

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 17 OCTOBRE 2023

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 2023

Sommaire

1. Informations du président	6
2. Approbation du compte rendu de la CME du 19 septembre 2023	8
3. Point sur les urgences (D ^r Hélène GOULET)	8
4. Bilan annuel et plan d'action du responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médico-stériles de l'AP-HP (D ^{rs} Michel DJIBRÉ et Guillaume HÉBERT)	14
5. Audit sur les enquêtes « violence au travail » (P ^r Jean-Claude CAREL, M. Éric MOLIÈRE)	18
6. Pistes d'action pour améliorer l'expérience des patients à l'AP-HP (M ^{me} Gwéno­lée ABALAIN)	23
7. Présentation du baromètre social (M ^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT)	24
8. Plan « ressources humaines » pour les Jeux olympiques 2024 (M. Florent BOUQUIÉ)	24
9. Questions diverses	26

CME du mardi 17 octobre 2023

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
 - Rapport d'activité 2022
2. Approbation du compte rendu de la CME du 19 septembre 2023
3. Point sur les urgences (D^r Hélène GOULET)
4. Bilan annuel et plan d'action du responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médico-stériles de l'AP-HP (D^{rs} Michel DJIBRÉ et Guillaume HÉBERT)
5. Audit sur les enquêtes « violence au travail » (P^r Jean-Claude CAREL, M. Éric MOLIÈRE)
6. Pistes d'action pour améliorer l'expérience des patients à l'AP-HP (M^{me} Gwénolette ABALAIN)
7. Présentation du baromètre social (M^{me} Marie-AUDUBERT-QUENOT)
8. Plan « ressources humaines » pour les Jeux olympiques 2024 (M. Florent BOUSQUIÉ)
9. Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

Composition D

- Avis sur le recrutement de CCA dans les établissements conventionnés avec l'AP-HP au 1^{er} novembre 2023
- Régularisation d'une demande de nomination d'un PHU à l'institut Curie au 1^{er} septembre 2023

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	Thomas	APARICIO	M	Emmanuel	HAY
M.	Guy	BENOIT	P ^r	Jean-Marie	JOUANNIC
P ^r	Bahram	BODAGHI	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Diane	BOUVRY	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	P ^r	Xavier	MARIETTE
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Rafik	MASMOUDI
M	Cédric	CARDOSO	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Alain	CARIOU	P ^r	Antoine	PELISSOLO
D ^r	Cyril	CHARRON	D ^r	Patrick	PELLOUX
D ^r	Julie	CHOPART	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Louis	PUYBASSET
D ^r	Tristan	CUDENNEC	D ^r	Emmanuel	RAFFOUX
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Jean-Damien	RICARD
D ^r	Jean-Philippe	DAVID	D ^r	Nathalie	RICOME
D ^r	Sonia	DELAPORTE CERCEAU	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Olivier	DRUNAT	P ^r	Rémi	SALOMON
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Laurent	TEILLET
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Valery	TROSINI-DESERT
P ^r	Agnès	HARTEMANN	Dr	Noël	ZAHR
D ^r	Jean François	HERMIEU			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- P^r Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
- P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur d'UFR de pharmacie
- M. Yann GUITTER, représentant du conseil social d'établissement (CSE)

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

- D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin responsable de la médecine du travail
- D^r David OSMAN, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS)
- M^{me} 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^r Catherine PAUGAM, M^{me} Laetitia BUFFET, directrices générales adjointes
- M. Camille DUMAS, directeur des finances, de l'économie, de l'investissement et du patrimoine
- M. Florent BOUSQUIÉ et M^{me} Louise COUTURIÉ, cabinet du directeur général
- MM. Emmanuel RAISON et Kevin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)

- **Invités :**

- P^r Jean Claude CAREL, M. Éric MOLIERE
- M^{me} Gwénolette ABALAIN
- D^r Hélène GOULET, présidente de la collégiale des urgentistes
- D^{rs} Michel DJIBRÉ, responsable du système de management de qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse de l'AP-HP, et Guillaume HEBERT (département des patients et de la qualité)
- M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT, direction des ressources humaines

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Marie Claude LINUS SORBÉ (DAM)

- **Membres excusés :**

M^{mes} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Zahir AMOURA, Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Elie AZOULAY, Frédéric BATTEUX, Fadi BDEOUI, Sadek BELOUCIF, Valérie BLANCHET, Jacques BODDAERT, Yves CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Yves COHEN, Anne COUVELARD, Loïc DE PONTUAL, Vianney DESCROIX, Édouard DEVAUD, Jean-Eudes FONTAN, Sandra FOURNIER, Vincent FROCHOT, Bruno GREFF, Ariane GUDIN, Émelyne HAMELIN, Sandrine HOUZÉ, Marc HUMBERT, Nabil JANAH, Jean-Louis LAPLANCHE, Éric LE GUERN, Agnès LEFORT DES YLOUSES, Michel LEJOYEUX, Emmanuel MARTINOD, Yann PARC, Louis-Paul PATY, Juliette PAVIE, Antoine PELHUCHE, Nathalie PONS-KERJEAN, Claire POYART, Philippe RUSZNIEWSKI, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Namik TARIGHT, Samir TINE, Michel VAUBOURDOLLE, Angélique VENOT

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

1. Informations du président

Le président reporte à la prochaine séance de la CME l'avis demandé en séance restreinte sur les recrutements de chefs de clinique dans les établissements conventionnés avec l'AP-HP en raison de l'absence de transmission du dossier avant la CME. Il souhaite s'assurer au préalable que ce report n'aura pas de conséquence péjorative.

M. Emmanuel RAISON confirme que la liste peut être étudiée lors de la prochaine CME car les délais sont effectivement courts. Il aurait été préférable que les universités adressent leur communication beaucoup plus en amont.

Le président informe les membres de la CME que, en raison des délais de production du projet de plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2024-2028 et d'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2024, la dernière séance de la mandature est reportée au 5 au 12 décembre. Cette CME sera précédée d'un bureau le 5 décembre, couplé à la sous-commission *Activité et ressources* (CAR), qui examinera les documents budgétaires. Le plan d'action visant à accélérer la recherche clinique et la stratégie à trois ans sera, quant à lui, présenté à la CME du 21 novembre.

Rapport d'activité 2022

En l'absence de questions en séance, la CME adopte le rapport annuel à l'unanimité.

Conférence des présidents de CME de CHU

Le président indique avoir rencontré M. Raymond LE MOIGN, directeur de cabinet du ministre de la Santé et de la Prévention avec les présidents des conférences des directeurs généraux de CHU et des doyens. Cette réunion a notamment permis d'évoquer les problèmes soulevés par la 4^e année de l'internat de médecine générale et l'atterrissage budgétaire 2023 et le budget 2024 des CHU. Les déficits s'aggravent et des craintes ont été exprimées concernant les investissements. M. Raymond LE MOIGN a fait part du souhait du ministre que les CHU documentent les raisons de cette dégradation budgétaire afin de préciser, en particulier, si elle est liée à l'inflation, à l'augmentation de l'activité ou à une raison plus structurelle. Il est vraisemblable que les explications soient multifactorielles. À nouveau, en 2024, des économies devront être faites. Les hôpitaux sont notamment attendus sur la pertinence des soins. Enfin, des signaux très positifs ont été confirmés sur la retraite des hospitalo-universitaires. Des annonces sont attendues prochainement sur ce sujet.

Le directeur général prend date pour la prochaine CME de novembre pour évoquer la suite d'un certain nombre de chantiers engagés sur la projection capacitaire à trois ans, sur laquelle les GHU travaillent actuellement. Leurs propositions devraient être disponibles d'ici quelques jours et seront examinées lors d'un directoire qui se tiendra début novembre. De même, le travail concernant le levier de simplification et d'accélération des processus dans le champ de la recherche clinique sera prochainement disponible.

Par ailleurs, un document-cadre AP-HP a été élaboré au début juillet concernant le « levier 17 » portant sur la simplification et le rapprochement de la décision. Il a été demandé aux six GHU de

traduire ce document-cadre dans un document *ad hoc* qui est en cours de diffusion dans les six GHU, étant observé que Nord et Sorbonne ont déjà procédé à cette diffusion.

S'agissant de l'actualité, le dispositif *Vigipirate* a été rehaussé au niveau maximum « urgence attentats ». Par conséquent, un renforcement des contrôles d'accès des personnels en poste a été décidé sur l'ensemble des sites, de même qu'une augmentation du nombre de vigiles aux accès des sites. De la même manière, la sécurité a été rendue plus visible à l'entrée des services d'accueil des urgences (SAU). Enfin, des remontées d'information sont échangées de façon plus systématique avec les services de police en cas de situation suspecte. Ainsi, une marche a été franchie en matière de sécurité.

Le dispositif « vaccination et mesures barrières » est entré dans une phase d'épidémie et de circulation active de la bronchiolite et des virus respiratoires syncytiaux (VRS). Les règles concernant le port du masque dans les établissements seront réhaussées en période hivernale, renouant en cela avec la logique de prévision du port du masque dans les bâtiments (et non dans les espaces extérieurs). Le port du masque sera donc fortement recommandé dans les bâtiments et les espaces de circulation des patients, tant pour les professionnels en contact avec les patients que pour les patients eux-mêmes. Cette règle s'appliquera également aux intervenants en contact avec les patients, notamment les bénévoles, ambulanciers et l'ensemble des visiteurs âgés de plus de six ans.

Les espaces concernés par cette règle de port du masque ne sont pas ceux dans lesquels les patients ne sont pas présents (c'est-à-dire les salles de réunion, les espaces de détente des professionnels et les postes de soins). Par conséquent, il sera revenu à la pratique collective de port du masque dans une situation virale intense. Le même dispositif sera reconduit chaque année.

M^{me} Catherine PAUGAM ajoute que cette mesure suit les recommandations du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) central de l'AP-HP. En gériatrie, ces virus sont responsables d'infections et d'hospitalisations chez les personnes âgées. Le démarrage de la vaccination grippe et Covid a eu lieu. La vaccination des professionnels sera disponible dans les jours à venir, avec une double vaccination possible pour ceux qui le souhaitent. Lors des réunions avec les référents médicaux et paramédicaux de la vaccination sur les différents sites, le consensus s'est porté sur une association de méthodes différentes, notamment celle de l'aller-vers et des passages de nuit auprès des infirmières. Les services de santé au travail modifieront leurs horaires plus tôt le matin ou plus tard le soir afin que tous les personnels de nuit aient accès à cette vaccination. Les membres de la CME devront jouer un rôle d'exemplarité en la matière et aider à promouvoir le message de la nécessaire vaccination des équipes en tant que soignants.

Le D^r Éric LE BIHAN indique être référent vaccin dans son service à Beaujon depuis dix ans. À ce titre, il a pratiqué plus de 1 000 vaccinations. Depuis l'an dernier, il est demandé de remplir un formulaire en ligne pour chaque vaccination et chaque vaccinateur. Au vu des inconvénients de ce système, un retour arrière s'est produit à Beaujon puisque seule une liste papier est désormais demandée. Par conséquent pour les vaccinations délocalisées, la saisine sur l'intranet représente un vrai repoussoir. Il faut espérer qu'un retour arrière se produira sur tous les sites car il est très démotivant pour les médecins volontaires de saisir les vaccinations une par une.

M^{me} Catherine PAUGAM remercie les médecins qui s'impliquent fortement dans les campagnes de vaccination. La saisine sur l'intranet s'effectue en trois clics (y compris à partir du *smartphone*), avec un enjeu de traçabilité des vaccins reçus par chaque soignant. L'objectif est également d'alimenter les dossiers médicaux de ces soignants. Cette procédure en ligne semble plus appropriée que les feuilles de papier. D'ailleurs, le bilan général de ce système est globalement positif parmi les référents de la vaccination.

M^{me} Catherine PAUGAM se tient à la disposition des référents de Beaujon pour répondre à l'ensemble de leurs questionnements et améliorer la situation localement.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 19 septembre 2023

Le P^r Bernard GRANGER demande confirmation de la prise en compte de ses remarques, qu'il a envoyées tardivement.

Le président confirme que les corrections correspondantes ont été intégrées au compte rendu.

Le compte rendu est approuvé à l'unanimité.

3. Point sur les urgences (D^r Hélène GOULET)

Le président rappelle que le pays est entré en période d'épidémies hivernales et que la situation est déjà très tendue dans certaines régions. Dans ce contexte, plusieurs hôpitaux ont dû déployer un plan blanc.

Le D^r Hélène GOULET décrit l'activité des passages aux urgences adultes, qui se situe à un niveau élevé comparable à celui de 2019. Le nombre de passages des patients de plus de 75 ans continue à augmenter l'hiver, ce qui laisse escompter qu'il en sera de même pour l'hiver à venir. Le taux d'hospitalisation de ces patients âgés dépasse 50%, ce qui impactera nécessairement les besoins en personnel.

L'activité pédiatrique est cyclique avec une augmentation de celle-ci en rapport avec les épidémies hivernales, avec actuellement une situation pré épidémique pour le VRS en Île de France.

L'analyse du capacitaire entre 2020 et 2023 permet d'objectiver que le capacitaire n'a jamais été aussi bas, avec des réouvertures de lits échelonnées entre septembre et octobre mais un taux de fermeture global AP-HP de 16% en semaine 40. En conséquence, les lits-brancards sont déjà nombreux avec un pic à 156 début octobre dans l'ensemble des SAU de l'AP-HP. Aujourd'hui, leur nombre continue de fluctuer à un niveau élevé entre 100 et 130

Les difficultés d'aval sont donc de plus en plus prégnantes en raison des fermetures de lits et par ailleurs, face à la carence en lits, la sélection de patients aboutie à n'hospitaliser que les patients les plus lourds, ce qui accentue la charge en soin pour les infirmières. L'enjeu consistera à anticiper les tensions hivernales à venir puisque la prévisibilité des besoins en soins non programmés est reproductible d'une année sur l'autre. Il conviendra par conséquent de mettre en place un besoin journalier minimum en lits (BJML) semaine par semaine dans l'optique d'aboutir, avant la crise hivernale, à une anticipation d'une baisse des programmations lors des périodes de tension pour chaque site.

En outre, l'aval des patients psychiatriques aux urgences pose de nombreuses difficultés en raison de la forte augmentation du temps de passage de ces patients avant hospitalisation au cours des trois dernières années. Ces patients restent parfois sédatisés et contentionnés 24 heures aux urgences (et plusieurs jours pour une petite proportion d'entre eux), ce qui n'est pas acceptable. Les difficultés d'aval et des délais de prise en charge de la filière psychiatrique ont donné lieu à une alerte en direction des tutelles et des acteurs de la filière à l'échelle régionale (agence régionale de santé [ARS], établissements de secteur...) afin de suivre les difficultés. Une cellule régionale a été constituée à cette fin.

Il existe en outre un enjeu de sécurisation des SAU, ce qui a donné lieu à un plan de sécurisation des urgences. Un travail sur l'humanisation des salles d'attente est également en cours.

Parallèlement à l'augmentation de la fréquentation et de l'augmentation des lits-brancards, les SAU font face à une fragilité structurelle hors AP-HP et désormais au sein de l'AP-HP. Les raisons tiennent notamment au fait que le nombre d'équivalents temps plein cible en personnel médical n'est pas atteint dans de nombreuses structures, à la tendance forte aux temps partiels et au recours à l'intérim médical. Les délestages sont de plus en plus fréquents avec un risque d'effet domino sur les SAU prenant en charge les patients des autres secteurs

En conclusion, le tableau à date n'est pas optimiste mais il reste encore du temps pour se préparer à l'hiver. Il faudra trouver des places pour le flux de patients infectés et âgés rejoignant les urgences dans un contexte de capacitaire réduit.

Le président confirme la difficulté constante à trouver des lits lorsque les patients se présentent aux urgences et la nécessité de favoriser la sortie des patients pour libérer des lits d'hospitalisation. S'agissant des actes de violence, qui concernent majoritairement les patients psychiatriques, et les incivilités, il souhaite savoir si de nouveaux actes violents se sont produits après ceux constatés au mois d'août. Plus de 30 patients psychiatriques restent un à trois jours sur un lit brancard, ce qui est humainement choquant et très éprouvant pour les équipes en place. Il est donc nécessaire d'améliorer la régulation régionale.

Le D^r Hélène GOULET explique que la psychiatrie rencontre les mêmes problématiques qu'en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) avec des fermetures de lits en rapports avec un manque de personnel médical et/ou non médical. La fermeture de nombreuses unités d'accueil thérapeutique intersectorielle (UAT) a un impact direct sur le nombre de consultation psychiatrique aux urgences, pour des patients manquant de suivi. Il est par conséquent nécessaire d'ouvrir davantage de lits en psychiatrie. Par ailleurs, les psychiatres de secteur précisent qu'un nombre considérable de lits ne sont pas mobilisés en raison de l'absence de levée des mesures contraintes par la justice et/ou par les représentant de l'état. En définitive, le capacitaire de psychiatrie reste très contraint ayant pour conséquence des durées de passage aux urgences très élevées avec des patients psychiatriques restant contentionnés et sédatisés aux côtés des autres patients, ce qui peut représenter un choc pour ces derniers.

Depuis septembre, aucune agression grave ne s'est produite dans les SAU. Les besoins en vigiles ont été réévalués sur chaque site. Des systèmes d'alerte avec boutons poussoir ont été mis en place dans les box. En dehors des patients psychiatriques, les incivilités du quotidien pourraient être

traitées par certaines mesures dans les salles d'attente, notamment l'affichage du temps d'attente et l'information sur le parcours patient.

Le P^r Bertrand GODEAU remercie les urgentistes pour leur travail important mené dans des conditions complexes. Les chiffres de l'AP-HP semblent attester d'une diminution de 1,2 % des admissions aux urgences. Il serait donc intéressant de connaître les indices de gravité et l'âge moyen des patients des urgences. Enfin, un point sur la situation tendue à Bicêtre serait intéressant.

Le D^r Hélène GOULET indique qu'il existe des hétérogénéités dans la reprise d'activité. La proportion de patients âgés est très importante et a tendance à se majorer. À Bicêtre, le chef de service des urgences a démissionné.

Le P^r Xavier MARIETTE confirme que la situation de Bicêtre reste très difficile puisque le chef de service et ses deux adjoints ont démissionné après un été très difficile et le sentiment de ne pas être soutenus par la direction et par la communauté médicale. Un chef de service intérimaire (le P^r Benoit DOUMENC, chef de service des urgences de Cochin) a été nommé. Par ailleurs, la communauté médicale a pris l'engagement de soutenir les urgences. Il convient donc de démentir l'information selon laquelle les services de médecine ne joueraient pas le jeu car la communauté médicale affiche la nette volonté d'aider les urgences, notamment en mettant en place une responsabilité tournante de chaque spécialité par semaine. Le principal objectif est d'aider à la fluidité des lits-brancards, ce qui a pu donner lieu à une sorte de miracle la semaine dernière avec aucun lit-brancard constaté à Bicêtre à 17 heures pendant deux jours. Clairement, chacun a la volonté d'améliorer les choses. Le doyen est conscient de la nécessité d'universitariser les urgences pour en faire un facteur d'attractivité. À Bicêtre, la communauté s'engage à participer à la formation des internes qui seront présents ce semestre. Finalement, la situation semble s'améliorer mais il sera indispensable de recruter un chef de service puisque le P^r Benoît DOUMENC n'assure l'intérim que pour quatre mois.

Le directeur général assure suivre bi-quotidiennement la situation dans les SAU puisqu'un état de la fréquentation et du nombre de lits-brancards adultes et enfants est réalisé matin et soir. La situation du premier semestre 2023 sera sans doute meilleure que celle des deux années précédentes. En revanche depuis la fin du mois d'août, on constate une activité dans les SAU adultes sensiblement plus élevée que celle des mois de septembre et octobre précédents. Au cours des 24 dernières heures, 2200 à 2300 passages étaient dénombrés. À la fin du mois de décembre de l'année dernière, la situation de tension était extrême, ce qui avait conduit à la mobilisation de moyens conséquents pour tenter de parer collectivement cette crise.

Les effectifs non médicaux ont été rehaussés de + 10% dans les SAU à la suite de la perte de 12 % des effectifs médicaux en quatre ans à l'AP-HP. De plus, le nombre de postes de médecins dans les SAU a été rehaussé. Ainsi à la suite d'un dialogue fructueux avec la collégiale, 25 postes supplémentaires d'effectif médical dans les SAU adultes et pédiatriques ont été créés au début 2023, ce qui a porté le nombre de postes de 275 à 285 postes pour un objectif à atteindre de 300 postes. Il reste encore à recruter une quinzaine de médecins dans les SAU.

Bien évidemment, le sujet capacitaire persiste même si une amélioration a été constatée. Les remontées des GHU pour les prochaines semaines font état de décalages dans les ouvertures de lits

supplémentaires, qui s'expliquent par des temps d'intégration plus longs des nouveaux personnels infirmiers. Finalement, les nouveaux lits seront ouverts entre octobre et novembre.

La mobilisation des services d'aval permettra d'assumer collectivement une politique de programmation ainsi qu'une politique de sortie sept jours sur sept, ce qui nécessitera une régulation fine des communautés médicales de chacun des sites. Il est indispensable de parvenir à réduire le nombre de lits-brancards, notamment lorsqu'ils sont attribués à des personnes très âgées. Il a en effet été démontré que le risque de surmortalité de celles-ci est en effet accru par la durée d'attente sur des lits-brancards.

Dans le domaine psychiatrique, le service d'urgences d'Antoine-Béclère est le plus en difficulté en matière de nombre de lits-brancards. Le nombre de patients psychiatriques est suivi matin et soir. La régulation entre les différents services du 92 sera par conséquent revue, ainsi que l'a promis l'ARS.

Pour gagner en efficacité dans la lutte contre les incivilités, un travail devra être mené afin de procéder à leur signalement et d'affiner les statistiques. En particulier, il conviendrait que les établissements procèdent à davantage de signalements. À cet égard, le procureur des Hauts-de-Seine lors de sa venue au Siège, a annoncé la mise en place d'un dispositif dans son département à destination des professionnels pour leur permettre de signaler toutes les incivilités, ce qui aboutit à une convocation des patients par un substitut pour recueillir leurs explications.

Le D^r Diane BOUVRY demande si l'indicateur « besoin journalier minimal en lits » mis en place concerne uniquement les soins non programmés qui passent par les urgences ou l'ensemble des soins non programmés.

Le D^r Hélène GOULET répond que seuls les patients admis via les urgences ont été pris en compte.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que de façon habituelle, le nombre des patients de plus de 75 ans passant aux urgences est en constante augmentation avec des pics au cours de l'été et de l'hiver. Les lits brancards sont occupés par 20 % des personnes de plus de 75 ans tandis que les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) accueillent 50 % des plus de 75 ans. Il faut rappeler que 20 % des soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques sont fermés et que globalement, de nombreux lits manquent en gériatrie. La filière gériatrique étant fermée, il conviendrait de fournir un effort collectif pour rouvrir des lits afin de débloquer les urgences. De plus, le recrutement des infirmières en gériatrie est très difficile, tout comme en pédiatrie.

Le D^r Patrick PELLOUX constate que les précédents comptes rendus des réunions de CME depuis une vingtaine d'années reflètent invariablement la même situation. Le problème général provient du fait que les attendus envers l'AP-HP sont grands. Le budget énorme mis dans le service d'accès aux soins (SAS) depuis 2019 dans le but de faire baisser la fréquentation des patients aux urgences est un échec car l'amont n'est pas traité. En effet, si l'on considère que le monde libéral a tendance à favoriser la téléconsultation à outrance, ce mode de consultation aboutit plus souvent à adresser les patients aux urgences.

Le D^r Patrick PELLOUX estime le sujet des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) très intéressant. Depuis la publication d'un livre qui les incrimine, les directions d'ÉHPAD ne veulent plus entendre parler d'une quelconque maltraitance. Pour y parvenir, le personnel (qui n'est la plupart du temps pas qualifié pour prendre un pouls ou une tension) reçoit

des injonctions de la direction ou du médecin coordinateur d'adresser les patients aux urgences au moindre doute. Ici encore, l'amont laisse à désirer.

Enfin pour répondre aux échanges concernant la psychiatrie, le **D^r Patrick PELLOUX** fait observer que Paris devient une ville médiévale, ainsi qu'en attestent les abords des gares s'apparentant à un hôpital psychiatrique à ciel ouvert. La psychiatrie est en situation de débâcle et de perte de motivation générale. Pourtant, il existe des marges de manœuvre. Le référentiel élaboré il y a quelques années par les observatoires régionaux des urgences sur le besoin journalier en lits se met actuellement en place.

Finalement, les urgences sont la variable d'ajustement de tous les dysfonctionnements des autres services. Il est donc indispensable de les aider. Le système *Azur* tente d'amener les ÉHPAD à améliorer la prise en charge des personnes âgées dans leurs établissements. Un travail sera en outre mené avec le SAMU social de Paris pour rediriger autrement la grande pauvreté et la prendre plus en amont. Si l'ensemble de ces mesures sont menées à bien, il sera sans doute possible de traverser un hiver qui s'annonce difficile.

Le P^r Bernard GRANGER juge déprimant le constat ainsi posé. D'ailleurs, il serait intéressant de savoir si tous les patients en attente d'une hospitalisation psychiatrique sont placés sous contention en arrivant aux urgences. Cette question est importante si l'on se remémore qu'à leur arrivée en 1952, les neuroleptiques ont été qualifiés de « camisole chimique ». L'objectif était d'y recourir pour limiter la contention jugée trop inhumaine. Une réflexion s'impose par conséquent sur la propension, qui paraît en accroissement, à attacher une personne sur un brancard pendant un à trois jours. Certes le malade psychiatrique peut faire peur mais il semble qu'aujourd'hui, les malades mentaux soient traités comme au Moyen-Âge alors que le nombre de contentions était beaucoup plus rare il y a quelques années. Finalement, la dégradation actuelle de la prise en charge paraît acceptée, ce qui est particulièrement préoccupant. Il conviendrait de communiquer le nombre de patients qui se trouvent sous contention et les sites dans lesquels ces pratiques ont le plus cours.

Le D^r Hélène GOULET assure que les personnels des urgences n'attachent pas les patients qui n'en ont pas besoin. En tout état de cause, la prise en charge de ces patients est conjointe avec les psychiatres. Les chiffres des patients passant plus de 24 heures au SAU en étant contentonnés sont connus : 19 % à l'été 2022, 16 % de janvier à juin 2023 et 15,95 % à l'été 2023. En réalité, le problème réside dans le temps moyen passé par ces patients aux urgences avant d'être adressés en psychiatrie, soit 55 heures. De ce fait, ce n'est pas le mode de prise en charge des malades psychiatriques aux urgences qui doit être incriminé mais par le temps excessif passé aux urgences. Enfin, il est bien évident que la majorité des patients admis aux urgences sont sédatisés sans être contentonnés.

Le D^r Rafik MASMOUDI fait observer qu'aux urgences, les patients qui se présentent ont des pathologies de plus en plus lourdes et sont de plus en plus âgés. Certains hôpitaux en sont à plus de 35% d'hospitalisations par jour aux urgences. Il faut en outre signaler que le personnel paramédical n'est souvent présent aux urgences que depuis un à trois mois dès leur sortie d'école, ce qui complexifie encore davantage la prise en charge. En raison du manque d'attractivité, ce même personnel ne reste pas plus d'une année dans les SAU.

La gestion de l'agressivité, si elle peut être améliorée par des formations dispensées aux personnels, doit avant toute chose commencer par la sécurisation des SAU dans lesquels chacun peut se présenter à sa guise sans contrôle seul ou en famille. Ce système ouvert permet à des malades psychiatriques très dangereux de se présenter aux urgences. La solution de BJML, si elle est attendue, doit aussi s'accompagner de la création de structures intermédiaires pour diminuer l'hospitalisation des patients pendant 24 à 48 heures aux urgences. Enfin pendant les vacances et les épidémies hivernales, il est nécessaire de faire participer à l'effort de l'hôpital public l'ensemble des services et pas uniquement ceux des urgences.

Le P^r Laurent MANDELROT recommande de ne pas omettre les urgences gynéco-obstétricales.

Le D^r François SALACHAS évoque le sujet de la fidélisation des équipes de gériatrie et même, des équipes en général. Il est nécessaire que les cadres supérieurs et les chefs de service aient la main sur l'organisation des services pour influencer sur cette fidélisation. Or les directions de soins pratiquent la mutualisation sans entendre les besoins des équipes, ce qui rend impossible le maintien de celles-ci au complet pour travailler efficacement. Par conséquent, il ne sert à rien de traiter le manque de place dans les services si les conditions de stabilisation des équipes de soignants ne sont pas réunies. Or la mutualisation reste une donnée très importante des directions des soins.

Le P^r Jean-Marie JOUANNIC observe que l'ensemble des discussions attestent de l'humanité de la communauté médicale, qui se préoccupe de limiter au maximum la contention des patients admis aux urgences. C'est pourquoi il paraît nécessaire de monitorer les personnes contentionnées de même que le nombre d'agressions physiques la communauté médicale qui sont parfois d'une grande gravité.

Le directeur général ne conteste pas les difficultés connues dans la filière gériatrique. Pour autant, la direction générale ne reste pas inactive sur le sujet.

M^{me} Laetitia BUFFET explique que des travaux spécifiques ont été ouverts avec la collégiale et les représentants des sites gériatriques (médecins et cadres de direction) sur les leviers pour l'attractivité et la fidélisation en gériatrie. Dans ce cadre, il a été réaffirmé qu'aucun des « 30 leviers » ne faisait l'impasse sur la gériatrie. Un récapitulatif des recrutements effectués dans le cadre des deux grands appels à projets a été effectué. Il en ressort que sur les appels à projets « Schémas horaires innovants », douze projets ont été déposés par des services de gériatrie dont onze ont été retenus institutionnellement dans des secteurs différents de gériatrie. Le recrutement de plus 25 équivalents temps plein (ÉTP) d'infirmiers et infirmières de soins généraux (IDE), et d'aides-soignants (AS) a été acté. Sur les appels à projets « Redonner du temps », 23 projets ont été acceptés en gériatrie. Les profils incluent des logisticiens, des aides à la coordination des parcours et aux activités d'hôtellerie ainsi qu'aux liens avec les proches soit un total de 26 ETP. Finalement, 52 ETP ont été accordés dans les secteurs de gériatrie. Les autres sujets évoqués ont notamment trait à la politique de stages et à la formation continue.

En dehors de l'application des « 30 leviers » à la gériatrie, des mesures spécifiques ont fait l'objet d'échanges pour réduire le déficit d'image de la gériatrie au sein de la profession. Ce sujet de communication est régulièrement mis en avant par la collégiale. De ce fait, un groupe de travail de la collégiale se mettra en lien avec la direction de la communication de l'AP-HP pour montrer

l'intérêt et la technicité des métiers de la gériatrie médicaux et paramédicaux. Une réflexion portera également sur les contrats d'allocation d'études (CAE) pour la campagne 2024 afin de mettre l'accent sur la spécificité de la gériatrie. Enfin, l'ensemble des sujets qui ne sont pas du ressort de l'AP-HP continuent d'être portés auprès du ministère, notamment la prime grand âge.

Le Pr Bruno Riou fait état d'une étude réalisée par la fédération hospitalo-universitaire de médecine d'urgence (FHU IMPEC, *improving emergency care*) sur 97 sites en France, qui démontre que la mortalité d'un patient âgé de plus de 75 ans passant une nuit sur un lit-brancard est multipliée par 1,5 (et même par 2 s'il est dépendant).

4. Bilan annuel et plan d'action du responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médico-stériles de l'APHP (D^{rs} Michel DJIBRÉ et Guillaume HÉBERT)

Le Dr Michel DJIBRÉ indique que s'agissant des catégories d'évènements indésirables graves (ÉIG) dans le cadre du bilan 2022 des déclarations à l'ARS, il ressort que les dispositifs médicaux et les médicaments exercent un rôle majeur dans la génération des ÉIG. Les dispositifs médicaux (DM) sont en cause près d'une fois sur deux dès lors qu'il s'agit d'une complication en lien avec une procédure. Les erreurs médicamenteuses sont source d'ÉIG dans la phase d'administration du médicament dans un tiers des cas. Ainsi, il est clair qu'une politique de sécurisation des médicaments et des dispositifs médicaux est nécessaire.

Le projet 2021-2025 repose sur des données nationales et sur des données propres à l'AP-HP. Les données nationales incluent la réglementation suivante :

- pour les médicaments : arrêté du 6 avril 2011 et arrêté du 10 octobre 2022 ;
- pour les dispositifs médicaux stériles (DMS) : décret du 7 décembre 2020 et arrêté relatif aux dispositifs médicaux implantables (DMI) du 8 septembre 2021.

Il existe aussi des évolutions tenant à la nouvelle certification de la Haute Autorité de santé (HAS) et les indicateurs qualités obligatoires. Les données propres à l'AP-HP prises en compte sont les résultats des certifications antérieures, des indicateurs et des évaluations de type audits et enquêtes. Les vulnérabilités de l'AP-HP sont également retenues pour construire le projet telles que ressortant de la base *Osiris*. Enfin dans une moindre mesure, les plaintes et réclamations sont prises en compte.

Ainsi, le projet a été construit en trois axes :

- axe 1 : mettre en place l'arrêté relatif au système de management de la qualité (SMQ) du circuit des dispositifs médicaux implantables en l'étendant aux DMS ;
- axe 2 : consolider les actions du SMQ de la prise en charge médicamenteuse ;
- axe 3 : favoriser une culture de sécurité.

Le Dr Guillaume HÉBERT indique que 11 référents management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables (RSMQ) sur 24 ont été nommés avec des périmètres variables : GHU, multi-site ou mono-site.

Les trois grands axes ont connu une mise en place difficile en raison, notamment, des retards de nomination des RSMQ DMI. De plus, un retard important de *Séditrace* a été constaté. Le pilotage a

en effet changé puisqu'une réflexion sur les organisations est désormais menée. Les interfaces rencontrent également des problématiques qui devront être résolues. Enfin, le traceur ciblé DMI a été mis en place. L'objectif est de le présenter lors de la journée nationale des DMI en avril 2024.

Le D^r Michel DJIBRÉ présente deux actions spécifiques et qui devront être marquantes. En premier lieu, la prévention de l'embolie gazeuse a fait l'objet d'un audit AP-HP, de recommandations de la commission des dispositifs médicaux stériles (CODIMS) et d'un protocole AP-HP-*Orbis*. Enfin, une vidéo pédagogique a été finalisée pour être diffusée très prochainement. En 2024, une deuxième action découlant de l'analyse d'évènements indésirables graves sera menée sur la prévention de l'oubli de textiles en per-opératoire.

Le D^r Guillaume HÉBERT présente ensuite une liste des ÉIG liés aux dispositifs médicaux tels qu'issue des déclarations à l'ARS. En 2022, 38 % des ÉIG impliquent un dispositif médical stérile et 14% impliquent un médicament (soit 52% pour les produits de santé). Ainsi, 4 textilômes, 3 extravasations graves, 7 embolies gazeuses sur retrait de cathéter veineux central (CVC) sont survenus. Pour ce qui est des médicaments, 36 % des ÉIG ont lieu pendant l'administration.

Le D^r Michel DJIBRÉ rappelle que moins de 10% des ÉIG sont déclarés. Il faut donc tenir compte de cette réalité pour appréhender les chiffres communiqués.

Concernant l'axe 2, les actions prioritaires de 2022 visaient notamment à déployer des visites de risque de la prise en charge médicamenteuse (PECM) au bloc opératoire sur tous les sites. À ce jour, 19 sites sur 21 ont reçu cette visite de risque au bloc opératoire. La deuxième action prioritaire avait pour objectif de réaliser des traceurs ciblés « médicament » sur site à la demande des équipes qualité. Pour 2023-2024, les perspectives sont les suivantes :

- sécuriser la sortie des patients en participant à l'amélioration de la lettre de liaison sur l'axe « médicaments » ;
- mener la réflexion AP-HP sur le déploiement ou non du bracelet rouge « allergie médicamenteuse » ;
- définir une organisation sécurisée pour la prescription des produits de contraste iodés ;
- cartographier les pratiques de la gestion des traitements personnels en hôpital de jour (HDJ) qui pour l'heure, sont d'une grande hétérogénéité ;
- poursuivre les visites à blanc de certification HAS sur site.

Les difficultés constatées sont en parties dues au retard de la livraison de la dernière version d'*Orbis médication* qui a été repoussée en 2024 au lieu d'octobre 2023. Il conviendra en outre de résoudre le sujet de la lettre de liaison sur le versant « médicament » grâce au module « conciliation » d'*Orbis*. Enfin, un certain nombre de remontées des GHU a conduit à la constitution d'un groupe restreint *Orbis/RSMQ* qui tiendra des réunions mensuelles pour répondre au mieux aux difficultés rencontrées.

Concernant l'axe 3, il est nécessaire de renforcer le réseau de RSMQ notamment par :

- la rencontre sur site des RSMQ locaux ;
- la conception d'une formation RSMQ-DM;
- l'organisation de réunions trimestrielles des RSMQ médicaments et DM ;
- l'animation du réseau des acteurs qualité autour des produits de santé.

Il est également nécessaire de promouvoir et faire connaître le réseau RSMQ. Une journée régionale sera coorganisée par l'AP-HP et l'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMÉDIT) en avril 2024 sur les dispositifs médicaux. L'ordre du jour est en cours de consolidation. Les travaux de certaines équipes locales sur la formation à la prise en charge médicamenteuse seront partagés. De même, une banque d'outils pédagogiques sera mise à disposition en ligne à destination des sites.

Le D^r Guillaume HÉBERT présente enfin la synthèse des perspectives 2024.

Le D^r David OSMAN apporte son témoignage en sa qualité de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. En premier lieu, les pharmaciens, au vu de l'étendue de leurs responsabilités actuelles, hésitent à prendre en plus en charge la mission de RSMQ sans temps dédié. La difficulté réside également dans le fait que le travail doit être partagé entre les pharmaciens et les implanteurs, ce que ne prévoit pas le décret. C'est pourquoi la solution devra être trouvée en interne au sein des conseils de blocs. Le sujet des outils est également essentiel, ainsi qu'il l'a été souligné dans la présentation. Le logiciel *Séditrace* est toujours en développement, ce qui contribue aux frustrations. Pour autant, la culture de sécurité progresse partout, ce qui doit être salué. Le sujet du textile doit être pris en charge à l'échelle de l'institution car il est emblématique. Le nombre d'évènements constatés est très faible mais c'est une complication chirurgicale qu'on souhaiterait ne jamais voir (*never event* chirurgical), le risque zéro étant bien sûr impossible à atteindre. C'est un sujet qui fait intervenir le travail en équipe au bloc opératoire, l'utilisation de la *check-list*... C'est pourquoi nous avons décidé de traiter ce sujet dans la suite et sur le modèle de ce qui a été fait pour l'embolie gazeuse.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si la mise en place des bracelets rouges a été actée dans tous les GHU. En effet, les allergies sont souvent notées au titre des antécédents mais ne sont pas suffisamment mises en évidence. De plus, aucun lien n'est établi avec les prescriptions médicamenteuses. C'est pourquoi il est très important de consulter les dossiers des patients.

Le D^r Sonia CERCEAU souhaite savoir si la rupture d'approvisionnement en dispositifs médicaux, qui conduit parfois les soignants à utiliser des dispositifs non conçus pour l'utilisation qu'ils en font, doit donner lieu à déclaration.

Le D^r Guy BENOÎT est frappé par la différence entre les évènements indésirables liés aux médicaments et ceux liés aux dispositifs médicaux. Pour les seconds, il s'agit assez fréquemment de problèmes qui relèvent plutôt de la matériovigilance. Pour les médicaments, on constate qu'il y a peu d'erreur de prescriptions mais que, et il ne faut stigmatiser les IDE, les erreurs d'administration représentent la majorité des évènements constatés. Au moment où l'on veut augmenter le nombre d'IDE de pratique avancée on peut s'interroger sur la vérification des connaissances des infirmières dans la mesure où les erreurs de doses administrées sont notables. Si des progrès ont été faits avec le développement de la prescription informatisée et du contrôle des prescriptions la diminution de risque lié à l'administration reste entier et il pense que la présence ou non d'un RSMQ ne changera pas les choses. Il faudrait s'interroger lorsqu'une erreur survient si la charge de travail des infirmières ou le fait d'avoir été interrompue pourrait être en cause.

Le président mentionne également les difficultés rencontrées par les infirmières lorsqu'il s'agit de procéder au calcul des doses.

Un intervenant ne voit pas dans *Orbis* la possibilité de signaler aux infirmières un changement de traitement ou de dose.

Le D^r Michel DJIBRÉ précise que le sujet des bracelets rouges est encore très débattu. Il n'y a donc pas de position de principe sur le sujet. La réunion des RSMQ du 18 décembre centrée sur la thématique de l'allergie permettra de procéder à un état des lieux.

M. Loïc MORVAN indique que les enseignements relatifs aux calculs des doses ont fait l'objet d'un renforcement. De plus, une attention accrue a été portée au processus d'accueil et d'intégration des nouvelles infirmières. La préoccupation sur ce point est constante.

Le D^r Cyril CHARRON fait part de sa lassitude concernant les reports successifs de déploiement des nouvelles versions d'*Orbis*. L'annonce de la livraison du module « *medication* » en 2024 est nouvelle mais elle est vraisemblable. Lors de la livraison de la dernière version, une année a été nécessaire pour corriger les dysfonctionnements, ce qui a en particulier impacté les pharmaciens. L'éditeur livre constamment des versions imparfaites. On peut cependant féliciter l'énorme travail de détection des anomalies et de vérification des recettes effectué par la direction des systèmes numériques (DSN) avant que les soignants n'y soient confrontés.

Le D^r Guillaume HÉBERT explique que la matériovigilance n'a pas pour mission de traiter le sujet des DM utilisés en-dehors de leur destination. En revanche, des déclarations d'incidents concernent des cas de mésusage peuvent être effectuées. L'Agence nationale de **sécurité du médicament** et des produits de santé (ANSM) est très attentive à la rupture d'approvisionnement en la matière. Il est également toujours possible de contacter la responsable régionale de la matério- et réactovigilance d'Île-de-France en cas de besoin. Les déclarations d'ÉIG impliquant un dispositif médical relèvent plus souvent d'un problème d'usage et de courbe d'apprentissage que de défaut du produit et de matériovigilance. Pour exemple, les textilômes ou les cas d'embolies gazeuses lors du retrait de cathéter veineux centraux (CVC) ou d'extravasation sont liées aux pratiques et sont évitables. L'utilisation des dispositifs médicaux peuvent nécessiter des apprentissages longs.

5. Audit sur les enquêtes « violence au travail » (P^r Jean-Claude CAREL, M. Éric MOLIÈRE)

Le P^r Jean-Claude CAREL rappelle le contexte dans lequel a été menée la mission d'évaluation, qui est celui du décret du 13 mars 2020 relatif au dispositif de signalement des actes de violence, discrimination, de harcèlement et d'agissements sexistes dans la fonction publique. Conformément à la lettre de mission reçue en décembre 2022 de la part du directeur général et du président de la CME, **le P^r Jean-Claude CAREL** a mené cette mission en s'adjoignant les services de M. Éric MOLIÈRE, du cabinet *Plein Sens*.

Les enjeux du dispositif, au-delà de l'obligation légale, sont les suivants :

- protéger tous les salariés de l'AP-HP face aux potentielles violences au travail en leur permettant de procéder aux signalements de comportements inappropriés au travail ;
- protéger l'institution contre les risques juridiques ou de contentieux ;
- protéger toutes les parties impliquées par la mise en œuvre des enquêtes mais aussi par l'accompagnement des décisions (angle moral et éthique).

La méthode a consisté en l'analyse de documents de procédures et de documents d'enquêtes anonymisés. Il a également été procédé à des auditions permettant un accès à un échantillon diversifié.

Afin de répondre aux obligations légales, une cellule experte (constituée d'un médecin, d'une experte et d'un juriste) a été constituée. Une doctrine d'enquête a été élaborée. Enfin, les différents GHU ont interagi de façon variable avec le dispositif. Par ailleurs, il est apparu qu'en regard au sein des GHU, les dispositifs de signalement et d'enquêtes étaient riches et nombreux mais non tracés. Ces dispositifs n'entrent pas dans le cadre de la présente mission.

Les enquêtes démarrent par un processus de recevabilité et d'initiation de l'enquête. Le choix a été fait de faire appel à des enquêteurs internes. Les enquêtes donnent lieu à un livrable qui ne qualifie pas les faits mais les analyse de façon détaillée. La restitution de l'enquête, destinée aux directions des GHU, représente parfois une étape porteuse d'insatisfactions. Concernant le suivi des enquêtes, les auteurs du rapport ont constaté un manque de légitimité de la cellule ainsi qu'un risque d'inaction face aux obligations.

M. Éric MOLIERE présente les six premières recommandations du rapport :

- sur l'articulation entre la cellule « enquêtes violence au travail » (EVT) et le GHU, il est proposé de maintenir un dispositif central et de formaliser un dispositif EVT par GHU ;
- ne pas trop limiter le recours à l'enquête ;
- faire en sorte que les enquêtes conduites par la cellule EVT qualifient les faits avec l'appui de la direction des affaires juridiques (DAJ), afin d'aboutir à davantage de clarté et à un avis formalisé de la DAJ ;
- renforcer la formation des enquêteurs internes, avec la possibilité d'ouvrir des binômes internes/externes ;
- effectuer des restitutions qui impliquent davantage les enquêteurs et une communication écrite des conclusions à instruire : la communication écrite des résultats de l'enquête devra être finalisée avec un conseil juridique ;
- mettre en place des plans d'actions et une garantie de résultats.

Le P^r Jean-Claude CAREL présente la septième recommandation, qui tient au cas des personnels universitaires ou dépendant d'un autre employeur et au rôle du doyen : toute enquête EVT doit être systématiquement commanditée et suivie par le trio de gouvernance directeur, doyen et président de CME locale. De plus, les HU sont incités à participer au dispositif. Enfin, les personnels des hôpitaux peuvent aussi dépendre d'un autre employeur, ce qui devra faire l'objet d'une interaction avec ce dernier. La dernière recommandation tient à la communication à développer dans toute l'organisation de l'AP-HP.

En synthèse, les auteurs du rapport soulignent la qualité du dispositif mis en place par l'AP-HP au cours de l'été 2021 et l'implication de l'ensemble des acteurs qui l'ont construit. La recommandation la plus essentielle concerne l'insertion du dispositif lui-même dans l'ensemble des dispositifs similaires mis en place dans les GHU.

M^{me} Anne LEFEBVRE indique, à titre liminaire que le fait que le dispositif soit de qualité oblige à mettre en place un plan d'actions qui soit à la hauteur de ce dispositif. Elle précise que l'évaluation fait référence à deux réalités : d'une part, la cellule collégiale violence au travail, une équipe à la

disposition de laquelle sont mis plusieurs outils, cellule coordonnée par M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT. D'autre part, l'un des outils pour traiter la violence, « l'enquête interne suite à signalement », pour adopter le terme retenu par les autres administrations. Cette dernière est coordonnée par la direction de l'audit, de l'inspection, de la médiation et de l'évaluation (DAIME).

M^{me} Anne LEFEBVRE souligne la nécessité de ne pas limiter le recours aux enquêtes, ainsi que le mentionne l'évaluation réalisée par le P^r Jean-Claude CAREL et M. Éric MOLIÈRE. Depuis la mise en place du dispositif en juillet 2021, 14 enquêtes ont été diligentées dont 6 en 2021, 6 en 2022 et en 2023. Parmi les actions déjà engagées au titre du plan d'actions, l'une d'elle est d'ores et déjà mise en place. La rédaction des rapports permet désormais à la DAJ de qualifier les faits. Cela a été le cas des deux dernières enquêtes réalisées.

S'agissant du réseau des enquêteurs, 47 professionnels de l'institution ont été formés depuis la mise en place du dispositif en juillet 2021 ; 25 restent à cette date mobilisables. La DAIME s'assure du respect de la méthode. Les actions en cours portent en outre sur une politique de suivi régulier, que les faits débouchent ou non sur une qualification. Au titre des actions à venir, on note :

- le renforcement de la formation des enquêteurs internes ;
- en lien avec la DAJ, une réflexion sur les modalités de communication écrite des résultats ;
- la possibilité de recours à un enquêteur externe ;
- Articulation niveau central/local : principe de subsidiarité à renforcer, fonction support AP-HP

M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT fait état d'une prochaine campagne de prévention des violences au travail, lancée à partir de fin novembre et articulée autour de trois axes :

- un premier axe sur les violences à caractère sexuel et sexiste ;
- un deuxième axe autour des violences morales et du harcèlement moral ;
- un troisième axe en lien avec la lutte contre les discriminations.

Le D^r Diane BOUVRY constate que même quand le dispositif est connu, son opacité rend les professionnels hésitants pour effectuer un signalement. Ces professionnels se demandent en effet qui va recevoir le signalement et comment l'autre partie prenante sera informée. Enfin, il serait utile de préciser, dans la mesure où tous les signalements ne font pas nécessairement l'objet d'une enquête, qui décide de l'opportunité de celle-ci après pré-enquête.

M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT reconnaît que le dispositif est encore mal connu et que des efforts de communication supplémentaires devront être consentis. C'est pourquoi le dispositif est actuellement présenté devant les instances, en particulier tous les comités sociaux d'établissement (CSE) des GHU. De plus, la composition de la cellule est bien détaillée sur l'intranet afin d'éviter toutes interrogations ou doutes sur le profil de ses membres.

M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT précise que la cellule de signalement est composée d'une coordinatrice et de trois référents issus de la DAJ, de la direction des ressources humaines (DRH) et de la direction des affaires médicales (DAM). Une intervention a également eu lieu auprès du bureau des internes afin de communiquer sur le dispositif. D'ailleurs après cette présentation, la cellule a reçu un signalement d'interne. Il n'est pas douteux que la campagne de communication à venir

contribuera aussi à faire connaître le dispositif. La collégiale, qui constitue le 2^e niveau du dispositif, se réunit tous les 15 jours pour orienter et analyser les situations les plus sensibles et/ou complexes.

M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT indique que la collégiale est composée de son adjointe au département « santé, qualité de vie et des conditions de travail » et d'elle-même, de la responsable de la médiation interne à l'AP-HP, du président de la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA), du P^r Jacques POUCHOT (conciliateur médical), d'un représentant du service central de santé au travail, d'un représentant de la DAJ, d'un représentant de la direction des affaires médicales et de la directrice de la DAIME. Les pré-enquêtes sont décidées au premier niveau à la suite de la réception des signalements sur la plateforme. La coordinatrice du dispositif et ses référents analysent ces premiers signalements. Lorsque la situation est complexe, elle est traitée en collégiale.

Le D^r Valéry TROSINI-DÉSERT craint que ce dispositif ne s'apparente à une « usine à gaz » car il entre aussi en concurrence avec d'autres dispositifs existants tels que les commissions *Vie hospitalière* (CVH) locales ou les cellules de médiation. Il aurait en outre été éclairant d'avoir un exemple concret de cas traités dans le cadre du dispositif. Une porte d'entrée unique pour les personnes subissant une situation de violence au travail serait beaucoup plus utile. Il n'existe par ailleurs aucune indication concernant les personnes dénommées « enquêteurs » ni sur leur mode de désignation. Dans les exemples de harcèlement moral sur le N-1, la personne soucieuse d'effectuer un signalement n'ose pas le faire car elle craint les retombées. Le médiateur quant à lui, représente l'institution, ce qui n'est pas une garantie de neutralité aux yeux de la personne victime de harcèlement. Il conviendrait par conséquent de préciser qui représente cette personne victime à l'occasion de son signalement. Le « deux poids deux mesures » n'aide finalement pas la personne qui en aurait le plus besoin.

M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT explique que la seule porte d'entrée est le dispositif « violence au travail » et la plateforme violenceautravail@aphp.fr. C'est donc l'interface à privilégier pour signaler toutes formes de violence. Lorsque les situations sont qualifiées par le signalant de « harcèlement moral » mais sans en remplir tous les critères juridiques, il peut s'agir de difficultés relationnelles entre collègues ou avec l'encadrement. Au niveau local, les dispositifs existants tels que les CVH doivent continuer à être actionnées mais l'objectif est d'articuler ces dispositifs locaux avec le dispositif central. Le travail porte aussi sur la formation des membres des CVH locales, des référents locaux et des enquêteurs internes pour apprendre à se connaître et à connaître leurs niveaux respectifs d'intervention dans le processus.

M^{me} Anne LEFÈVRE explique que les enquêtes sont coordonnées par la DAIME, qui est garante de la méthode. Les enquêteurs interviennent sur la base d'une méthode précise et dans une posture d'écoute, pour laquelle ils sont supervisés.

M^{me} Laetitia BUFFET estime important que les signalements continuent d'être effectués au niveau local, mais qu'ils le soient aussi au niveau central. De plus, une grande partie des signalements reçus en central sont redescendus en local si c'est jugé nécessaire.

Le D^r Patrick PELLOUX s'étonne de l'absence de recours puisqu'une enquête a lieu.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que lorsque le dispositif a été mis en place, il était question de faire un point de son fonctionnement après dix-huit mois, ce qui est le cas avec le rapport présenté

aujourd'hui à la CME. Il a accompagné sur leur demande et en tant que président de l'intersyndicat certains collègues ayant effectué des signalements ou étant l'objet de signalements. Il considère que le dispositif tel que décrit représente une amélioration mais qu'il doit être perfectionné. Il insiste sur l'intérêt d'être accompagné lorsqu'est mise en œuvre une telle procédure d'enquête. Concernant les violences au travail, il existe une multiplication de dispositifs mais également une très grande variété de situations. Il est souvent bon de délocaliser les enquêtes afin d'éviter les liens et conflits d'intérêts. Le chiffre cité du nombre d'enquêtes, très faible, montre une certaine méconnaissance du dispositif ou une défiance à son égard. Dans certaines situations, la médiation demandée en interne au Siège ou une médiation régionale peuvent suffire plutôt qu'une enquête violence au travail. Cette EVT concerne des situations très particulières, notamment de harcèlement moral supposé. Dans un cas qu'il a suivi de près, la gouvernance locale a adopté une attitude équilibrée. Les points négatifs du dispositif tiennent à une certaine opacité du processus. En effet, la personne visée ne connaît pas toujours les faits qui lui sont reprochés ni l'identité de ceux qui la mettent en cause. Cette personne, pour se défendre, peut donner une liste de personnes à interroger mais qui n'est pas toujours suivie. Enfin, la restitution de l'enquête est un sujet important pour les personnes objets de l'enquête : elles doivent s'en faire communiquer la teneur de l'enquête, avec les précautions nécessaires à la protection des accusateurs.

Le P^r Bertrand GODEAU est rassuré de constater que la collégialité est de mise dans l'étude de la recevabilité du signalement. Cependant, le dispositif a pour objectif que l'ensemble de l'enquête soit dépaycé et non pas que la gouvernance locale soit décisionnaire dans le démarrage de l'enquête. Concernant les enquêteurs, qui sont formés en trois jours, il ne semble pas qu'un professionnalisme suffisant en découle. Enfin la restitution de l'enquête est très compliquée pour la gouvernance. Cette situation n'est donc pas satisfaisante pour l'ensemble des parties (gouvernance, institution et professionnel en situation de souffrance au travail).

Le P^r Marie-Noëlle PERALDI indique que la semaine dernière, les internes ont présenté une enquête sur les violences sexistes au travail. Or, leurs représentants n'étaient pas au courant de l'existence du dispositif. C'est pourquoi la maquette du livret de l'interne sera modifiée en conséquence en vue de sa parution le 2 novembre.

Le P^r Agnès HARTEMANN transmet l'incompréhension des collègues face au dispositif, notamment en termes de confidentialité s'il s'agit de présenter un cas de souffrance au travail devant une commission de dix personnes. En premier lieu, le terme même de « commission ». De plus, aucune charte de fonctionnement n'existe. En tout état de cause, si la souplesse des instances devant lesquelles une personne peut se confier est indispensable, il convient d'apporter toutes les garanties sur les destinataires du signalement tant en local qu'en central.

Le P^r Agnès HARTEMANN cite le cas récent d'une personne ayant signalé un cas de souffrance au travail devant la commission locale, puis qui a eu la surprise de recevoir de la part de sa hiérarchie le reproche d'être « allée se plaindre ». Il existe par conséquent de réels dysfonctionnements dans la réalité. Enfin, il est indispensable d'accompagner la personne qui effectue le signalement ainsi que celle qui en fait l'objet.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que les discussions ont peu évolué depuis la présentation initiale du dispositif en CME. Un bilan sur les enquêtes déjà menées aurait été préférable. Enfin, il serait intéressant de disposer des résultats de l'audit lui-même.

Le D^r Cyril CHARRON se félicite de l'existence du dispositif centralisé. Néanmoins, le périmètre des responsabilités est insuffisamment défini. La formation des CVH dans leur ensemble est indispensable. Outre le point d'entrée unique, il est nécessaire de conserver un point d'entrée multicanal. Enfin, la confidentialité de l'enquête est absolument nécessaire, tout comme la protection de la personne mise en cause surtout lorsqu'elle est totalement blanchie à l'issue de l'enquête.

Le D^r Rafik MASMUDI considère que par définition, un médiateur doit être neutre et ne doit pas provenir de l'institution.

Le D^r François SALACHAS attire l'attention sur l'existence de violences au travail émanant des directions envers des soignants. C'est pourquoi il serait intéressant de savoir si l'audit a pu observer des violences au travail institutionnelles et si ces événements entrent dans le champ des violences au travail.

Le P^r Jean-Damien RICARD a le sentiment que parfois, des injonctions contradictoires sont exprimées. En effet, certains font part de leur souhait que les signalements remontent en central sans être étouffés tandis que d'autres intervenants tiennent au maintien des dispositifs locaux. L'articulation des deux niveaux est importante. De plus, chacun doit être rassuré quant à la confidentialité. Une charte interne garantit que l'ensemble des informations reste cantonné au sein de la cellule. S'agissant de la médiation interne, les personnes qui en sont les tenantes au Siège sont formées et ont été spécialement choisies pour leurs qualités à exercer cette mission en toute neutralité et impartialité. Dans certains cas bien spécifiques, le recours à des médiateurs externes est possible. En tout état de cause, l'équipe de médiateurs internes fonctionne de façon très satisfaisante. L'articulation avec les CVH est un point capital car il s'agit aussi d'un point d'entrée des signalements. Avec la cellule, une formation sera mise en place pour l'ensemble des membres des CVH et des référents locaux sur laquelle, en particulier, il sera insisté sur la confidentialité et l'équité de traitement pour tous. Finalement, le dispositif procède d'une réponse obligatoire à l'injonction légale. Ce n'est donc pas une justice alternative. L'enquête entend de façon équilibrée les personnes qui témoignent en faveur du signalant et de la personne objet du signalement. Il n'existe pas de référentiel, ce qui explique que le rapport se soit basé sur l'existant. Globalement, le travail est similaire à celui mené au sein de grands groupes privés et c'est un travail de qualité.

Le directeur général considère qu'il s'agit de l'honneur de l'AP-HP de se saisir de situations de souffrance au travail, au-delà même de l'obligation légale qui lui en est faite. Le législateur a en effet estimé que les institutions publiques et privées avaient la charge de régler des situations en-dehors de la justice lorsqu'elles ne sont pas trop complexes. Dans le cas de situations complexes, il est du devoir de l'institution de rechercher les éléments permettant d'objectiver les choses. Les EVT conduisent parfois à nuancer ou lever des accusations portées ou au contraire, à engager des sanctions disciplinaires. Cela étant posé, il est bien évident que la mise en place du dispositif est très complexe, d'où la demande présentée au **P^r CAREL** d'en dresser un rapport au bout de deux ans. Les améliorations restent nombreuses.

Le président rappelle qu'en janvier 2016, un plan d'action avait été lancé à la suite d'un suicide survenu à l'AP-HP. Depuis lors, la loi est venue poser l'obligation de constituer une cellule d'enquête.

6. Pistes d'action pour améliorer l'expérience des patients à l'AP-HP (M^{me} Gwéno­lée ABALAIN)

M^{me} Gwéno­lée ABALAIN indique que le document soumis à concertation depuis plus d'un mois a été construit avec les directions fonctionnelles et les groupes hospitaliers à partir des bonnes initiatives de terrain et aussi de celles de l'étranger. Le projet ne prend pas en compte la dimension médicale. Il propose plusieurs pistes de réflexion, notamment sur la prise de rendez-vous et les délais de rendez-vous, la qualité de l'accueil et de l'orientation, les parcours intra et extra-hospitaliers, la prise en compte de l'avis des patients dans les décisions. La concertation est à l'œuvre et se poursuivra encore pendant une semaine. Chacun est invité à participer au questionnaire en ligne. L'objectif est de construire une feuille de route opérationnelle à mettre en œuvre en 2024.

7. Présentation du baromètre social (M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT)

M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT dresse un point d'étape. Une V0 du questionnaire a été élaborée par l'agence BVA et testée sur un panel d'utilisateurs. Ceux-ci ont estimé le questionnaire très complet, mais avec un bémol concernant sa longueur. En parallèle, une campagne de communication fait l'objet d'un travail conjoint avec la direction de la communication.

M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT communique, pour conclure, des exemples d'items du questionnaire. Le questionnaire sera en ligne du 7 au 27 novembre pendant trois semaines.

Le président ajoute que le questionnaire sera diffusé chaque année.

Le D^r Guy BENOÎT observe que dans le document proposé le personnel médical est simplement différencié en personnel médical (PM) junior et PM senior, alors que dans l'enquête menée en 2013 le PM était classé en directeur de département médico-universitaire (DMU), chef de service ne soit pas prise en compte et simplement PU-PH, PH... Il regrette que cette distinction n'existe plus car les résultats de l'enquête de 2013, présentée à la CME de décembre 2013, montraient, montraient des différences d'appréciation et qu'à une question telle que « *Recommanderiez-vous l'AP pour y travailler ?* », les réponses pouvaient être très différentes selon que l'on soit chef de pôle, chef de service ou PH.

Le directeur général indique que le coût total de l'enquête s'établit à 92 000 € (à la suite d'un marché passé). Sur le fait de distinguer les répondants en fonction de leurs responsabilités, il n'y a aucune opposition de principe mais il semble compliqué de ne pas entrer dans une stratification plus fine. De plus, l'AP-HP ne compte que 83 directeurs médicaux de DMU tandis que l'immense majorité des personnels doit aussi être prise en compte. En tout état de cause, une enquête dédiée portera sur le fonctionnement des structures et sera diligentée au 1^{er} semestre 2024.

Le D^r Guy BENOÎT ne partage pas cet avis exprimé par le directeur général. Il est en effet important de mesurer la distorsion de points de vue d'un nombre de 83 directeurs par rapport à la population générale.

Le directeur général insiste sur la nécessité d'avoir la capacité de mesurer les retours de l'ensemble des professionnels de l'AP-HP.

8. Plan « ressources humaines » pour les Jeux olympiques 2024 (M. Florent Bousquie)

M. Florent Bousquie commence par présenter les modalités d'implication de l'APHP pendant la période des jeux olympiques et paralympiques (JOP). L'APHP sera notamment :

- responsable de plusieurs dispositifs sanitaires propres au comité international olympique (CIO), déterminés dans le cadre du contrat ville-hôte : la polyclinique du village olympique (centre de consultations à destination des athlètes), et des trois hôpitaux référents, qui se situent en relais de la polyclinique, là aussi pour des publics cible du CIO. L'activité estimative de ces hôpitaux référents est faible, et ne nécessitera en tout cas pas de renforts spécifiques ;
- attendue, comme les autres acteurs de santé, pour la réponse aux besoins en santé pour la période, qui sera impactée par la fréquentation touristique. La spécificité de cet événement nous impose également d'anticiper toute situation sanitaire exceptionnelle (SSE) pouvant survenir pendant les Jeux.

Ce deuxième volet a nécessité la définition d'un dispositif de renfort, permettant d'ouvrir un niveau de capacité supérieur à celui d'un mois d'août normal. La phase de travail a commencé en janvier 2023 et s'achève en octobre avec la définition du plan de mobilisation des SAMU-SMUR. L'objectif du plan de mobilisation présenté ce soir, est de faire face aux besoins prévisionnels avec les effectifs nécessaires, sans pour autant mobiliser les professionnels de l'AP-HP au-delà de ce qui serait strictement utile.

Ces renforts concerneront une soixantaine de services sur les 800 de l'AP-HP, soit environ 336 lits et 730 professionnels supplémentaires pour une période de mobilisation qui s'étendra du 22 juillet au 11 août. La grande majorité des services et des professionnels ne seront donc pas impactés : les personnels poseront leurs semaines de congés comme tous les étés. Pour les personnels des services mobilisés, il sera fait en sorte qu'ils puissent en tout état de cause poser au moins deux semaines de congés consécutives sur la période du 1^{er} juillet au 31 août.

Afin que cette mobilisation puisse se faire autant que possible sur la base du volontariat, un dispositif d'accompagnement spécifique a été défini. Il s'adresse à tous les professionnels qui seront amenés à travailler au moins une semaine dans les services mobilisés, dans la période du 22 juillet au 11 août, et qui seraient de ce fait amenés à ne pas pouvoir poser 3 semaines de congés consécutives dans la période du 1^{er} juillet au 31 août. Ce dispositif prévoit deux mesures :

- La semaine non posée n'est pas perdue : elle peut être reportée dans l'année, ou déposée sur le compte épargne-temps (CET) (déplafonné exceptionnellement en 2024 pour tous les agents dont le CET serait déjà plein) ;
- Versement d'une prime exceptionnelle JO, dont les montants bruts pour la semaine non posée sont de 2 500 euros pour les médecins, 1 200 € pour les agents de catégorie A, 1000 € pour les catégories B et 800 € pour les catégories C.

En cas de situation sanitaire exceptionnelle, le niveau de mobilisation défini permet de tenir les premières heures de la crise. En cas de besoin, les agents seront rappelés dans leurs congés et indemnisés. Ils seront également défrayés de leurs éventuels frais de transport pour revenir de leur lieu de vacances.

La détermination des plannings pour les services mobilisés en vue des JO doit être réalisée pour fin novembre, tandis que les services non mobilisés pour les JO disposeront de leurs plannings à la fin décembre 2023.

Enfin, il est rappelé l'importance toute particulière cette année, de la concordance des calendriers de constitution des plannings des personnels médicaux et non médicaux pour l'été 2024.

Le D^r Christophe TRIVALLE considère que la communication autour du dispositif devra être déployée très rapidement auprès des agents. En effet à titre d'exemple, s'il est vraisemblable que son service de gériatrie de l'hôpital Paul-Brousse ne sera pas mobilisé, il serait appréciable d'en avoir la confirmation très rapidement pour lever les inquiétudes des agents, relayés en cela par les syndicats, quant à leurs congés de l'été 2024.

Le D^r Patrick PELLOUX communique quelques informations de terrain. Le CIO semble être une institution « hors-sol » et en tout état de cause, disposant de ses lois propres. À l'occasion de tests effectués au cours de l'été 2023 en plein Paris pour une épreuve de triathlon, seuls étaient admis des services médicaux privatisés pour les besoins de l'évènement. Or la compétence de ces entreprises et de leurs médecins n'est pas connue. De plus, l'accès des secours à l'intérieur des sites ne sera permis qu'aux personnes accréditées, y compris pompiers, police, médecins et urgentistes. C'est donc un véritable sujet de préoccupation en cas d'évènement dramatique (attentat ou accident dans les tribunes) survenant devant les caméras du monde entier. Face aux critiques qui lui sont faites, le CIO invoque le droit international, ce qui paraît incompréhensible du point de vue de l'organisation des secours en territoire français.

Le directeur général assure, pour répondre aux inquiétudes sur la communication, que le dispositif sera présenté sans tarder aux personnels. Un temps suffisant a en effet dû être pris pour mettre en place les aspects indemnitaires et la continuité d'activité dans les établissements de l'AP-HP ainsi que dans les établissements hors AP-HP. Concernant la prise en charge sur les sites olympiques, le comité d'organisation des Jeux olympiques (COJO) a bien conscience des difficultés qui lui ont été signalées mais considère que tous les besoins ne pourront être couverts avec les seuls médecins volontaires, d'où le recours à des sociétés privées. En revanche quand le personnel d'organisation appellera le SAMU en cas d'arrêt cardiaque dans le stade, il est bien évident que les personnels du SAMU verront leur accès ouvert sans accréditation spécifique. Le vrai sujet est celui du commandement sur le site en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Il convient donc de trancher ce point juridique rapidement, sachant que les autorités nationales sont au premier chef impliquées.

Le président ajoute qu'une possibilité de plan blanc existe.

Le D^r Éric LE BIHAN se demande si la doctrine ne va pas évoluer au vu des évènements actuels. Par ailleurs sur l'activité du mois de septembre, des répercussions se produiront nécessairement.

Le directeur général indique que dès demain, la communication aux services concernés aura lieu afin que les congés puissent être posés d'ici novembre. Le dispositif a été calibré pour des JO se passant normalement. Si un accident ou une situation sanitaire exceptionnelle se produit, la seule manière d'y répondre sera de faire revenir les personnels de leurs congés. La capacité à fonctionner en septembre et octobre dépendra aussi de la prise de la troisième semaine de congés. C'est pourquoi la possibilité de déplafonner les CET a été ouverte.

En l'absence de question diverses, la séance plénière est levée à 20 heures 05.