

# COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

\*\*\*\*\*

## COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 12 MARS 2024

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 9 AVRIL 2024

## Sommaire

I.	Séance plénière	6
1.	Informations du président	6
2.	Approbation du compte rendu de la CME du 13 février 2024	13
3.	Campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen – Grand-Paris nord (M. Nicolas REVEL)	14
4.	Projet pour améliorer l'expérience des patients de l'AP-HP (M <sup>mes</sup> Laetitia BUFFET et Gwénolette ABALAIN)	22
5.	Qualité et sécurité des soins : visites de risques dans les blocs opératoires (M <sup>me</sup> Paule KUJAS et D <sup>r</sup> Yen-Lan NGUYEN)	33
6.	Intéressement recherche : bilan 2023 et perspectives 2024 (M. Milan LAZAREVIC)	37
7.	Stratégie : retour sur les conférences stratégiques (M. Camille DUMAS)	39
8.	Questions diverses	39

## **CME du mardi 12 mars 2024**

**16h30 – 19h30**

### **Ordre du jour**

#### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 13 février 2024
3. Campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen – Grand-Paris nord (M. Nicolas REVEL)
4. Projet pour améliorer l'expérience des patients de l'AP-HP (M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET)
5. Qualité et sécurité des soins : visites de risques dans les services de chirurgie (M<sup>me</sup> Paule KUJAS & D<sup>r</sup> Yen-Lan NGUYEN)
6. Intéressement recherche : bilan 2023 et perspectives 2024 (M. Milan LAZAREVIC)
7. Stratégie : retour sur les conférences stratégiques (M. Camille DUMAS)
8. Questions diverses

### Assistent à la séance :

#### - Avec voix délibérative :

M	Marwan	AMMAR	D <sup>r</sup>	Juliette	KAVAFYAN LASSERRE
P <sup>r</sup>	Béatrix	BARRY	P <sup>r</sup>	Hawa	KEITA-MEYER
P <sup>r</sup>	Anne-Sophie	BATS	P <sup>r</sup>	Nathalie	KUBIS
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Karine	LACOMBE
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	D <sup>r</sup>	Éric	LE BIHAN
P <sup>r</sup>	Pierre-Yves	BRILLET	M	Patrick	LÉGLISE
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	M	Nicolas Marc	MALASSE
P <sup>r</sup>	Yves Hervé	CASTIER	M <sup>me</sup>	Edan	MALLET
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	M <sup>me</sup>	Margot	MARTINEZ
M	Arthur	DE BASTARD	D <sup>r</sup>	Olivier	MILLERON
D <sup>r</sup>	Sonia	DELAPORTE CERCEAU	M <sup>me</sup>	Déborah	MONTMEAT
P <sup>r</sup>	Marie-Hélène	DELFAU-LARUE	D <sup>r</sup>	David	OSMAN
M <sup>me</sup>	Agathe	DELORME	P <sup>r</sup>	Yann	PARC
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	D <sup>r</sup>	Juliette	PAVIE
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT	P <sup>r</sup>	Antoine	PÉLISSOLO
D <sup>r</sup>	Julien	FONSART	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
D <sup>r</sup>	Ariel	FRAJERMAN	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
P <sup>r</sup>	David	FUKS	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
P <sup>r</sup>	Vincent	GAJDOS	D <sup>r</sup>	Nathalie	RICOME
P <sup>r</sup>	Estelle	GANDJBAKHCH	D <sup>r</sup>	Cécile	ROTENBERG
P <sup>r</sup>	Sophie	GEORGIN LAVIALLE	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
D <sup>r</sup>	Jean-Marc	GORNET	P <sup>r</sup>	Marc	SAMAMA
P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER	P <sup>r</sup>	Virginie	SIGURET-DEPASSE
P <sup>r</sup>	Agnès	HARTEMANN	D <sup>r</sup>	Farid	SLIMANI
D <sup>r</sup>	Sylvie	HAULON	D <sup>r</sup>	Jennifer	SOBOTKA
D <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU	D <sup>r</sup>	Briac	THIERRY
P <sup>r</sup>	Patrick	HINDLET	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
M <sup>me</sup>	Fabienne	HUARD	P <sup>r</sup>	Marianne	ZIOL
P <sup>r</sup>	Nicolas	JAVAUD			

#### • Avec voix consultative :

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M<sup>me</sup> Julie ROUPRET-SERZEC, représentante des pharmaciens hospitaliers
- P<sup>r</sup> Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie - Université Paris Cité
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH) de l'AP-HP
- M. Yann GUITTIER, représentant du comité social d'établissement
- P<sup>r</sup> Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical

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

- P<sup>r</sup> Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS, médecin responsable de la médecine du travail

- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILLIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME
- **Les représentants de l'Administration :**
  - P<sup>f</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ et M<sup>me</sup> Laëticia BUFFET, directrices générales adjointes
  - MM. Emmanuel RAISON et Kévin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)
- **Secrétariat de la CME :**
  - M<sup>mes</sup> Émilie BAYARD et Sylvie LE GUILLOU, DAM
- **Membres excusés :**
  - P<sup>rs</sup> Alexandra BENACHI, Sophie BRANCHEREAU, Agnès HARTEMANN, Sandrine HOUZÉ, Rachel LÉVY, Xavier MARIETTE, Emmanuel MARTINOD, Nathalie SIAUVE, D<sup>r</sup> Tristan CUDENNEC.

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

## I. Séance plénière

### 1. Informations du président

**Le président** indique que toutes les sous-commissions ont démarré leurs travaux ou sont sur le point de le faire et remercie leurs pilotes pour leur dynamisme.

#### *Égalité professionnelle entre femmes et hommes*

**Le président** informe qu'il a signé, le 8 mars, avec le directeur général et le doyen RIOU une convention entre l'AP-HP et l'association « donner des elles à la santé », qui est un collectif de professionnelles de santé fondé en 2020. Cette convention a pour objectif d'œuvrer pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et de lutter contre les violences sexuelles et sexistes dans les hôpitaux. **Le président** rappelle que la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH), a déjà travaillé sous la mandature précédente sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et fait plusieurs propositions. Il souhaite que la CME reste force de propositions sur ces sujets. Le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY s'est beaucoup impliquée sur le sujet sous la mandature précédente et continuera de le faire à travers la CVH qu'elle co-préside avec le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD.

**Le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY** indique que trois sujets ont été identifiés dans le cadre de la précédente mandature. Ils sont d'actualité et pourront être traités avec la direction des affaires médicales, la sous-commission *Carrière & formation* et la CVH. Elle précise que deux d'entre eux sont en rapport avec les obligations légales faites à l'AP-HP. Il s'agit des nominations équilibrées des responsables de structure interne et des écarts salariaux entre les femmes et les hommes. Le dernier sujet, qui sera bientôt étudié, porte sur les remplacements des congés de maternité. Elle indique que ces sujets ont été abordés avec M. Emmanuel RAISON pour qu'ils puissent être traités dans les prochains mois.

#### *Enquête sur la permanence des soins*

**Le président** évoque ensuite l'enquête relative à la permanence des soins en établissements de santé (PDES) qui a débuté le 11 mars et s'achèvera le 8 avril. Cette enquête, qui vise à recenser les moyens et les ressources humaines médicales mobilisées pour la PDES, s'inscrit dans le cadre de la « loi Valletoux ». Elle est potentiellement importante puisqu'elle servira à l'agence régionale de santé (ARS) pour actualiser le volet « permanence des soins » du schéma régional de santé. Elle repose sur un recueil d'activité qui est effectué de manière déclarative. Les conférences nationales des présidents de CME de CHU et de centre hospitalier ont insisté sur le fait que cette enquête ne pouvait pas se cantonner uniquement à la permanence des soins mais qu'il fallait également prendre en compte la continuité des soins car, dans les faits, ce sont les mêmes soignants qui s'acquittent des deux. **Le président** estime donc qu'il est assez difficile de les distinguer. Il ajoute que des craintes se sont exprimées notamment du côté des syndicats sur l'éventualité que cette enquête serve à restructurer et supprimer des lignes de garde.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** observe que l'AP-HP utilise l'outil *Orbis* qui recense toutes les entrées de patients en urgence ainsi que les actes réalisés en urgence. Il espère que les informations qui figurent sur *Orbis* ne seront pas demandées une nouvelle fois. Cela demanderait beaucoup de travail, alors que les informations sont déjà saisies.

Selon **le président**, ce ne sont pas les actes qu'il faut retranscrire mais plutôt le nombre de patients qui sont admis.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** fait remarquer que les deux actions sont généralement conduites : les patients sont généralement d'abord reçus, puis opérés. En tout cas, toute entrée, même le week-end ou de nuit, est notée dans Orbis et ce n'est pas une information que les médecins peuvent saisir. Ils n'en ont pas le droit.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** doute de la pertinence de cette enquête. Il estime que toutes les enquêtes précédentes qui ont été lancées, notamment sur la permanence des soins, la différenciation sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA), la permanence des soins assurée par les établissements de santé (PDES) y compris par le conseil de l'Ordre des médecins, n'ont pas été suivies d'effets et qu'il n'est donc pas motivant de s'investir dans une telle enquête.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** confirme qu'il s'agit d'un tableau *Excel* qui compte de nombreuses colonnes, à remplir individu par individu, pour chaque garde et pour chaque astreinte. Il estime que cela représente une charge de travail très importante, d'autant qu'elle laisse présupposer en aval le retrait de lignes de garde ou d'astreintes, qui ne serviraient soi-disant à rien.

**Le président** observe que la « loi Valletoux », qui a été votée à la fin de 2023, vise à mettre en place ce qui est réclamé par les hôpitaux depuis longtemps, à savoir un partage de la permanence des soins. Elle vise à proposer une part de régulation, en explicitant où vont les patients et qui les prend en charge, tout en clarifiant les missions du public et du privé. En ce sens, il est important de dresser un état des lieux.

**Le P<sup>r</sup> Karine LACOMBE** confirme l'inquiétude des praticiens à ce sujet. En effet, quand un médecin a la responsabilité de 36 patients en médecine aiguë, la continuité des soins représente autant de travail qu'accueillir des patients qui viennent des urgences et sont hospitalisés le week-end dans un service de médecine aiguë. Elle a du mal à faire la différence et à comprendre le fond de la démarche. De quel partage est-il question ? Elle estime que cela pas vraiment clair, d'autant que les instructions qui ont été données ne sont pas forcément les mêmes d'un hôpital à l'autre. Par exemple, à Saint-Antoine, cette enquête a été envoyée sans parler de continuité des soins, mais uniquement de permanence des soins. Une analyse de ce qui a été demandé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) montre pourtant qu'elle vise autant la permanence que la continuité. Une confusion semble se faire jour, d'autant que beaucoup de médecins craignent que cette enquête ne serve qu'à réduire, voire arrêter certaines lignes de financement.

**Le P<sup>r</sup> Virginie SIGURET-DEPASSE** partage tout à fait les différents avis exprimés et confirme qu'*Orbis* devrait, *a priori*, pouvoir être utilisé pour la biologie, en le croisant avec la plate-forme d'accès sécurisée aux résultats biologiques (« GLIMS ») pour récupérer certaines données. Des extractions automatiques ont déjà été commandées, pour voir si cela fonctionne, ce qui devrait être le cas. Elle comprend la finalité de ce qui est demandé et partage tout à fait l'inquiétude de ses collègues, mais elle ne comprend pas tout à fait pourquoi les urgences sont exclues des tableaux.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** note que la société française d'anesthésie et de réanimation et le conseil national professionnel d'anesthésie et réanimation étaient déjà très inquiets au mois de janvier sur ce sujet. Une alerte a été émise, puis la réunion organisée le 8 mars dernier avec des membres de la DGOS à propos de cette enquête a permis de recevoir quelques éléments de réponse. En premier lieu, cette enquête est destinée à avoir des discussions avec chaque ARS, pour redistribuer le schéma territorial de permanence des soins. Les enjeux sont donc particulièrement élevés. Ils sont conscients que ce tableau n'est pas parfait, mais ils préfèrent ce tableau à rien du tout, car ils ont beaucoup de mal à savoir ce qui se passe réellement sur la permanence des soins et sur les lignes de garde financées par l'ARS. Il faut donc absolument arriver à valoriser l'activité en garde, y compris ce que font les internes, sachant que le tableau n'intègre pas les internes, qui agissent sous délégation. Tout ce que font les internes doit donc être

rattaché au nom du médecin. L'objectif est donc de valoriser ce qui est fait en permanence des soins. Des objections ont été exprimées et n'ont pas forcément été retenues. Il estime qu'il faut renseigner cette enquête au mieux même si les équipes se retrouvent contraintes de réaliser ce travail dans des délais très contraints.

**Le D<sup>r</sup> Juliette KAVAFYAN-LASSERRE** tient à apporter un complément aux interventions du P<sup>r</sup> Yann PARC et du D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN. *Orbis* ne signale que les patients qui passent au bloc, du moins pour la chirurgie. De nuit, les internes peuvent être appelés pour voir des patients aux urgences, ce qui doit vraiment être mentionné. Les internes ou les seniors peuvent en effet être amenés à voir des patients dans la nuit, sans forcément les passer au bloc tout de suite. Tout cela doit être recensé, car l'impact est réel. Il ne faut pas seulement tenir compte des patients qui sont sur *Orbis* et qui sont passés au bloc pendant la nuit. Tout doit être noté, par exemple une visite auprès du patient aux urgences pour lui faire sa consultation en anesthésie ou pour donner un avis.

**Le D<sup>r</sup> Olivier MILLERON** note que l'évaluation va avoir lieu au moment où des lits sont fermés. Il réalise actuellement des astreintes d'échographie cardiaque de nuit. Or comme beaucoup de lits sont fermés en réanimation chirurgicale, l'activité baisse. Il faut donc veiller à ne pas sous-estimer l'activité au moment de la réouverture des lits.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** confirme que la question des gardes des internes est une question importante, car ils sont censés être complètement retirés du questionnaire. De plus il faut enlever aussi les soins médicaux de réadaptation (SMR) et les soins de longue durée (SLD). Or les gardes de certaines structures s'occupent de malades en soins de suite et réadaptation (SSR) et en SLD de nuit, avec des interventions. Comment faut-il les compter ? Faut-il ne pas les compter ? Beaucoup de points de ce questionnaire ne sont pas clairs.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM** confirme les propos du D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN, l'enquête a été décalée, du fait d'enjeux de lourdeur qui avaient été identifiés. Sur les aspects pratiques, les informations dans *Orbis* ne comprennent que les nouvelles admissions, les interventions chirurgicales ou les examens de biologie. Tout ce qui est fait pendant la nuit (l'appel à l'hôpital voisin, etc.) n'apparaîtra pas. Or cette activité est très significative dans certaines gardes et c'est important que les GHU recueillent cette information. C'est un point sur lequel elle souhaite insister. L'activité de passages aux urgences et d'hospitalisation post urgence est déjà enregistrée. C'est pour cette raison que les urgences ne sont pas concernées. Sur le plan strictement pratique, un certain nombre de GHU mettent en place des réunions d'information ou des webinaires, avec des partages « de trucs et astuces » et des systèmes potentiels de *lime survey*, pour simplifier le recueil de l'information. Elle propose de laisser M. Emmanuel RAISON compléter ces éléments pratiques.

**M. Emmanuel RAISON** confirme qu'un travail a été effectué pour simplifier les éléments de recueil. En effet, comme l'ont souligné les différents intervenants, le tableau Excel reste assez lourd et nécessite la saisie d'une série d'informations ligne par ligne, sur un certain nombre de colonnes, ce n'est pas intuitif et reste lourd à mettre en œuvre. Certains groupes hospitaliers ont mis en place un fichier simplifié, de type *lime survey*, qui a été proposé aux différentes directions des affaires médicales (DAM) et qui sera retravaillé avec la direction de la stratégie et de la transformation d'ici à la fin de la semaine, pour disposer d'un outil simplifié pour la poursuite de la saisie de l'activité.

Par ailleurs, des séances d'échange sur le contenu de l'enquête sont organisées par les DAM cette semaine. Elles se poursuivent jusqu'à la fin de la semaine. Les correspondants de l'ARS qui y sont associés pourront apporter des précisions sur le contenu de l'enquête. Les webinaires organisés par la DGOS en fin de

semaine dernière ont montré qu'il était nécessaire d'aller un peu plus loin dans l'explication de l'utilisation de l'enquête et de la façon dont elle peut être remplie.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** estime que ce questionnaire masque les difficultés des politiques à restaurer l'obligation de réaliser des gardes pour le secteur libéral et notamment les cliniques privées. Il indique que des astreintes sont mises en place sans arrêt, sans reconnaissance globale, à la fois du travail des structures de médecine et des services des urgences, parce que la permanence des soins doit s'apprécier dans une globalité. Il estime que cette enquête ne permet pas de traiter réellement le problème. Il indique que lorsque le ministre actuel avait préparé sa loi, il avait indiqué qu'il faudrait revenir à l'obligation de participer aux gardes pour l'ensemble du secteur libéral et des cliniques privées.

**Le président** rappelle que cela a été abandonné en 2004 ou 2005.

**Le directeur général** a compris que cette enquête avait précisément pour objectif de créer les conditions d'un meilleur partage des astreintes. C'est ce qu'il a entendu. Pour sa part, il prend les intentions gouvernementales au pied de la lettre. Si l'AP-HP refuse de répondre à l'enquête en estimant qu'il ne se passera rien, alors il est tout à fait certain que le problème ne risque pas d'avancer.

**Le P<sup>r</sup> Estelle GANDJBAKHCH** ne souhaite pas évoquer le fond, mais seulement la forme. Sur son GH, le *mail* a été reçu le vendredi pour commencer à remplir l'enquête le lundi, sachant qu'aucun lien ou tableur à remplir n'a été remis. Cela risque d'être un peu compliqué de la compléter, même avec la meilleure volonté du monde.

**Le président** estime que le sujet est complexe mais qu'il demeure nécessaire pour avancer, même si certains peuvent avoir des doutes sur la qualité de la donnée, puisque l'enquête repose sur du déclaratif.

#### *Élections professionnelles*

**Le président** informe la CME que la DGOS et le centre national de gestion (CNG) organisent du 11 au 18 juin 2024 les élections des représentants des personnels médicaux dans trois instances nationales : le conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques (CSPM), la commission statutaire nationale et le conseil de discipline des praticiens hospitaliers. Toutes les informations à propos de ces élections figurent sur les sites internet du ministère de la Santé et du CNG.

#### *Stratégie à 5 ans*

**Le président** informe la CME de la tenue le 7 mars du séminaire de l'AP-HP sur la stratégie à cinq ans qui a rassemblé les GHU, représentés par leurs directeurs, présidents et vice-présidents de CME locale, le directeur général, la direction de la stratégie et de la transformation (DST), le président et la vice-présidente de la CME. Les GHU ont présenté leurs priorités en matière d'évolution de l'offre de soins à cinq ans, en trois points :

- une synthèse de leurs orientations stratégiques à cinq ans et des projections capacitaires associées à ces orientations ;
- des focus sur les ressources humaines nécessaires pour réaliser ces orientations, la bascule ambulatoire et les nouveaux modes de prise en charge, ainsi que le développement du domicile comme alternative à l'hospitalisation ;
- leur positionnement territorial.

**Le président** précise que ces présentations ont permis également aux GHU d'évoquer les sujets d'intérêt commun à l'ensemble de l'AP-HP ou qui doivent faire l'objet d'une analyse transversale inter-GHU, au

niveau de l'AP-HP. À titre d'exemple, des sujets tels que la pédiatrie, la chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle, la thérapie génique et la thérapie cellulaire, les SMR non-gériatriques, l'anatomo-pathologie, les équipements innovants ont été évoqués.

**Le président** explique que cette réunion constitue une première étape des travaux à mener sur la stratégie à cinq ans et que l'étape suivante consistera à prévoir un temps d'échange sur la méthode et sur la liste des sujets qui doivent faire l'objet d'un traitement et d'une réflexion, au niveau de l'ensemble de l'AP-HP. Il précise que le programme de travail devra associer la CME, les GHU et les collégiales. Une première réunion d'échange a été prévue pour caler le programme avec le directeur général, à laquelle participeront la DST, les co-présidents de la sous-commission *Territoire*, les P<sup>ts</sup> Loïc de PONTUAL et Nicolas JAVAUD, ainsi que le P<sup>r</sup> Anne-Sophie BATS, membre de la sous-commission *Bloc opératoire et plateau technique*. La CME sera naturellement tenue informée de l'avancée des travaux.

**Le directeur général** estime que le président a dit l'essentiel. Le travail avec les GHU lors de la première phase a permis de voir comment ils prennent le sujet. Il convient désormais que la direction, la CME et les GHU travaillent à identifier un certain nombre de grandes thématiques transverses. Il faut prendre le temps de faire les choses sérieusement, sans se soumettre à une échéance impérative. Finaliser ces travaux d'ici à la fin de l'année 2024 semble raisonnable et devrait permettre de mener un travail sérieux dans de bonnes conditions. L'idée est de préparer ainsi le prochain projet médical de l'AP-HP en se positionnant sur les vrais enjeux de demain tout en y incluant une dimension opérationnelle en termes d'organisation et de moyens.

**Le président** confirme que c'est un document qui a vocation à évoluer et à être actualisé régulièrement. Il reconnaît que le suivi annuel des différents chapitres du projet médical n'a pas été réalisé intégralement lors de la mandature précédente. **Le président** souligne le fait qu'il faudra travailler sur des axes stratégiques, les suivre et les évaluer.

#### *Informations du directeur général*

**Le directeur général** souhaite compléter les actualités du Président par trois principales informations. En premier lieu, *Santé Publique France* a constaté que l'Île-de-France est passée au stade post-épidémique depuis une dizaine de jours. Cela se traduit d'ailleurs par une activité moins intense dans nos services d'accueil des urgences (SAU) depuis quelques jours, par comparaison à la longue période de forte activité observée entre septembre et fin février. Cela conduira notamment à faire évoluer la doctrine du port du masque dans les services. Il en sera question en directoire, demain. Comme chacun sait, pendant la période hivernale, le port du masque avait été rétabli de manière générale, au sein des établissements. Le directoire devrait décider de revenir à ce qui avait été la doctrine « printemps-été », qui consiste à réserver le port du masque à certains services, dans lesquels sont pris en charge des patients immunodéprimés ou particulièrement fragiles. Cette appréciation restera à la main des chefs de service. **Le directeur général** pense que l'AP-HP sera amenée assez logiquement à s'inscrire dans cette alternance saisonnière, au fil des prochaines années.

**Le directeur général** évoque ensuite l'évolution des recrutements et des départs de personnels infirmiers, au titre du mois de février, comme il l'avait déjà fait le mois précédent. En janvier, il n'y avait pas eu particulièrement plus de recrutements, mais une assez nette baisse des départs. Le mois de février s'inscrit dans la même tendance, ce qui est plutôt une bonne nouvelle. Ainsi, entre février 2023 et février 2024, il y a eu un peu moins de recrutements. Ils sont passés de 91 à 74, mais avec sensiblement moins de départs, qui sont passés de 166 à 117. Ce sont des mois où le solde est toujours négatif mais alors que l'AP-HP avait perdu 75 infirmières en février 2023, l'AP-HP n'en a perdu que 43 en février 2024. Comme

chacun le sait, le gros de la campagne se jouera à l'été, au moment des sorties d'instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), avec à ce stade une bonne dynamique dans les signatures de contrats d'allocation d'études (CAE) par rapport à l'année dernière. Ces bons signaux sont cependant à prendre avec précaution car, au terme de ces deux premiers mois, notre recul est évidemment très faible.

La troisième information porte sur l'arbitrage qui a été rendu par le gouvernement sur les sujets budgétaires et financiers, s'agissant de la fin de gestion 2023. L'arbitrage consiste d'une part à libérer 400 M€ de sous-exécution réservés aux établissements publics et de dégager une enveloppe supplémentaire de 500 M€, qui ne s'appelle pas « inflation », mais « soutien à l'activité ». Ce point soulève une question pour 2024. **Le directeur général** y reviendra. Ces 500 M€ sont partagés entre l'ensemble des établissements publics et privés. Les échanges se poursuivent avec le niveau national et l'ARS, sur ce que sera la part de l'AP-HP au titre de cette double enveloppe de 900 M€. Selon les informations reçues, le total pour l'AP-HP devrait se situer autour des 70 M€, ce qui est à peu près ce que l'AP-HP escomptait. Point important, il a été confirmé que l'aide de 250 M€ sera bien attribuée. Pour rappel, une aide exceptionnelle pour l'AP-HP de 250 M€ a en effet été contractualisée sur 2023. Le montant pour 2024 sera de 200 M€, puis 150, 100, 50 et 0 en 2027. Sur ces 250 M€, environ la moitié aurait de toute façon été versée, du fait du dispositif de couverture de garantie d'activité pour tous les établissements publics, y compris l'AP-HP. Au titre de ce dispositif de droit commun, l'AP-HP devrait recevoir autour de 125. Le solde permettant d'atteindre le total de 250 M€ constitue le véritable montant de l'aide exceptionnelle et spécifique à l'AP-HP. Même si les calculs sur l'exécution 2023 se poursuivent, cette aide exceptionnelle devrait permettre à l'AP-HP d'être à peu près à la cible fixée et confirmée lors de la décision modificative vue en décembre. Ainsi, le déficit se situera un peu au-dessus de 400 M€, ce qui reste un déficit très élevé. Il avait néanmoins été prévu dans la trajectoire, puisque l'AP-HP savait qu'elle subirait en 2023 un important choc dû à l'inflation. C'est donc à partir de 2024 que **le directeur général** pense et espère que l'AP-HP entamera la trajectoire d'amélioration de son résultat pour retrouver progressivement l'équilibre, au cours des années 2024 à 2027. Il demeure cependant une inconnue sur la couverture de l'inflation 2023. Au regard des données macroéconomiques dont nous disposons, ces augmentations de charges perdureront en 2024 puisque les prix ne baisseront pas en valeur absolue en 2024. Il y aura bien une désinflation, c'est-à-dire que les prix augmenteront de manière moindre en 2024, mais les prix ne baisseront pas. L'inflation 2023 restera donc en base en 2024. Pour l'instant, l'AP-HP n'a reçu aucune certitude sur les intentions gouvernementales concernant la couverture de ces charges sur l'année à venir. Ce sont incontestablement des sujets sur lesquels il faudra être vigilant et actif, au cours des prochains mois. Par ailleurs, les arbitrages attendus sur la campagne tarifaire 2024 devraient être connus dans les prochains jours ou prochaines semaines.

**Le D<sup>r</sup> Olivier MILLERON** souhaite poser une question technique. Il demande si la sous-exécution équivaut à la réserve prudentielle ?

**Le directeur général** répond par la négative. La réserve prudentielle a déjà été restituée. Cette réserve prudentielle qui correspond à une autre enveloppe budgétaire est mise en jeu par le fait que les hôpitaux auraient atteint un volume d'activité supérieur à ce qui était attendu. Tel n'a pas été le cas en 2023 pour l'ensemble des établissements publics. Elle a donc été logiquement restituée, et cela a été arbitré en fin d'année 2023. La sous-exécution correspondant aux 400 M€ restitués correspond au fait que les hôpitaux publics n'ont pas atteint le niveau d'activité et donc de dépenses attendus dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

**Le D<sup>r</sup> Olivier MILLERON** croit se souvenir qu'une baisse de 10 Md€ a été annoncée sur la sécurité sociale.

**Le directeur général** explique qu'une baisse de 10 Md€ a été annoncée en 2024 sur les crédits d'État, pas sur la sécurité sociale. Il s'agit d'une répartition entre les ministères. L'AP-HP n'est pas financée par des crédits d'état. En 2025, le montant devrait passer à 20 Md€, si l'on en croit les informations disponibles par la presse, dont la moitié porterait sur la sphère sociale, ce qui englobe probablement les dépenses d'assurance maladie, par définition. La sphère sociale reste assez large. Elle englobe à la fois la sécurité sociale, des crédits d'État relevant de la sphère sociale au sens large comme les aides au logement ou l'assurance chômage. En lisant entre les lignes, les pistes évoquées par les ministres pourraient porter sur des sujets de remboursement. Il est notamment question des transports sanitaires ou des affections de longue durée (ALD). Pour l'instant, ce ne sont que des pistes, qui sont évoquées à la faveur d'auditions. Pour l'heure, **le directeur général** n'a pas connaissance d'éléments précis et réellement arbitrés. Il est donc encore trop tôt pour parler de 2025, même s'il est probable que des évolutions sont à venir.

**Le D<sup>r</sup> Sonia DELAPORTE-CERCEAU** revient sur le sujet des infirmières et des départs. Elle indique qu'à l'institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) de Picpus, qui draine les 53 étudiants, il leur aurait été proposé d'être dérivés en fin de cursus sur les trois services de Charles-Foix, les deux services de Rothschild et deux postes de nuit à Saint-Antoine, y compris les personnes qui étaient en formation professionnelle au départ de Trousseau, c'est-à-dire des personnes qui étaient en pédiatrie et qui sont parties suivre cette formation d'infirmière à l'école Picpus. Ces élèves ont rédigé une pétition recueillant 3 000 signatures environ. Même si les deux extrêmes de la vie peuvent à terme se retrouver, mais quand il est question d'attractivité pour le personnel infirmier, il est quand même dommage d'obliger ces personnes à suivre des orientations qui ne sont pas les leurs, ou en tout cas pas leur choix. Il est compréhensible de leur demander un certain nombre de choses, mais il reste dommage de ne flécher que sur les services de gériatrie, y compris pour ceux qui viennent de la pédiatrie, qui est aussi en grande difficulté.

**Le directeur général** note que le D<sup>r</sup> Sonia DELAPORTE-CERCEAU évoque une décision prise par la gouvernance du GHU Sorbonne, qu'il ne découvre pas. Il a en effet eu des échanges avec la directrice générale du GHU Sorbonne. Cette décision porte uniquement sur les futures infirmières diplômées d'État (IDE) diplômées dans le cadre d'une promotion professionnelle, donc l'AP-HP finance les études et le remplacement au sein des services. Comme l'a rappelé le D<sup>r</sup> Sonia DELAPORTE-CERCEAU, la motivation de cette décision est en effet une grande difficulté, qui a plusieurs fois été partagée, à recruter dans les services de gériatrie. Nous savons que même si nous réussissons à mieux recruter en sortie d'Ifsi, nous avons une vraie difficulté à les attirer dans certaines spécialités (gériatrie, psychiatrie et quelques autres). Pour répondre à cette difficulté durable, le GHU Sorbonne a donc effectivement décidé de flécher 20 promotions professionnelles (PP) (18 sur Charles-Foix et 12 sur Rothschild), ces deux établissements étant en grande difficulté de recrutement. Le fait de retrouver un capacitaire amélioré par ces recrutements fléchés doit permettre aussi aux services de médecine et de chirurgie de retrouver un fonctionnement plus fluide. Les parcours concernent et intègrent en effet ce qui se passe en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et en unités de soins de longue durée (USLD). Pour toutes ces raisons, dans sa responsabilité, **le directeur général** n'a pas du tout jugé utile de remettre en cause cette décision de la gouvernance de Sorbonne.

**Le D<sup>r</sup> Sonia DELAPORTE-CERCEAU** comprend cette remarque, mais ces personnes qui partent en formation professionnelle, après dix ou quinze ans de leur activité passés en pédiatrie suivent cette formation dans un but. Il reste encore des services en grande difficulté. Le service de réanimation des patients brûlés de Trousseau, où elle travaille va être obligé de fermer des lits, par faute de personnel. Les obliger à suivre une formation revient à courir à la démission ou au départ, une fois la formation terminée.

**Le directeur général** ne croit pas que Sorbonne ait fléché la totalité de leur PP sur Charles-Foix ou Rothschild. Il rappelle que les affectations des PP sont dans tous les GHU fléchés sur des services prioritaires et que cela n'a rien de neuf ou de spécifique au GHU Sorbonne. Il considère que ces sujets doivent se régler au niveau des GHU et qu'il n'a pas à remettre en cause cette décision prise par les gouvernances locales. Il précise toutefois un point qu'il n'a pas indiqué : le contrat avec ces professionnels, dont l'AP-HP a financé les études pendant trois ans, les soumet à cette affectation en gériatrie dans ces deux établissements pour une durée de deux ans seulement. Une garantie leur a été donnée qu'au bout de deux ans, ces professionnels pourront choisir d'être muté dans un service qui correspondrait mieux à leurs aspirations pérennes.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** comprend l'inquiétude du D<sup>r</sup> Sonia DELAPORTE-CERCEAU. Le directeur général a bien expliqué la situation qui est actuellement très aiguë en gériatrie, sur le GHU. Il propose d'en débattre à nouveau avec elle, pour trouver une solution, mais il assume la responsabilité du fléchage au niveau de la gériatrie. Le sujet reste extrêmement compliqué et présente en outre beaucoup de conséquences sur les autres secteurs, qui nécessitent l'ouverture de ces lits et c'est particulièrement difficile sur Charles-Foix.

**Le P<sup>r</sup> Hawa KEITA-MEYER** revient sur les motifs de sortie des infirmières. Elle demande si ces motifs restent stables ou ont évolué. Par ailleurs, elle demande si d'autres gros centres de province, comme l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille ou les Hospices civils de Lyon, connaissent la même tendance concernant les infirmières.

**Le directeur général** indique que des questionnaires seront envoyés pour comprendre les motifs de départ et les orientations professionnelles des infirmières qui partent. À ce stade, il n'en a pas reçu de retour. Il les partagera quand il les recevra. C'est évidemment une question intéressante et qui préoccupe l'AP-HP, même si le fait qu'il y ait un peu moins de départs rend les choses un tout petit peu moins aiguës qu'il y a un an ou deux. Globalement, il pense qu'une amélioration de la situation générale s'observe sur les flux d'entrées et de sorties des paramédicaux et notamment des IDE, dans la France entière. Néanmoins, l'AP-HP partait probablement de plus loin, ayant pris la vague post-COVID plus brutalement, avec des envies d'ailleurs et notamment de province qui, par définition, ne se réalisent pas en région parisienne. Les flux sont donc malheureusement orientés de Paris vers la province. Aujourd'hui, l'amélioration est plus forte sur l'AP-HP que ce qui est observé ailleurs, mais l'amélioration est globalement générale.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** note que l'interrogation du D<sup>r</sup> Sonia DELAPORTE-CERCEAU renvoie à la question du degré auquel sera fixée la régulation des professions de santé, par rapport à leur formation. En étudiant les inscriptions au Conseil de l'Ordre de Paris, c'est la téléconsultation qui arrive en première position, puis la médecine esthétique en seconde position. Personne ne veut s'installer en médecine générale ou dans d'autres spécialités. Dans le présent exemple, à partir du moment où un contrat a été signé et que ces personnes se sont engagées pour leurs études, le contrat doit être respecté des deux côtés. Tel est l'enjeu. En outre, par rapport aux besoins de l'institution, il faut préciser quelles règles et quelle politique fixer pour les années à venir, non seulement pour remplir les missions de service public, mais aussi pour que l'ensemble des partenaires (en ville, établissements privés ou participant au service public) participent aussi. Au fond, le débat retombe sur la question des droits et des devoirs. S'il n'était pas engagé de réflexion sur ces deux voies, l'AP-HP échouerait.

**M<sup>me</sup> Margot MARTINEZ** indique représenter les internes de médecine générale. Au-delà de la question des droits et des devoirs, il faut se demander pourquoi les étudiants de toute profession de santé partent. N'y a-t-il pas de notions d'attractivité, de respect du temps de travail, de conditions de travail ou de santé

mentale des étudiants, qui est catastrophique ? Elle rappelle qu'il y a un suicide d'interne tous les 18 jours. Des devoirs existent certes, mais l'AP-HP a aussi le devoir de renforcer son attractivité, ce qui vaut même pour la région pour les médecins généralistes.

## 2. Approbation du compte rendu de la CME du 13 février 2024

*Le compte rendu de la CME du 13 février 2024 est approuvé à l'unanimité.*

## 3. Campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen – Grand-Paris nord (M. Nicolas REVEL)

**Le président** rappelle qu'un échange s'est tenu à ce sujet lors de la dernière CME et qu'il a été proposé au directeur général de présenter un point sur le capacitaire du projet.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** indique qu'il pensait qu'il serait question du baromètre social durant la séance.

**Le président** indique que ce sujet a été retiré de l'ordre du jour car l'organisation des examens cliniques objectifs structurés (Ecos) a mobilisé plusieurs membres de la CME qui devaient en présenter une analyse. Il sera présenté à la CME du 9 avril.

**Le directeur général** indique que l'histoire du projet de l'hôpital Nord remonte sur plus d'une décennie. La première diapositive rappelle la situation de départ et les premières étapes. **Le directeur général** a été directement témoin de cette annonce du président, M. François **HOLLANDE**, qui inaugurerait le bâtiment mère-enfant de Necker, en 2013, quand il a annoncé le principe de la construction d'un nouveau campus hospitalo-universitaire dans le nord de Paris et de la métropole, par regroupement des deux sites de Bichat et de Beaujon. **Le directeur général** propose de ne pas lire l'ensemble des lignes, qui font écho à un certain nombre d'épisodes que la CME a forcément suivis au cours des dernières années. C'est en 2021 qu'a été choisi le lauréat du concours de maîtrise d'œuvre, l'architecte italien Renzo **PIANO**. La signature de l'acquisition de la parcelle, une usine PSA à Saint-Ouen, a eu lieu ensuite, puis c'est en mars 2022, après une enquête publique conduite en fin d'année 2021, que l'utilité publique a été prononcée par décision préfectorale.

Ensuite, comme partagé en CME, un contentieux a été engagé, assez largement fondé sur l'idée que le projet était insuffisant en termes de capacités de soins, tel que décidées en 2016 dans le cadrage initial, et peut-être encore dans ses évolutions, puisque le capacitaire a été revu à la hausse. Une décision du tribunal administratif de Montreuil a ensuite annulé la déclaration d'utilité publique (DUP) en juillet 2023. L'AP-HP a fait appel, puis la cour administrative d'appel s'est prononcée le 24 octobre dernier, en indiquant que c'est à tort que le tribunal administratif de Montreuil avait considéré que le projet ne présenterait pas d'utilité publique. Il a considéré que ce sujet était évacué. En revanche, il a pointé un vice de procédure, lié au fait que dans l'enquête publique de 2021 n'avaient pas été joints à ce dossier deux documents de 2016, notamment un document dit de contre-expertise, que l'État demande systématiquement aux maîtres d'ouvrage de faire réaliser, face à des investissements d'un certain niveau financier. Cette contre-expertise avait été réalisée et était même en ligne, mais elle n'avait pas été jointe au dossier mis à l'enquête publique en 2021. Ce motif a conduit la cour administrative d'appel à dire que l'utilité publique n'était pas en cause, mais qu'il fallait refaire une enquête publique, appelée enquête publique de régularisation. Le délai pour l'AP-HP pour mener cette enquête publique dite de régularisation court jusqu'au 24 avril. Elle a eu lieu entre le 29 janvier et le 4 mars. Cet exercice n'est pas particulièrement simple, pour deux raisons. Il est tout d'abord demandé de compléter un dossier d'enquête publique, en apportant des documents de 2016 qui portaient sur un projet où l'hôpital Nord représentait 30 % de lits en moins. Or il se trouve que depuis lors, ce capacitaire a été sensiblement

remonté (même s'il est toujours possible de discuter pour savoir s'il est au bon niveau). En tout cas, le capacitaire n'a plus rien à voir et n'est plus du tout à -30 %. Il s'agit donc de compléter l'information du public, en ajoutant une information qui porte sur un projet qui est en réalité devenu caduc. Cet exercice, tel que **le directeur général** le formule, court le risque de n'avoir aucun sens. Il a donc fallu ajouter pour l'enquête publique un document détaillant ce que le projet est devenu depuis, avec un capacitaire qui s'est largement réajusté. Par ailleurs, comme le corrobore l'ensemble des conseils de l'AP-HP, l'enquête publique n'a pas vocation à refaire le match de l'utilité publique, mais simplement de compléter la bonne information du public. Les conclusions de la commission d'enquête sont attendues. Elle se charge de réétudier l'ensemble des éléments, puis produit un rapport, qui ne conduit pas à ce que le préfet reprenne une DUP, puisque cette DUP a été prise et que la cour administrative a jugé qu'elle était correcte. Ces enquêtes publiques de régularisation sont une nouveauté. En toute honnêteté, elles ne sont pas d'un emploi extrêmement simple, y compris pour la commission d'enquête, que **le directeur général** a rencontrée il y a une semaine. Tous ces éléments vont donc être transmis, puis le préfet constatera la régularisation et saisira la cour administrative, qui convoquera probablement une audience en mai et actera la fin de la procédure, s'il n'y a pas de nouvelles surprises.

S'agissant du capacitaire, la présentation reprend les différentes étapes du projet. Dans la première colonne, à gauche, figure le nombre de lits en hospitalisation conventionnelle (HC) et de places en hôpital de jour (HDJ) autorisés. Il s'agit de l'addition de Bichat et de Beaujon, représentant 1 131 lits autorisés en hospitalisation complète et 259 places d'hôpital de jour autorisées. Pour information, ces capacités n'ont jamais été effectivement armées dans ces deux hôpitaux, mais c'est bien le capacitaire historiquement autorisé, et ce encore aujourd'hui. La situation capacitaire réelle de Bichat et de Beaujon est également indiquée, ainsi que la situation non pas d'aujourd'hui, qui est évidemment assez dégradée compte tenu de la crise des ressources humaines (RH) actuelle, mais la moyenne 2017-2019, avant la crise COVID. Le total n'était pas de 1 131 mais de 975, pour non pas 259 places d'HDJ mais 183. Telle était la réalité de Bichat et Beaujon avant la crise. Aujourd'hui, ce total est sensiblement inférieur.

La troisième colonne représente le projet initial, avec la baisse historique de 30 %, décidée en 2016. En contrepartie de l'autorisation de financement du projet par l'état, il fallait baisser son capacitaire. Le capacitaire était de 816 lits d'HC et 173 places d'HDJ, les 82 au-dessus étant des chambres dédoublables. Ce sont des chambres qui peuvent à tout moment être dédoublées. C'est une catégorie un peu particulière au sein de l'autorisation de lits d'hospitalisation complète. Ce cadrage a pu susciter quelques réactions, puisqu'il était non seulement très en dessous du total autorisé, mais aussi très en dessous de l'activité effective de ces deux hôpitaux. Aujourd'hui, suite à un certain nombre de réajustements du capacitaire intervenus après la crise COVID, le total des lits en hospitalisation complète est remonté à 986, auxquels s'ajoutent 53 lits dédoublables qui peuvent être activés en fonction du besoin, ainsi que 288 places d'HDJ.

**Le directeur général** trouve ces informations intéressantes mais il précise qu'il faudrait entrer dans les spécialités des disciplines médicales pour bien comprendre de quoi il est question. Il est également intéressant de suivre le nombre de patients pris en charge, certaines spécialités médicales ou certaines prises en charge pouvant basculer très légitimement d'hospitalisation complète en HDJ. Toutes les disciplines sont concernées. Or le nombre de malades soignés est évidemment plus élevé sur une année en HDJ qu'en HC. Chacun le sait.

La diapositive suivante présente le potentiel de soins du futur hôpital nord. Le nombre de séjours en HC, en hospitalisation partielle et en HDJ est détaillé. Le total de 2019 (22) est évidemment en baisse, mais ce

n'est pas l'information la plus intéressante, car l'AP-HP se trouvait dans un trou d'air. De son côté, le prévisionnel correspond au potentiel du futur hôpital. Par rapport à 2019 comme par rapport à 2022, il est quand même sensiblement au-dessus. C'est une métrique intéressante, qui s'appuie sur des hypothèses d'occupation des lits et de durée moyenne de séjour, sachant qu'en HC, le futur hôpital devra avoir une durée moyenne de séjour conforme à la moyenne nationale, sur l'ensemble des différentes spécialités, pas inférieure ou supérieure, juste conforme aux durées moyennes de séjour, spécialité par spécialité.

À la diapositive suivante est évoqué le sujet auquel la motion qui va être soumise à la CME fait allusion. Il s'agit du site complémentaire. Dès le départ, il a effectivement été indiqué qu'en plus de l'hôpital Nord, construit sur l'usine PSA, il y aurait aussi un site complémentaire, qui devrait être localisé à proximité, avec une orientation soins médicaux de rééducation (SMR) forte et un objectif qui était, à l'origine, de pouvoir rapprocher du MCO les capacités SMR de Bichat (partie Claude-Bernard) et de Fernand-Widal, à Lariboisière. Ce projet est donc dans le paysage depuis le début. L'État a déjà assuré l'AP-HP d'un financement, que l'AP-HP a reçu, pour l'acquisition du foncier, pour environ 48 M€. Très clairement, l'AP-HP négocie actuellement avec la commune de Saint-Ouen et le propriétaire la maîtrise d'une parcelle mitoyenne du futur hôpital et du campus. Dans la partie droite de la diapositive est représenté en vert le futur hôpital, en blanc (de l'autre côté de la voie ferrée) la partie universitaire et, en bleu, avec une possibilité de relier par une passerelle les deux bâtiments, ce que pourrait être le futur site dit Victor-Hugo, puisque cette parcelle s'appelle Victor Hugo. L'AP-HP négocie la constructibilité avec la mairie de Saint-Ouen, celle-ci ne voulant pas sur-densifier la parcelle, notamment parce qu'elle veut pouvoir créer un espace vert. C'est pour cette raison qu'apparaît un morceau d'espace vert, qui fait l'objet de discussions avec la mairie.

Par ailleurs, le propriétaire de la parcelle, un gestionnaire d'espaces économiques et logistiques, souhaiterait pouvoir s'inscrire dans la programmation pour quelques logements, en proposant de les flécher sur du logement soignants. L'AP-HP discute donc actuellement avec la mairie de Saint-Ouen sur la densité et avec le propriétaire sur la part relative des logements et des surfaces hospitalières, l'idée étant évidemment de pouvoir développer un programme répondant à nos besoins. Comme cela a déjà été dit à plusieurs reprises, ce programme doit permettre non seulement de rapatrier des lits de SMR actuellement situés à Bichat et à Fernand-Widal, mais de développer davantage de SMR pour le GHU Nord. L'AP-HP a en effet la conviction que le GHU Nord est aujourd'hui sous-équipé en lits d'aval MCO et moins bien équipé que d'autres GHU de l'AP-HP. C'est déjà un sujet en soi, à l'heure actuelle. *A fortiori*, le projet pourrait permettre de proposer davantage d'hospitalisation en réduisant les DMS sur le futur hôpital Nord, mais il n'est possible de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) pour revenir à une moyenne nationale qu'en amenant une réponse sur les capacités d'hospitalisation post-MCO, en aval de l'hôpital Nord. Ce n'est pas un sujet qui concerne seulement l'AP-HP. Il est nécessaire de construire un dossier, sur lequel le travail a commencé il y a plusieurs mois avec l'ARS, sur ce que serait un développement capacitaire SMR, que l'AP-HP essaiera de stabiliser au cours des prochains mois. Ainsi, l'AP-HP amènera un complément de réponse qui, le directeur général l'espère, rassurera complètement les communautés médicales de ces deux hôpitaux.

Par ailleurs, un dernier point important mérite d'être cité concernant les effectifs, au-delà de l'évolution du capacitaire, notamment des effectifs paramédicaux. L'arbitrage d'origine du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) en 2016 avait en effet pour objectif de réduire les effectifs des hôpitaux, du fait de la baisse du nombre de lits. Évidemment, l'AP-HP a posé comme principe le maintien strict des effectifs, ce que l'AP-HP a partagé avec les tutelles,

qui l'ont validé. Il n'y a donc plus de perspectives de réduction d'effectifs sur le futur hôpital, par rapport aux effectifs « autorisés » ou budgétés de Bichat et de Beaujon, même s'il faut encore les reconstituer, ce qui constitue l'objectif des prochains mois et des prochaines années, pour pouvoir ouvrir des lits. Le sujet de l'hôpital Nord est un vaste sujet. **Le directeur général** a pris connaissance de la motion qui a été déjà votée par la CME du GHU Nord et qui va être présentée. Elle exprime le souhait de disposer d'un site complémentaire qui porte davantage de lits de SMR qu'il n'y en a aujourd'hui au sein du GHU nord, ce qui est tout à fait conforme à ce que la direction générale de l'AP-HP porte.

**Le D<sup>r</sup> Jean-Marc GORNET**, vice-président de la CME locale (CMEL) du GHU AP-HP. Nord – Université de Paris-Cité, remercie la CME d'avoir abordé le sujet et d'avoir accepté que la motion de la CMEL soit présentée ce jour. Il indique qu'il espère qu'elle sera validée par la CME centrale. Cela montre que chacun accorde une importance à ce projet. Le 7 mars dernier, la CMEL du GHU nord a acté à l'unanimité une motion qui concerne la nécessité absolue qu'il y ait un site complémentaire au niveau du campus nord, au-delà de l'effort pour l'augmentation du capacitaire du site central. Néanmoins, le calcul de la durée moyenne de séjour (DMS) n'est peut-être pas adapté au campus nord, qui est un hôpital d'hyper-spécialités, dans un bassin de population de patients âgés, avec des comorbidités et des problèmes sociaux. En tout cas, si le principe de ce site complémentaire n'était pas avalisé, cela poserait un gros souci de lits d'aval, principalement de SMR, au niveau du campus nord. Au-delà du rachat de la parcelle, un engagement beaucoup plus fort de l'AP-HP est donc nécessaire pour faire remonter à l'ARS l'importance de la création conjointe de ce site. Le capacitaire exact de cette structure n'est pas le sujet du jour. Il convient d'abord de valider le projet et de le coordonner. Sur ce point, il semble important qu'il n'y ait pas d'écart entre l'ouverture des deux sites. S'il devait y avoir un décalage, il serait impératif de prévoir une ouverture conjointe à celle du campus nord de cette structure sur un autre site, par exemple Claude-Bernard, pour que tout s'articule au mieux.

Le **président** estime que l'ampleur du projet justifie que la CME et l'ensemble de l'AP-HP s'y intéressent, d'autant plus que ce projet a d'importants effets sur l'offre de soins. Il souhaite obtenir des précisions sur les chiffres présentés et la progression importante de l'hospitalisation partielle : depuis 2019, la hausse est supérieure à 59 %, avec le passage de 47 129 à 75 150, alors que le nombre de lits de l'hospitalisation partielle passerait de 259 à 288, soit une augmentation de 15 %. **Le président** se demande comment se justifie une augmentation de l'activité de cette ampleur alors que le nombre de places en hôpital de jour n'augmenterait que de 15 %.

**Le directeur général** précise que le chiffre de 259 est le total autorisé. Il propose ici une comparaison par rapport à la réalité de l'hospitalisation partielle. En 2019, il y avait 183 places effectives et encore un peu moins en 2022. C'est donc par rapport à cette métrique réelle qu'a été réalisé le calcul.

**Le président** en prend note et ajoute qu'il faut que la ville soit bien coordonnée avec l'hôpital pour que l'ambulatoire fonctionne bien.

**Le directeur général** confirme que tout fonctionne mieux si l'hôpital est coordonné avec la ville, que ce soit pour l'hospitalisation complète ou de jour.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** évoque alors la partie Victor-Hugo. *A priori*, Bichat ainsi que Claude-Bernard seront vidés et fermés. Il s'interroge sur le devenir de ces sites. Par ailleurs, tous les examens de Bretonneau se font à Bichat. Ils seront donc réalisés sur le site de l'hôpital nord, ce qui allongera un peu la distance. Or il a aussi été question, sauf erreur, de rapatrier l'activité de Fernand-Widal, soit *a priori*

60 lits de SSR et 78 lits de SLD. Ce serait un éloignement de Lariboisière, parce que Fernand-Widal était en un sens l'aval de Lariboisière. Or, Lariboisière sera assez éloigné de la parcelle Victor-Hugo. Aucun chiffre n'a été communiqué pour les SSR ou les SLD, mais il faudrait connaître les besoins de Lariboisière, dont il n'a pas été question, ainsi que les besoins de l'hôpital nord, qui sont à la fois ceux de Beaujon et de Bichat, et éventuellement les besoins existants en Seine-Saint-Denis, territoire très mal desservi sur ce plan. Dès lors, il se demande si la parcelle Victor-Hugo sera suffisante par rapport aux limitations fixées par la mairie de Saint-Ouen. Apparemment, même s'il ne sait pas précisément quelle sera l'activité SMR, la partie gériatrique se retrouvera assez éloignée de Paris. Pour les Parisiens, il y aura un peu moins de places à Paris.

**Le directeur général** confirme ne pas avoir fourni ce jour d'informations chiffrées sur ce que seraient les transferts ou le développement capacitaire. La direction y travaille. Il tiendra la CME informée au fur et à mesure de ces travaux. Pour pouvoir plaider le besoin de davantage de lits, il faut pouvoir mener un travail fin sur les besoins propres à l'AP-HP, sur la comparaison de la situation du GHU nord par rapport à d'autres GHU. Il faut aussi voir comment évolue l'offre de SMR hors AP-HP, car l'AP-HP n'est pas seule dans le territoire nord de la métropole. Ce travail est mené pour pouvoir être convaincant vis-à-vis de l'ARS et faire état d'un besoin plus élevé de lits de SMR dans cette partie de la région Île-de-France, sachant qu'en comparant l'ensemble de l'Île-de-France avec les autres régions, en considérant toute l'offre publique et privée, il y a probablement en Île-de-France plus de lits de SMR par rapport à la moyenne nationale. Ce n'est donc pas totalement intuitif d'annoncer la création de lits de SMR, où que ce soit. Pour **le directeur général**, il y a un vrai rationnel à les ouvrir dans la partie nord de Paris. L'idée est d'obtenir plus de lits. Les chiffres seront partagés avec l'ARS, une fois que les travaux auront suffisamment avancé. Ce sujet important sera régulièrement évoqué au sein de la CME, au fur et à mesure des avancées des travaux.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** souligne que l'hôpital nord fera beaucoup de cancérologie, qui va de pair avec la radiothérapie. Or, la radiothérapie impose dès à présent des contraintes architecturales importantes. Ce sujet, qui était fermé, semble peut-être s'ouvrir quelque peu. Il souhaite connaître le point de vue du directeur général sur la place et l'éventualité de radiothérapie à l'hôpital nord.

**Le directeur général** répond qu'il s'agit clairement de l'un des éléments travaillés au titre du site complémentaire.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** ajoute que l'hôpital nord est un hôpital de greffes (cardiaques, hépatiques et pulmonaires). Qu'en est-il de la greffe rénale dans ce contexte ? Par ailleurs, qu'est-ce que la direction compte faire de Claude-Bernard ? Quelle activité sera maintenue à Claude-Bernard ?

**Le directeur général** il n'est pas envisagé de transfert d'activité, par rapport à la répartition des activités actuelles au sein du GHU nord. Quant à la tour Claude-Bernard, elle a vocation à être désaffectée et peut-être à disparaître. Selon l'avis du **directeur général**, elle est en effet très compliquée à restructurer en l'état. Pour ce qui est du bâtiment bas de Claude-Bernard, l'AP-HP n'y a pas identifié de besoins de manière pérenne. L'AP-HP verra ensuite avec l'ARS et d'autres acteurs hospitaliers éventuels si des besoins s'expriment. Par ailleurs, les élus du 18<sup>e</sup> arrondissement ont demandé que l'offre de soins de proximité existante soit renforcée à Claude-Bernard, à destination de la population de cette partie de l'arrondissement. L'AP-HP a le temps d'y travailler, car l'horizon se situe plutôt vers les années 2029 ou 2030. L'AP-HP avisera à construire une offre de proximité et étudiera quelle place elle pourrait y prendre, mais il ne s'agira pas de services hospitaliers AP-HP maintenus ou redéveloppés, du moins dans la compréhension du directeur général des besoins et des possibilités.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** estime que les urgences demeurent le principal sujet, car le projet devrait consister à fermer les urgences de Bichat et Beaujon, pour constituer un méga-service d'urgences. Or il est proprement impossible de faire fonctionner un service avec 100 000 passages par an. Avec des critères d'environ 20 % d'hospitalisation, les chiffres explosent littéralement. De surcroît, le quartier reste très pauvre, avec une population dont la demande mêle le médical et le psycho-social. Le projet doit vraiment être repensé, pour maintenir une offre ouverte sur Beaujon et Bichat. Sinon, c'est l'échec assuré. Il apparaît de plus un clair sujet de recomposition des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) à Paris, sachant que pour se protéger, même si ce n'est inscrit dans aucun texte, les urgentistes ont mis en place la sectorisation des urgences à Paris. Si les Parisiens devaient-être réorientés vers Saint-Ouen, ils refuseraient de s'y rendre. Ils se dirigeront plutôt à Lariboisière, qui est déjà surchargé. Sur ce point, il rappelle que les infirmières et le personnel dit non médical ne restent désormais même pas six mois en poste. Il cite alors l'exemple de Saclay. De son côté, il a participé à des rapports préconisant de ne pas fermer les structures d'urgence de Juvisy, Longjumeau et Orsay. Mais selon lui, ces urgences vont bel et bien fermer. Les médecins eux-mêmes ont indiqué qu'ils ne travailleraient pas dans des petites structures de proximité. Comme les structures d'urgence de Longjumeau, Orsay et Juvisy fermeront, toute l'activité partira à Saclay. Les prévisions sont donc systématiquement sous-estimées. Il faudrait plutôt se concentrer sur les structures de proximité, qui devraient protéger ce projet.

**M. Yann GUITTIER** donne lecture d'une déclaration : *« d'autres voix médicales indiquent que les grands hôpitaux cathédrales ne sont plus vraiment au goût de jour, d'autant que leurs délais de construction sont beaucoup trop longs et leurs coûts prohibitifs. Pour l'hôpital nord, ces deux éléments sont présents. Pour cette raison, l'alternative est de construire un hôpital de 300 ou 400 lits, pour y regrouper les activités de haute technicité, dans un nouveau bâtiment fonctionnel avec un coût beaucoup plus réduit. De ce fait, il est possible de rénover Bichat et Beaujon en étalant les opérations dans le temps, avec globalement le même budget que ce qui est actuellement prévu pour l'hôpital nord. Seule une opération de ce type permettrait de répondre à l'objectif affiché par l'AP-HP d'augmenter l'offre de soins dans le 93 et, plus globalement, dans le GH nord. Concernant le PNM, on apprend qu'aucun poste ne serait rendu aujourd'hui, alors qu'hier, c'était 1 000 emplois en moins. J'ai bien fait de venir. »*

**Le directeur général** évoque tout d'abord la taille du service d'accueil des urgences (SAU). Il est vrai que deux services importants s'additionnent, Bichat et Beaujon, ce qui fait s'approcher le projet de la barre des 100 000 passages. Quoi qu'il en soit, le directeur général n'a jamais compris qu'à partir de 100 000 passages, aucun SAU ne saurait fonctionner dans de bonnes conditions. Il tient surtout à apporter deux éléments. En premier lieu, la dynamique de croissance de la fréquentation des SAU repose quand même beaucoup sur des passages inutiles. La question est de savoir si dans les huit à dix prochaines années, la France sera capable ou pas de mieux organiser l'accès aux soins urgents dans notre pays. D'aucuns pourraient répondre affirmativement et estimer que la France est condamnée à ce que les urgences écluent la totalité des problèmes du système de santé. Néanmoins, peut-être existe-t-il des perspectives pour que certains dispositifs comme le service d'accès aux soins (SAS) trouvent leur place et permettent l'accès des patients à des consultations de ville non programmées, après régulation par le 15 et des plateformes opérées par les libéraux. Ce dispositif se met en place dans tous les départements de la métropole et commence à avoir un début de concrétisation. **Le directeur général** pense qu'il n'y a pas de fatalité à ce que la France soit condamnée à l'éternelle augmentation des passages aux urgences, d'autant que depuis trois ou quatre ans, les passages aux urgences sont plutôt sur un plateau, voire en léger reflux.

Deuxièmement pour répondre au D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX, **le directeur général** ne sait pas comment maintenir un petit service d'urgence à Bichat ou à Beaujon sans service de médecine autour, comme cela a été mis en place à l'Hôtel-Dieu car cela débouche sur très peu de passages par jour (une trentaine environ tous arrivés debout). **Le directeur général** ne croit pas que ce soit raisonnable de l'envisager. Il rejoint en revanche le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX sur la nécessité d'être très attentif à ce qui se passe sur Lariboisière, car du transfert de patients debout peut intervenir, même si Saint-Ouen se trouve à 400 ou 500 mètres de Bichat.

Pour ce qui est de l'argument consistant à rejeter la construction d'un trop gros hôpital, l'hypothèse de restructuration de Bichat sur site a été étudiée. Elle a été considérée hors de portée, pour de nombreuses raisons. Les éléments de démonstration pourront être partagés à nouveau, si la CME le souhaite, mais **le directeur général** pense que c'est une voie sans issue. S'il s'agit de reconstruire à neuf non pas un seul hôpital mais deux, alors il pense que cela reviendrait à renvoyer le projet aux calendes grecques. Il faudrait en effet retrouver deux fonciers à proximité, refaire toutes les procédures, refaire les maîtrises d'œuvre, etc. **Le directeur général** a quand même le sentiment que les communautés médicales de ces deux établissements aspirent à pouvoir exercer dans des conditions différentes. Comme le projet a désormais suffisamment avancé et été amélioré, l'AP-HP est à présent à portée de main d'une réalisation nécessaire et attendue.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** se demande comment ce projet de grande taille, qui coûtera nécessairement plus cher, sera financé. Il souhaite également savoir ce que deviendront les sites libérés.

**Le directeur général** indique que le site principal est « intégré et financé » dans la programmation pluriannuelle d'investissement (PPI). S'agissant du site complémentaire, sur lequel les travaux se poursuivent, le financement par l'État à 100 % du foncier a été sécurisé. Une fois le foncier apporté, il faut construire l'hôpital, pour environ 200 M€ de construction. Ce n'est pas un petit projet. Compte tenu des délais, il faut l'insérer dans une programmation qui couvrira évidemment le PPI suivant, avec des étapes en 2027, 2028, 2029 et 2030. Le projet doit donc s'inscrire dans les équilibres globaux de l'AP-HP, qui a prévu de continuer à investir sur la base de nouvelles opérations sur les années 2028-2032.

Quant aux sites de Claude Bernard, Bichat et Beaujon, comme indiqué, ce sont des sites sur lesquels l'AP-HP ne porte pas de projet hospitalier. Il y a donc des perspectives de valorisation, qui doivent être travaillées en fonction des différentes finalités avec les collectivités locales. S'il s'agissait de lancer un projet lié au service public, le plan local d'urbanisme (PLU) n'aurait pas à évoluer. En revanche, si le projet s'inscrivait dans une autre finalité, il faudrait discuter avec les collectivités. L'AP-HP le fera tranquillement dans les prochains temps, l'idée étant de concilier un projet qui ait du sens et qui ramène un peu de rentrées financières, ce qui est légitime.

**Le D<sup>r</sup> Olivier MILLERON** trouve intéressant et satisfaisant d'entendre que le projet était mal lancé au départ et qu'il est fait en sorte de le rattraper tous ensemble et estime qu'il s'agit d'un vrai changement. Il souhaite surtout faire état d'un vrai sujet sur les urgences, qu'il considère comme sous-dimensionnées. Avoir considéré qu'il y aurait 10 000 passages de moins par rapport à l'existant apparaît comme un pari audacieux. Il apparaît en tout cas un fort besoin de créer une vraie maison médicale sur le site de Bichat. Il en existe déjà une petite, mais l'objectif est d'en faire un centre de santé, où certains examens doivent pouvoir être réalisés en première partie de nuit, pour décharger les urgences. Or il semble impossible de le développer si l'AP-HP n'est pas partie prenante dans le projet. Sans le site complémentaire, l'hôpital risque d'être embolisé tout de suite. En effet, il est question d'une baisse des lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) d'hospitalisation complète et d'une augmentation de la réanimation et du soin continu. Or pour vider les réanimations, il faut disposer de lits de MCO, de l'hospitalisation complète. Si

des lits d'aval n'étaient pas accessibles tout de suite sur le site complémentaire, l'hôpital serait tout de suite embolisé au niveau des urgences, du fait des nombreux actes et des patients sortant de réanimation. Il apparaît donc un objectif déterminant à ce qu'il n'y ait pas de décalage. **Le D<sup>r</sup> Olivier MILLERON** votera la motion, mais estime qu'il faudra continuer à travailler sur le plan politique pour aider l'AP-HP à obtenir la sécurisation, c'est-à-dire un financement rapide. Sinon, l'hôpital risque d'exploser dès le départ. Or si tout le monde est persuadé qu'il explosera dès le départ, le projet perdra ses soutiens avant même d'ouvrir.

**Le directeur général** revient sur la nécessité de disposer de maisons médicales à Bichat. L'AP-HP a besoin de structures pouvant faire du non-programmé. Il est aussi nécessaire de s'appuyer de médecins traitants qui suivent les patients au long cours. Cette grande bascule s'observe pourtant. Beaucoup veulent faire du non-programmé, sous prétexte que c'est beaucoup plus attractif que de traiter de la patientèle en médecin traitant. En tout cas, l'AP-HP a besoin de structures qui prennent tout ou partie du non-programmé, sur des tranches horaires adaptées aux moments de tension que sont la fin d'après-midi et le début de soirée, dans les SAU. **Le directeur général** rejoint le D<sup>r</sup> Olivier MILLERON sur ce point. Il ne ferme pas du tout la porte à ce que l'AP-HP soit partie prenante d'un tel projet, même si elle n'a sans doute pas vocation à le porter, mais plutôt d'être un partenaire présent. **Le directeur général** l'a indiqué aux élus du 18<sup>e</sup> arrondissement et à la mairie centrale. Il y est totalement ouvert, et pas seulement à Bichat. En face, à Saint-Ouen, l'AP-HP a déjà noué un partenariat, qui a été évoqué en CME l'année dernière, avec un centre de santé qui s'appelle « Henri-Barbusse », sur lequel l'AP-HP a prévu d'intervenir. Ce centre dispose d'une offre de médecine générale. L'AP-HP vient plutôt en consultation avancée dans des spécialités de recours. En tout cas, ce lien avec des structures de ville doit vraiment être structuré pour les prochaines années. Cela fait partie des sujets en termes de stratégie médicale et territoriale sur lesquels l'AP-HP doit s'investir.

S'agissant ensuite de la synchronisation de l'ouverture de l'hôpital et du moment où il existera du capacitaire SMR sur une maille correspondante, c'est un point très important. L'AP-HP doit y travailler. Des solutions existent, en attendant le futur site. **Le directeur général** ne peut garantir qu'il sera livré le jour J, mais des actions sont déjà possibles sur Claude-Bernard.

**Le P<sup>r</sup> Nicolas JAVAUD** considère que l'enjeu principal reste l'aval, c'est-à-dire le site complémentaire. Il tient surtout à rebondir sur ce qui a été dit sur les urgences. En l'espèce, il n'est pas certain qu'un plus un fassent deux et, en l'occurrence, que le nombre de passages de Beaujon additionné à ceux de Bichat produisent le nombre de passages de l'hôpital de Saint-Ouen. En effet, modification majeure, le site de Saint-Ouen sera régulé par le SAMU 93. Les patients de l'aide médicale urgente n'arriveront non plus du 75 et du 92, mais du 93. Il va même peut-être falloir que l'hôpital nord aille chercher des patients sur les ex-secteurs du 75 nord et du 92 ouest, pour maintenir l'activité actuelle.

**Le D<sup>r</sup> Ariel FRAJERMAN** tient à faire part de son inquiétude concernant le vote la motion dans laquelle, il est fait mention de la psychiatrie sur le site complémentaire. En tant que psychiatre, la présence d'une ligne de chemin de fer juste à côté n'est guère rassurante. Il souhaite savoir ce qui a été prévu en matière de sécurisation des locaux.

**Le directeur général** tient à le rassurer. Il y a effectivement une ligne de chemin de fer, mais assez peu de trains l'empruntent (1 à 2 par jour). Ce n'est pas la petite ceinture, mais c'est un tronçon qui part de la petite ceinture. Le sujet de la sécurisation sera étudié. En tout cas, c'est vrai qu'il y a une demande forte du service de psychiatrie de Bichat de pouvoir rejoindre et d'être en proximité du grand site MCO, ce qui a évidemment été entendu. Quoi qu'il en soit, il y a souvent des lignes de chemin de fer à proximité de nos hôpitaux.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** tient à faire figurer au compte rendu la mention du chantier important lancé sur les ratios qui seront appliqués au nouvel hôpital. Tout ce qui est discuté pourrait s'effondrer l'AP-HP n'y était pas extrêmement attentive. Dans le plan initial, dont tout le monde s'entend pour dire qu'il est désormais caduc, obsolète et très mal pensé, prévoyait un ratio de 1 pour 14. Ce n'est absolument pas tenable pour recruter ou fidéliser. De ce point de vue, ces ratios devront être garantis d'une façon ou d'une autre. L'AP-HP ne recrutera pas si les personnels n'ont pas confiance dans les ratios que l'AP-HP leur assurera. C'est la principale clé du recrutement, même s'il reste possible de discuter sur tout le reste.

**Le président** indique que la direction s'est déjà exprimée sur ce point et que c'est un sujet à considérer quand un bâtiment est construit. Il propose que la CME soutienne la motion adoptée à l'unanimité le 7 mars par la CME du GHU AP-HP. Nord – Université de Paris-Cité concernant le projet de site complémentaire du futur campus de Saint-Ouen – Grand-Paris nord, dont il donne lecture :

*« Motion de soutien de la communauté médicale du GHU APHP. Nord au projet de site complémentaire d'aval du campus Nord-CHUSOGPN (centre hospitalo-universitaire Saint-Ouen Grand Paris Nord). Le principe d'un site complémentaire d'aval est acté dans le projet du campus Nord. Il sera dédié principalement à des lits de soins médicaux de réadaptation / SMR (mais aussi de SLD, de psychiatrie...) Ce site d'aval est indispensable au fonctionnement optimal du site principal du campus Nord.*

*Actuellement, ce projet spécifique n'est pas encore finalisé et fait l'objet de discussions portant notamment sur la localisation exacte du bâtiment, le capacitaire en lits SMR, et le calendrier d'ouverture.*

*En conséquence, la communauté médicale du GHU APHP. Nord :*

- *affirme la nécessité de ce site complémentaire d'aval, à proximité de l'hôpital principal ;*
- *demande la garantie d'une capacité en lits adaptée aux besoins de la population et au fonctionnement du site principal du Campus, tenant compte de ses activités de recours et du déficit en lits dans le bassin de population concerné ;*
- *demande un calendrier d'ouverture coordonné avec celui du site principal ;*
- *demande la validation sans délai de ce projet par nos tutelles. »*

*La CME approuve la motion à l'unanimité.*

#### **4. Projet pour améliorer l'expérience des patients de l'AP-HP (M<sup>mes</sup> Laetitia BUFFET et Gwéno­lée ABALAIN)**

**Le directeur général** rappelle que ce sujet a été lancé lors de la dernière mandature de la CME, en septembre dernier, sur la base d'un premier document qui posait un certain nombre de constats et ouvrait plusieurs pistes, selon une méthode qui permet d'enclencher l'échange et la concertation au sein de l'AP-HP.

Toute une série de travaux a été lancée pour essayer de passer de la phase d'exploration, en essayant d'identifier les problèmes et les axes d'améliorations, à quelque chose de plus opérationnel. C'est dans cette dernière phase que l'AP-HP est entrée, dans la perspective de boucler ce plan d'ici la fin du mois de mars 2024.

Dans cette phase opérationnelle, comme pour les trente leviers, l'AP-HP a souhaité associer aux séances de travail sur chacune des actions, d'une part des présidents de la CME, que **le directeur général** remercie d'avoir libéré des demi-journées pour ces travaux, des représentants du personnel, deux organisations

syndicales ayant souhaité s'inscrire dans la dynamique des trente leviers (CFDT et Sud), ainsi que des représentants des usagers, qui siègent soit au directoire, soit au conseil de surveillance de l'AP-HP.

Ce travail a, par ailleurs, été présenté en bureau de la CME il y a quelques jours, avec transmission d'un document qui n'est pas le définitif. La version finale du document devrait-être finalisé fin mars 2024.

**M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET** indique que la première diapositive vise à présenter les 11 axes, dans lesquels sont rangées les 31 actions qui sont proposées.

Le premier axe vise à faciliter la prise de contact et la prise de rendez-vous numérique et téléphonique au sein de l'AP-HP, avec deux grands objets. La première est la refonte de l'information mise à disposition des patients, tout d'abord à travers le site Internet dont tout l'écosystème va être revu, notamment pour permettre aux sites et aux services de disposer de mini-sites dédiés, faciles à alimenter, pour donner plus d'informations à leurs patients, sur leur offre et sur les modalités de prise de rendez-vous au sein du service (ce qu'ils font ou ne font pas), et de donner un certain nombre d'informations qu'ils souhaitent donner à leurs patients. Cela n'a l'air de rien, mais c'est un énorme chantier pour l'AP-HP, énormément de sites étant abrités de manière très différente et ayant des contenus extrêmement différents, sans forcément être orientés patients, pour répondre aux questions concrètes que se posent les patients au quotidien. Le site Internet affiche ensuite deux déclinaisons, d'abord l'espace patient. Il permet aujourd'hui de prendre rendez-vous en ligne ou de gérer un certain nombre de formalités administratives. Il sera revu pour plus de simplicité. L'AP-HP propose aussi de refondre l'application AP-HP patients. L'idée est d'investir sur cette application, pour en faire une interface du quotidien avec les patients, pour qu'ils puissent prendre rendez-vous, avoir de la visibilité sur les rendez-vous à venir ou les rendez-vous passés, accéder à des documents importants, pouvoir se géolocaliser dans un établissement, etc.

La deuxième action porte sur la prise de rendez-vous par Internet. L'idée est d'accompagner un maximum de services, sur deux ans, dans le déploiement de modules de prise de rendez-vous par internet. L'application de l'entreprise *Doctolib* existe bien sûr, mais l'objectif n'est aucunement de proposer *Doctolib* partout. Il s'agit de pouvoir proposer la bonne solution en face des besoins de chaque service. Actuellement, une solution qui s'appelle « LORAH » est expérimentée avec beaucoup de succès sur des sites pilotes. Elle permet aux patients de demander un rendez-vous en remplissant un questionnaire et communiquer des documents. En fonction de ce qu'il a rempli, le service répond si cela correspond ou non à ses spécificités. Enfin, l'AP-HP affiche évidemment une ambition sur la prise de rendez-vous par téléphone, dans l'idée de déployer sur deux ans, partout où cela sera réalisable, des bureaux centralisés de prise de rendez-vous et d'ainsi permettre d'avoir des engagements de qualité. Certains services garderont un système décentralisé, de prise de rendez-vous. Dans ce cas, certains éléments qualitatifs doivent être mieux suivis, notamment la façon d'atteindre de meilleurs taux de décroché. Cela fait partie des sujets très concrets mis en avant par les patients.

L'amélioration de l'accueil et l'orientation des patients est un chantier important à la fois pour les démarches administratives, mais aussi, tout simplement, pour savoir où se rendre dans l'hôpital pour son rendez-vous. L'idée est de pouvoir accompagner dans un premier temps six sites dans une refonte ambitieuse de leur signalétique, là où l'AP-HP sait qu'il y a de gros problèmes, du fait de remontées très importantes dans les questionnaires de satisfaction des patients relatif à ce sujet. Il s'agit évidemment de ne pas s'arrêter là et de ne pas seulement traiter six sites par an, mais aussi d'introduire des améliorations par des actions plus ponctuelles pour les services que patients n'arrivent jamais à trouver, comme le montrent les questionnaires de satisfaction. Il n'est pas nécessaire de refondre toute la signalétique d'un établissement pour savoir que certains services sont plus ou moins introuvables et qu'il faut aider à

améliorer leur signalétique. Il est de surcroît prévu d'améliorer la cartographie, tout simplement en mettant à jour la cartographie de l'AP-HP sur les produits internet *Google maps* ou *OpenStreetMap* et en mettant à jour les plans en 2 dimensions qui se trouvent sur tous les sites internet. Enfin, le dernier élément de la diapositive concerne la professionnalisation, l'accompagnement, la formation des fonctions d'accueil sur les sites. Davantage de détails figurent dans la présentation.

Un autre axe majeur est prévu sur le fait de rendre les parcours intra-hospitaliers plus fluides, d'abord par l'amélioration des conditions d'accueil, avec l'idée d'un plan de rénovation sur trois ans des espaces d'accueil. Ces rénovations ne sont pas des rénovations lourdes. Elles restent simples. Elles concernent les espaces d'accueil, par ordre de priorité. Certains espaces d'accueil se trouvent en effet dans des conditions inacceptables du point de vue du patient, à la fois en termes d'espace, d'état des murs et de mobilier. L'idée est donc de s'attaquer, par ordre de priorité, à la rénovation simple de ces espaces d'attente, évidemment avec une priorité au SAU.

Le sujet suivant est la programmation par l'AP-HP elle-même des rendez-vous dans certains cas de parcours complexes. Ce point remonte énormément dans les questionnaires de satisfaction. Dans certains autres établissements de santé, publics ou privés, les patients, notamment atteints de pathologies complexes, n'assurent pas eux-mêmes la coordination de leurs rendez-vous quand ils ont un parcours de soins à organiser. Tous les coûts de coordination entre professionnels sont assurés par l'établissement. Cela existe aujourd'hui dans certains endroits à l'AP-HP. Concrètement, le patient n'a qu'à décrocher son téléphone pour prendre un premier rendez-vous, puis les professionnels de l'hôpital coordonneront les examens et les rendez-vous, y compris quand un examen est annulé. Le patient n'a pas à tout reprogrammer lui-même, dans un ordre qu'il ne connaît pas, parce qu'il ne maîtrise pas tous les tenants et aboutissants de son parcours de santé. L'idée, après pas mal de discussions internes, est de travailler là-dessus en priorisant tout d'abord les patients atteints de cancer, dans le cadre de la dynamique de la certification cancer qui concerne certains établissements. L'AP-HP procédera ensuite pathologie par pathologie. C'est un énorme chantier organisationnel. Ceux qui l'ont mis en place dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC), notamment dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC), en ont fait une chefferie de projet et ont conduit un projet dédié, de manière très ambitieuse au cours des dernières années. Un sujet de facilitation du parcours par une meilleure information délivrée aux patients se pose aussi. Ce sont des éléments très concrets, sur la façon d'informer mieux le patient des étapes de son parcours, à la fois administratif et de soins.

Pour ce qui est de l'amélioration de la qualité de séjour des patients hospitalisés, de la même manière qu'une campagne de rénovation sur les espaces d'attente est prévue, l'idée est aussi de conduire une campagne de rénovation simple des chambres. Il ne s'agit pas de faire des restructurations lourdes, mais d'améliorer l'existant de manière assez rapide. Ces deux axes sont complémentaires. Cela ne signifie pas que toutes les restructurations lourdes qui sont d'ores et déjà prévues dans le plan d'investissement ne seront pas réalisées, mais qu'en plus, des campagnes flash de rénovation de chambres seront lancées, pour avoir plus d'ambition sur cette rénovation. Un sujet se pose aussi sur la literie. C'est à nouveau une considération « pratico-pratique ». L'idée, dès 2024, est d'étendre ce qui existe aujourd'hui à Necker à tous les sites pédiatriques. À Necker, des couettes sont utilisées plutôt que des draps et des couvertures, ce qui suscite une forte satisfaction à la fois des patients et de leurs proches. Il est prévu d'étendre cette disposition aux sites pédiatriques et aux sites gériatriques, en privilégiant les longs séjours, dans des conditions qu'il faudra évidemment préciser, notamment avec les professionnels, l'encadrement, etc., pour être certain que le projet correspond aux attentes des professionnels.

Un travail est de surcroît prévu sur le *wi-fi*. La CME a beaucoup eu l'occasion d'en discuter. Deux sujets se mêlent, le *wi-fi* patients, qui ne fonctionne pas toujours très bien, avec beaucoup de zones blanches, et l'absence de réseau mobile dans un certain nombre d'endroits, ce dont il a été question lors de la dernière CME. L'idée est à la fois de réaliser un diagnostic, pour connaître vraiment les zones blanches dans lesquelles l'installation du réseau sera priorisée, mais aussi de déterminer les endroits pour lesquels un échange s'ouvrira avec les opérateurs pour essayer d'améliorer la couverture réseau. C'est évidemment un sujet majeur.

L'AP-HP a également lancé un sujet d'amélioration de la restauration. **M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET** propose de ne pas y revenir dans le détail. Il fera l'objet d'une stratégie à part entière, qui a fait l'objet d'un grand travail associant certains membres de la CME au cours des derniers mois. Cette stratégie à part entière sera précisée en mai 2024.

La troisième diapositive (sur un total de cinq) porte sur la sortie des patients, qui est sans doute le sujet qui remonte le plus en rouge dans les questionnaires de sortie, quand les patients sortent d'hospitalisation sans leur ordonnance, sans leur compte rendu d'hospitalisation, sans savoir qui fera le lien avec leur médecin traitant, voire sans avoir vraiment complètement compris les modalités de leur prise en charge quand ils étaient dans l'hôpital, ni complètement compris ce qu'ils avaient. À ce stade, il est proposé d'adapter le label « Hospitalité », un grand nombre de services étant déjà engagé dans la démarche sur l'amélioration des attendus et sur l'organisation de la sortie du patient. Il est aussi prévu de remettre au goût du jour tous les outils, que nombre de membres de la CME ont connus mais qui se sont perdus, comme les listes de vérification (*checklists*), la mallette de sortie, etc. Ce n'est pas un sujet simple, car le compte rendu d'hospitalisation n'est pas toujours remis au moment de la sortie, pour plein de bonnes raisons, par exemple parce que les examens ne sont pas toujours revenus. C'est néanmoins un sujet central.

Concernant le parcours administratif, les ambitions sont assez importantes dans le plan. **M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET** propose de les résumer rapidement. Dans le système actuel, les patients sont invités à faire une préadmission en ligne, jusqu'à cinq jours avant. Cette préadmission consiste en réalité à remplir un dossier administratif dans lequel le patient scanne et met en ligne sa carte vitale, sa carte de mutuelle et sa carte nationale d'identité, jusqu'à cinq jours avant leur prise en charge à l'hôpital. S'il ne le fait pas, il devra passer par le bureau des admissions. Tel est le système qui existe aujourd'hui. Le plan patient propose plusieurs ambitions. Si le patient a rempli sa préadmission en ligne il y a moins d'un an, l'AP-HP ne lui redemandera rien, que ce soit pour une prise en charge dans le site dans lequel à la déjà bénéficié d'une prise en charge précédemment ou bien dans n'importe quel autre site de l'AP-HP. C'est potentiellement une évolution qui changera beaucoup de choses pour les patients. Ensuite, l'idée est de pouvoir aller jusqu'à deux jours avant la prise en charge pour fournir les éléments, et non plus cinq jours. Troisième élément, si le patient n'a toujours pas remis les éléments, il n'aura pas forcément besoin, dans le système cible, de passer par le service des admissions, ce qui passe par deux choses. Il s'agit tout d'abord d'expérimenter plus largement un système en cours d'expérimentation au sein du GHU Henri-Mondor, qui est la possibilité de remplir son dossier administratif en ligne dans la salle d'attente, directement dans le service de soins. Le patient peut le faire lui-même, en scannant ses documents administratifs directement sur l'espace patient avec un petit *flashcode*. Si le patient est en incapacité de le faire, parce qu'il ne sait pas bien se servir de son *smartphone* ou s'il n'en a pas, les secrétaires administratifs peuvent l'accompagner pour permettre de prendre en photo ou de scanner ses éléments. Évidemment, il faut que ce le nombre de personnes qui arrivent dans cette situation au service soit limité et qu'un maximum d'entre eux aient fait leurs démarches en ligne. L'idée est aussi de généraliser ce qui est testé aujourd'hui

à Louis-Mourier et qui vise la même chose, spécifiquement sur les urgences. Pendant le temps d'attente aux urgences, le patient remplit son dossier administratif en ligne, en scannant ses documents. Ce sont les éléments principaux. D'autres éléments sont prévus sur le parcours administratif, comme la simplification des démarches en cas de litige sur la facturation, à travers un portail unique remanié.

Le dernier point de la diapositive vise à prendre davantage en considération les aidants et les accompagnants, avec trois axes. Le premier est un axe extrêmement concret. Il consiste à généraliser les solutions de couchage, dans les endroits dans lesquels c'est justifié. Ce n'est pas un sujet simple, notamment dans les maternités. Certaines maternités appliquent des règles d'association des proches qui ne sont pas complètement homogènes. Même si cela présente des conséquences sur l'organisation médico-soignante, il faut quand même que ceux qui le veulent puissent avoir des couchages à mettre à disposition des parents. Le deuxième élément listé porte sur l'accompagnement des équipes qui voudraient mettre en place des organisations plus favorables aux aidants. Il en a beaucoup été question à la CME, avec le sujet de la place des aidants en gériatrie, celui des horaires de visite dans certains services ou tout ce qui a été fait dans les dernières années dans les secteurs de réanimation. Tout cela doit permettre à l'AP-HP de se poser les bonnes questions sur les endroits dans lesquels la place des aidants et des accompagnants peut être repensée. Enfin, le dernier élément porte sur l'accompagnement des aidants et des proches en cas de décès du patient. Un audit a été lancé dans les chambres mortuaires de l'AP-HP. Il vise à identifier de possibles axes d'amélioration sur ce sujet, qui peuvent être très concrets, comme les démarches administratives des proches en cas de décès du patient ou bien les modalités de remise des objets personnels du patient.

Le sujet suivant est l'accompagnement aux soins des patients les plus vulnérables. Elle propose de ne pas entrer dans le détail. Les éléments du plan sont assez fournis. L'AP-HP a souhaité acter un focus particulier sur trois populations, d'abord les personnes en situation de handicap, à la fois sous l'angle de l'accessibilité physique et de l'accès aux soins, puis les personnes en situation de précarité, dont les problématiques sont particulières et avec beaucoup d'enjeux, notamment l'anticipation de la sortie pour ceux qui n'ont pas d'endroit où aller ou des sujets d'accompagnement des patients allophones, ainsi qu'un sujet de montée en charge de l'accompagnement des femmes victimes de violence.

Sur la dernière diapositive, **M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET** propose de commencer par la participation des patients à la recherche clinique, car les deux autres *items* sont assez transversaux. Un certain nombre d'axes du plan visent à faciliter la participation des patients à la recherche clinique, par la communication sur les essais cliniques, la création d'une base de volontaires et d'un volet recherche sur l'espace patients, l'amélioration de l'information donnée aux patients et la simplification du parcours administratif des patients volontaires. Aujourd'hui, il reste un certain nombre de freins administratifs à la participation aux essais cliniques des patients. Il s'agit d'aller les lever.

Les deux autres axes sont très transversaux. Le premier vise à mieux prendre en compte la vie des patients dans les décisions, à tous les niveaux. L'idée n'est pas juste un mantra. Il s'agit que l'AP-HP réussisse à trouver des leviers concrets, qui portent d'abord sur la mise à disposition de tous les services des résultats des questionnaires de satisfaction. Ce n'est pas le cas à ce stade, de manière fréquente, pour les résultats des questionnaires de satisfaction qui sont remplis nationalement et localement. C'est évidemment un premier levier qui peut donner lieu à des petits plans d'action locaux, voire à des projets de prime d'engagement collectifs. Certains éléments reviennent très fréquemment dans les questionnaires, comme les conditions de sortie, dont il a été question. De même, l'amélioration du confort des patients la nuit remonte extrêmement souvent, avec la limitation du nombre de réveils, le bruit et un certain

nombre d'*items* très concrets qui peuvent donner lieu à de la mobilisation au sein des services, quand ils remontent fortement. Il y a aussi des sujets de qualité relationnelle, qui remontent évidemment dans les questionnaires de satisfaction. Il s'agit de mieux informer et mieux diffuser l'information, pour permettre à chacun de se l'approprier. Il est important également de citer l'idée d'aller stimuler la mise en place de partenariats patients. Un certain nombre de services de l'AP-HP a identifié des patients partenaires, avec lesquels ils construisent des projets pour les soins et l'accompagnement des patients. **M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET** cite le cas de l'éducation thérapeutique du patient ou de la « pair-aidance », qui sont des dispositifs très concrets. L'idée est de venir déployer par un appel à projets ce type de modalité d'association avec des patients partenaires. Cela commencera un peu petit, avec vingt services cette année, mais l'idée est de monter en puissance ensuite.

Enfin, le tout dernier *item* est celui de la fédération des équipes autour de ce sujet, avec la mobilisation de la prime d'engagement collective autour d'objets très concrets – la mise en œuvre du « plan patients » sera l'une des grandes thématiques dans lesquelles les équipes pourront s'inscrire pour un PEC en 2024 et en 2025. Les trophées patients seront en outre relancés au début de l'année 2025. Enfin, comme indiqué, le label hospitalité intégrera de manière très transversale tous les objectifs du projet patients, dans une nouvelle version.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui-Quoc** indique qu'il a déjà été question de ces sujets dans les réunions quadripartites. Il a posé une question sur l'appropriation de ces plans et de ces actions par les personnels de l'AP-HP. Une communication sur la manière d'avancer apparaît très importante, pour que les personnels médicaux comme les personnels non-médicaux et toute l'AP-HP s'approprient ce plan. Comme chacun reçoit beaucoup de courriels et d'informations, ce serait peut-être un peu compliqué pour les acteurs si la communication interne concernant ce plan d'actions arrivait de façon verticale. De plus, il pense qu'il sera également utile qu'une communication soit proposée à l'extérieur, pour annoncer que l'AP-HP est accueillante ou se veut être plus accueillante. C'est un point important.

**Le D<sup>r</sup> Sonia DELAPORTE-CERCEAU** remercie M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET pour ces perspectives, qui donnent un peu de baume au cœur face aux irritants du quotidien, pour les patients comme pour les équipes. Elle demande comment il est prévu d'installer tout cela. Comme l'a dit le D<sup>r</sup> Emmanuel BUI-QUOC, il semble très important que les équipes en aient connaissance. Est-ce les hôpitaux qui se porteront volontaires ou est-ce la direction qui décidera lesquels sont prioritaires et sur quel type d'action ? Le plan présente en effet un certain coût. Les financements seront-ils séparés et dédiés ou bien des fléchages seront-ils fixés à l'intérieur des enveloppes ?

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** remercie les équipes pour ce travail. Du fait de son métier, il se rend régulièrement dans les établissements privés. Récemment, la clinique Hartmann a ouvert dans un luxe absolument extraordinaire. En comparaison, il est clair que l'AP-HP, aussi magnifique soit-elle, rate quelque chose. Il se félicite de ces travaux, car de la même manière que personne ne se perd jamais dans un aéroport, tout le monde se perd toujours à Tenon. Sa seule question portera sur l'argent nécessaire pour réaliser l'ensemble du plan.

**Le D<sup>r</sup> Olivier MILLERON** se félicite que les rénovations ne soient plus prises comme des investissements. Un échange s'est tenu à ce sujet en CMEL. Passer un coup de peinture n'est pas un investissement. Ce n'est que du maintien. Il cite alors un exemple pratique. Au centre de référence, il est fait en sorte de passer au zéro papier, ce qui pose problème pour la signature des consentements. Certains disent qu'il faut conserver certains papiers. **Le D<sup>r</sup> Olivier MILLERON** se demande si c'est vrai. Sans doute un sujet médico-

légal se pose-t-il là-dessus. Sans doute serait-il possible de tout placer sur *Orbis*, mais certains expliquent que c'est impossible et qu'il faut garder du papier, alors que les dossiers papier doivent disparaître.

**Le P<sup>r</sup> Estelle GANDJBAKHCH** exprime ses félicitations pour le travail réalisé. C'est un chantier extrêmement important pour la prise en charge des patients. Beaucoup d'actions semblent être concentrées sur l'amélioration des services numériques, en particulier le site, les prises de rendez-vous, etc. Or derrière ces services numériques se trouvent des humains qui doivent prendre en charge les demandes de rendez-vous. Toutes ces tâches nécessitent du personnel de secrétariat et de coordination. Ainsi, s'il n'est pas répondu au téléphone, c'est souvent faute de personnel. Dès lors, quels moyens seront alloués dans le cadre de ce plan aux moyens humains de secrétaires et de secrétaires hospitalières en particulier ? **Le P<sup>r</sup> Estelle GRANDJBAKHCH** a l'impression que le rôle de la secrétaire hospitalière est fortement sous-estimé. Son rôle reste un rôle important de prise en charge dans les services. Il est trop souvent sous-estimé par les directions.

**Le président** indique s'être rendu la veille dans un service pour une visite durant laquelle le sujet des infirmiers ou infirmières de coordination a été évoqué. Ceux-ci réalisent le travail complexe que M<sup>me</sup> Laëtitia BUFFET a en partie décrit dans l'organisation du parcours patients. Ces métiers offrent des perspectives d'évolution très intéressantes pour certains infirmiers et très utiles pour tout le monde.

**Le D<sup>r</sup> Julien FONSART** souligne l'intérêt d'améliorer les conditions de sortie administrative du patient, ainsi que les conditions d'accueil de la sortie. Pour sa part, il travaille dans un hôpital situé à proximité de la gare du nord, où il voit tous les jours des patients attendre dans le froid, dans l'entrée de Lariboisière. Leurs taxis mettent très longtemps à arriver, car le site est difficile d'accès, et ils n'ont aucun endroit où s'installer au chaud. Il faudrait y travailler aussi.

**Le P<sup>r</sup> Sophie GEORGIN-LAVIALLE** trouve le programme extrêmement alléchant et espère qu'il verra le jour, surtout dans un délai qui ne soit pas trop long, les chantiers étant très nombreux. Elle rebondit sur la remarque du D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX, qui affirme que tout le monde se perd toujours à Tenon. Pour sa part, elle travaille à Tenon. Les exemples dysfonctionnels sont extrêmement nombreux, par exemple quand les personnels changent de service. Les affichages restent ceux d'il y a cinq voire dix ans. Il faudrait désigner des personnes vers lesquelles se tourner pour connaître le bon interlocuteur, afin de passer les changements nécessaires. À ce stade, les équipes baissent les bras. Par exemple, personne ne sait à qui s'adresser pour ouvrir un compte *Doctolib* professionnel. Cela fait environ neuf mois qu'elle relance tous les deux mois une personne, sans que sa demande n'aboutisse. Il faudrait indiquer à qui il faut s'adresser, comment, et qu'un échéancier de toutes ces transformations soit proposé, pour que les changements ne soient pas réalisés dans quinze ans, éventuellement quand elle aura quitté son poste.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** tient à aborder le problème des transports ou au moins à ce qu'il soit cité dans les conditions d'accueil des patients. Un problème majeur se pose, celui des ambulances qui refusent désormais de venir à Paris. Il pourrait citer de nombreux exemples, par exemple une patiente qui a contacté quarante compagnies avant d'abandonner. S'y ajoutent des conditions d'accès aux sites hospitaliers qui deviennent catastrophiques dans certains cas. Il souhaite citer l'exemple de la Pitié-Salpêtrière. Il ignore si un retour en arrière est possible, mais il n'y aura bientôt plus qu'une seule file de circulation sur le boulevard de l'hôpital. Le temps d'accès pour entrer dans l'hôpital est si long que la situation risque de devenir catastrophique. Au sein des hôpitaux de l'AP-HP où les ambulances refusent d'aller, la Pitié-Salpêtrière sera bien sûr en *pole position*. Assister de façon passive à cette modification du plan de circulation apparaît comme un énorme problème. **Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** tient à le dire. Si c'est

peine perdue, au moins aura-t-il été acté que le sujet a été dénoncé en temps et en heure par les praticiens de terrain.

**Le P<sup>r</sup> Karine LACOMBE** a noté que figuraient dans le plan trois publics prioritaires, dont les personnes en situation de grande précarité. C'est un sujet qui touche particulièrement l'AP-HP en tant qu'hôpital public. Or, l'AP-HP rencontre d'énormes problèmes avec le service social dans de nombreux sites, en particulier pour le recrutement des assistantes sociales. Sans un service social efficace, l'AP-HP est totalement prise à la gorge. Elle cite un exemple qu'elle connaît bien, celui du service des maladies infectieuses, qui fait face depuis quelques mois à de gros problèmes de prise en charge, du fait du manque de ces assistantes sociales. L'AP-HP fait en outre face à une concurrence importante, en particulier de la Ville de Paris ou du département, qui proposent des revalorisations salariales qui n'ont pas été appliquées à l'AP-HP. C'est un problème majeur, dont il va vraiment falloir se saisir, sinon les services sociaux vont se paupériser.

**M. Yann GUITTIER** indique qu'à Robert-Debré, c'est la RATP qui guide et c'est un peu mieux fait qu'ailleurs. En comparaison avec les autres hôpitaux qu'il fréquente, techniquement, la RATP sait faire et bien faire pour guider. Peut-être ce projet a-t-il coûté très cher. Il se demande s'il faut continuer à faire cela dans tous les hôpitaux. En tout cas, c'est une bonne expérience. Ceux qui viennent pourront se prononcer.

**Le directeur général** remercie la CME pour ses retours plutôt positifs et d'encouragement à faire. Sur la méthode, il a souhaité que ce sujet soit pris, un peu dans le même esprit que ce que qu'il a engagé à la fin de l'année 2022 pour les « 30 leviers ». En un sens, c'est un deuxième chapitre, après les sujets ressources humaines. L'idée directrice reste en effet d'être précis sur la manière d'avancer, sur les modes opératoires, les moyens nécessaires et les échéances fixées. Un suivi sera proposé de manière très transparente. Il ne s'agit pas uniquement de se faire plaisir, avant de constater quelques années plus tard que rien n'a avancé. Ce n'est pas sa conception. L'AP-HP peut être ambitieuse et essayer d'avancer sur le sujet dans l'ensemble de ses dimensions. Action par action, sujet par sujet, il faudra trouver le mode opératoire. Certains sujets seront portés assez largement en centrale. Pour d'autres, il sera fait en sorte de s'appuyer sur les équipes de proximité. De la même manière, il avait été fait en sorte de trouver une juste répartition des choses sur les trente leviers. Ainsi, sur chacune des actions apparaîtront une méthode et une répartition des tâches entre le siège, les GHU, les établissements et les sites. Parfois, l'AP-HP estimera ne pas être capable tout de suite de tout faire. **Le directeur général** cite l'exemple de la signalétique dans l'établissement. Refaire une signalétique est long et coûteux. L'AP-HP commencera donc par quelques sites, pour tester la démarche et cerner les coûts, avant de passer à l'échelle supérieure. De même, ce plan n'a pour ambition de régler tous les sujets. Certains ont ainsi pointé des sujets d'effectifs de secrétaires hospitalières. **Le directeur général** est tout aussi convaincu qu'il serait bénéfique de compter plus de professionnels. Dans les trente leviers, 600 postes ont été prévus dans cette finalité, mais 600 seulement et non pas 6 000. L'AP-HP est forcément confrontée à une contrainte budgétaire qui limite sa capacité à en créer plus. **Le directeur général** serait très heureux de le faire si la situation budgétaire de l'AP-HP le permettait mais cela suppose d'abord de recréer les conditions d'un équilibre financier, ce qui prendra quelques années. D'ici là l'AP-HP verra comment essayer de procéder à des redéploiements dans les services administratifs. Par ailleurs, l'AP-HP affichera une ambition assez forte sur le processus d'admission, qui doit permettre non pas de supprimer des postes mais d'en redéployer sur cette fonction. **Le directeur général** est par ailleurs très conscient du sujet d'attractivité salariale qui se pose vis-à-vis des assistantes sociales. Il existe effectivement un décrochage de quelques centaines d'euros par rapport aux salaires tout compris (rémunération principale et prime) proposés par la fonction publique territoriale, notamment le département ou les centres communaux d'action sociale (CCAS). Comme chacun le sait, ce n'est pas un sujet propre à l'AP-HP, mais qui se pose dans toute

la fonction publique hospitalière. C'est un sujet dont l'AP-HP s'est saisie, en essayant d'agir avec les moyens du bord. Il convient d'abord de documenter l'hémorragie et les écarts de salaire réels. Quand il s'est rendu à Henri-Mondor, ce point a été très fortement souligné, quand il a été fait état de nombreux départs. Ce sont des sujets que la direction tâchera de faire remonter au niveau national, tout en agissant sur tous les leviers à notre disposition au niveau local

**M<sup>me</sup> Laëtitia BUFFET** propose d'exposer ce que le directeur général a décidé, dans l'attente d'une éventuelle refonte des grilles, qui relève du niveau national. Il a d'une part été décidé de mettre en place des contrats d'allocations d'études, ce qui n'existait pas partout pour les assistantes sociales. C'est un élément important pour les attirer. De plus, une majoration de 30 % de la rémunération des heures supplémentaires a été décidée pour les assistantes sociales. L'accès au logement leur est également ouvert désormais, ce qui n'était pas le cas auparavant. Enfin, il y a une accélération des mises en stage, pour ceux qui décident d'être titularisés.

**Le directeur général** explique que ce sont quatre choses concrètes, nécessaires et importantes, mais pas forcément de nature à limiter les risques de départ. Il fallait le faire et l'AP-HP l'a fait, mais le sujet n'est pas pour autant réglé et clos. Dès lors, la direction restera évidemment très attentive. Néanmoins, au-delà de l'importance de remonter les sujets pour viser des revalorisations, c'est bien toute la fonction publique hospitalière qui est concernée. Ce sont des sujets sur lesquels **le directeur général** n'a pas la main. De plus, il préfère ne pas parier sur des résultats immédiats.

**M<sup>me</sup> Laëtitia BUFFET** note qu'en comparant les rémunérations avec les rémunérations offertes dans la fonction publique territoriale, il apparaît que cette dernière présente la rémunération comme un *package*, avec des primes réintégrées à la rémunération. Il en découle un différentiel qui est en réalité moins important si y est intégrée aussi la prime d'installation des fonctionnaires ou la prime d'engagement collectif. Les ressources humaines (RH) se penchent sur le sujet, pour essayer de montrer les différences réelles, qui sont tout de même significatives.

**Le directeur général** propose d'évoquer ensuite les sujets de coût. Tout ne coûte pas de l'argent dans le plan. Beaucoup de dispositions ne coûtent rien. En outre, le plan prévoit des rénovations de chambres sans attendre la grande rénovation générale du service, au bout de vingt ans. Le plan vise un rafraîchissement, sans forcément tout refaire du sol au plafond. Il s'agit aussi de se préoccuper des lieux d'attente et notamment d'attente pour la sortie. Ces dépenses ne seront pas des dépenses supplémentaires. Elles sont prévues au plan d'investissement. Un travail est prévu avec les GHU pour reprioriser certaines actions des enveloppes des plans courants, enveloppes qui ont par ailleurs été rehaussées ou maintenues, malgré la diminution des crédits Ségur. Les investissements du quotidien relèvent désormais des DMU. **Le directeur général** considère ainsi que certains sujets doivent être rediscutés au niveau des services des DMU. Sur les sites, ces crédits d'investissement- peuvent aussi venir en soutien. Par ailleurs, l'AP-HP va créer un retour économique vers les services liés à l'amélioration de la trajectoire économique de l'AP-HP. Ce sujet a été évoqué avec l'ancienne CME. Il en sera question en CME lors de notre prochaine réunion, en avril. Il y a là aussi matière à redonner des moyens financiers aux services, dans les prochaines années. Cela doit aussi permettre de financer ce genre de choses. **Le directeur général** tient à le dire très clairement.

Ceci étant dit, certains éléments ne reposeront pas sur des réallocations d'enveloppe ou des enveloppes à venir. Se redonner de l'ambition sur la restauration et la qualité alimentaire de ce qui est servi coûtera nécessairement un peu plus d'argent. Il y a aussi d'autres exemples sur lesquels il faudra apporter un peu plus de financement, ce qui devra entrer dans la trajectoire économique. **Le directeur général** n'ira pas

chercher d'enveloppes supplémentaires auprès de l'État. Il ne les recevrait de toute façon pas. Cela fait partie des éléments sur lesquels l'AP-HP dispose de marges, sur la base d'un budget de 8 Md€, pour pouvoir faire des choix, dès lors qu'ils sont raisonnables et absorbables dans la trajectoire. Des actions sont prévues dans les prochaines années, dès lors que des moyens seront apportés à l'AP-HP, à mesure que l'AP-HP ouvre du capacitaire et améliore son activité, selon les règles de financement de l'hôpital public.

Par ailleurs, pour ce qui est des sujets de transport, l'AP-HP fait effectivement face à un énorme problème avec les ambulances. En premier lieu, la part du transport sanitaire captée par les ambulances est trop importante en Île-de-France, d'autant que les taxis ne viennent plus, y compris pour le retour à domicile, car les conditions de l'Assurance maladie se durcissent. La difficulté concerne aussi l'inter-établissement, tous les patients ne relevant pas d'un transport en ambulance. Des démarches sont en cours avec les taxis, pour traiter le sujet, sachant que l'AP-HP peut uniquement agir sur l'inter-établissement. Recréer les conditions du retour des taxis sur le retour à domicile relève de l'Assurance maladie. Pour ce qui est du plan de circulation de la Pitié-Salpêtrière, l'AP-HP a écrit à la mairie de Paris concernant les difficultés du boulevard de l'hôpital, sachant que les transports urgents ont le droit d'emprunter le couloir de bus. C'est davantage le transport des professionnels et des patients qui risque d'être perturbé.

**Un intervenant** fait remarquer que le couloir de bus est en réalité devenu une piste cyclable.

**Le directeur général** confirme que la piste cyclable ressert la circulation, mais les transports urgents peuvent tout de même emprunter ce couloir, qui demeure.

**Un intervenant** ajoute que les travaux menés actuellement autour de l'hôpital Necker bloquent la sortie.

**Le directeur général** indique que le problème se pose partout, par exemple à Tenon.

**Un intervenant** tient à souligner que les SMUR ne peuvent pas sortir en temps et en heure.

**Le directeur général** en convient. La direction rédige régulièrement des courriers, sans convaincre. S'agissant par ailleurs de la communication externe il s'agit de faire et probablement aussi de faire savoir que l'AP-HP se préoccupe des conditions d'accueil de ses patients. **Le directeur général** trouve important d'indiquer que l'AP-HP rouvre des lits et va se mobiliser pour améliorer certaines choses très « pratico-pratiques » dans les conditions d'accueil, d'hospitalisation et d'accompagnement. **Le directeur général** exprime néanmoins une hésitation. De nombreux projets sont lancés, mais tout ne se réalisera pas du jour au lendemain. Attention à ne pas communiquer en les laissant accroire que les conditions d'accueil des patients à l'AP-HP sont devenues formidables, au risque que dès le lendemain, les patients s'étonnent de ne pas constater de changement, alors qu'ils nous ont entendu à la radio annoncer que tout allait aller mieux. Bien souvent, quand on communique sur ce type de plan, le risque est que le public entende la promesse mais pas la durée nécessaire pour la mettre en place. Une fois des actions lancées, il faudra le faire savoir, mais en évitant de fanfaronner trop vite. L'AP-HP doit d'abord travailler, puis communiquer ensuite.

**Le président** note que les membres de la CME ont exprimé un attachement fort à tous ces sujets. Il se joint à eux pour remercier M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET et toutes les équipes pour le travail mené. Certains membres de la CME ont peut-être fait « l'expérience patient », comme c'est son cas. Cela donne une autre manière de voir les choses. En effet, pour les soignants, il est extrêmement important de voir que les patients sont non seulement bien soignés, mais aussi bien accueillis, dans toutes les dimensions qui ont été déclinées. La CME soutient le « projet patients » et suivra la suite des travaux avec beaucoup

d'attention, en espérant pouvoir commencer à communiquer sur nos résultats dans deux ou trois ans, voire un peu moins.

**Le directeur général** confirme que la direction appuie la démarche. Henri-Mondor expérimente ce qui a été rappelé par M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET, pour qu'un patient qui n'a pas fait sa préadmission en ligne puisse ne pas aller au service des admissions, mais aller directement dans son service et réaliser ses formalités administratives sur place. **Le directeur général** était présent plus tôt dans la journée à Henri-Mondor pour échanger avec les représentants des quatre services qui ont participé à cette expérimentation. Leur retour était absolument élogieux. Ce n'est pas une charge de travail considérable, ce qui est très intéressant. Seuls quatre, cinq ou six patients sont concernés dans la journée. Les secrétaires hospitaliers administratifs qui sont à la manœuvre considèrent que ce n'est pas très compliqué à faire, tout en évitant à des patients et leurs accompagnants de retourner au service d'admission ce qui apaise, fluidifie et améliore. Henri-Mondor généralise actuellement cette expérimentation sur douze mois à l'ensemble des services et **le directeur général** est absolument convaincu qu'elle pourra être étendue partout même si cela se fait de manière progressive

##### **5. Qualité et sécurité des soins : visites de risques dans les blocs opératoires (M<sup>me</sup> Paule KUJAS et D<sup>r</sup> Yen-Lan NGUYEN)**

**Le D<sup>r</sup> Yen-Lan NGUYEN** propose de présenter le bilan des visites de risque sur la prise en charge médicamenteuse, qui a été menée dans les blocs opératoires et salles de réveil de l'AP-HP. Pourquoi ces visites de risque et pourquoi le sujet du médicament ? Parce que la problématique des erreurs médicamenteuses concerne tous les membres de la CME. Qu'est-ce qu'une erreur médicamenteuse ? Dans sa définition, la Société française de pharmacologie clinique indique qu'il s'agit de l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours d'un soin impliquant un médicament et qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient.

Ces erreurs médicamenteuses peuvent arriver à toutes les étapes du circuit du médicament, que ce soit lors de la prescription, mais également lors de la délivrance à la pharmacie. Cela concerne donc aussi le stockage des médicaments dans les services, lors des préparations, notamment de tout ce qui est produits injectables ou perfusions, lors de l'administration et lors du suivi thérapeutique. Les erreurs médicamenteuses concernent tout le monde. C'est en effet le premier événement indésirable associé aux soins qui est évitable. D'après les derniers chiffres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), en 2022, ils correspondent à un motif d'hospitalisation sur dix et à un patient hospitalisé sur cinq. C'est donc un sujet très important en termes de coûts. À l'échelle de l'OCDE, c'est-à-dire 32 pays, cela représente 54 Md\$, soit environ 10 % du budget pharmaceutique des pays de l'OCDE.

Les objectifs des visites de risques étaient d'évaluer la sécurisation des pratiques relatives au circuit du médicament et à la prévention des erreurs médicamenteuses dans les blocs opératoires et salles de réveil de l'AP-HP. En même temps, il s'agissait de faire la promotion des bonnes pratiques et de préparer à la visite de certification de la Haute Autorité de santé (HAS).

Il y a eu tout un travail préparatoire aux visites, avec un référentiel rédigé en partenariat avec des experts métiers, dont la collégiale d'anesthésie réanimation. La participation était volontaire, en écrivant d'abord aux différents blocs de l'AP-HP et aux équipes concernées, c'est-à-dire les services d'anesthésie-réanimation, les services de chirurgie, les pharmacies, les directions qualité gestion des risques, les directions des soins et, bien sûr, les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins et les responsables du système management qualité des médicaments.

Ces visites se déroulaient en quatre étapes. Les équipes n'avaient pas de préparatifs à faire. Il leur était seulement demandé de transmettre tous les documents relatifs à la gestion des risques, par exemple les chartes de bloc ou la cartographie des risques (si elle existait), mais également des comptes rendus des conseils de bloc, pour voir ce qui était mené sur la sécurisation et la gestion des risques au sein des blocs opératoires. Les visites se déroulaient sur deux jours, avec deux experts visiteurs préalablement formés au référentiel. À la fin du deuxième jour, une restitution à chaud était proposée, en soulignant les points forts, mais également les axes d'amélioration. À trois mois, des questionnaires ont été renvoyés aux équipes, pour mesurer l'impact de ces visites sur leurs pratiques.

Pour le référentiel, la méthodologie a été celle qui est utilisée en analyse des risques, notamment sur l'analyse systémique. C'est connu qu'un événement indésirable survient quand la succession de barrières de sécurité n'a pas été suffisante, ce qui peut concerner à la fois la gouvernance, la gestion des risques, les ressources humaines, les facteurs organisationnels et humains (principale partie), mais aussi les prescriptions, les protocoles, le stockage, l'administration des médicaments et le dossier des patients.

**Le D<sup>r</sup> Yen-Lan NGUYEN** présente ensuite les résultats. Ils sont une compilation de ce qui a été observé dans 24 blocs, sur 19 sites de l'AP-HP. Pour chaque thématique abordée préalablement, des camemberts de quatre couleurs sont proposés. Quand ils sont vert foncé ou vert clair, la sécurisation est plutôt bonne. Quand ils sont jaunes, oranges et rouges, il y a des axes d'amélioration possibles.

Sur la gestion des risques, on constate une dominante des couleurs jaune et orange. Lors des réunions avec les équipes, l'une des premières questions posées était : « que pensez-vous des erreurs médicamenteuses ? Est-ce que vous en avez ? Que faites-vous si vous en avez ? » Les réponses étaient souvent : « nous n'avons pas vraiment d'erreurs médicamenteuses. Ça ne nous arrive pas. Dès lors, aucune analyse n'est réalisée ». Il en allait de même des événements indésirables associés aux soins. Il y avait une perception que cela ne les concernait pas vraiment. Pour quelles raisons ? Il est inexact d'affirmer qu'il n'y en a pas, au regard de l'épidémiologie présentée précédemment. Peut-être est-ce aussi lié au fait que les équipes « rattrapent le coup », et comme le patient peut être endormi, ce n'est pas signalé. Dans chaque service, par exemple sur les feuilles d'anesthésie, il se trouve un encart dédié aux événements indésirables, tout comme la *checklist* de la HAS. Or ces systèmes ne sont pratiquement jamais remplis. La culture des retours d'expérience (REX) et des revues de morbi-mortalité (RMM) sur les événements indésirables médicamenteux n'est pas très fréquente.

Sur les autres points comme les ressources humaines, bien que l'AP-HP compte beaucoup d'infirmiers de bloc opératoire diplômé d'état (IBODE) intérimaires, c'est plutôt sécurisé. Les équipes ont fait preuve de résilience, par exemple, en plaçant toujours une intérimaire avec une IBODE fixe, pour ne pas la laisser en difficulté sur des interventions complexes ou pour sécuriser les pratiques en la laissant plutôt en circulante plutôt qu'en instrumentiste.

Les facteurs organisationnels et humains sont majoritairement verts, avec quand même un peu de rouge, pour le travail en équipe et justement la perception au sein de l'équipe des erreurs médicamenteuses. Bien sûr, ce sont les anesthésistes qui utilisent le plus de médicaments au bloc opératoire, mais les chirurgiens en utilisent aussi. Cette perception du risque en équipe est parfois peu présente et il y a peu de communication en équipe, parfois justement pour prévenir ces risques, que ce soit lors de *staff*, de formations ou aussi lors de la *checklist* de chirurgie. Cette *checklist*, implémentée il y a plus de dix ans, a démontré des bénéfices en termes de morbidité et mortalité dans les blocs opératoires. Elle est en trois phases. En faisant les visites de risque, il est apparu que beaucoup de personnes avaient une méconnaissance des trois phases de la *checklist*. Autant la phase 2 était bien faite en moyenne, mais il y

avait tout de même un sujet sur la phase 1 et la phase 3. Dans la phase 1, l'allergie est testée, pour prévenir le risque allergique, tandis que la phase 3 comporte le suivi thérapeutique et notamment les anticoagulants et les antibiotiques, d'où l'importance d'effectuer cette phase en équipe, pour éviter les accidents aux anticoagulants etc.

Les prescriptions et les protocoles sont plutôt au vert. Grâce notamment aux systèmes informatiques, les prescriptions sont majoritairement informatisées. Il reste néanmoins du support papier, ce qui génère un problème de retranscription et donc un risque d'erreur. Souvent, ces prescriptions restent limitées au côté anesthésie puis chirurgie. C'est vrai que c'est dommage que cela ne concerne pas le parcours de soins. C'est un risque. D'autres services ont sécurisé ces prescriptions en mettant en place de la conciliation médicamenteuse avec des pharmaciens, mais aussi avec des médecins spécialistes dans les étages. Un certain nombre de protocoles est mis en place. Peut-être y-a-t-il encore des axes d'amélioration sur les médicaments administrés au bloc opératoire, notamment par les chirurgiens en cours d'intervention. Beaucoup d'améliorations sont également à noter concernant le stockage, notamment pour les médicaments à risque ou pour le suivi des dotations, des péremptions et des températures des réfrigérateurs. De nombreuses actions sont satisfaisantes concernant l'administration, en particulier au niveau de l'usage d'étiquettes de couleur ou des seringues pré-remplies, mais il y a encore un défaut d'utilisation de certaines étiquettes sur les perfusions.

En outre, une large part du dossier patient est sécurisée grâce au système *Orbis*, mais il reste encore un certain nombre d'endroits où cohabitent plusieurs systèmes d'information, sans communication entre ces systèmes. Un recopiage est alors nécessaire, ce qui peut faire perdre des informations. Par ailleurs, la feuille de surveillance d'anesthésie n'est pas informatisée. Elle n'est donc pas forcément tracée sur *Orbis*, ce qui peut faire perdre des informations.

Enfin, les indicateurs de gouvernance sont principalement au vert, car les dimensions du programme qualité de l'AP-HP figurent largement dans les chartes de bloc. De plus, c'est grâce au soutien managérial que les visites de risque ont pu être réalisées, les services concernés ayant accepté la démarche et participé à la fois à la visite et à la restitution.

En synthèse globale, les neuf dimensions figurent dans un diagramme en étoile. Il n'est peut-être pas très parlant. En prenant le 1 comme référence rouge et le 4 comme référence verte, l'AP-HP ne se situe pas complètement dans le vert, mais il apparaît tout de même un certain nombre de points positifs. Il reste un certain nombre d'hétérogénéités au sein des blocs et des salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI), avec notamment des vulnérabilités en termes de sécurisation révélées lors des visites, pour le circuit du médicament et notamment le stockage et l'administration. Il se trouve aussi des axes d'amélioration pour les facteurs organisationnels et humains et la gestion des risques.

Un questionnaire à trois mois a été envoyé. La satisfaction vis-à-vis des visites a été évaluée. Elle est apparue très élevée. L'impact par rapport aux pratiques a également été étudié. Beaucoup de modifications ont été passées, notamment en ce qui concerne le stockage des médicaments et les médicaments à risque, mais également la gestion de l'urgence vitale et le partage d'informations sur les événements indésirables. Peut-être un effet certification est-il à noter, puisque ces trois éléments faisaient partie des critères impératifs de la certification HAS. En revanche, les impacts ont été réduits ou inexistantes sur la réalisation de formations auprès de l'ensemble des membres de l'équipe sur l'erreur médicamenteuse, en particulier les internes, et la mise à disposition d'un calendrier de REX et RMM, pour favoriser les retours d'expérience.

**Le D<sup>r</sup> Yen-Lan NGUYEN** présente ensuite les recommandations qu'il est possible de tirer de ce bilan. En ce qui concerne le circuit des médicaments, l'étude a été menée à l'échelle des sites, notamment pour favoriser la prescription protocolisée sur *Orbis*, puisque l'outil permet de le faire, possibilité que certaines équipes n'utilisaient pas, justement pour limiter le risque d'erreur lors des prescriptions. Pour les stockages des médicaments, beaucoup de travaux ont été menés en collaboration avec les pharmaciens pour mieux sécuriser, à défaut d'avoir un système de gestion des dispositifs médicaux et de médicaments tels que *Omnicell* pour l'étiquetage et pour les protocoles de dilution, notamment pour des médicaments comme la noradrénaline, qui est aujourd'hui très utilisée côté anesthésique, avec des dilutions variables selon les blocs opératoires.

Un sujet important apparaît en outre sur la traçabilité de l'allergie, puisqu'elle est tracée sur *Orbis*, mais pas forcément sur tous les supports papier qui sont utilisés tout au long du parcours de soins aux blocs opératoires, ce qui pose un risque allergique. En effet, si ce n'est pas notifié sur les différentes feuilles papier, il peut arriver de donner un antibiotique auquel le patient est allergique. Cela arrive chaque année à l'AP-HP, raison pour laquelle il est prévu en 2024 de favoriser le déploiement du bracelet rouge, qui existe déjà sur certains sites. Ce bracelet rouge remplacera le bracelet blanc chez les patients qui sont avérés allergiques ou chez qui un risque allergique est suspecté.

Un autre gros sujet d'amélioration porte les facteurs organisationnels humains et la gestion des risques. Pour l'instant, la formation médicale initiale n'inclut pas ou peu de formation là-dessus pour les étudiants en médecine. Ce n'est pas non plus très développé en formation continue, d'où l'importance de former les personnes sur ces thématiques, notamment en équipes, pour promouvoir le signalement des événements indésirables et les retours d'expérience.

Le dernier sujet d'envergure observé porte sur l'utilisation de la *checklist* de la HAS, qui a démontré ses bénéfices à l'utilisation, pour laquelle il est prévu de promouvoir le « concept des 10 000 pieds ». Établi en Australie et développé en Angleterre, ce concept a pour objectif de sensibiliser l'équipe au bloc avec le mot-clé qui s'appelle « 10 000 pieds », pour éviter les interruptions de tâches et favoriser la concentration de l'ensemble des acteurs. En effet, une salle de bloc peut contenir jusqu'à dix personnes, avec beaucoup de brouhaha. L'idée est que quand quelqu'un dit « 10 000 pieds », tout le monde s'arrête et l'écoute, à des moments clés comme la *checklist*, un geste chirurgical ou l'intubation pour les anesthésistes.

Pour finir, **le D<sup>r</sup> Yen-Lan NGUYEN** remercie l'ensemble des équipes qui ont participé à ces visites, les experts visiteurs, la CME de l'AP-HP qui a soutenu ce projet et le coordonnateur central de la gestion des risques associés aux soins, ainsi que l'ensemble des présidents des conseils de bloc, la collégiale d'anesthésie-réanimation et la direction de la stratégie de transformation (DST).

**Le P<sup>r</sup> Hawa KEITA-MEYER** formule ses remerciements pour le travail réalisé. Elle demande que soit rappelée la période de l'étude.

**Le D<sup>r</sup> Yen-Lan NGUYEN** répond qu'elle a commencé en 2021-2023.

**Le P<sup>r</sup> Hawa KEITA-MEYER** relève beaucoup d'éléments en vert, mais aussi beaucoup d'axes de vigilance, voire de risque. Depuis cette visite, peut-être certains points ont-ils été améliorés, notamment le stockage ou l'identification des médicaments à risque au niveau des blocs opératoires. **Le P<sup>r</sup> Hawa KEITA-MEYER** pense qu'il y a eu des progrès dans certaines zones. Comme cela a été rappelé, *Orbis Medication* aide aussi à limiter le risque sur les prescriptions postopératoires. Un élément de sécurité reste par ailleurs vraiment crucial pour les équipes, la feuille d'anesthésie informatisée, qui est attendue et que les équipes

appellent de leurs vœux depuis de nombreuses années. Certains sites pilotes en bénéficient, mais cette feuille d'anesthésie informatisée n'est pas encore vraiment passée dans la pratique.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** remercie ceux qui ont mené ce travail, notamment les nombreux visiteurs, qui ont pu se mobiliser pour la réalisation de ces nombreuses visites de risque. Cet état des lieux est important puisqu'il montre que beaucoup de points peuvent être améliorés. Il a lui aussi l'intuition que beaucoup de choses, depuis ces visites de risque, se sont déjà améliorées, notamment du fait du calendrier favorable avec la visite de certification de la HAS et le gros travail de préparation mené par les professionnels des blocs dans les GHU. Le bilan de ce qui a été vu sur ce sujet au cours de la certification HAS méritera d'être dressé. Après les visites de risque réalisées en gériatrie, on constate que la méthode confirme son intérêt. C'est l'opportunité de bénéficier d'un regard extérieur bienveillant et constructif. Il ne s'agit pas d'inspections. Il s'agit néanmoins d'un travail très rigoureux, les visites ayant été réalisées sur la base d'un référentiel établi grâce aux nombreuses recommandations des sociétés savantes et notamment de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR). De plus, cela ne demande pas de travail supplémentaire aux équipes. C'est une démarche qui pourra tout à fait être reproduite dans d'autres endroits. Elle permet sans doute d'améliorer la perception du risque, la prise en charge médicamenteuse au bloc opératoire restant un sujet extraordinairement complexe. Elle a valorisé aussi les aspects collaboratifs de tous les métiers au sein des blocs opératoires. Les directions de la qualité ont par exemple indiqué avoir pu entrer dans des blocs dans lesquels c'était difficile par le passé, et ainsi se faire connaître et proposer leur aide. Les visiteurs ont tout de même regretté une participation médicale inégale, et notamment une représentation parfois insuffisante des chirurgiens. C'est d'autant plus regrettable que la prescription péri-opératoire (et notamment post-opératoire) était auditée et l'on sait que c'est un sujet encore difficile à maîtriser.

**Le directeur général** remercie Le D<sup>r</sup> David OSMAN pour ce commentaire extrêmement utile pour tous. Parfois, quand il est question de contrôle qualité, la première réaction peut ne pas être une réaction d'enthousiasme, mais il est important de prendre conscience que le sujet reste indispensable. Il est impossible pour les soignants de faire leur métier sans avoir ce regard et suivre cette démarche.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** revient sur l'interaction entre le bloc et les autres services. Au bloc, quand le médecin clique sur le nom du patient, ce n'est pas toujours le bon séjour qui apparaît. Il est donc impossible de voir ce qui a été administré aux patients durant l'hospitalisation, ce qu'il juge un peu problématique sur Orbis. Surtout, il souhaite insister sur les dispositifs médicaux implantables. À Beaujon, il a entendu parler d'une expérience de saisie sur *Copilote*, qui est une application tierce d'*Orbis*, des numéros de série et de lot des dispositifs implantables donnés aux patients, peut-être parce qu'*Orbis* n'est pas capable de le faire. Cela fait pourtant de nombreuses années qu'il entre les numéros de série et de lot dans le dossier du patient, mais il est impossible de retracer dans l'autre sens. Il est possible de savoir ce qui a été choisi pour un patient, mais il est impossible de savoir quel patient a reçu tel lot. Cette capacité doit impérativement être développée sur *Orbis*.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM** explique que, s'agissant de la traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI), qu'il existe diverses façons de faire, mais elles ne sont pas satisfaisantes, et c'est un euphémisme. Un outil *ad hoc* est en cours de déploiement en lien, d'une part, avec les stocks des dispositifs médicaux implantables et, d'autre part, jusqu'au bout du parcours du DMI, tout en pouvant lier un DMI avec un compte rendu opératoire et sortir, *in fine*, au patient l'information qu'il a effectivement été implanté du DMI, avec le numéro de lot. C'est une obligation de traçabilité sanitaire. Il en a déjà été question dans la précédente mandature. C'est un sujet qui est un peu en retard et qui fait l'objet de

travaux, via un outil *ad hoc*. Sans entrer dans le détail, Copilote n'est pas fait pour ça. L'outil permettra de réaliser des interrogations le jour où l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) émettra une alerte pour savoir quels patients ont reçu tel ou tel dispositif médical.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** demande si toutes ces informations sont centralisées dans *Orbis*.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM** répond par la négative, mais il y a un lien direct avec *Orbis*. Elle propose d'y revenir ultérieurement.

**Un intervenant** précise que ce sera effectivement interfacé avec *Orbis* et que l'information figurera dans le dossier du patient.

## **6. Intéressement recherche : bilan 2023 et perspectives 2024 (M. Milan LAZAREVIC)**

**M. Milan LAZAREVIC** propose d'être très synthétique dans son exposé du bilan de l'année 2023 de l'intéressement recherche et des perspectives 2024. Pour rappel, l'année 2023 a été marquée par deux éléments essentiels, tout d'abord le doublement du montant de l'intéressement recherche, passant de 10 à 20 M€ et inscrivant l'évolution de l'intéressement recherche dans une dynamique de croissance si elle s'appuie sur une activité recherche (publication et essais cliniques) en croissance, d'une part, et, d'autre part, la refonte des modalités d'utilisation de l'intéressement recherche, avec tout d'abord des règles d'assouplissement de l'utilisation, la fin du principe d'annualité, la possibilité d'avoir des reports, la possibilité de réaliser des achats d'investissement, ainsi qu'un suivi réalisé trimestriellement avec les GHU.

Par ailleurs, en 2023 avaient été fixés deux objectifs prioritaires pour l'intéressement recherche, tout d'abord le renforcement de l'aide à l'inclusion, pour pouvoir réaliser les études plus rapidement et aussi être davantage visible vis-à-vis des promoteurs extérieurs, et pour soutenir l'ensemble des dynamiques autour de l'animation scientifique dans les GHU et dans les départements médico-universitaires (DMU). Cela passe notamment par le financement de frais de publication ou de participation à des congrès.

Sur l'enveloppe des DMU, il apparaît tout d'abord une assez forte hétérogénéité sur les modalités de gouvernance et de décision de cette enveloppe, modalités de gouvernance qui pouvaient intégrer le référent recherche de DMU, le bureau de DMU, le directeur médical ou un comité de recherche au sein d'un DMU. Les modalités de répartition étaient elles aussi hétérogènes. Certains DMU ont fait le choix de répartir au *pro rata* des scores du système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) ou du système d'Information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC). D'autres ont fait le choix de faire des appels à besoins, ponctuel ou permanent. L'ensemble de ces modalités a pu être constaté au travers des différents DMU.

Les actions qui ont été financées sont principalement des actions de soutien RH, c'est-à-dire des personnels d'appui à la recherche. Il y a également eu de l'aide à la publication (frais de traduction et/ou de publication), l'animation scientifique avec la participation de prise en charge des congrès ou des séminaires, ainsi que l'acquisition de logiciels ou de petits équipements pour certains GHU. Le tableau diffusé reprend les types d'action et les GHU qui les ont mobilisés. La gouvernance à l'échelle des DMU et les actions qui ont pu être financées ont été étudiées. En termes de financement, l'enveloppe totale était de 8,7 M€. Entre 10 % et 95 % de cette enveloppe ont été consommés par les DMU sur l'année 2023. Les écarts sont donc relativement importants, avec une consommation globale de 57 %. Au 31 décembre 2023, près des trois quarts des enveloppes étaient déjà pré-arbitrées ou pré-engagées mais pas forcément décaissées, ce qui signifiait en tout cas que la décision avait été prise avec un effet sur 2024. Le report sur l'année 2024 atteint 3,8 M€.

Au niveau des GHU, la gouvernance de cette action a été principalement portée par les commissions recherche et innovation, qui sont des émanations des CME locales, avec l'appui des directions recherche et innovation de GHU. Au-delà de ces commissions, la gouvernance s'est également appuyée sur le comité exécutif (COMEX) de GHU et la sous-commission recherche de la CMEL.

Pour ce qui est des actions financées, il apparaît que tous les GHU ont recruté des personnels supplémentaires d'appui à la recherche, y compris dans les structures ou les plates-formes médico-techniques, ce qui était une indication donnée dans la notification. Certains GHU ont soutenu de grands projets, notamment pour la vague 6 de l'appel à projets RHU. Du soutien a de surcroît été apporté en matière de recherche sur données avec des postes de *data scientists* ou de biostatisticiens, aux unités de recherche clinique ou en matière de développement de recherche paramédicale. Des actions plus spécifiques ont également été financées GHU par GHU, en fonction de leur écosystème, par exemple le GHU Sorbonne-Université avec le *Sorbonne center for artificial intelligence* (SCAI) ou bien le GHU nord avec le comité d'éthique à la recherche. S'agissant du financement, l'enveloppe était de 6,7 M€. Elle a été consommée à hauteur de 67 % sur la totalité des GHU, avec un écart allant de 50 % à 95 %. De la même manière que pour les DMU, le niveau d'arbitrage et d'engagement est de 100 % et dépasse même 100 % pour certains GHU ayant anticipé la notification en 2024, ce qui signifie également une montée en charge dans le courant l'année 2023. De son côté, l'enveloppe CHU est pilotée par la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) au titre d'actions inter-GHU, principalement des actions d'appel d'offres, d'appel à projets, d'appel à candidatures ou de soutien aux FHU. La consommation de l'enveloppe a atteint 75 %, avec 1,5 M€ de reports sur l'année 2024.

Pour ce qui est du bilan 2023, environ 70 % de l'enveloppe a été consommée, avec une réelle montée en charge constatée (DMU, GHU et CHU) au cours de l'année 2023. Une hétérogénéité a également été constatée à l'échelle des DMU, avec des actions qui ont été identifiées pour 2024, notamment lors de la commission recherche et innovation centrale qui réunit la sous-commission recherche de la CME centrale et les présidents de la commission recherche et innovation des GHU, ainsi que les vice-présidents de recherche. Une action de communication forte a notamment été identifiée vis-à-vis des référents recherche de DMU et, plus largement, de l'ensemble des DMU, pour sensibiliser sur cette action. Parmi les indicateurs, il faut noter un indicateur de création d'emploi. Il s'agit de la dernière diapositive du bilan 2023. En 2023, 48 équivalents temps plein (ÉTP) ont été créés et financés par l'intéressement recherche, dont une quarantaine sur les postes de techniciens. Compte tenu de la volumétrie de l'intéressement recherche et de l'ambition et des objectifs prioritaires, il est clair qu'il est possible d'en faire plus. Il est donc prévu d'en assurer un suivi trimestriel, avec des créations nettes de postes de soutien à la recherche.

Compte tenu de ces éléments, plusieurs paramètres sont à prendre en considération pour l'année 2024. Tout d'abord, un maintien des indicateurs d'activité recherche de l'AP-HP est à noter sur la part publication. Ce niveau est le même depuis plusieurs années. Sur les indicateurs de recherche clinique, en revanche, l'effet de la recherche COVID est très clair, avec une activité en hausse, tant en promotion qu'en inclusion. Il apparaît donc ce maintien, voire une progression d'activité d'une part, et, d'autre part, une mesure nationale d'augmentation de la dotation socle de 50 M€. *In fine*, la dotation socle de l'AP-HP progresse de 12,6 M€. En 2024, elle sera intégralement réinvestie au bénéfice d'activités de recherche, pour 50 % pour venir augmenter l'intéressement recherche et pour 50 % pour financer les mesures de revalorisation salariale prévues dans les prochaines semaines pour les personnels d'appui à la recherche, par nécessité pour l'AP-HP d'être compétitive. En effet, comment recruter sinon, dans un territoire qui est très concurrentiel ? Il est déterminant de revaloriser les professionnels. 100 % de cette augmentation de la dotation socle sont donc réinvestis sur les activités de recherche.

Le graphe suivant détaille l'évolution récente, avec l'effet 2023, la poursuite sur 2024 de l'intéressement recherche, ainsi que les montants par enveloppe. Le principe d'une allocation majoritaire à l'attention des DMU est maintenu, pour avoir l'effet le plus direct au niveau des services. 50 % de cette augmentation sont affectés à l'enveloppe DMU, 25 % à l'enveloppe GHU et 25 % à l'enveloppe CHU.

La dernière diapositive montre que l'intéressement recherche 2024 s'élève à quasiment 27 M€. En y ajoutant les « effets reports » qui sont garantis sur l'ensemble des trois sous-enveloppes, plus de 34 M€ d'intéressement recherche seront notifiés dans les prochains jours pour soutenir les différents objectifs qui ont été identifiés.

**Le directeur général** précise qu'il n'y a qu'une année de report, pas deux. Les crédits 2023 non utilisés doivent être utilisés en 2024. Un délai de deux ans s'applique alors pour les utiliser.

**Le Pr Sophie GEORGIN-LAVIALLE** trouve très motivant pour les équipes de savoir qu'il est peut-être envisageable de titulariser les jeunes collègues. Ce ne peut qu'être bénéfique à la recherche.

## **7. Stratégie : retour sur les conférences stratégiques (M. Camille DUMAS)**

*Ce point est reporté.*

## **8. Questions diverses**

**Le président** rappelle que les questions diverses doivent habituellement être posées plusieurs jours à l'avance. Il convient donc de les envoyer avant le vendredi précédant la CME.

**Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU** relate qu'il a fallu procéder à une mise à jour durant la semaine afin de pouvoir faire remonter les plans blancs et notamment les montées en charge de plans blancs, en cas de problème. Elle souhaite poser une petite question très pratique, à laquelle elle n'a pas trouvé de réponse. S'il apparaît un besoin d'intervenir en renfort dans les hôpitaux le soir ou la nuit, est-il prévu ou peut-il être envisagé de prévoir des macarons ou des dispositions permettant de circuler ? En effet, il faut *a priori* proposer une montée en charge en cas de souci, mais se pose alors le problème de la circulation. Pour l'instant, aucune réponse n'a été trouvée.

**Le directeur général** ne croit pas qu'il s'agira de macarons mais plutôt de « QR code ». Pour pouvoir franchir les filtres de sécurité qui seront déployés par la préfecture de police pour sécuriser les zones qui doivent l'être au titre des Jeux olympiques, des « QR codes seront distribués à l'ensemble des professionnels de l'AP-HP qui auront vocation à travailler. Il sera fait en sorte que les QR codes soient distribués à tous ceux qui travailleront pendant cette période. Quelqu'un ayant travaillé la journée mais qui devra revenir le soir ou la nuit pour diverses raisons recevra un « QR code ». Une question se pose alors en cas de plan blanc, si des professionnels qui n'étaient pas du tout supposés être présents pendant ces trois semaines étaient rappelés, par exemple du fait d'un attentat ou autre situation sanitaire exceptionnelle. Il ne faut pas qu'ils soient empêchés d'accéder à l'hôpital, alors qu'ils sont revenus spécialement de congé. La direction apportera une réponse ultérieurement.

*La séance plénière est levée à 19 heures 35.*