en sera lorsqu'il aura déménagé. Il invite aussi à prendre attache avec les hôpitaux de santé mentale qui s'occupent des secteurs aux alentours du futur projet, comme Roger-Prévot et Ville-Évrard.

Le P^r Bruno CRESTANI souligne que ce dossier fait partie des réflexions. Le P^r Michel LEJOYEUX est étroitement associé à la réflexion. Il a aussi demandé à disposer de lits dans le futur hôpital.

Le D^r Jean-François HERMIEU s'enquiert des règles pressenties de répartition des lits entre les services dans la future structure. Il demande si l'objectif est de diminuer la taille de tous les

services d'un même pourcentage ou si l'option est de sacrifier certaines spécialités. Le projet soulève des inquiétudes au sein des équipes. Il souhaite savoir s'il existera toujours des services dans le nouvel hôpital, tout en rappelant que le « Ségur de la santé » les a mis en avant, ou si l'option sera plutôt de mettre en place des structures du type hôpital de jour, hôpital de semaine, etc. Il souligne enfin l'hostilité des équipes aux *open spaces*.

Le P^r Bruno CRESTANI indique qu'aucune règle de trois, uniforme, ne sera appliquée uniformément à l'ensemble des spécialités. Il a été annoncé que la gouvernance rencontrerait les chefs de service pour identifier les besoins et les perspectives potentielles. Un travail difficile sera ensuite à mener. Il estime que toutes les spécialités ne pourront pas aller au campus Nord, mais ces décisions ne seront pas prises localement mais à l'échelle de l'AP-HP, voire de la région.

Le P^r Jean-Claude CAREL précise que la question des *open spaces* est abordée de manière récurrente mais le cahier des charges initial a été établi avant le COVID. La réticence initiale se transforme en rejet absolu mais cette question fait partie des éléments du projet qui seront revus.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que ce projet a été annoncé en 2013 et subit enfin un coup d'accélérateur avec le choix du projet architectural. Il espère que les retards ne vont pas s'accumuler. Le coût du projet a également subi une inflation par rapport à sa première estimation, qui était de l'ordre de 800 M€ contre un milliard d'euro annoncé aujourd'hui. Il souhaite également revenir sur la question des *open spaces*. Pour assurer une bonne qualité de vie au travail et l'attractivité de l'hôpital pour les médecins et pour le personnel administratif, il faut absolument éviter les *open spaces*. Il ne sait pas ce qui a justifié cette option, si ce n'est un rationnel économique avec une réduction des mètres carrés. Il espère que ce projet sera abandonné car ce choix dégrade inévitablement la qualité du travail.

Le directeur général se félicite du choix convergent des participants au projet. Il rappelle que l'hôpital Beaujon a rendu de grands services pendant près d'un siècle tandis que l'hôpital Bichat a été mal conçu il y a quasiment 50 ans. Un incendie a eu lieu cette nuit à Saint-Louis et rappelle que d'autres accidents pourraient avoir lieu ailleurs, notamment à Bichat où la sécurité incendie pose question malgré la présence des pompiers sur place. La perspective de régler cette question est extrêmement positive. L'objectif sera également de travailler collectivement pour éviter de « parachuter » un projet. La communauté a le devoir de profiter de cette opportunité pour créer un hôpital dont tout le monde sera fier. Il confirme ne pas avoir répondu précisément à la question du P^r Xavier MARIETTE mais les éléments de densité en personnel feront partie des points à travailler. Les remarques constructives des uns et des autres seront prises en compte pour en faire le meilleur projet possible. Il prend le pari que l'hôpital Nord sera un élément de fierté après son ouverture, pas la première année d'ouverture ni la seconde mais plus vite que pour l'hôpital européen Georges-Pompidou, dès lors que toutes les parties tireront profit des sept années qui séparent aujourd'hui et l'ouverture.

Le président reconnaît que la question des ratios est une question importante qu'il faudra traiter. Les mois à venir seront denses en réflexion et permettront de revenir sur le projet de l'hôpital Nord rapidement.

4. Échange sur le projet médical 2021-2025 de l'AP-HP (P^{rs} Rémi SALOMON et Bahram BODAGHI)

Le président rappelle tout d'abord que le projet médical est la base du projet d'établissement. La réglementation précise que le président de la CME coordonne la politique médicale et élabore le projet médical conjointement avec le directeur général. Le directoire approuve le projet médical qui est établi pour cinq ans mais peut être modifié par voie d'avenant. Ce projet comprend notamment les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional de santé, les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les objectifs en matière de

recherche et de démarches innovantes, l'organisation des moyens médicaux et un volet relatif à l'activité palliative.

Après la présente présentation en CME, le projet sera présenté au comité technique d'établissement central (CTEC) du 11 mars, au directoire le 16 mars, à la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) le 18 mars et à la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) le 25 mars. Enfin, l'avis de la CME sera demandé lors de sa séance du 6 avril. Le projet sera également transmis aux collégiales puisqu'il a été construit à partir de leurs contributions.

Le projet médical comprend deux parties. La première partie concerne le CHU dans la région, l'attractivité des carrières médicales, les grands axes médicaux stratégiques et le projet recherche, qui n'est pas encore finalisé. La deuxième partie inclura le programme d'action pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU), les grands projets médicaux des groupements hospitaliers universitaires (GHU) et les fiches des collégiales qui seront homogénéisées pour être publiées sur le site de la CME.

Le premier chapitre évoque le CHU dans la région Île-de-France. Il pose quatre grands principes : non-concurrence entre les hôpitaux publics mais complémentarité, la non-concurrence entre les GHU de l'AP-HP mais principe de la solidarité, partenariats avec les ÉSPIC sur la base de projets médicaux cohérents et maillage ville-hôpital autour de chaque site hospitalier. Des partenariats seront noués avec les établissements publics de santé (définition concertée des niveaux d'intervention, postes d'assistants partagés, recherche), avec les ÉSPIC (actualisation des conventions hospitalo-universitaires, et avec la médecine de ville (maillage de proximité, assistants partagés, téléconsultation...)

Le deuxième chapitre porte sur l'attractivité des carrières médicales et la fidélisation des personnels. L'enjeu est triple : répondre aux besoins de la population et favoriser l'égal accès aux soins, assurer l'avenir du service public hospitalier francilien, former les futurs médecins. Les axes stratégiques concernent :

- 1) Les effectifs et les métiers : il s'agit de poser les fondements d'une politique de gestion prévisionnelle des personnels médicaux :
 - analyser l'évolution démographique afin de déterminer les besoins en compétences médicales dans les 5 à 10 ans à venir (soins, formation, recherche) ;
 - développer une réflexion prospective médicale ;
 - favoriser une politique d'universitarisation en médecine du travail et en santé publique ;
- 2) Les carrières médicales : il s'agit de donner des perspectives, diversifier et enrichir les parcours professionnels à tous les âges de la vie :
 - décliner le « Ségur de la santé » : statut unique des PH, reconnaissance de valences, fusion des statuts des praticiens contractuels, éventuelles futures avancées sur le statut des hospitalo-universitaires ;
 - favoriser la formation (formations à la qualité et à la sécurité des soins, au management, formations innovantes, accueil des internes, implication des médecins dans la formation infirmière...) et la recherche (dont les modalités seront définies dans le projet recherche à venir) ;
- 3) La qualité de vie au travail : il s'agit principalement de simplifier les organisations et le quotidien des équipes. Cela demande de :
 - remettre le service au cœur de l'organisation hospitalière ;

- évaluer la mise en œuvre des départements médico-universitaires (cohérence hospitalo-universitaire, place des services, simplification administrative) ;
- faire des conseils de service le lieu où l'on partage effectivement le projet de service et de DMU ;
- redynamiser la concertation dans les sites hospitaliers, en s'appuyant notamment sur les responsables médicaux de site, dont la place et le rôle doivent être confortés ;
- lutter contre le glissement des tâches, ce qui repose sur des paramètres tels que le dimensionnement des secrétariats, l'allégement des tâches administratives, le souci d'une bonne logistique ;
- mettre à niveau la qualité des équipements et l'adéquation du système d'information aux besoins.

4) Le renforcement des partenariats avec les établissements franciliens, lequel doit contribuer à améliorer l'attractivité de la région Île-de-France dans son ensemble

Quatorze axes médicaux stratégiques sont identifiés sur la base des travaux des collégiales, que le président ne détaillera pas, mais dont les membres de la CME ont pu prendre connaissance et sur lesquels il fera un focus si certains le souhaitent. Toutes les spécialités ne sont pas représentées dans ces axes mais elles le sont par le biais des collégiales.

Le P^r Bahram BODAGHI insiste sur le fait que la concertation a été large avec les acteurs du territoire, les établissements publics de santé et la médecine de ville. Cette concertation était nécessaire pour redynamiser la présence de l'AP-HP au sein du territoire. La nouvelle gouvernance avec les GHU est bien sûr un facteur très positif, mais les partenaires sont en attente de communication. Des échanges ont eu lieu aussi avec l'agence régionale de santé pour s'assurer de la cohérence d'ensemble. Au-delà de la question des postes partagés, d'autres se posent sur la collaboration à promouvoir en matière de recherche clinique et de plateaux techniques.

Le P^r Frédéric BATTEUX indique que la direction de la stratégie et de la transformation (DST) a été en soutien de la communauté médicale et de la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* pour compiler l'ensemble des contributions des collégiales ainsi que tout le travail mené par la CME et les commissions pendant les travaux *dits « oikiosis »*. Ce projet médical est ambitieux. Il doit montrer l'élan de l'institution et sa volonté d'aller de l'avant. Pendant la crise COVID, la communauté médicale a montré toute sa capacité à réagir. Toutes les disciplines sont évidemment promptes à avancer et à se projeter. Il se réjouit des discussions qui ont eu lieu et qui vont continuer pour finaliser ce projet médical très attendu par la communauté de l'AP-HP et des autres CHU.

Le président indique que la partie recherche doit être élaborée avec les doyens. Elle sera donc rapidement communiquée aux doyens par l'intermédiaire du P^r Bruno Riou et à l'ensemble des membres de la CME.

Le P^r Bertrand GODEAU indique que sa version du document n'était pas complète puisque les soins non programmés n'étaient pas encore rédigés.

Le président précise que le document complet est en ligne sur le [site de la CME](#).

Le P^r Bertrand GODEAU relève que les GH doivent rédiger une fiche de synthèse pour préciser leur projet médical tout en insistant sur l'articulation avec le projet médical de l'AP-HP.

Le président souligne que cette démarche est indispensable si l'on veut montrer la cohérence globale de la politique médicale de l'AP-HP et de ses GHU.

Le P^r Bernard GRANGER note que ce projet médical pourrait s'apparenter à une « lettre au père Noël ». Il s'agit d'un exercice obligé qui présente forcément des défauts et des qualités. Souvent

ces projets s'apparentent à un déluge de bons sentiments sans tirer profit de l'expérience, des plans stratégiques et projets médicaux antérieurs. Aucun bilan n'a été tiré du projet 2015-2019. De plus, depuis deux années, l'AP-HP n'est soumise à aucun plan stratégique, ce qui ne semble pas constituer un handicap majeur pour l'institution.

Le directeur général explique que le bilan a été retardé par l'épidémie.

Le P^r Bernard GRANGER considère que l'épidémie ne peut pas tout expliquer puisque le précédent projet a pris fin en 2019. Il rappelle également qu'il était convenu d'attendre la mise en place de la nouvelle CME pour lancer la réflexion, ce qui aurait dû laisser du temps pour réaliser le bilan du plan stratégique précédent. D'ailleurs, beaucoup des projets annoncés dans le plan 2015-2019 avec des dates précises n'ont pas été réalisés, par exemple le retour à l'équilibre qui était promis pour 2016 ou le nouvel Hôtel-Dieu pour 2020. Un projet médical doit contenir des lignes de force plutôt qu'être un catalogue de ce qu'il faudrait faire dans un mode idéal. Il estime que le point principal devrait être le renforcement de l'attractivité. Certes, cet objectif est cité dans le document mais il devrait l'être avec plus de force et surtout indiquer concrètement comment la renforcer. Il regrette aussi que certains mots clés ne figurent pas dans le projet, comme le mot « subsidiarité ». Le projet médical reste donc assez abstrait, d'autant plus que certains événements sont imprévisibles comme la pandémie et que d'autres éléments échappent à la politique de l'institution, comme l'impossibilité d'un retour à l'équilibre. En effet, ce dernier n'est pas seulement de la responsabilité de l'institution et de ses dirigeants mais tient à la politique de santé qui est menée en France depuis des années. En somme, il demande que le terme « subsidiarité » en matière d'organisation de l'institution puisse figurer dans le document. Il souhaite aussi qu'un bilan soit tiré du plan 2015-2019 pour comprendre les points d'achoppement et les réussites.

Le président confirme que le mot « subsidiarité » ne figure pas dans le projet. Cependant, en page 9, la place du service et du site hospitalier est questionnée, et donc celle de la subsidiarité. Toutefois, il est tout à fait possible d'ajouter le mot lui-même. Il partage aussi le constat que le projet médical fixe de bonnes intentions mais il fixe surtout une feuille de route. Dès lors, il ne faudra pas ranger ce projet médical une fois validé pour l'oublier jusqu'à la prochaine mandature, mais organiser des points d'étape réguliers sur les sujets les plus importants pour mesurer le chemin parcouru. C'est bien ce qu'il souhaite faire, car, si ce n'était pas le cas, le risque serait en effet de se confronter à des désillusions.

M^{me} Audrey DARNIEAUD constate qu'il n'est pas fait mention des sages-femmes sur l'axe de la recherche et le renforcement de l'attractivité des carrières médicales.

Le président indique que cet oubli sera corrigé.

Le D^r Patrick PELLOUX félicite les équipes qui ont participé à ce travail. Il souhaite cependant revenir sur les liens entre la ville et l'hôpital qui poursuivent des buts très différents. Ce que l'hôpital demande à la ville n'est pas ce que la ville a envie d'entendre. La question de la concurrence entre le public et le privé est essentielle, et il rappelle l'urgence absolue de redynamiser la chirurgie dans son ensemble à l'AP-HP. Il n'est pas normal de renvoyer les malades qui arrivent aux urgences vers les cliniques privées lucratives faute d'aval en chirurgie. Ces cliniques ne seront pas prêtes à la coopération sur ce point puisqu'elles bénéficient des échecs de l'AP-HP. Par ailleurs, il souhaite insister sur l'accès à l'imagerie et à la radiologie. Le parc est considérable en Île-de-France et génère aussi une concurrence. Le fait qu'il soit plus facile d'obtenir un rendez-vous de radiologie dans le secteur privé qu'à l'hôpital public pose question. Le même constat peut être dressé sur les maternités. Il salue le fait que l'AP-HP prenne en charge la grande pauvreté mais elle doit aussi couvrir d'autres besoins. La commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) du 11 mars prochain fera des propositions sur le

soin non programmé qui est cité dans le projet médical. Il rappelle que certains actes sont uniquement assurés par l'AP-HP au niveau de la région, ce qui doit être reconnu pour disposer des moyens nécessaires et mener sa mission de service public. Concernant enfin les infirmiers de pratique avancée, il souligne que le débat n'est pas encore terminé avec des réserves encore fortes de la part du conseil de l'ordre des médecins. Enfin, pour renforcer l'attractivité, il invite à ne pas oublier les praticiens hospitaliers. Ceux-ci sont dans une grande souffrance et il convient de reconnaître le temps de travail de nuit, les astreintes, les week-ends et jours fériés. Les statuts et les salaires entre personnel médical et non médical ne sont pas les mêmes mais ce n'est pas une raison pour humilier les praticiens hospitaliers. Au vu de la situation actuelle, certains jeunes praticiens hospitaliers ne veulent pas continuer, tendance qu'il faut prendre en considération. Enfin, il aurait entendu que les nouvelles mesures du « Ségur de la santé » seraient financées à budget constant et si c'est le cas, il faudra trouver l'argent ailleurs.

Le D^r Christophe TRIVALLE se félicite que les axes stratégiques commencent par le parcours de soin du sujet âgé. En revanche, il regrette que ce parcours s'arrête aux SSR sans que rien ne soit dit sur les soins longue durée. Il sait qu'une mission est conduite en vue de les faire disparaître mais il souhaiterait que l'AP-HP insiste sur leur importance, comme la crise COVID -19 vient de le rappeler. De plus, c'est aussi un sujet de recherche potentiel immense. Pour ces raisons, il regrette que le mot ne figure même pas dans le document.

Le président répond que ce manque sera corrigé.

Le D^r Donia BOUZID s'enquiert du déroulement des discussions sur l'attractivité des carrières HU.

Le président rappelle que ces sujets sont en cours de discussions au niveau national. Elles portent notamment sur les retraites des HU, sur la grille salariale et sur les débuts de carrière, mais sans réponses très claires pour l'instant. À ce jour, les avancées ne sont pas majeures pour les retraites des hospitalo-universitaires.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ indique que l'AP-HP a participé à une réunion au ministère et a demandé que le statut de la retraite des hospitalo-universitaires rejoigne le statut « normal » avec des cotisations sur la part hospitalière. Pour les débuts de carrière, les propositions portaient plutôt sur les reconstitutions de carrière qui ne sont pas toujours facile entre la fin de l'internat et le démarrage de la carrière d'hospitalo-universitaire. L'objectif est de pouvoir prendre en compte toutes ces périodes.

M^{me} Hélène OPPETIT ajoute que les ministères ont été interrogés sur le statut de professeur junior prévu par la loi de programmation pluriannuelle de la recherche (PPR). Il continue d'interroger, notamment quant à son articulation avec le statut de MCU-PH et de PU-PH. Cependant, le statut de professeur junior ne prépare pas une carrière hospitalo-universitaire. Les groupes de travail du ministère prévoient en outre d'assouplir l'entrée dans la carrière en matière de prérequis réglementaires.

Le D^r Stefan NERAAL constate que le nouveau statut contractuel qui vise à remplacer les praticiens hospitaliers contractuels (PHC), les attachés et les cliniciens prévoit un niveau de rémunération de base unique, à budget égal, incluant la nécessité d'augmenter la rémunération des attachés vacataires, avec des craintes sur la baisse de la rémunération d'entrée dans les services employant habituellement des PHC, sauf si les services employant des attachés vacataires venaient à en employer moins. Il souhaiterait par ailleurs que le projet mentionne l'accélération du processus de titularisation vers un statut PH de ces praticiens.

Le président propose au D^r Stephan NERAAL de se mettre en contact avec M^{me} Hélène OPPETIT pour obtenir les réponses attendues.

Le P^r Bertrand GODEAU trouve que l'intervention du président de CME est timide concernant le statut des HU. Un courrier co-signé par le président de la conférence des présidents de CME, par le président de la conférence des doyens et par le président de la conférence des présidents de CNU a été adressé au Premier Ministre pour indiquer que, en l'absence d'avancées significatives sur la retraite, il pourrait y avoir rupture de dialogue. Cette intervention était donc forte car elle ne s'est pas adressée aux ministres de tutelle mais directement au premier ministre. Tous les HU sont en attente des fruits des négociations en cours. Si elles n'aboutissent pas, le risque est majeur et l'attractivité de l'AP-HP, comme des autres CHU, pour certaines spécialités en sera écornée.

Le président remercie le P^r GODEAU d'avoir rappelé cette information importante.

M^{me} Hélène OPPETIT confirme que le positionnement de l'AP-HP sur ces sujets a été très clair pour rappeler la nécessité impérieuse de prendre en compte le sujet de la retraite des HU. Le texte collectivement produit le dit clairement. L'AP-HP n'a pas été timide en la matière et l'a dit lors de l'entretien organisé avec les conseillers des ministres.

Le P^r Loïc de PONTUAL souhaite apporter une lecture plus positive du plan qu'il juge constructif et pas seulement un exercice obligé. Il a été l'occasion de discussions très transparentes au sein de la collégiale de pédiatrie pour la rédaction du chapitre relatif à la santé de l'enfant. Il a aussi été l'occasion de liens avec d'autres collégiales (pédopsychiatrie, chirurgie pédiatrique) et de discussions intéressantes avec la direction de la stratégie de transformation (DST). Il ajoute que ces apports se sont nourris des avancées permises par l'ancien plan stratégique. D'ailleurs, des progrès sont été notés sur le plan de l'attractivité pour le personnel médical dans les SAU pédiatriques suite au plan urgences mais aussi des progrès sur la recherche qui représente plus de 12 % des publications de l'AP-HP.

Le D^r François SALACHAS ne voit pas comment le projet médical et le plan stratégique pourront être articulés sans information sur le mode de financement de l'hôpital public. Avec une tarification à l'activité maintenue à 50 ou 60 %, force est de reconnaître que beaucoup de projets ne pourront pas se concrétiser. Enfin, le sujet du capacitaire devra être abordé en transparence, pour l'hôpital Nord mais aussi pour l'ensemble du périmètre de l'AP-HP.

Le président entend ces remarques et les relayera mais le projet médical n'est pas vraiment le lieu pour affirmer une opposition à la tarification à l'activité (T2A).

5. Point sur la réanimation pédiatrique (P^r Frédéric BATTEUX)

Le président rappelle que la réanimation pédiatrique a vécu une période difficile l'hiver dernier avec une épidémie de bronchiolite ayant conduit l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) à établir un rapport. Il propose donc qu'un rapide bilan soit présenté de la situation et des actions prises depuis l'année dernière.

Le P^r Frédéric BATTEUX indique que l'épidémie de bronchiolite est en décalage en 2020-2021 par rapport aux exercices précédents. Traditionnellement, cette épidémie connaît un pic fin novembre début décembre tandis qu'il intervient plus tardivement cette année, comme cela a également été constaté dans l'hémisphère sud. La situation actuelle est donc difficile car les bronchiolites s'ajoutent à la recrudescence des dyspnées fébriles et des asthmes graves viro-induits, qui mettent sous tension les réanimations pédiatriques et les unités de soins critiques. De plus, la période actuelle est aussi marquée par un rattrapage des activités stoppées pendant la crise (traitements lourds, greffes de moelle) et par une augmentation des décompensations de maladies chroniques et des troubles psycho-pathologiques chez les enfants et les adolescents. On constate par ailleurs une modification des prises en charge avec une forte augmentation du nombre de passages en réanimation et en soins continus, passages associés à une augmentation

du recours à la ventilation non évasive. Sur les dix dernières années, le recours à la réanimation a été multiplié par trois ainsi que la ventilation non invasive.

Ces éléments ont impacté les réanimations et ont nécessité une adaptation du capacitaire. De grandes difficultés ont été traversées lors de l'hiver 2019 avec des fermetures de lits, notamment à Necker en soins continus. 25 enfants avaient été transférés en dehors de l'Île-de-France. Aussi les acteurs de l'institution se sont mobilisés pour contribuer à l'augmentation du capacitaire et à sa sécurisation. Les lits d'hospitalisation sont au nombre de 58 et les lits d'unité de surveillance continue (USC) au nombre de 60. Des renforcements ont été actés à Necker avec le passage de 12 à 20 lits de réanimation, parallèlement à une diminution du nombre de lits de soins continus de 20 à 12 lits. Les lits de réanimation pédiatrique sont l'apanage de l'AP-HP. En revanche, en région, 68 lits d'USC sont ouverts, ce qui porte le capacitaire total en USC à 128 lits et à 58 lits de réanimation. Des discussions ont eu lieu aussi pour que les réanimations néo-natales puissent prêter main-forte aux réanimateurs pédiatres lors des périodes de tensions. De nombreux recrutements ont été effectués et ont nécessité des formations. Quelques désistements ont cependant été enregistrés. Des réserves internes et des pools de suppléance ont été constitués. Un plan d'attractivité a été mis en place qui repose sur la généralisation de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) qui est versée uniquement aux infirmiers de néonatalogie et qui a été étendue à la réanimation, malgré l'absence de bases réglementaires. Le plan prévoit aussi la généralisation des modalités de compensation des temps de transmission des réanimations pédiatriques en 12 heures. Il conduit aussi à mettre en place des formations spécifiques et à augmenter le nombre de places dans les diplômes universitaires (DU). Un plan de *super crise* a été pensé afin de pouvoir agir en cas de crise sanitaire majeure, par exemple si la bronchiolite s'ajoute à d'autres infections, notamment à l'infection par COVID. Ce n'est pas le cas aujourd'hui mais il se pourrait qu'un variant touche plus particulièrement les enfants. Dans ce cas, le plan prévoit de mobiliser des lits supplémentaires par palier grâce aux déprogrammations pour passer de 58 à 88 lits pour le premier palier, à 108 lits pour le deuxième et à 138 lits pour le troisième.

L'organisation des SMUR posait difficulté. Avec l'ensemble des acteurs, SAMU et SMUR, un plan de réorganisation a été élaboré au sein d'une fédération supra-GHU des SAMU - SMUR pédiatriques d'Île-de-France qui regroupe les quatre SMUR pédiatriques de l'AP-HP (Montreuil, Antoine-Béclère, Robert-Debré et Necker) et bientôt Pontoise si cela est possible. Ainsi, ces SMUR bénéficieront bientôt d'une régulation régionale pédiatrique centralisée qui sera localisée au niveau du SAMU zonal. Le financement de l'agence régionale de santé (ARS) est obtenu mais il doit encore être notifié pour recruter et armer la ligne de permanence des soins (PDS).

Le président confirme que ce sujet est important. Beaucoup d'actions ont été enclenchées mais les efforts doivent se poursuivre car les objectifs ne sont pas encore atteints en matière d'attractivité et de renforcement des équipes.

Le P^r Loïc de PONTUAL confirme que beaucoup de travail est en cours mais reste aussi à faire. Beaucoup d'infirmiers ont suivi une formation de 3 jours à Picpus mais ces trois jours ne sont pas suffisants pour se former à la réanimation pédiatrique. Le constat unanime est que le capacitaire en soins critiques reste insuffisant. Il existe des périodes de tensions très régulières, ce qui pose de vraies questions sur le capacitaire, alors même que le pic de bronchiolites est moins important cette année.

Le président ajoute qu'il n'est pas encore certain que le pic ait été atteint pour l'hiver 2020-2021.

Le P^r Loïc de PONTUAL atteste toutefois que le nombre d'hospitalisations est redescendu même s'il est encore possible de craindre un deuxième pic.

6. Approbation du compte rendu de la CME du 9 février 2021

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

La séance est levée à 19 heures 35.