

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 9 JUILLET 2024**

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 10 SEPTEMBRE 2024

## Sommaire

### I. Séance plénière

1.	Informations du président	6
2.	Approbation des comptes rendus des CME des 14 mai et 11 juin 2024	8
3.	Désignation de deux praticiens dans les commissions locales d'activité libérale (CLAL) des GHU	8
4.	Avis sur deux protocoles de coopération (P <sup>r</sup> Agnès HARTEMANN)	8
5.	Avis sur une convention hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU Paris-Saclay) et les Quinze- Vingts (P <sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU, M. Christophe KASSEL)	9
6.	Bilan des événements indésirables graves (ÉIG), logiciel <i>Osiris 2</i> (M <sup>me</sup> Paule KUJAS, D <sup>r</sup> David OSMAN)	14
7.	Bilan sinistralité 2023 (M <sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE, P <sup>r</sup> Gérard CHÉRON)	22
8.	« <i>Cohort 360</i> » (M <sup>me</sup> Caroline GERMAIN)	31
9.	Questions diverses	3

## CME du mardi 9 juillet 2024

**15h00 – 18h00**

### Ordre du jour

#### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation des comptes rendus des CME des 14 mai et 11 juin 2024
3. Avis sur deux protocoles de coopération (P<sup>r</sup> Agnès HARTEMANN) :
  - Réalisation par l'aide-soignant et/ou l'auxiliaire de puériculture, d'électrocardiogramme (ECG) pour des patients majeurs et mineurs conscients en lieu et place des infirmiers ou infirmière, et/ou infirmier puériculteur ou infirmière puéricultrice, et/ou infirmier ou infirmières en pratique avancée (modification d'un protocole initial)
  - Consultation infirmière sommeil pour le suivi thérapeutique des patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil obstructif (SAOS) sévère
4. Désignation de deux praticiens dans chaque commission locale d'activité libérale (CLAL) des GHU
5. Avis sur une convention hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU Paris-Saclay) et les Quinze-Vingts (P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU, M. Christophe KASSEL)
6. Bilan des événements indésirables graves (ÉIG), logiciel *Osiris 2* (M<sup>me</sup> Paule KUJAS, D<sup>r</sup> David OSMAN)
7. Bilan sinistralité 2023 (M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE, P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON)
8. « Cohorte 360 » (M<sup>me</sup> Caroline GERMAIN)
9. Questions diverses

#### SÉANCE RESTREINTE

##### Composition C (titulaires HU & H)

- Avis sur des demandes de sanctions disciplinaires à l'encontre de praticiens hospitaliers pour accès illégitime à un dossier de patient

**- Assistent à la séance :**

• ***Avec voix délibérative :***

P <sup>r</sup>	Philippe	ANRACT	P <sup>r</sup>	Nathalie	KUBIS
P <sup>r</sup>	Béatrix	BARRY	P <sup>r</sup>	Éric	LE GUERN
P <sup>r</sup>	Anne-Sophie	BATS	M.	Jacques	LÉGLISE
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Rachel	LEVY
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	M <sup>me</sup>	Marine	LOTY
P <sup>r</sup>	Pierre-Yves	BRILLET	M.	Nicolas-Marc	MALAUSSÉ
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	D <sup>r</sup>	Fabienne	MARTEAU
D <sup>r</sup>	Marina	CHARBIT	M <sup>me</sup>	Margot	MARTINEZ
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	P <sup>r</sup>	Emmanuel	MARTINOD
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	D <sup>r</sup>	Olivier	MILLERON
P <sup>r</sup>	Loïc	DE PONTUAL	M <sup>me</sup>	Déborah	MONTMEAT
P <sup>r</sup>	Nicolas	DE ROUX	D <sup>r</sup>	Vianney	MOURMAN
P <sup>r</sup>	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D <sup>r</sup>	David	OSMAN
M <sup>me</sup>	Agathe	DELORME	P <sup>r</sup>	Yann	PARC
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	P <sup>r</sup>	Antoine	PELISSOLO
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
D <sup>r</sup>	Vincent	FROCHOT	P <sup>r</sup>	Nathalie	RICOMES
P <sup>r</sup>	Vincent	GAJDOS	D <sup>r</sup>	Claire	POYART
P <sup>r</sup>	Estelle	GANDJBAKHCH	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU	D <sup>r</sup>	Cécile	ROTENBERG
P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
D <sup>r</sup>	Sylvie	HAULON	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
P <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU	P <sup>r</sup>	Nathalie	SIAUVE
D <sup>r</sup>	Patrick	HINDLET	D <sup>r</sup>	Farid	SLIMANI
M <sup>me</sup>	Fabienne	HUARD	P <sup>r</sup>	Virginie	SIGURET-DEPASSE
P <sup>r</sup>	Nicolas	JAVAUD	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
P <sup>r</sup>	Jean-Marie	JOUANNIC	P <sup>r</sup>	Jean-Marc	TRÉLUYER
D <sup>r</sup>	Juliette	KAVAFYAN-LASSERRE	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
P <sup>r</sup>	Hawa	KEITA-MEYER	P <sup>r</sup>	Marianne	ZIOL

• ***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-technique (CSIRMT)

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

- P<sup>r</sup> Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- 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>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ, directrice générale adjointe
- M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE, directrice des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP)
- MM. Emmanuel RAISON et Kevin MARCOMBE, direction des affaires médicales (DAM)

- D<sup>r</sup> Yen-Lân NGUYEN, direction « Qualité, partenariat, patients »
- M<sup>me</sup> Caroline GERMAIN, directrice du pôle *Innovation & données* à la direction des services numériques (DSN), et M. Stéphane BRÉANT, directeur de projets, DSN
- M<sup>mes</sup> Éva BATTAGLIA et Maria-Béatrice FONTANIMI, DAJDP
- **Invités :**
  - P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU (ophtalmologie, Bicêtre) et M. Christophe KASSEL, directeur du GHU Paris-Saclay
  - P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON, coordonnateur de la cellule des médecins conseils de la DAJDP
- **Secrétariat de la CME :**
  - M<sup>mes</sup> Émilie BAYARD et Sylvie LE GUILLOU (DAM)
- **Membres excusés :**
  - M<sup>me</sup>, M., P<sup>rs</sup> et D<sup>rs</sup> Jean-Louis BEAUDEUX, Julien FONSART, Ariel FRAJERMAN, Agnès HARTEMANN, Sandrine HOUZÉ, Karine LACOMBE, Éric LE BIHAN, Juliette PAVIE, Nathalie RICOME, Jennifer SOBOTKA,

*La séance s'ouvre à 15 heures 00 sous la présidence du Pr Rémi SALOMON.*

## **I. Séance plénière**

### **1. Informations du président**

**Le président** annonce que M<sup>me</sup> Margot MARTINEZ, représentante des internes de médecine générale, démissionne de ses fonctions de présidente du syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale (SRP-IMG).

**M<sup>me</sup> Margot MARTINEZ** confirme avoir démissionné la veille de la présidence du SRP-IMG. Elle souhaite partir la tête haute avec ses convictions et son intégrité pour représenter les droits des internes. Elle préfère partir ainsi plutôt que d'être censurée et ne plus pouvoir défendre les internes. Cette mission lui tenait à cœur et le plus important est que les internes demeurent au centre des débats pour leur intérêt et leurs droits. Ce fut un plaisir, certes de courte durée, de travailler avec la commission médicale d'établissement. Il s'agira probablement de sa dernière CME. En conclusion, M<sup>me</sup> Margot MARTINEZ souhaite le meilleur à chacun.

**Le président** regrette son départ car il appréciait de travailler avec M<sup>me</sup> Margot MARTINEZ. Il regrette aussi cette démission pour la CME et pour l'ensemble des internes qui étaient très bien représentés par M<sup>me</sup> Margot MARTINEZ.

**Le Pr Vincent GAJDOS** indique qu'au nom du comité de l'internat, il souhaite souligner que le travail réalisé par M<sup>me</sup> Margot MARTINEZ a été considérable. Elle a souvent été très seule dans sa spécialité et elle a toujours mené de front les différents dossiers. Si des points de désaccord existaient, le débat a toujours fait émerger des solutions et de meilleures compréhensions. Il remercie ainsi M<sup>me</sup> Margot MARTINEZ pour son travail effectué pour les internes et pour l'institution.

### *Séances restreintes*

**Le président** informe la CME qu'une séance restreinte avec les personnels hospitaliers universitaires (HU) titulaires a eu lieu le 3 juillet pour examiner les demandes de consultanat. Il précise que deux avis défavorables et quatre avis favorables ont été exprimés. Il fait remarquer que le nombre de demandes de consultanat tend à se réduire et que cela s'explique notamment par les possibilités de prolongements de carrière qui existent depuis quelques années.

**Le président** informe que le deuxième objet de cette séance restreinte concernait les nominations aux emplois de professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH) et de maître de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) au titre de l'année 2024 parus au *Journal officiel* le 18 juin. La CME a suivi les avis favorables émis localement sur l'ensemble des dossiers. Au total, on compte :

- 68 postes de PU-PH (73 en 2023), dont 7 dans des établissements conventionnés avec l'AP-HP. Il y a 26 femmes pour 42 hommes.
- 69 postes de MCU-PH (14 en 2023), dont 7 conventionnés. Il y a 31 femmes pour 38 hommes.

**Le président** complète son propos en indiquant que la séance plénière sera suivie d'une séance restreinte aux HU et praticiens hospitaliers (PH) titulaires (composition C) qui soit se prononcer sur les demandes d'avis et observations sur des sanctions envisagées par le Centre national de gestion (CNG) concernant l'accès illégitime à un dossier patient par six PH. Pour des raisons de

confidentialité, la séance restreinte aura lieu uniquement avec les membres de la CME présents en salle.

#### *Mise à jour du règlement intérieur de l'AP-HP*

**Le président** informe la CME que le règlement intérieur de l'AP-HP est en cours d'actualisation notamment en ce qui concerne l'annexe 17 qui porte sur les principes essentiels de fonctionnement des structures médicales de l'AP-HP.

#### *Directoires des 18 juin et 2 juillet*

**Le président** informe la CME des principaux sujets discutés lors des deux dernières réunions du directoire. Outre le règlement intérieur qu'il vient d'évoquer, trois sujets mériteront d'être présentés à la CME à la rentrée :

- Le projet stratégique de l'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- La feuille de route « intelligence artificielle » ;
- Le contrôle du temps de travail médical : ce sujet fait suite à une alerte des commissaires aux comptes (CAC) sur un risque de réserve sur la certification des comptes de l'AP-HP en raison de l'insuffisance des validations des plannings par les chefs de service et de l'absence de formalisation et d'harmonisation concernant le recours au temps de travail additionnel (TTA). Ce sujet a été présenté au bureau de la CME du 25 juin.

**Le président** ajoute que le bureau du 25 juin a souhaité que le programme de formation continue du personnel médical soit présenté à la CME conformément aux textes en vigueur. Il a également arrêté la présentation à la CME de la charte éthique au bloc opératoire. Ces sujets devront être programmés pour les séances qui feront suite aux congés estivaux.

#### ***Informations du directeur général***

**Le directeur général** communique, comme à chaque réunion de la CME, les dernières évolutions sur les effectifs. Il indique que le nombre d'infirmiers et infirmières diplômé(e)s d'État (IDE) est en progression par rapport au mois de juin 2023, mais cette progression est en légère diminution par rapport aux mois précédents. En effet, le mois de juin se traduit par un solde négatif de – 70 IDE, contre – 95 en juin 2023. Ceci ne modifie pas le bilan des six premiers mois de l'année, avec un solde des entrées-sorties en très nette amélioration puisqu'il s'établit à – 74 IDE, contre – 371 en 2023 sur le premier semestre. Ce résultat est le fruit d'une dynamique d'entrées en légère amélioration et surtout d'un freinage net des départs à – 19 %, lequel constitue un indicateur significatif.

Au sujet des contrats d'allocation d'études (CAE) infirmiers, les chiffres ne sont pas définitifs et seront obtenus à la mi-juillet. Si l'on arrête le compteur au 30 juin 2024, 1 029 CAE ont été signés, soit un taux de + 22 % par rapport au 30 juin 2023. Un léger taux de perte concernera la diplomation, à l'image de 2023. La dynamique d'entrées en IDE sera donc probablement plus forte au cours de l'été, notamment par rapport à l'été 2023. Il convient par ailleurs de noter que le groupe hospitalo-universitaire (GHU) AP-HP. Sorbonne Université réalise un très bon score sur les signatures de CAE, avec une progression de + 28 %.

En ce qui concerne les autres métiers paramédicaux, la dynamique est moins positive :

- infirmières puéricultrices : le solde est de – 12, à l'image de l'an dernier. Le solde est toutefois toujours négatif au cours du premier semestre ;
- manipulateurs en électroradiologie : le solde est de – 45, contre – 54 l'année précédente ;
- préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) : le solde est de – 16, contre – 23 l'année précédente ;
- infirmiers et infirmières de bloc opératoire (IBODE) : il n'est pas possible de fournir un chiffre significatif. Le nombre de départs enregistrés est stable avec 20 départs au cours des six premiers mois. Mais il n'est pas possible de comparer les arrivées, car il s'agit de la première année lors de laquelle les sorties se réaliseront en juillet. Il sera donc possible de donner un élément de comparaison par rapport à l'année 2023 à la rentrée.

**Le directeur général** informe ensuite la CME que le décret qui interdit l'exercice en intérim pendant les deux premières années post-diplomation pour l'ensemble des professions paramédicales a été publié. Un équivalent pour les professions médicales est également prévu. Ses équipes feront en sorte de lui donner la plus forte publicité possible. Elles sont en train de définir avec les sociétés d'intérim la capacité à pouvoir vérifier la durée de diplôme afin de ne pas accueillir en mission d'intérim des professionnels concernés par cette interdiction.

Comme il ne sera plus possible de recruter en intérim les jeunes sortants d'école, les grilles de rémunération en intérim ont été légèrement réalignées avec des éléments en moins ou en plus. La grille est aujourd'hui calée à partir d'une ancienneté T0 (sortie de diplôme). Elle sera donc ajustée à un minimum de deux années d'ancienneté. Ce surcoût sera plus que compensé par le fait que nous n'intégrerons plus dans le calcul du salaire de référence des éléments de rémunération tels que la prime de service.

Dans le nouveau marché-cadre signé en début d'année avec les sociétés d'intérim, figure deux niveaux de rémunération (1 et 2). Ses équipes sont également en train d'essayer de faire cesser certaines pratiques des sociétés qui cherchent systématiquement à facturer en niveau 2, indépendamment de l'ancienneté réelle des professionnels. Le niveau 2 renvoie à un niveau d'expérience et à un besoin exprimé et validé par le GHU.

La direction générale a procédé à l'information et au « recadrage » des sociétés d'intérim qui structurent le paysage des différents GHU. Dans ce contexte, il se peut que certaines sociétés d'intérim durcissent le ton. Nous nous engageons dans un rapport de forces.

**Le directeur général** évoque ensuite les Jeux olympiques qui approchent. Un important travail a été coordonné avec le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM, ainsi que l'ensemble des directions et GHU et le directeur général les en remercie. La préparation a été importante et les éléments sont finalisés.

Il explique que les difficultés rencontrées par « Paris 2024 » pour trouver le nombre de médecins nécessaire certains jours sur certains sites olympiques a conduit à concevoir un dispositif pré-hospitalier mobile facilement projetable en cas de besoin.

Le dispositif proprement hospitalier est en ordre pour ce qui est du capacitaire attendu. C'est également le cas pour les autres établissements hors AP-HP, avec peut-être une alerte pour un établissement privé dans les Hauts-de-Seine. Mais pour le reste, tout le monde a fait l'effort nécessaire.



La polyclinique est par ailleurs en train d'ouvrir. Elle s'équipe et accueille ses premiers professionnels. Elle accueillera également ses premiers patients quelques jours avant la cérémonie d'ouverture, car les délégations commencent à arriver dans le village olympique. Pour les Jeux paralympiques, quelques médecins sont encore cherchés en cardiologie et en ophtalmologie notamment.

Par ailleurs, une importante préparation aux risques de cyberattaque a été menée. Nous savons que ce risque sera élevé. Un travail a été mené pour réduire nos vulnérabilités et relever notre niveau de protection. De nombreux exercices ont été menés dans les GHU. Dernièrement, un exercice a été effectué courant juin avec le Siège et deux hôpitaux (Lariboisière et Ambroise-Paré) sur la base d'un scénario extrême : une mise hors service de l'ensemble du système d'information. Cet exercice a permis de continuer à améliorer la gestion de ce type de crise.

En outre, les travaux conduits ont permis de poser les bases des plans de continuité et de reprise d'activité (PCRA) dans les différents services par grande spécialité. Les PCRA seront réalisés sous des formats adaptés, compte tenu de l'ampleur du travail nécessaire. Ils ne pouvaient en effet être menés partout avant les Jeux olympiques. Mais le travail a cependant bien progressé au cours des précédentes semaines.

Les directions de GHU et les directeurs médicaux de crise auront un point avec la cellule siège tous les jours à 12 heures 30, 7 jours sur 7, et ce, indépendamment des contacts tout au long de la journée.

Le directeur général finit par un dernier élément d'actualité concernant le projet de grand hôpital Nord. Un ultime rendez-vous avait lieu devant la Cour administrative d'appel, lequel devait clore la séquence contentieuse à l'issue de l'enquête publique et du rapport de la commission d'enquête. L'audience a eu lieu le 2 juillet. La décision devrait être rendue avant le 15 juillet. Le rapporteur public a pris acte de l'enquête publique et de l'avis favorable du rapport. Sa conclusion a été de considérer que le jugement rendu par le tribunal de Montreuil il y a un an devait être infirmé sur le fond et sur la forme. Enfin, la direction continue à travailler sur le site complémentaire qui permettra d'améliorer le gabarit capacitaire, notamment sur les sujets de soins médicaux de réadaptation (SMR). Il s'agit d'un élément important pour parachever le projet et faire en sorte que l'hôpital médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), lequel est la cible principale, puisse fonctionner dans de bonnes conditions.

## **2. Approbation des comptes rendus des CME des 14 mai et 11 juin 2024**

*Le compte rendu de la CME du 14 mai 2024 est approuvé à l'unanimité des membres présents.*

*L'approbation du compte rendu de la CME du 11 juin 2024 est reportée.*

## **3. Désignation de deux praticiens dans les commissions locales d'activité libérale (CLAL) des GHU**

**Le président** rappelle que les mandats des praticiens siégeant à la commission centrale d'activité libérale, les P<sup>rs</sup> Philippe ANRACT et Yves CASTIER, et le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN ont été renouvelés lors de la CME du 9 avril. Il s'agit aujourd'hui de désigner des praticiens dans les CLAL de chaque GHU, à savoir : un praticien sans activité libérale exerçant dans le GHU concerné et un praticien exerçant une activité libérale hors du GHU concerné. L'ensemble des noms des praticiens censés siéger dans les commissions locales d'activité libérale n'est pas encore connu à ce jour, mais il propose à la CME d'approuver les noms déjà connus.

Un membre de la CME note que le P<sup>r</sup> Nicolas LELLOUCHE, proposé pour siéger comme praticien hors GHU à la CLAL du GHU AP-HP. Paris-Saclay, est chef de service intérimaire à Bicêtre.

**Le président** reporte donc cette désignation à la CME de septembre dans l'attente d'une vérification.

*La CME approuve à l'unanimité la désignation des praticiens suivants dans les CLAL :*

GHU	Praticien n'exerçant pas d'activité libérale dans le GHU	Praticien exerçant une activité libérale hors GHU
Paris-Saclay	P <sup>r</sup> Laurent TEILLET	(en attente)
Centre	P <sup>r</sup> Hawa KEITA-MEYER	P <sup>r</sup> Yves-Hervé CASTIER
Nord	P <sup>r</sup> Éric DE KERVILER	P <sup>r</sup> Pierre GUIGUI
Henri-Mondor	P <sup>r</sup> Bertrand GODEAU	D <sup>r</sup> Catherine NOWAK
Seine-Saint-Denis	D <sup>r</sup> Sabine BRÉCHIGNAC	(en attente)
Sorbonne Université	P <sup>r</sup> Francis BERENBAUM	D <sup>r</sup> Dana RADU

#### 4. Avis sur deux protocoles de coopération

- Réalisation par l'aide-soignant(e) et/ou l'auxiliaire de puériculture, d'électrocardiogramme (ECG) pour des patients majeurs et mineurs conscients en lieu et place des infirmiers ou infirmières, et/ou infirmier puériculteur ou infirmière puéricultrice, et/ou infirmier ou infirmière en pratique avancée (modification d'un protocole initial)
- Consultation infirmière sommeil pour le suivi thérapeutique des patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil obstructif sévère (SAOS)

**Le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY** indique que la CME doit exprimer son avis sur les deux protocoles de coopération, dont une modification d'un protocole de coopération passée lors de la précédente mandature. Elle précise que le P<sup>r</sup> Agnès HARTEMANN, qui n'a pas pu être présente ce jour, représente la CME au comité de pilotage qui examine les protocoles de coopération pour la CME. Ces protocoles de coopération ont été approuvés par le dernier comité de pilotage du 13 juin.

Le premier protocole qui permettait la délégation par les infirmiers et infirmières aux aides-soignants et aides-soignantes de la réalisation de l'électrocardiogramme aux urgences a déjà été approuvé par la CME. Il s'agit aujourd'hui d'étendre cette délégation par une délégation des infirmiers et infirmières de puériculture aux auxiliaires de puériculture. Il s'agit d'une modification mineure qui a reçu l'approbation du comité de pilotage.

Le second protocole concerne la consultation infirmière de sommeil pour le suivi thérapeutique des patients présentant un SAOS. Le D<sup>r</sup> Cécile ROTENBERG, porteuse du projet, apportera quelques précisions. Ce protocole a également été approuvé par le comité de pilotage.

**Le D<sup>r</sup> Cécile ROTENBERG** précise que ce protocole est porté par les équipes des explorations fonctionnelles de l'hôpital Jean-Verdier des hôpitaux universitaires de Paris – Seine-Saint-Denis (HUPSSD). Il s'agit de réaliser une consultation infirmière pour le suivi des SAOS. Certaines précautions s'appliquent :

- des patients essentiellement majeurs qui ne présentent pas de comorbidité vasculaire ni de syndrome d'obésité et de co-ventilation ;

- absence d'apnée centrale.

Les patients auront un retentissement clinique et bénéficieront systématiquement au préalable d'une consultation auprès d'un médecin qui pratique le sommeil, et ce, pour établir le diagnostic, poser l'indication de l'appareillage et de ses modalités. L'infirmier réalisera les consultations de suivi qui sont en pratique réalisées à un mois, trois mois, six mois et un an d'appareillage. Le suivi est en effet très protocolisé par la Haute Autorité de santé (HAS).

Le but est que l'infirmière puisse vérifier les paramètres de ventilation, notamment grâce à des critères d'alerte prédéfinis. Une trame de consultation est effectuée à chaque fois et un recours est possible en permanence auprès du délégant. Dix heures de formation théorique sont préconisées dans le protocole, ainsi que 90 heures de formation pratique (30 heures avec le médecin, 30 heures en binôme et 30 heures en autonomie) et un stage dans les autres centres agréés du sommeil.

*Le premier protocole de coopération est approuvé à l'unanimité.*

*Le deuxième protocole de coopération est approuvé à l'unanimité.*

## **5. Avis sur une convention hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU Paris-Saclay) et les Quinze-Vingts (P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU, M. Christophe KASSEL)**

**M. Christophe KASSEL** explique que le principe de collaboration constitue un souhait de l'équipe médicale d'ophtalmologie de Bicêtre. Elle a été validée par le président de la CME locale et le doyen de Paris-Saclay. Cette collaboration répondait globalement à deux demandes principales :

- une demande autour de l'attractivité médicale de l'ophtalmologie ;
- une demande autour du rayonnement scientifique de l'ophtalmologie.

Cette demande est intégrée à une expérience déjà en cours depuis quelques années à Ambroise-Paré, qui possède une convention avec les Quinze-Vingts qui s'est révélée gagnante. Le GHU espère que cette convention sera également gagnante à Bicêtre.

**Le P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU** indique que le projet concerne l'établissement d'un accord-cadre de coopération entre le service d'ophtalmologie du GHU de Paris-Saclay à l'hôpital-Bicêtre et l'hôpital national des Quinze-Vingts.

Les principales ambitions de cette collaboration consistent à :

- donner au service de l'ophtalmologie de Bicêtre un accès à un plateau technique équipé selon les standards les plus exigeants. L'hôpital national des Quinze-Vingts répond parfaitement à ce critère. Il dispose en effet de tous les équipements de pointe en ophtalmologie. De tels équipements permettent de prendre en charge les malades particulièrement compliqués et de donner accès à un service hospitalo-universitaire à des technologies très coûteuses et difficiles à envisager pour des services de taille moyenne comme celui de Bicêtre ;
- renforcer les capacités d'investigation de l'équipe hospitalo-universitaire. En l'occurrence, le service d'ophtalmologie de Bicêtre est spécialisé dans la prise en charge des pathologies de la surface oculaire. Dans ce contexte, il collabore depuis de nombreuses années avec l'une des équipes des Quinze-Vingts qui dispose d'un centre d'investigation clinique spécialisé, et un accès direct aux laboratoires des Quinze-Vingts et de l'institut de la Vision. La convention avec les Quinze-Vingts permettrait de sécuriser l'expertise et la renommée internationale de Bicêtre dans ce domaine ;

- renforcer l'attractivité de Bicêtre pour l'ensemble de l'équipe, notamment auprès des plus jeunes : de fait, avoir accès au plateau technique et avoir une porte d'entrée vers l'hôpital de la vision des Quinze-Vingts est très attractif pour les plus jeunes et les moins jeunes. De plus, un léger déficit d'attractivité dans le recrutement de docteurs juniors et vieux internes s'est fait ressentir au cours des dernières années à Bicêtre. Dans le cadre des premiers mois de la collaboration, des candidatures pour des postes de docteurs juniors ont d'ores et déjà été reçues, car ces personnes sont justement attirées par cet aspect bi-site et cette possibilité d'aller aux Quinze-Vingts ;
- favoriser l'émergence de projets communs avec des moyens mutualisés sur le plan clinique et universitaire : cette collaboration s'inspire du modèle gagnant-gagnant du service d'ophtalmologie de l'hôpital Ambroise-Paré, lequel a déjà fait ses preuves. L'établissement est associé à l'hôpital des Quinze-Vingts depuis deux décennies. Il a au cours de ces années observé une augmentation de son activité avec une attractivité qui s'est pérennisée.

En ce qui concerne les aspects universitaires et de recherche améliorés par cette potentielle collaboration, arriver aux Quinze-Vingts permet d'abord d'avoir accès au centre d'investigation clinique des Quinze-Vingts, une structure très efficace pour la recherche clinique en ophtalmologie, avec laquelle l'équipe de Bicêtre a déjà une longue expérience de collaboration.

Par ailleurs, l'Institut de la vision (IdV) est l'institut de recherche d'ophtalmologie par excellence à Paris, et serait tout à fait complémentaire de la structure de recherche où émergent actuellement les cliniciens chercheurs du service d'ophtalmologie de Bicêtre (Institut IDMIT [*Infectious diseases models for innovative therapies*]), Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives de Fontenay-aux-Roses). Si l'IDMIT n'est pas spécialisé en ophtalmologie, il présente l'avantage de disposer d'outils dont ne dispose pas l'IdV, notamment pour modéliser les maladies infectieuses, et en particulier sur primate non humain. L'IdV est très intéressé par l'accès à cette animalerie, tandis que Bicêtre est intéressé par la spécificité de recherche en ophtalmologie de l'IdV. Il s'agit donc d'un partenariat de recherche qui semble très complémentaire et prometteur.

De plus, l'intégration à l'hôpital des Quinze-Vingts permet d'être adossé automatiquement à l'institut hospitalo-universitaire (IHU) FORESIGHT et à la fondation *Voir & Entendre*. Ces établissements permettent une visibilité unique, et un accès facilité à des appels d'offres de recherche, souvent moins compétitifs que les appels d'offres génériques, non réservés à l'ophtalmologie.

Il est à noter que les publications seront attribuées au GHU Paris-Saclay et à l'hôpital national des Quinze-Vingts en particulier en ce qui concerne les points du système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS).

D'un point de vue hospitalier, cette collaboration n'entraînera pas d'un départ des patients de Bicêtre, et n'entraînera pas une diminution de l'activité de Bicêtre. Les patients ambulatoires continueront d'être pris en charge à Bicêtre dans l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) dont l'activité sera pérennisée et même augmentée grâce à une augmentation des vacations d'ophtalmologie. En effet, l'ophtalmologie prévoit de rendre ses vacations au bloc commun ainsi que ses lits d'hospitalisation de semaine, et par un système d'échange avec les autres spécialités, de récupérer des vacations à l'UCA.

Seuls les patients qui étaient hospitalisés pour de la chirurgie à Bicêtre seront transférés aux Quinze-Vingts. Cela représente au maximum quelques dizaines de patients par an environ. Les patients hospitalisés pour des raisons médicales telles que des pathologies inflammatoires ou infectieuses

pour lesquelles Bicêtre possède une grande expertise continueront à être hospitalisés dans les services de Bicêtre partenaires de l'ophtalmologie. Ainsi, cet accord n'entraînera pas de perte d'activité pour le service d'ophtalmologie de Bicêtre.

D'un point de vue organisationnel, les P<sup>rs</sup> Marc LABETOULLE et Antoine ROUSSEAU sont impliqués dans la collaboration. Leur affectation universitaire restera à Paris-Saclay où ils continueront à enseigner et à être rattachés pour les activités de recherche. L'affectation hospitalière sera, quant à elle, double avec l'hôpital Bicêtre et l'hôpital national des Quinze-Vingts. La chefferie de service de l'hôpital Bicêtre continuera d'être assurée par le P<sup>r</sup> Marc LABETOULLE. Ce fonctionnement est à l'image de celui de l'hôpital Ambroise-Paré où le P<sup>r</sup> Antoine LABBÉ est chef du service d'ophtalmologie. En outre, l'activité clinique est partagée entre le site d'ophtalmologie de Bicêtre et l'ophtalmologie à l'hôpital des Quinze-Vingts.

En résumé, ce partenariat permet :

- une attractivité médicale renforcée pour le service de Bicêtre ;
- l'accès à un plateau technique facilité pour l'ensemble de l'équipe d'ophtalmologie ;
- un plateau technique qui correspond aux standards de recherche et qui permet de prendre en charge au mieux les patients notamment avec des pathologies complexes ;
- demeurer une équipe de pointe sur le plan hospitalo-universitaire partenariat avec des partenariats et l'accès à des projets de recherche démultiplié.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** estime que la présentation est très claire. La collaboration avec Ambroise-Paré se révèle fructueuse, car l'activité se maintient. L'important est que l'activité de Bicêtre soit également maintenue. Cette activité doit également être accompagnée par la direction de Bicêtre et il est certain que M. Christophe KASSEL y est sensible. De plus, les conditions aux Quinze-Vingts seront particulièrement favorables. Il est en effet toujours important de garder dans des bassins de populations telles que Ambroise-Paré ou de Bicêtre des services qui sont de qualité avec les moyens adéquats pour fonctionner.

**Le président** indique que le P<sup>r</sup> Xavier MARIETTE, qui n'a pas pu être présent ce jour, lui a confirmé l'importance pour la communauté de Bicêtre de conserver l'ophtalmologie. Par ailleurs, la question d'une éventuelle solution interne à l'AP-HP a été posée. Une solution a, semble-t-il, été envisagée, mais elle a été écartée pour différentes raisons. Ce partenariat avec les Quinze-Vingts a donc été proposé et a été validé par la direction de Bicêtre et des Quinze-Vingts. Le P<sup>r</sup> Xavier MARIETTE a insisté auprès de lui sur le fait que l'activité clinique et scientifique devait être bien fléchée pour que chacun s'y retrouve.

**Le P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU** note une complémentarité à tous les égards entre les deux hôpitaux. L'hôpital Bicêtre est un hôpital multidisciplinaire avec plusieurs centres de référence de maladies rares affectant l'œil. Dans ce contexte, de nombreuses collaborations ont été développées notamment avec le service du P<sup>r</sup> Xavier MARIETTE ou le service de neurologie du P<sup>r</sup> David ADAMS. Ce recrutement et les spécificités propres à Bicêtre ne se retrouvent pas aux Quinze-Vingts. Ce dernier concentre une expertise en technologie chirurgicale absolument inédite, mais l'établissement ne bénéficie pas du même type de recrutement. S'ajoutent des moyens d'exploration aux Quinze-Vingts et à l'IdV qui ne se retrouvent pas à Bicêtre. Ainsi, cette complémentarité incite à pérenniser l'activité et le dynamisme du service de Bicêtre.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** comprend ses collègues de Bicêtre qui souhaitent se rendre dans une structure qui fonctionne. Cependant, il ne s'agit pas d'un signe positif car l'ophtalmologie est devenue une

activité très extérieure à l'AP-HP avec les Quinze-Vingts ou la Fondation Rothschild. Cette spécialité présente d'ailleurs un important avantage économique. Il est en effet possible d'opérer sans anesthésie et le patient est presque toujours pris en charge en ambulatoire. À long terme, il est difficile de résister à ces deux structures. Il sera donc nécessaire de dessiner des centres au sein de l'AP-HP qui puissent les concurrencer. En effet, une fuite progressive de tous les services d'ophtalmologie en dehors de l'AP-HP est à relever pour l'instant.

**Le président** précise que c'est la raison pour laquelle il a interrogé les principaux intéressés et qu'il partage cette préoccupation.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** indique qu'à sa connaissance, le service d'ophtalmologie s'est récemment trouvé en difficulté. L'activité a été réduite avec la surveillance ophtalmologique de certains médicaments qui présentent une toxicité oculaire. Il souhaite savoir si ce type d'activité réduite du fait de la collaboration sera reprise.

**Le P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU** explique que ces activités n'ont pas été réduites en raison de la collaboration, mais à un problème aigu de ressources humaines en secrétaires et orthoptistes. Ces activités seront très probablement reprises grâce au recrutement d'orthoptistes et de secrétaires, facilité par l'aide de la direction de Bicêtre sur ce dossier. Cette situation est totalement déconnectée de la collaboration avec les Quinze-Vingts.

**Le P<sup>r</sup> Vincent GAJDOS** estime que ce modèle permet de garder les services d'ophtalmologie de haut niveau à l'AP-HP. La collaboration fonctionne depuis plusieurs mois. Les P<sup>rs</sup> Marc LABETOULLE et Antoine ROUSSEAU ont des racines profondément implantées dans le GHU. Ces derniers croient en l'offre du service public et remplissent parfaitement leurs missions à Bicêtre. Ce type de collaboration permet de créer des dispositifs extraordinaires. De plus, l'existence d'un dispositif similaire conduit par le P<sup>r</sup> Antoine LABBÉ à Ambroise-Paré qui fonctionne parfaitement et depuis plusieurs années est très rassurant. Le GHU et les patients du GHU ont gagné de cette collaboration.

**M. Christophe KASSEL** estime qu'au regard de la croissance d'activité connue à Ambroise-Paré en ophtalmologie, il serait souhaitable d'observer la même croissance sur l'ensemble des activités du GHU. Cette collaboration a constitué, non pas un repli, mais au contraire, un renforcement des équipes médicales et de la présence de l'ophtalmologie à Ambroise-Paré. La réflexion avec le service de Bicêtre, lequel a effectivement connu des difficultés en secrétaires médicales et en orthoptistes récemment, correspond également à une réflexion territoriale. Par exemple, des discussions s'ouvriront avec Antoine-Béclère, hôpital en difficulté par rapport à l'ophtalmologie. Il existe donc une véritable volonté de maintenir, de développer l'activité et de réinvestir dans des territoires où les équipes étaient probablement moins présentes. De fait, elles ne pouvaient être présentes partout et le niveau d'équipement ne permettait pas d'être présent sur chaque territoire.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui Quoc** confirme que les services petits et moyens d'ophtalmologie de l'AP-HP ont besoin de s'adosser à des structures plus grandes qui possèdent des moyens techniques que l'AP-HP ne peut pas toujours offrir. Pour les docteurs comme pour les orthoptistes, il en résulte un déficit d'attractivité parfois critique. Les orthoptistes se retrouvent en difficulté de concurrence des avis du secteur privé ou des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC). Par ailleurs, il demande une activité de consultation aura également lieu aux Quinze-Vingts. En matière de remboursement et de prise en compte de l'activité, il s'enquiert des modalités de la convention par rapport à ce temps médical passé par les docteurs de l'AP-HP aux Quinze-Vingts.

**Le P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU** répond que la partie hospitalière du salaire est versée par les Quinze-Vingts, tandis que la partie universitaire est versée par Paris-Saclay. Les docteurs de Bicêtre sont mis à disposition par l'AP-HP aux Quinze-Vingts, mais ils sont payés sur le plan hospitalier par les Quinze-Vingts.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui Quoc** s'enquiert de la répartition du temps médical.

**Le P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU** précise que le temps clinique pour les P<sup>rs</sup> Antoine ROUSSEAU et Marc LABETOUILLE est théoriquement de 60 % aux Quinze-Vingts et 40 % à Bicêtre. Mais en pratique, il se répartit plutôt à parts égales entre les deux structures.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui Quoc** demande si la moitié des consultations se produira à Bicêtre et une autre moitié aux Quinze-Vingts.

**Le P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU** le confirme, de même que l'activité chirurgicale, qui aura lieu dans les deux sites.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui Quoc** souhaite savoir si la chirurgie sera essentiellement ambulatoire à Bicêtre et si seuls les patients hospitalisés seront opérés aux Quinze-Vingts.

**Le P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU** répond par la négative. Les patients recrutés en consultation aux Quinze-Vingts sont opérés aux Quinze-Vingts. Les patients recrutés en consultation à Bicêtre, sont opérés à Bicêtre, sauf nécessité d'accès à un plateau technique pour une pathologie particulière. Le transfert des patients qui nécessitent une hospitalisation concerne des patients qui auparavant étaient hospitalisés à Bicêtre et étaient opérés au bloc commun. Par exemple, un patient en isolement total qui a besoin d'être hospitalisé pour une chirurgie de cataracte ne passera plus dans le circuit ambulatoire de Bicêtre, mais il sera hospitalisé et opéré aux Quinze-Vingts. L'effectif de patients est limité à quelques dizaines de patients par an.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui Quoc** estime que le projet est très positif pour les patients. Sur le plan financier, il est certain que l'activité de recrutement et de consultation aux Quinze-Vingts risque d'entraîner une activité chirurgicale un peu moindre à l'AP-HP. Mais cette remarque ne signifie pas que le projet n'est pas important pour les patients et la survie des structures petites et moyennes à l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Estelle GANDJBAKHCH** indique que la cardiologie observe également une importante concurrence du secteur privé. Le fait de rassembler les services de l'AP-HP au sein de plus grandes structures leur donne plus de poids. Il s'agit de savoir si une réflexion est initiée au sein des services d'ophtalmologie de l'AP-HP pour aller dans ce sens.

**Le P<sup>r</sup> Antoine ROUSSEAU** souligne que les Quinze-Vingts sont un hôpital public national et non un ESPIC ou un hôpital privé. Le projet ne concerne donc pas un partenariat avec le privé. Le regroupement des services au sein de super-structures pour l'AP-HP constitue un autre sujet.

**Le directeur général** précise qu'il ne s'agit pas de faire ici l'autopsie des relations parfois difficiles entre les pôles d'ophtalmologie au sein de l'AP-HP. La situation n'a pas été simple au cours des dernières années et n'a pas favorisé des coopérations que l'on aurait pu attendre. Il en prend acte même s'il n'y a pas lieu de s'en satisfaire. Il rappelle par ailleurs que les Quinze-Vingts sont un hôpital public, porteur d'un institut hospitalo-universitaire (IHU), élément d'attractivité important. Le directeur général accompagne donc cette proposition de coopération. Il faudra évidemment observer quel sera l'impact sur l'évolution de l'activité clinique de Bicêtre et son évolution dans les prochaines années. Il sera en effet nécessaire de vérifier qu'une dynamique positive partagée a bien

été créée. C'est dans cet esprit que cette coopération s'engage. Au-delà de la qualité des parcours patients, le but n'est pas d'affaiblir Bicêtre.

*La CME exprime à l'unanimité des voix exprimées et 4 abstentions un avis favorable unanime sur la convention hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU Paris-Saclay) et les Quinze-Vingts.*

## **6. Bilan des événements indésirables graves (ÉIG), logiciel *Osiris 2* (D<sup>r</sup> David OSMAN)**

Le D<sup>r</sup> David OSMAN précise que le bilan a été préparé avec le service « risques et vigilances » de la direction *Qualité, partenariat, patient*. Il remercie en conséquence M<sup>me</sup> Paule KUJAS, le D<sup>r</sup> Yê-Lan NGUYEN et le travail des coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et des directions qualité des différents établissements de l'AP-HP

Le bilan 2023 des événements indésirables graves (ÉIG) a été établi sur la base des déclarations faites à l'agence régionale de santé (ARS). Il ne faut donc pas y chercher d'informations épidémiologiques, mais seulement des signaux, lesquels constituent autant d'opportunités de travail. Ce bilan permet aussi de voir comment les équipes progressent dans cette démarche de déclaration et d'analyse, laquelle n'est pas forcément naturelle. C'est l'occasion de rappeler que cette démarche est relativement nouvelle. En effet, depuis les années 2000, déclarer les ÉIG est considéré comme un outil majeur pour sécuriser les soins. La publication du rapport *L'Erreur est humaine* en 1999 aux États-Unis a lancé le mouvement pour la sécurité des patients. Tous les systèmes de santé développés ont ainsi mis en place un outil commun de déclaration de signalement des ÉIG. Dès lors en France, un vaste cadre réglementaire s'est mis en place. Cette obligation de déclaration des ÉIG est inscrite dans la loi depuis 2002. Les décrets de 2016 décrivent les modalités pratiques. Mais au-delà de cet aspect réglementaire, il s'agit surtout d'une conviction qu'il nous faut mieux partager. Le but est de donner aux ÉIG la visibilité suffisante pour

- faire de la gestion des risques proprement dite : analyser et proposer des actions d'amélioration ;
- mieux informer les patients et leurs proches ;
- mieux accompagner les personnels et les équipes qui peuvent souvent être impactées émotionnellement et qu'on appelle les « secondes victimes ».

Ainsi, l'outil *Osiris* permet de déclarer tous les événements indésirables. Il est facilement accessible et est présent sur le portail de l'AP-HP. Il faut faire le lien avec les résultats du récent baromètre interne de l'AP-HP : de nombreux professionnels estiment ne pas être suffisamment accompagnés dans les situations stressantes et de nombreux professionnels considèrent également que les dysfonctionnements de service ne sont pas suffisamment analysés en équipe. Ce dispositif permet d'y travailler. À partir des déclarations *Osiris*, il est possible de mettre en place des réunions de sécurité régulières et d'en tirer profit en matière de sécurité et de fédération des équipes.

Parmi les événements indésirables signalés dans *Osiris*, on trouve les ÉIG. Dans ce cas, il existe une procédure peut-être un peu complexe de déclaration « externe » à l'ARS. Mais chacun peut être accompagné dans chaque établissement par les CGRAS et les directions de la qualité pour qualifier l'événement (s'assurer qu'il s'agit d'un ÉIG associé aux soins) et déclarer sans délai à l'ARS le « volet 1 » (le rapport des faits). Quand le volet 1 est déclaré, il faut alors se réunir en revue de mortalité et de morbidité (RMM) pour analyser et proposer des actions. Dans les trois mois, il faut transmettre à l'ARS le volet 2 qui concerne ces actions.

En 2023, la médiane de déclaration à l'ARS s'élève à 43 jours, alors que la déclaration doit être effectuée sans délai. Cette inertie est sans doute le fait de discussions encore trop longues avec les



services pour décider de déclarer. Néanmoins, l'ARS indique que les volets 1 de l'AP-HP sont de très bonne qualité, L'analyse des volets 1 révèle aussi que les patients et les proches sont très informés, avec un taux de 94 % et qu'un soutien des personnels est proposé dans 82% des cas. Ces résultats sont donc très satisfaisants.

Le volet 2 intervient dans un délai de 88 jours après la RMM, ce qui est correct. L'ARS indique que la qualité des volets 2 s'est améliorée, car de nombreuses causes sont mises en évidence et de nombreuses barrières de sécurité sont identifiées. Cependant, la qualité des volets reste « hétérogène ». Nous préconisons donc de recourir le plus possible aux CGRAS et aux directions de la qualité pour effectuer ces analyses.

Depuis 2014 (en dehors de la période COVID), la déclaration des ÉIG progresse. Cependant, ce constat n'est pas tout à fait satisfaisant. En 2023, 180 ÉIG ont été déclarés, ce qui signifie qu'un service sur cinq à l'AP-HP a déclaré un ÉIG. L'épidémiologie (3<sup>e</sup> enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins [ENÉIS 3]) mentionne un ÉIG tous les cinq jours dans les services de 30 lits. Ainsi, la sous-déclaration est manifeste. La dynamique n'est pas homogène d'un groupe hospitalier à l'autre sans que les causes en soient identifiées. Ce ne serait probablement pas le cas non plus si elle était rapportée à l'activité.

En 2023, les déclarations d'EIG ont porté avant tout sur le décès (45 %), moins sur « la mise en jeu du pronostic vital et encore moins sur « la survenue probable d'un déficit permanent ». De nombreux ÉIG sont liés à des procédures opératoires et anesthésiques et à l'organisation des soins. Ce point pourrait résulter des échanges que, nous menons depuis deux ans de manière régulière avec les collégiales.

Les déclarations en lien avec les médicaments sont insuffisantes, car les études épidémiologiques retrouvent toujours le médicament comme le premier poste d'iatrogénie. Nous souhaitons noter que peu de déclarations sont liées aux erreurs de diagnostic. Les déclarants sont peut-être plus attentifs aux démarches de soins qu'aux démarches diagnostiques. C'est regrettable, car il s'agit d'un levier pédagogique intéressant. De plus, aucune déclaration n'est liée au système d'information. Si ce dernier sécurise les prises en charge, il comporte cependant des fragilités. Il serait donc intéressant de davantage travailler sur ce type de déclaration.

De nouvelles thématiques émergent comme l'innovation thérapeutique (la chirurgie assistée par robot, par exemple). Nous vous incitons à mener ce type de déclarations car elles devraient permettre de découvrir des risques encore inconnus.

On trouve cette année des événements en lien avec la prise en charge de patients trachéotomisés. Il existe une perte d'expertise des soignants car ces patients sont de moins en moins pris en charge dans les services. Un travail pluridisciplinaire et impliquant notamment les ORL doit être lancé.

Il convient aussi de noter des déclarations liées à la surveillance de l'anesthésie hors bloc opératoire (radiologie, endoscopie) et des déclarations faites par des établissements en dehors de l'AP-HP mais nous concernant et en lien avec l'accès aux services d'urgences ou aux *trauma centers*. Enfin, on peut citer les événements sont liés à des plaintes ou à des réclamations :

- oubli de textile ;
- erreur de diagnostic ;
- erreur médicamenteuse ;
- chutes avec complications graves ;
- agressions physiques et sexuelles entre patients.

À la suite de ces bilans, en 2023, un important travail a porté sur l'erreur médicamenteuse au bloc opératoire. Les visites de risques sur les médicaments en bloc opératoire ont déjà été présentées à la CME. En 2023 aussi, des actions de prévention ont portées sur les oublis de textile au bloc opératoire et l'embolie gazeuse à l'ablation de cathéter. De nombreux outils ont été dans ces cadres proposés.

En 2024, les sujets en cours concernent :

- le risque allergique : déploiement du bracelet rouge ;
- le risque de chute : nécessité pour l'institution de reprendre des outils d'information ;
- le risque médicamenteux : le département vigilance et risque du Siège peut proposer des visites de risque dans tous types de service ;
- le risque de textilome : des formations en équipe peuvent être proposées ;
- la sécurisation de la sortie ;
- le risque suicidaire ;
- l'erreur de diagnostic ;
- la gestion du patient trachéotomisé.

La déclaration à l'ARS permet de capitaliser à l'AP-HP. Mais sur le plan national, des actions de sécurisation sont également produites.

Plus de 400 ÉIG ont été remontées par l'ARS Île-de-France à la Haute Autorité de santé (HAS) en 2022. L'Île-de-France n'est la première région déclarante. Ces déclarations permettent à la HAS de produire de nombreux documents. Chaque année, un retour d'expérience national est réalisé avec des focus. Dernièrement, des focus ont été établis sur les soins critiques, les déclarations en ville, les infections associées aux soins ou l'anticoagulation. La HAS reprend régulièrement aussi tous les événements dans une thématique donnée comme les événements qui surviennent au service d'accueil des urgences (SAU). De manière régulière, la HAS produit des « flashs sécurité » à partir des événements déclarés où elle fournit des préconisations et des recommandations.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** aborde ensuite le sujet *Osiris*, qui se transforme et devient *Osiris 2*. C'est ainsi l'occasion de relancer la dynamique de déclaration et de faire la pédagogie nécessaire pour se départir d'un frein majeur à la déclaration : avoir l'impression de contribuer à un acte de délation. Il faut redire qu'*Osiris* est un outil de déclaration des événements indésirables associés aux soins et pas seulement un outil de déclaration des « irritants du quotidien ».

Le nouvel *Osiris* permet toujours la déclaration des événements associés aux soins, mais aussi, maintenant, des risques professionnels. Il permettra aux professionnels de suivre leur déclaration. En effet, savoir que la déclaration a été prise en compte est important pour les déclarants et contribue à ce qu'ils continuent à déclarer. L'outil donne aussi la possibilité à chaque service d'effectuer des extractions et d'organiser ainsi des réunions régulières autour de ces déclarations.

En conclusion, la déclaration des ÉIG augmente, mais cette augmentation est encore insuffisante. Cela témoigne des progrès à effectuer en matière de « culture de sécurité ». Les ÉIG sont presque toujours analysés en revue de mortalité et de morbidité (RMM), mais parfois de manière incomplète. Ainsi, il est encore possible d'être formé dans les services à ce sujet et d'être accompagnés par la direction qualité et les CGRAS. Des solutions plus souples que la RMM existent comme réunions de revue des *Osiris*.

**Le président** rappelle qu'une des principales missions de la CME est de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins. Il note que 57 % des professionnels ne se sentent pas suffisamment soutenus

face à la charge émotionnelle et 49 % considèrent que les ÉIG sont suffisamment analysés. Ainsi, une marge de progrès est nettement perceptible. Il est en effet important de connaître le suivi des déclarations. Il sollicite des précisions sur les réunions régulières de sécurité.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** explique que, d'après son expérience, ces réunions sont réalisées de manière mensuelle. Certains services essaient de les organiser de manière hebdomadaire. Ces réunions visent à effectuer une extraction des déclarations *Osiris* et d'en discuter. Des analyses peuvent être réalisées. Elles sont dans ce cas plus superficielles qu'en RMM. Mais le fait d'avoir échangé permet de partager la perception du risque autour de tel ou tel sujet. Des actions sont mises en place pour quelques sujets parfois. Mais parfois, il suffit de discuter pour permettre une prise de conscience des risques dans le service.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** demande si un rapprochement a eu lieu avec les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV). Par exemple, son équipe déclare systématiquement aux centres de pharmacovigilance de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP).

**Le D<sup>r</sup> David Osman** indique que cette difficulté est liée à l'absence de circuit unique. Le circuit de déclaration à l'ARS ne croise pas forcément le circuit de pharmacovigilance. Des rencontres avec des responsables des CRPV sont régulièrement organisés et ce sujet est souvent discuté. Les CRPV reçoivent des événements qui ne se retrouvent pas toujours dans le circuit *Osiris*. Un travail doit être mené avec les CRPV pour voir comment améliorer ce point sans augmenter la charge de travail des déclarants. En cas par exemple d'évènement grave transmis au CRPV, une alerte pour être donnée à la direction qualité de l'établissement s'il existe des éléments qui justifieraient une transmission à l'ARS. C'est d'autant plus intéressant qu'au-delà de l'analyse d'imputabilité effectuée par les CRPV, les CGRAS et les directions qualité regardent d'autres points comme l'organisation du service, l'information du patient et l'accompagnement des équipes.

**Le D<sup>r</sup> Yên-Lan NGUYEN** précise sur l'ensemble des six CRPV de l'AP-HP, environ 100 décès ont été déclarés l'année précédente par rapport à la pharmacovigilance. Un décalage est donc à relever. Parfois, les collaborateurs n'ont pas conscience que la gestion des risques a également trait à la prise en charge. Par ailleurs, ce double circuit est en effet contraignant, car la direction qualité et le médecin coordinateur de la gestion des risques ne sont pas associés à cette déclaration. Un des points d'entrée est de signaler sur *Osiris*. À l'échelle de l'AP-HP, 53 000 *Osiris* sont recensés chaque année. La majorité ne concerne pas les événements indésirables associés aux soins. Au regard de ces résultats, moins d'un *Osiris* est déclaré par professionnel de santé chaque année, ce qui est très peu.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** note que la pharmacovigilance est venue à la rencontre de son service il y a quinze ans car les professionnels n'effectuaient pas de déclarations. Elle a fait savoir que toutes les informations l'intéressaient, y compris les surdosages ou les intoxications médicamenteuses. En effet, cela fait partie des risques qu'elle souhaite analyser au niveau national. Cependant, les professionnels n'effectueront pas de double déclaration. Il faudrait se mettre d'accord sur ce sujet avec une éventuelle prise en charge de la pharmacovigilance par *Osiris 2*. Il est d'ailleurs important de s'intéresser à la pharmacovigilance, car c'est ainsi qu'il est possible de détecter des effets indésirables de médicaments jusqu'alors méconnus.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** en convient. De nombreux événements sont soumis à deux, trois, voire quatre circuits de déclaration. Les professionnels mentionnent ces difficultés. Des échanges ont lieu avec l'ARS à ce sujet, mais elle ne propose pas de solution particulière. De fait, chaque circuit de

signalement possède des objectifs différents. Un tronc commun n'a pas été trouvé. Il faut cependant avoir aussi à l'esprit que les déclarations ne seront jamais exhaustives.

Il est par ailleurs également difficile de bien définir les critères qui justifient une déclaration ou non. Les CRPV incitent à déclarer le plus possible, tout en reconnaissant qu'au-delà d'un certain nombre le traitement des déclarations est difficile. Néanmoins, il faut avoir à l'esprit que les déclarations en lien avec les vigilances suggèrent parfois des sujets d'organisation de service. Par exemple, aucune déclaration à l'ARS n'était habituellement effectuée sur les sujets nosocomiaux, car l'ARS était de toute façon informé et avait considéré que ce n'était pas utile. Mais récemment, quelques événements ont mis en exergue des sujets importants d'organisation à l'AP-HP. Il a été demandé à ces occasions de déclarer à l'ARS pour aller plus loin en matière d'analyse. IL rappelle que les CGRAS et les directions de la qualité peuvent aider à cibler le bon circuit et à communiquer la procédure.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** remarque que dans le cas de démarche de contentieux, certains patients bien conseillés demandent la communication de leur compte rendu de la RMM. Il souhaite savoir s'il est possible de le communiquer dans la mesure où la RMM ne fait pas partie du dossier médical. Mais si le patient recourt à la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), il semblerait que ce document puisse lui être communiqué. Or, la rédaction de la RMM vise plutôt à proposer des solutions d'organisation. Elle n'a donc pas de visée médico-légale.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** a connaissance de cette difficulté. La CADA a récemment indiqué que les comptes rendus de RMM étaient des documents administratifs et qu'à ce titre ils pouvaient être communiqués à l'occasion. Ce document ne doit en effet pas être archivé dans le dossier médical et ne doit donc pas être transmis en cas de demande du dossier médical. Si ce document administratif peut être transmis, cette transmission peut théoriquement aussi être rendue difficile car il est anonymisé. Cette difficulté pourrait être exploitée par ceux qui craignent que ces analyses, qui ne sont pas des expertises, soient mal interprétées et éventuellement préjudiciables. Mais il est difficile de refuser la transmission d'un compte-rendu de RMM à la justice, qui pourrait de toute façon décider de saisir les ordinateurs pour le retrouver. Enfin il ne faut sans doute pas trop s'inquiéter de ce sujet car les démarches d'analyse et de déclaration peuvent être plutôt perçues favorablement. C'est en tout cas l'impression donnée par quelques exemples lors des dernières années.

**M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE** ajoute que la CADA a rendu un avis sur le statut de ce document. Une décision de justice serait souhaitable, idéalement par le Conseil d'État, et ce, pour obtenir un avis jurisprudentiel ferme sur le statut de ce document. En pratique, ce document est anonymisé. Une fois la RMM réalisée, le dossier n'est plus repérable ni rattachable à un dossier médical. Malheureusement, des RMM se trouvent dans des dossiers médicaux numérisés ou papiers et cela doit être évité. Lorsque le patient demande le compte rendu de RMM, l'hôpital peut refuser la transmission du document. La CADA peut ensuite intervenir et peut-être qu'un jour le juge sera saisi.

Lorsque la justice demande ce document, il n'est pas possible de refuser la transmission du document, même si elle n'est pas sûre de l'existence de ce document et qu'elle « bluffe ». Un important travail a été effectué à ce sujet. L'idée est que l'AP-HP est exempte de tout reproche et qu'il convient de transmettre le document en réexpliquant ce à quoi le document correspond. Il est nécessaire de rappeler que ce document a une visée corrective : comprendre pour corriger. La Justice a vocation à comprendre, mais pas forcément à corriger. Son but est de sanctionner et de trouver un coupable, tandis que la démarche de RMM vise à comprendre les responsabilités dans le process. Certains magistrats comprennent la non-transmission d'un document anonyme, mais ils

conviennent que la justice peut le demander et qu'un effort pédagogique doit en ce sens être fourni. Des articles cosignés par des juristes et médecins de l'AP-HP pourraient être rédigés pour sensibiliser au sujet.

Par ailleurs, il est important de continuer à réaliser des RMM et de déclarer, car c'est ainsi que la qualité des soins s'améliorera. En conclusion, il ne faut pas craindre la Justice et lui donner des éléments d'explication.

**Le Pr Bertrand GODEAU** demande au D<sup>r</sup> David OSMAN s'il a l'impression que des progrès ont été réalisés à la suite de l'identification de dysfonctionnements des événements indésirables au cours des dernières années. D'autant que, par ailleurs, dans une équipe, il est difficile de faire appliquer les décisions, en particulier lorsque le *turn over* du personnel est important. En outre, les mauvaises habitudes reviennent souvent rapidement.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** répond qu'aucune étude ne permet de démontrer que ces démarches ont un impact sur la sécurité. Mais c'est une conviction. On sait en revanche qu'il y a un impact psychologique favorable et sur la fédération des équipes, l'amélioration de l'information donnée aux proches et le soutien des équipes. L'impact réel sur la sécurité est moins clair. Des indicateurs montrent que peut-être moins d'événements indésirables se produisent, mais il est difficile de les relier directement à ces démarches. Ces améliorations pourraient aussi être reliées aux progrès de la médecine. D'autre part, les professionnels sont de plus en plus incités à déclarer. Ainsi, le nombre de remontées est plus important. Mais, cela ne signifie pas que la sécurité se dégrade.

Ensuite, beaucoup de frustration est un effet perceptible autour des réunions si chacun n'est pas impliqué. Si l'ensemble des métiers du service n'est pas présenté, si l'information n'est pas correctement diffusée dans l'équipe. Il est donc impératif de communiquer le plus possible quand une action est décidée. Il est souhaitable de ne pas acter de trop nombreuses actions non plus. Il est également nécessaire que les actions paraissent compréhensibles et faisables pour chacun.

**Le président** rappelle l'importance de l'encadrement et du binôme entre l'encadrement médical et l'encadrement paramédical d'autant que le *turn over* constitue un facteur de risque. Il sait que chacun connaît le *turn over* semestriel des internes et plusieurs exemples montrent que certaines infirmières expérimentées ont parfois rattrapé les erreurs des internes. En outre, il remarque qu'un certain nombre de protocoles ou de procédures sont mis en place suite à une RMM et qu'il est donc possible de lister ensuite les procédures mises en place et leur application.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** cite à titre d'exemple le sujet des outils de mémorisation ou de liste de vérification (*check-list*) qui ont démontré dans des publications leur efficacité sur la sécurité.

**M. Patrick LÉGLISE** insiste sur le fait qu'il faut disposer d'un seul outil de déclaration, que ce soit pour les déclarations de vigilance sanitaire ou pour les déclarations de gestion des risques a posteriori. Il est difficile de comprendre pourquoi tout n'est pas déclaré dans *Osiris*, alors que l'outil dispose d'une rubrique de pharmacovigilance. Il serait bienvenu d'insérer un lien direct vers les CRPV correspondant à ces déclarations. Ainsi, chacun aurait le même outil à l'AP-HP. Sur *Osiris*, il est notamment possible d'effectuer les déclarations de matériovigilance et de réactovigilance. Ainsi, il n'est pas compréhensible que la pharmacovigilance fasse l'objet de multiples déclarations. De plus, les CRPV seraient ainsi informés.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** indique que les déclarations de pharmacovigilance sont effectuées, car il suffit d'envoyer un compte rendu d'hospitalisation. Cette simplicité est particulièrement appréciable.

**M. Patrick LÉGLISE** estime qu'il serait possible d'agir de même sur *Osiris*.

**Le D<sup>r</sup> Yê-Lan NGUYEN** rappelle que *Osiris* donne accès à l'ensemble des vigilances. L'intérêt est de prévenir les gestionnaires de risque et le médecin coordinateur de la gestion des risques. *Osiris* permet de centraliser l'information et d'étudier la prévalence des risques déjà connus ou méconnus.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** incite à tout déclarer sur *Osiris*, dont la pharmacovigilance. Les déclarations sur *Osiris* sont transmises au CRPV. Un dispositif dans l'hôpital permet d'agir ainsi. Mais certains services, comme celui du D<sup>r</sup> Cyril CHARRON, ont une histoire, des habitudes qui leur permettent de travailler main dans la main avec leur centre de pharmacovigilance. Il n'est pas souhaitable d'arrêter ce système qui fonctionne. Les praticiens sont toutefois incités à utiliser *Osiris* le plus possible.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** demande si le champ de déclaration d'*Osiris* concerne uniquement des problèmes d'organisation des soins durant une hospitalisation. Il serait intéressant de savoir si les risques associés au parcours de soins de patient et à une sortie à risque font partie du champ de déclaration.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** le confirme. Il est possible de déclarer des événements qui ne se sont pas produits à l'AP-HP. Il faut dans ce cas être précautionneux pour donner l'impression de « délation ». Toute déclaration peut être effectuée par une personne qui est témoin d'un événement indésirable qui survient avant ou après l'hospitalisation à l'AP-HP. Par ailleurs, de plus en plus nous essayons d'organiser des RMM entre établissements de l'AP-HP et avec des établissements hors AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Estelle GANDJBAKHCH** souhaite savoir s'il est possible d'avoir accès à *Osiris* en dehors du réseau de l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** présume que non. Seul l'intranet permet a priori d'y accéder.

**Le P<sup>r</sup> Estelle GANDJBAKHCH** observe que l'intranet permet pourtant d'accéder à certaines fonctionnalités à distance.

**Le D<sup>r</sup> David Osman** répond qu'il se renseignera.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** souligne qu'en principe *Osiris* sert à signaler les événements indésirables associés aux soins. Parfois, des signalements sont largement indépendants des événements indésirables associés aux soins et peuvent même comme cela a été dit constituer des actes de délation, qui se définit comme « une dénonciation pour des motifs méprisables ». L'outil *Osiris* est parfois instrumentalisé pour régler des comptes ou déverser son mécontentement. Il souhaite connaître l'ampleur de ce phénomène et s'enquiert de l'éventuel effort pédagogique à fournir pour limiter ces déclarations inappropriées.

**Le D<sup>r</sup> Yê-Lan NGUYEN** confirme que *Osiris* est utilisé pour d'autres déclarations. Le premier poste de déclaration concerne les chutes, car il s'agit d'une tradition à l'AP-HP de déclarer toutes les chutes. Les événements indésirables associés aux soins se placent en troisième position. Les déclarations au sujet des médicaments correspondent à moins de 5 % des *Osiris* effectués. Un effort pédagogique doit être fourni. Certains internes n'associent pas le système *Osiris* et la déclaration des événements indésirables associés aux soins. Ce sujet sera pris en charge en 2024 à l'occasion du déploiement d'*Osiris 2*.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** ajoute que les déclarations qui font ressortir des problèmes de relations humaines révèlent souvent des dysfonctionnements. *Osiris* a vocation à déclarer tous les dysfonctionnements. Il faut toutefois adopter une bonne posture, respecter le caractère anonyme et s'exprimer correctement. Certaines déclarations sont réalisées sous le coup de l'émotion. Une

fois relue, le déclarant regrette parfois quelques jours plus tard de s'être exprimé ainsi. Néanmoins, il est nécessaire de rappeler la charte de fonctionnement. Déclarer est utile pour laisser des traces, mais cela n'empêche pas d'avertir les protagonistes.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Marc TRÉLUYER** mentionne l'importance de passer par les CRPV pour mutualiser au niveau national et européen les effets indésirables.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** remarque que d'après une précédente expérience, la consigne était de ne pas effectuer de déclaration des ÉIG des autres centres, et ce, non pour protéger les collègues, mais pour protéger les malades. En effet, si les collègues sont au courant de dénonciation, les collègues seront en catastrophe et tueront des patients. C'est un sujet qui est perceptible pour la chirurgie lourde.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** convient que de telles inquiétudes puissent constituer un frein important. Pour favoriser les démarches d'analyses, les équipes peuvent essayer de passer par les CGRAS pour qu'ils se dirigent à leur tour vers des équipes qu'ils connaissent et qu'ils peuvent convaincre. C'est ainsi que quelques réunions ont pu être organisées, et c'est sans doute une attitude finalement plus productive que celle qui consisterait à passer un événement sous silence. Cela reste indéniablement parfois difficile.

## **7. Bilan sinistralité 2023 (M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE, P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON)**

**M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE** souhaite associer à la présentation M<sup>me</sup> Éva BATTAGLIA et Maria-Béatrice FONTANIMI, nouvelles responsables managériales du département de la responsabilité hospitalière qui sont à l'origine de ce bilan de sinistralité avec le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON.

L'AP-HP possède une direction des affaires juridiques avec des missions variées de conseil, de sécurisation des décisions et de mise en œuvre du droit des patients. Mais elle joue également un rôle unique en France, voire en Europe, car elle est son propre assureur en application d'un certain nombre de dispositions légales. Telle est sa situation depuis 1976, confirmée en 2002-2003. Être son propre assureur est un métier qui s'apprend et se réfléchit. Cette spécificité a dû se créer au fil du temps et être professionnalisée récemment. À la suite d'un audit de la direction générale, un plan d'action a été mis en œuvre. Il a permis de remettre en place un département à la mesure de ses missions d'assureur du risque médical avec l'objectif d'être un service public de la réparation du soin. Comme le dit le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON : « *réparer le soin c'est encore soigner* ».

Ce n'est pas seulement une histoire d'argent, mais une histoire d'état d'esprit. Le département de la responsabilité hospitalière est composé d'une dizaine de juristes, ainsi que d'environ quarante médecins-conseils, en activité ou retraités, de l'AP-HP, et qui participent à l'activité du département comme vacataires. Ces binômes de juristes et de médecins œuvrent de façon complémentaire et permettent à ce département qui est désormais managé avec talent, conviction et compétence, de participer à l'amélioration du traitement des réclamations.

Toutes les réclamations ne correspondent pas à des ÉIG et tous les ÉIG ne finissent pas en réclamation. Mais une réclamation indemnitaire est particulière et significative sur ce qu'a vécu le patient. Elle n'est pas toujours motivée par une attente financière mais est systématiquement révélatrice d'une demande d'attention, de reconnaissance et d'accompagnement. Il existe plusieurs façons d'y répondre, et ce, que les échanges aboutissent à transaction amiable, devant la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) ou devant le juge dans le cadre d'un contentieux au juge. Mais le point commun de toutes ces étapes de la prise en charge des réclamations est l'écoute. Il est donc primordial que ce département puisse proposer cette écoute

attentive et réactive, à la fois humaine et professionnelle, et qui s'inscrit dans des stratégies juridiques personnalisées, des stratégies concertées et solides. En effet, le risque médical coûte à l'assuré social et à l'établissement. Mais assurer directement le risque médical permet à l'hôpital de traiter les demandes et de les gérer au plus près et de la façon la plus adaptée sans les contraintes d'un assureur, dont la logique économique est différente.

Le bilan de sinistralité sera désormais dressé tous les ans. Le dernier remontait à 2016. Un petit bilan avait été établi il y a deux ans pour amorcer le travail à venir. C'est un travail minutieux qui a été effectué. L'objectif est de donner une image au plus proche du réel pour accompagner un travail de prévention et de correction. Il s'agit d'un outil précieux pour la communauté médicale.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** déclare qu'au cours des quatre dernières années, entre 500 et 550 réclamations ont été comptabilisées chaque année. Il semble qu'il existe une proportionnalité par rapport au nombre de séjours en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), à raison d'une réclamation pour 1 000 admissions en MCO. Ce chiffre sur les deux derniers exercices n'est qu'une indication mathématique. En effet, un demandeur peut faire état de sa réclamation dans les dix années qui suivent le processus de soin. Il est donc possible de recevoir en 2024 les réclamations à propos de conséquences de processus de soins qui sont survenues en 2015. Rapporter le nombre de plaintes reçues en 2024 à l'activité 2024 quand il s'agit d'un processus de soins qui date de neuf ans n'a pas de sens. Néanmoins, depuis que les rapports d'activité ont été repris, le chiffre de 1 sur 1 000 est stable pour les années 2022 et 2023.

#### 1/ Bilan 2023 :

En 2023, 511 réclamations ont été reçues. Elles se répartissent de la manière suivante :

- le mode amiable : 45 % des demandes sont effectuées au mode amiable lors de l'initialisation. Si jamais la réponse apportée est trop tardive ou ne répond pas aux aspirations du demandeur, ce dernier peut se projeter vers un dossier de commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) ou saisir le tribunal administratif. L'intérêt est donc de savoir y répondre de façon rapide ;
- les CCI : commissions de conciliation et d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et d'infection nosocomiale. Cela représente plus du tiers des demandes ;
- les référés : ils sont essentiellement sur le mode administratif. Seulement 27 demandes mettent en cause conjointement l'institution et des pratiques libérales (clinique privée ou praticiens exerçant en libéral) ;
- les contentieux administratifs : ils sont au nombre de 3. Il s'agit de la perte d'appareils dentaires ou auditifs gérés par des sites.

Ces 511 demandes ont été classées par spécialité. La spécialité retenue est celle du motif d'hospitalisation après regroupement de spécialités voisines :

- la chirurgie orthopédique (chirurgie programmée) et l'orthopédie-traumatologie (réparation d'une blessure) : 81 dossiers ;
- la pédiatrie et la néonatalogie : 53 dossiers, dont 13 dossiers en néonatalogie. Pour ces derniers, des parents questionnent le déroulement de l'accouchement pour expliquer la souffrance neurologique du nouveau-né et son avenir. La victime est le nouveau-né. La classe d'âge pédiatrique apparaît en deuxième position. Il en est de même chez les autres assureurs
- les urgences : 40 dossiers, dont 3 dossiers de régulation SAMU-SMUR.



Ces trois premières lignes représentent un tiers des réclamations reçues en 2023.

Les réclamations ont été confiées à des médecins-conseils relevant de la spécialité et sollicités pour leurs compétences et leur expertise. 468 dossiers ont été analysés sur les 511 pour déterminer le principal motif de responsabilité. Dans 39 % des cas, il s'agit d'infections nosocomiales non fautives donc acquises à l'hôpital et du fait des soins dans un tableau de réanimation ou d'immunosuppression. D'autres patients arrivés à l'AP-HP après avoir reçu des soins dans d'autres établissements sont de fait, sont arrivés porteurs de leur infection

Dans 75 % des cas, il n'y aura pas de motif de responsabilité, de faute, de manquement ou d'erreur à l'égard de l'AP-HP. Il reste néanmoins un quart des dossiers comportant un ou plusieurs motifs de responsabilité retenus à l'encontre de l'AP-HP : retards de diagnostic, difficultés ou erreurs techniques notamment. S'ajoute la notion de maladresse chirurgicale qui apparaît désormais dans les conclusions des CCI ou dans les avis des tribunaux. Il est difficile de déterminer la maladresse par rapport à l'aléa. Parmi les motifs de responsabilité figurent les défauts de surveillance, les défauts d'information. Il serait en ce sens possible d'ajouter la non-transmission d'un dossier médical (9 dossiers). La répartition par GHU est fonction des spécialités questionnées par les patients, de l'offre de soins et de son volume d'activité. Les données seront affinées par GHU quand l'équipe des affaires juridiques est invitée par les CME locales.

## 2/ Les avis CCI de 2023

Les 179 avis de la CCI d'Île-de-France rendus en 2023 ont été analysés. Il s'agit de dossiers reçus en 2023 et antérieurs à 2023. La responsabilité de l'AP-HP a été retenue dans 65 dossiers (36 % des 179 dossiers) :

- soit pour une réparation intégrale : manquement ou erreur relevé par les experts ;
- soit pour une réparation partielle : perte de chance d'éviter un dommage. Dans ce cas, la réparation pécuniaire est partagée avec l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) ou un autre établissement hors AP-HP.

Pour les dossiers d'orthopédie et des urgences, la CCI a retenu la responsabilité de l'AP-HP une fois sur deux. Pour les dossiers MCO, la responsabilité de l'AP-HP a été retenue une fois sur trois. Pour les autres spécialités, la responsabilité de l'AP-HP est retenue dans environ 20 % des cas.

Les motifs en cause lorsque la responsabilité est retenue sont entre autres :

- les infections nosocomiales ;
- l'erreur technique ou la maladresse chirurgicale

La neurochirurgie et l'orthopédie font partie des spécialités concernées. Certains rachis sont opérés par des neurochirurgiens et les dossiers ont donc été classés en neurochirurgie. Les mêmes pathologies opérées par des orthopédistes (ex. : hernie discale) ont été classées en orthopédie.

## 3/ Aspects budgétaires

Le coût total équivaut à un peu plus de 26 M€ pour l'année 2023, dont 25 M€ d'indemnité hors rente qui se répartissent ainsi en matière de procédure :

- 9 M€ pour les procédures à l'amiable ;
- 4 M€ en réponse aux conclusions de la CCI d'Île-de-France ;
- 12 M€ de contentieux administratifs : un certain retard devait être rattrapé.

La répartition par créancier est telle que :

- 16 M€ pour les patients : un patient coûte 7 M€. Un second patient coûte 1,7 M€. Un troisième patient pour une infection nosocomiale coûte 400 K€.
- 6 M€ pour les organismes sociaux ;
- 2 M€ pour l'ONIAM : ce montant fait partie du rattrapage de l'AP-HP.

Ainsi, les sommes engagées sont importantes. Cette ventilation se décline dans les différentes spécialités. Le patient de 7 M€ a été soustrait au calcul, car il n'entrait pas dans une spécialité. Le retard de diagnostic coûte 10 M€. À la lecture des dossiers, les équipes ont fait ce qu'elles pensaient justifier. Mais la lecture de l'activité par des experts mandatés par une CCI ou un tribunal a été différente. La CCI, commission dans laquelle se trouvent des professionnels de santé, a suivi les experts.

#### 4/ L'information - Transmission du dossier - Les collégiales - Les étudiants

La traçabilité de l'information concerne d'abord l'information. Huit jours auparavant se tenait le dernier cycle de formation de l'École de management des médecins hospitaliers (ÉMAMH). Les collègues les plus jeunes indiquent que l'information est donnée. Mais il s'agit de savoir si toute l'information est donnée. Par exemple, une personne qui doit être opérée du rachis entend-elle un risque de paraplégie lorsqu'il lui est annoncé un risque neurologique ? La CCI répond par la négative.

Lorsque le compte rendu de l'annonce est rédigé, il est nécessaire d'en conserver une trace exhaustive dans le dossier *Orbis* et qu'elle soit facilement identifiable, au même titre que les schémas, les photos utilisées pour éclairer le patient.

Lorsque les avocats manquent d'éléments de reproche, certains indiquent s'attaquer à la question de l'information, car ils savent que certains dossiers sont très vulnérables.

Près de la moitié des demandes sont adressées sur le mode amiable, mais si la réponse n'intervient pas dans des délais recevables pour le demandeur ou l'avocat, les plaignants risquent de se tourner vers la CCI ou le tribunal administratif. Certes, la loi stipule le délai dans lequel sortir le dossier qui a moins d'un an, de cinq ans ou dix ans. Cependant, il faut respecter ces délais pour en faire état auprès des avocats ou des demandeurs.

Souvent, un problème de secrétariat et de volonté de service est à relever dans des services avec des charges de travail considérables. Les secrétariats rencontrent des difficultés et des postes sont éventuellement en nombre insuffisant. Ainsi, copier et scanner le dossier médical constitue un travail chronophage. De plus, il devrait être supervisé de près ou de loin par un œil médical pour s'assurer que la photocopie *recto verso* du compte rendu ou du formulaire de consentement signé est réalisée. Le but est en effet d'éviter une réunion d'expertise où l'avocat formulera l'incomplétude du dossier ou le retard dans la transmission du dossier. Ou encore, l'expert critiquera le fait d'avoir reçu 500 pages la veille au soir. Il est en effet difficile de recevoir un dossier la veille au soir quand les parties ont été averties trois mois à l'avance.

Des formulaires d'information ont été réfléchis à l'intérieur de spécialités et ils sont d'excellente qualité. Ils vont au-devant des demandes des patients. Ils répondent aux sollicitations les plus fines, parfois les plus perverses des avocats. En ce sens, les collégiales doivent être sollicitées lorsque les mêmes difficultés se répètent dans les dossiers.

Les changements d'internes sont difficiles. Les dates sont toujours les mêmes. S'ajoute le changement du chef de clinique au mois de novembre. Lorsque l'interne et le chef de clinique partent en même temps, il n'est peut-être pas raisonnable de laisser un interne en phase socle le jour suivant assurer une salle avec 25 patients, quelle que soit la spécialité. Un interne de phase

socle qui arrive dans un service de spécialité ne doit pas être seulement accompagné le jour de son arrivée, mais pendant plusieurs semaines. Chacun joue un rôle d'enseignement et un compagnonnage doit être mené.

La direction des affaires juridiques a par ailleurs deux à trois rendez-vous prévus à la rentrée dans les CME locales pour détailler l'activité des uns et des autres.

En conclusion, la réclamation ne constitue pas d'emblée une plainte, mais d'abord une demande de consultation et d'explication. Il faut savoir y répondre.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** souligne la qualité du travail de la direction des affaires juridiques. L'implication de chacun a été observée et c'est donc un plaisir pour travailler. Par ailleurs, les praticiens se reposent essentiellement sur les éléments de preuve. En ce sens, tout ce qui n'est pas écrit n'existe pas. Mais il est parfois difficile de récupérer le dossier, ce qui peut mettre en difficulté. Disposer de quelques lignes du chef de service ou du médecin responsable est appréciable. Cela aide le praticien dans la perception du dossier. De plus, les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques sont de plus en plus attaquées. Parfois, l'absence de termes faisant référence à des réunions ou à des décisions collégiales entraîne des difficultés, et ce, même si la décision en elle-même est pertinente. La participation aux travaux de ce département est extrêmement intéressante sur le plan pédagogique tout en demandant un investissement important.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** remarque qu'en cas de changement d'interne et de changement de chef, la morbi-mortalité n'augmente pas, en chirurgie digestive du moins. En outre, des difficultés sont rencontrées avec *Orbis* pour la transmission des informations infirmières. Il est en effet impossible de les extraire, car les avocats s'intéressent beaucoup à ce sujet. Par exemple, ils souhaitent savoir si lorsque l'antibiotique a été prescrit à 19 heures 32, le médicament a bien été donné à 19 heures 32. Des délais de 27 minutes, par exemple, peuvent constituer un sujet.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** le confirme. Ces transmissions infirmières constituent une source inépuisable d'informations. Elles permettent de retrouver la trace de l'information donnée, car l'infirmière a, par exemple, noté que la famille et les parents ont rencontré tel docteur, tel chef de service, tel psychologue, etc., ou encore que l'information sur les soins a été donnée. Ces dossiers infirmiers font partie du dossier du patient et ils doivent être systématiquement transmis.

Lors d'une demande de transmission du dossier, la plainte est envoyée aux chefs de service concernés. Lorsqu'un aspect infectieux est relevé, il faut également sortir les informations de microbiologie. En cas d'immunosuppression et de chambre stérile, il faut sortir le rapport du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de l'année concernée, ainsi que les prélèvements air/eau dans les chambres pour montrer que le service n'était pas en épidémie d'infection aspergillaire par exemple. L'exploitation du dossier constitue donc un travail considérable.

En général, les patients avant d'écrire leur réclamation ont demandé leur dossier dans le service. Le service a donc déjà effectué une photocopie du dossier. Lorsqu'une procédure est pressentie, il faut penser à réaliser d'emblée deux copies du dossier.

**Le D<sup>r</sup> Georges ESTEPHAN** demande si l'accord du patient est demandé pour consulter son dossier dans le cadre de la prise en charge des réclamations.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** répond que la demande du patient est systématiquement enregistrée dans le département après réception de l'accord du patient sur la consultation de son dossier.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui Quoc** souhaite savoir si la décision de l'AP-HP d'être son propre assureur a été évaluée sur le plan économique par rapport à un autre assureur. Dans le cas où l'erreur médicale ou la maladresse chirurgicale est retenue, il demande dans quelle situation l'AP-HP se retourne contre le responsable.

**M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE** rappelle que le choix de s'assurer a été effectué en 1976, car le directeur général a considéré à l'époque que le doublement de la prime demandée par l'assureur n'était pas admissible. La « loi KOUCHNER » de mars 2002 a imposé aux établissements de s'assurer. Mais la loi de décembre 2022 a créé une dérogation et seule l'AP-HP a opté pour cette dérogation lui permettant d'être son propre assureur. Sur le plan économique, le sujet a été discuté à plusieurs reprises avec la direction générale et le directeur des finances. Il est apparemment évident que l'intérêt économique est d'être son propre assureur. Par exemple, depuis deux années consécutives, les assureurs augmentent leur prime. En effet, l'assureur a également des enjeux économiques ; non pas que l'AP-HP n'en possède pas, mais elle est plus libre de les ajuster.

L'employeur public couvre toutes les situations dommageables dans le cadre de la responsabilité civile, sauf si le dommage est survenu à l'occasion d'une faute dite détachable du service. Elles sont très rares. Mais, par exemple, dans un établissement hors AP-HP, un anesthésiste a effectué une péridurale il y a quelques années alors qu'il était en état d'ébriété. La patiente est décédée. Dans ce cas, l'assurance n'a pas joué, car le dommage a été causé par un comportement détachable du service.

**M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE** apporte une autre précision : une erreur médicale ou paramédicale n'est pas délibérée et donc ne constitue pas une faute détachable.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Marie JOUANNIC** se réjouit que l'audit soit désormais réalisé de manière régulière. La pratique obstétricale constitue un facteur d'exposition important. De nombreux recours ou de plaintes seront prévenues par une interrogation avec la patiente, le conjoint ou la famille. En effet, la discipline est malheureusement marquée d'événements, pas toujours heureux pour la maman et le bébé. Il serait intéressant d'effectuer des états des lieux à un instant donné (*snaps shots*) pour avoir un ratio entre les deux. En effet, quand la sinistralité est liée à la prise en charge au moment de l'accouchement, le préjudice coûtera très cher. Le lien est évident avec l'obstétrique. Ainsi, peut-être que la case « pédiatrie-néonatalogie » pourrait être scindée en deux pour rappeler la sinistralité liée à l'obstétrique.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** en convient. La case distingue par ailleurs la pédiatrie de la néonatalogie. Cependant, cela aurait renvoyé les 13 dossiers de néonatalogie dans le bas du classement et il paraissait malvenu de les voir disparaître du « top 10 ». De plus, ces dossiers sont toujours expertisés par un binôme obstétriciens/pédiatre ou néonatalogiste. En outre, l'activité libérale au sein de l'AP-HP n'est pas assurée par l'AP-HP. Par ailleurs, le 10 décembre prochain, le président de l'ONIAM sera accueilli à l'occasion d'une journée des responsables de CCI dans l'amphithéâtre de l'hôpital Georges-Pompidou.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** note qu'il est souhaitable que l'information soit bien comprise du patient. Cependant, les modalités pour tracer le fait que le patient et/ou son entourage ont bien compris se trouvent à la limite de l'infaisable. Il n'existe d'ailleurs pas de *process* en cours pour vérifier que le patient a bien compris l'information prodiguée. Il demande également comment sont gérés les problèmes de courriels directs des patients ou de leur famille. À titre d'exemple, sur le GHU Sorbonne Université, un bandeau à la fin de chaque courriel a été mis en place pour signifier que le courriel n'est pas un moyen d'interaction médicale, notamment pour les urgences. Les plus jeunes

n'en sont pas vraiment conscients. Il s'agit de savoir si les courriels peuvent être utilisés dans les procédures.

**Le Pr Gérard CHÉRON** indique que les tribunaux, les CCI et les experts sont sensibles à l'information délivrée à l'occasion d'une consultation ou d'un entretien, mais également au fait que la personne a été revue quelques semaines plus tard et éventuellement une troisième fois avant la procédure interventionnelle. Ils sont également sensibles à la tenue de deux consultations : d'une part, pour annoncer la pathologie tumorale et d'autre part, pour expliquer les effets indésirables des traitements nécessaires. En effet, chacun a conscience que le patient ne peut pas enregistrer les autres informations lors de l'annonce d'une pathologie, ne serait-ce que du fait de la charge émotionnelle liée à l'annonce du diagnostic. En fonction de l'urgence, se donner le temps est donc important.

**Le Pr Gérard CHÉRON** explique qu'il a représenté l'AP-HP dans un dossier où la famille a questionné le service pédiatrique à plusieurs reprises. Elle avait fini par changer d'établissement pédiatrique. Les échanges de courriels avec le médecin référent du premier établissement pédiatrique avaient convaincu les experts qu'il y avait eu une réponse quasi-attentive, voire immédiate dans le temps répété du médecin référent. Ainsi, l'allégation de la famille selon laquelle elle avait été délaissée avec son enfant malade n'était pas recevable. Le courriel, lorsqu'il peut apporter la preuve d'une réponse adaptée, est utile. Mais tout dépend de la manière dont est utilisé l'écrit.

**Le Dr David OSMAN** observe que les formulaires d'information travaillés par les collégiales constituent une solution partielle. Le fait de pouvoir démontrer la tenue de plusieurs rencontres et le lien entre l'équipe et le patient prime.

**Le Pr Gérard CHÉRON** convient que ce document est nécessaire, mais pas suffisant. Des dossiers dans lesquels ne figure pas l'acte de consentement avant l'acte chirurgical sont vulnérables. Heureusement, ils sont peu nombreux.

**Le Dr Jean-François HERMIEU** remercie la direction des affaires juridiques pour le travail effectué. Il estime que le modèle est bon d'un point de vue économique, mais également sur le principe. L'équipe des 40 médecins-conseils constitue en effet un point-clé. Lorsqu'un expert généraliste est opposé à une référence de l'AP-HP, l'expertise se déroule dans une ambiance différente et meilleure. En tant que médecin-conseil, il envoie à l'équipe mise en cause la copie de la décision de justice, car il est intéressant de se savoir dédouané. À l'inverse, lorsqu'un défaut d'organisation a coûté 400 K€ à l'AP-HP, il est utile de le savoir. Ce point de retour sur les décisions de justice pourrait être amélioré.

**Le Pr Yann PARC** ajoute qu'il faut traduire ces décisions, car les libellés juridiques manquent parfois de clarté.

**M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE** répond qu'une action est prévue pour effectuer un retour et expliquer les décisions de justice ou des saisines.

**Le Pr Bernard GRANGER** estime que l'AP-HP, étant son propre assureur, arrive à de meilleurs résultats que d'autres hôpitaux qui se contentent de payer la prime d'assurance qui ne cesse d'augmenter. Par ailleurs, des collègues peuvent être mis en cause devant le Conseil de l'Ordre. Il s'agit de savoir si l'AP-HP leur apporte une assistance que ce soit pour la sinistralité ou d'autres mises en cause. En outre, il serait intéressant de savoir si devant les différentes juridictions le fait d'avoir mis dans le

dossier que l'apport de l'information a été effectué suffit ou s'il ne vaut pas mieux une information écrite signée par le patient.

**Le Pr Gérard CHÉRON** indique que la phrase « *j'ai donné l'information* » ne suffit en aucun cas. Il est nécessaire de tout décrire. Pour un dossier de pédiatrie partagé avec un établissement public hors AP-HP, l'avocate a reproché à l'établissement dans lequel l'adolescent avait été opéré que la maman n'avait pas été informée qu'une anesthésie pouvait entraîner un décès. Il faut donc communiquer une information exhaustive sur tous les risques, y compris les plus exceptionnels.

**M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE** précise que la loi sur la protection fonctionnelle ne prévoit pas la prise en charge par l'employeur de l'assistance du médecin au Conseil de l'Ordre, dont les frais d'avocats requis. De mauvaises habitudes ont toutefois été prises jusqu'en 2022 avec un membre de la DAJ de l'AP-HP qui accompagnait beaucoup les médecins au Conseil de l'Ordre. Ce n'est pas prévu par la loi et l'AP-HP applique désormais la loi. Toutefois, la direction des affaires juridiques travaille en amont. Elle reçoit et écoute les médecins qui sont convoqués par le Conseil de l'Ordre, même si elle n'accompagne pas les médecins en conciliation, sauf cas exceptionnel où, par exemple, la mise en cause du médecin devant le Conseil de l'Ordre procéderait d'une prise en charge très technique en lien avec l'organisation de l'hôpital. De plus, il est recommandé aux médecins d'être accompagné par l'un de leurs pairs, ce qui se révèle très souvent plus utile et plus concluant.

**Le Dr Christophe TRIVALLE** souligne que lors d'expertise CCI, les dossiers sont envoyés par la famille à la CCI. La famille n'hésite pas à envoyer des copies des mails ou des messages sur téléphone mobile qui finissent par aboutir dans le dossier d'expertise. Par ailleurs, un chef de service extrait très facilement la partie médicale, mais il est impossible de sortir la partie infirmière, voire la partie inhérente aux traitements. Les médecins experts de l'AP-HP rencontrent les mêmes difficultés en CCI. Ils essayent de faire des captures d'écran et ce qu'ils peuvent pour trouver des renseignements. Mais une partie d'*Orbis* n'est pas accessible par les médecins.

**Le Pr Hawa KEITA-MEYER** demande si le taux de réclamation d'un pour mille à l'AP-HP est aligné à celui d'autres établissements équivalents.

**Le Dr Georges ESTEPHAN** fait savoir que, d'après son expérience à la CCI, les éléments écrits dans le dossier médical sont valables, mais une fiche signée n'a pas de valeur juridique. Il s'agit seulement d'un complément.

**Le Dr Patrick LÉGLISE** souhaite savoir quand la protection fonctionnelle est activée. Si la faute est non détachable du service, elle devrait être activée automatiquement, même auprès du Conseil de l'Ordre ou des tribunaux pénaux.

**Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU** explique que, pour pratiquer de l'anesthésie en pédiatrie, il est difficile d'annoncer aux parents à chaque fois que leur enfant risque de mourir, ce qui pourrait enclencher un retrait pour un certain nombre de patients. De plus, il est difficile de comprendre pourquoi les dossiers *Orbis* sont demandés aux médecins. Dans la mesure où l'accès au patient a été demandé, le département des affaires juridiques pourrait le consulter directement. Dans le document de la collégiale, la mention « *mort* » ne figure pas. S'il faut être pointu sur ces éléments, il serait judicieux de disposer d'un document *Orbis* qui serait remis aux parents avec la liste de toutes les complications possibles pour leur enfant qui passeront en bloc opératoire.

**Le Pr Gérard CHÉRON** répond que l'incidence des réclamations à l'AP-HP est identique au CHU de Lille où M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE exerçait les mêmes fonctions antérieurement. En tant qu'ancien pédiatre, lui-même ne se voyait pas annoncer à une maman que voulant prendre soin de son enfant,

il risquait de le tuer. Néanmoins, le regard sur ces activités évolue. Un questionnaire est renvoyé aux médecins. Plus le dossier est difficile, délicat et douloureux, plus les médecins arrivent gagnants en réunion d'expertise avec les qualités du médecin-conseil et le chef du service. Cela a une valeur pour les demandeurs et pour les experts absolument considérables. Au terme d'une demi-journée, le dossier se conclut au mieux lorsque les personnes serrent la main aux praticiens faisant savoir qu'ils ont compris et en exprimant éventuellement des remerciements.

**Le Pr Catherine PAUGAM** note que se diriger vers une liste à l'américaine de l'ensemble des complications n'est pas souhaitable. Pour autant, au sein de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), des éléments de langage existent sur la manière d'informer sur le risque, notamment grâce à des allusions à des événements de la vie courante tels que le risque en traversant la route, en conduisant, etc. Ce travail est très utile, car les personnes comprennent mieux la nature des risques. Ces pistes sont intéressantes à travailler.

**Le Dr Sonia CERCEAU** en convient. Cependant, de tels éléments de langage ne peuvent être inscrits dans le dossier.

**Le Pr Catherine PAUGAM** pense qu'il existe des solutions pour tracer ce type d'information.

**M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE** explique que la protection fonctionnelle est due pour les poursuites civiles, pénales (attaques, agressions, violences). Si un patient engage des poursuites pour homicide involontaire, le juge pénal sera peut-être saisi. Le praticien sera assisté par un avocat pris en charge par l'employeur. Si le praticien est condamné civilement, les dommages et intérêts dus seront payés par l'employeur. Mais la déontologie n'entre pas dans ce cadre de la protection fonctionnelle.

Le 10 décembre, la direction des affaires juridiques organise une journée dans l'amphithéâtre de l'hôpital Georges-Pompidou consacrée à la réparation des dommages liés à l'activité de soins.

## **8. « Cohort 360 » (M<sup>me</sup> Caroline GERMAIN et M. Stéphane BRÉANT)**

**M. Stéphane BRÉANT** explique que *Cohort360* est un outil développé par l'AP-HP au sein du pôle *Innovation & Données*. Il permet de restituer les données de l'entrepôt des données de santé (EDS) de l'AP-HP, pour les besoins des projets de recherche menés par les équipes de soins, recherches n'impliquant pas la personne humaine. Tout professionnel de santé peut avoir accès aux données des patients qu'il a pris en charge et qui sont passés dans son service. L'accès par défaut porte sur les données nominatives. Pour une recherche qui dépasse le périmètre « équipe de soin », *Cohort360* sera utilisé sur le périmètre AP-HP pour réaliser la requête et préparer les données en vue de leur analyse.

*Cohort 360* présente une interface agréable et assez intuitive. Il permet d'accéder à un certain nombre de fonctionnalités :

- visualiser des données ;
- sélectionner des patients grâce à un requêteur puissant ;
- effectuer des recherches textuelles ;
- gérer des données ;
- exporter des données sur sa machine pour des recherches au niveau de l'équipe de soins.

L'ambition est également de proposer de nouvelles fonctionnalités pour aider à réaliser des études de faisabilité pour des recherches de données EDS ou cliniques, en complément à une offre en cours de développement.

Les données disponibles dans *Cohort 360* sont des données de l'EDS sur la partie recherche :

- données administratives du patient ;
- données du parcours de soins ;
- données structurées du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- données de biologie ;
- données du circuit de médicament ;
- prescription/administration ;
- données cliniques.

Il est possible de réaliser les requêtes en complément à un certain nombre de critères. Les critères peuvent être obtenus sous forme d'arborescence. Un formulaire peut être également rempli pour détailler chaque critère.

Au moment de réaliser une requête et de générer une cohorte par rapport au patient, il est possible de demander une estimation sur le périmètre AP-HP. Le tableau de bord comprendra alors le nombre de patients qui correspondent à la recherche sur le périmètre de l'équipe de soins et en parallèle le nombre estimé sur l'AP-HP. Le médecin est autonome jusqu'à ce point.

Les données peuvent être visualisées grâce à un aperçu sur le nombre de patients et quelques graphiques par défaut. Le parcours de soins du patient peut être exploré. Enfin, une recherche puissante sur les comptes rendus peut être effectuée.

Accéder à *Cohort 360* est assez simple. La liste des référents de chaque site est disponible. En passant par son référent, il est possible de s'inscrire à la formation en e-learning. Une fois la formation validée, les accès seront validés sur le périmètre du service.

En plus de **Cohort 360** qui permet d'obtenir un dénombrement général des patients par rapport à une question de la recherche, un modèle permettant d'aboutir à une estimation plus robuste est développé en parallèle. Il permettra de répondre à des sollicitations avec des industriels qui demandent parfois des éléments pointus dans un délai contraint.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** demande si la formation donne accès à la cohorte de patients ou s'il est possible de passer par une unité de recherche clinique (URC) obligatoirement. Elle souhaite également savoir s'il est possible de consulter les dossiers une fois la demande formulée.

**M. Stéphane BRÉANT** explique que pour une équipe de soins, il est possible d'accéder à *Cohort 360* grâce à la formation. Une fois la formation réalisée, un échange aura lieu pour le paramétrage du compte. Toutes les données collectées à l'AP-HP des patients passés au moins une fois dans le service seront accessibles.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** s'enquiert des fonctions transversales telles que les anesthésistes ou les radiologues, par exemple.

**M. Stéphane BRÉANT** répond que, dans les règles d'accès à l'EDS, il a été défini qu'une équipe de soins serait assimilée à l'hôpital de rattachement où exerce le personnel pour des raisons techniques. En effet, l'information n'est pas forcément fiable sur la personne qui a réalisé l'examen. Il a paru plus sécurisant de le paramétrer ainsi. Il faut travailler en mode équipe de soins - « plateau médico-technique » (PMT) sur les patients pour lesquels un résultat a été rendu. Lorsqu'une recherche à l'échelle est réalisée et qu'elle dépasse les patients de l'équipe de soins, il faut passer par le comité scientifique et éthique (CSE) de l'EDS.



**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM** incite les participants à effectuer cette formation et à regarder quelles informations il est possible d'obtenir au sein de son service.

**M<sup>me</sup> Caroline GERMAIN** ajoute que l'équipe est à disposition pour se déplacer sur site et présenter l'outil, sachant qu'un travail de communication sur l'offre de « solutions » est en cours. Par exemple, d'autres outils similaires sur le pilotage permettent de consulter des tableaux de bord ou des indicateurs à l'échelle de l'AP-HP ou du service (outil *Pilote*)

**Le président** confirme que cet outil est très puissant pour effectuer de la recherche clinique. Il ouvre des perspectives de recherche non envisagées jusqu'alors.

**Le P<sup>r</sup> Nicolas DE ROUX** sollicite des précisions sur l'antériorité des données disponibles.

**M. Stéphane BRÉANT** répond que l'antériorité peut remonter jusqu'à 2005 dans l'entrepôt de données de santé. Toutefois, l'ensemble des données ne sont pas forcément restituées. Par exemple, le déploiement d'*Orbis* a nécessité du temps. En fonction des services, il faut vérifier l'exhaustivité des données. En règle générale, la recherche remonte à quelques années.

**M<sup>me</sup> Caroline GERMAIN** souligne que le pôle travaille à la mise en place d'un catalogue des données de l'EDS qui aura vocation à décrire les sources de données, leur profondeur historique et quelques métriques portant sur la qualité. En effet, les données collectées dans l'environnement du soin n'ont pas toujours été pensées dans le cadre de la recherche.

**Le président** souhaite qu'un point soit effectué lors d'une prochaine réunion de la CME pour savoir qui s'est formé et obtenir d'autres témoignages.

## 9. Questions diverses

**Le président** rappelle que les questions diverses doivent lui être transmises à l'avance, au minimum le vendredi qui précède la séance pour laisser le temps aux directions de préparer les réponses.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** présente ses excuses pour la question tardive, mais il semble que le directeur général était déjà impliqué dans le sujet et n'aura donc pas de difficultés à répondre. Sa question concerne le marché public des sociétés d'intérim qui a changé au début de l'année. Des équilibres avaient été trouvés dans les blocs opératoires. Les cadres avaient fidélisé des intérimaires, ce qui avait permis de pallier le déficit de personnel. Ce changement de société d'intérim a déstabilisé le modèle avec des difficultés et la nécessité de fermer parfois des blocs par manque de personnel. Il est donc souhaitable d'être souple à ce sujet. Les intérimaires ne souhaitent pas changer de société pour des questions financières, en raison de relations compliquées ou parce que les sociétés d'intérimaires ne suivent pas les règles établies.

**Le directeur général** rappelle que le souhait de la direction a été de relancer le marché-cadre d'intérimaires et de réinvestir le niveau de rémunération des sociétés d'intérimaires pour pourvoir les missions dans le cadre de ce marché à des tarifs définis, lesquels évitent le recours de plus en plus important à du hors marché et à des prix qui ne cessaient de monter. En effet, des sociétés du marché ne travaillent plus avec l'AP-HP, car de moins en moins de professionnels venaient chez elles. Les niveaux de rémunération ont été rehaussés. De nombreuses réponses ont été obtenues sur ce marché et elles permettent de fonctionner sans avoir besoin de céder à cette tentation permanente du hors marché.

En 2023, selon les mois, entre 160 et 201 infirmières ou infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) venaient en intérim dans les services. À l'époque, 1 000 ÉTP étaient titulaires IBODE à

l'AP-HP. Sur les six premiers mois de l'année, 980 ÉTP sont titulaires IBODE à l'AP-HP. Mais les missions d'intérim ne cessent de progresser en volume : entre 218 et 233 ÉTP d'IBODE chaque mois. En macro, l'impression n'est pas que l'AP-HP a subi un choc avec une difficulté à pourvoir les missions d'intérim. En micro, une entreprise a été référencée pour le GHU Nord en deuxième rang, alors qu'avant la société était classée en premier rang. Les professionnels qui étaient habitués à se rendre dans le service étaient issus de cette société.

La direction a regardé s'il était possible d'aménager la règle de rang 1 et de rang 2. Mais il n'est pas possible de passer au-dessus des règles du marché pour solliciter absolument les intérimaires de cette société. Au-delà de l'espoir de reconstituer l'effectif permanent d'IBODE, il est nécessaire de réussir à reconstituer la fidélisation avec la société de rang 1. En définitive, il n'est pas souhaitable de repartir avec des sollicitations hors marché.

*La séance plénière est levée à 18H20.*