

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 19 SEPTEMBRE 2023**

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 17 OCTOBRE 2023

Sommaire

1.	Informations du président	6
2.	Approbation du compte rendu de la CME du 11 juillet 2023	13
3.	Rapport d'activité du collège de déontologie	13
4.	Actualités des « 30 leviers pour agir ensemble »	16
5.	Stratégie « personnes âgées »	20
6.	Mission d'audit sur les enquêtes « violence au travail » (EVT) Erreur ! Signet non défini.	
7.	Rapport sur la formation continue à l'AP-HP	24
8.	Questions diverses	27

CME du mardi 19 septembre 2023

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 11 juillet 2023
3. Rapport d'activité du collège de déontologie (M^{me} Françoise TOMÉ et M. Lionel COLLET)
4. Actualités des « 30 leviers pour agir ensemble » (M. Nicolas REVEL)
5. Stratégie « personnes âgées » (M^{me} Claire DAVY)
6. Mission d'audit sur les enquêtes « violence au travail » (EVT) (M. Éric MOLIÈRE)
7. Rapport sur la formation continue à l'AP-HP (M^{me} Gwénoyée ABALAIN)
8. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

D ^r	Zahir	AMOURA	D ^r	Jean François	HERMIEU
D ^r	Thomas	APARICIO	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
P ^r	Jean-Louis	BEAUDEUX	P ^r	Marc	HUMBERT
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Jean Marie	JOUANNIC
M.	Guy	BENOIT	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Agnès	LEFORT DES YLOUSES
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Éric	LE GUERN
D ^r	Diane	BOUVRY	P ^r	Michel	LEJOYEUX
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Rafik	MASMOUDI
M.	Cédric	CARDOSO	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Nathalie	CHARNAUX	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Cyril	CHARRON	D ^r	Juliette	PAVIE
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	Antoine	PELHUCHE
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Antoine	PELISSOLO
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
D ^r	Tristan	CUDENNEC	P ^r	Claire	POYART
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Louis	PUYBASSET
D ^r	Sonia	DELAPORTE CERCEAU	P ^r	Jean-Damien	RICARD
P ^r	Vianney	DESCROIX	P ^r	Bruno	RIOU
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Bernard	GRANGER	P ^r	Laurent	TEILLET
M.	Emmanuel	HAY	D ^r	Christophe	TRIVALLE
			D ^r	Valery	TROSINI-DESERT

• ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- M. Yann GUITTIER, représentant du conseil social d'établissement (CSE)

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

- D^r David OSMAN, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

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

- M^{me} Stéphanie DECOOPMAN et P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, directrices générales adjointes
- M. Camille DUMAS, directeur de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Vanessa FAGE-MOREL, directrice des ressources humaines (DRH)
- M^{me} Isabelle JOURDAN, directrice de la communication

- M^{me} Gwéno­lée ABALAIN et M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, cabinet du directeur général
- M. Florent BOUSQUIÉ, directeur de cabinet du directeur général
- MM. Emmanuel RAISON et Kévin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM) et M Julien GALLAUD , chargé de projet à la DAM
- Mme Claire Davy, chargée de projet à la direction de la stratégie de transformation (DST)
- M^{me} Marie AUDUBERT-QUENOT, directrice du département *Santé, qualité de vie et conditions de travail* (DRH / DAM)

- **Invités :**

- P^r Lionel COLLET

- **Secrétariat de la CME :**

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

- **Membres excusés :**

M^{mes} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADI, Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Élie AZOULAY, Frédéric BATEUX, Fadi BDEOUI, Lynda BENSEFA-COLAS, Valérie BLANCHET, Jacques BODDAERT, Alain CARIOU, Yves CASTIER, Olivier CLÉMENT, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Édouard DEVAUD, Olivier DRUNAT, Jean-Eudes FONTAN, Vincent FROCHOT, Bruno GREFF, Ariane GUDIN, Émlyne HAMELIN CANNY, Agnès HARTEMANN, Nabil JANAHA, Jean-Louis LAPLANCHE, Laurent MANDELBROT, Xavier MARIETTE, Emmanuel MARTINOD, Loïc MORVAN, Louis-Paul PATY, Patrick PELOUX, Nathalie PONS-KERJEAN, Emmanuel RAFOUX, Nathalie RICOME, Philippe RUSZNIEWSKI, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Yasmine SMAIL, Namik TARIGHT, Samir TINE, Michel VAUBOURDOLLE, Karine VIRETTE, Noël ZAHR.

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

1. Informations du président

Mouvements à la CME

Le président communique les mouvements intervenus dans la composition de la CME et rappelle que le mandat des nouveaux membres titulaires s'achèvera en même temps que le mandat de la présente CME le 22 décembre 2023.

- Dans le collège des présidents des CME locales :
 - Le P^r Agnès LEFORT DES YLOUSES, chef de service de médecine interne à l'hôpital Beaujon, a été élue jeudi 14 septembre présidente de la CMEL du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Nord – Université Paris Cité. Elle succède au P^r Jean-Claude CAREL, nommé conseiller médical enseignement supérieur et recherche au cabinet du ministre de la Santé, M. Aurélien ROUSSEAU. Le P^r Agnès LEFORT DES YLOUSES a inauguré ses fonctions en posant la première pierre du nouvel hôpital Lariboisière vendredi 15 septembre. **Le président** remercie le D^r Nathalie PONS-KERJEAN d'avoir assuré l'intérim de cette présidence.
 - Le P^r Xavier MARIETTE a été élu président de la CMEL de Paris-Saclay le 5 septembre et remplace donc le Pr Jacques DURANTEAU, nommé directeur de département médico-universitaire (DMU). **Le président** remercie le D^r Tristan CUDENNEC d'avoir assuré l'intérim de cette présidence.
- Dans le collège des directeurs médicaux de DMU, le P^r Jean-Marie JOUANNIC, gynéco-obstétricien à Armand-Trousseau, remplace le P^r René ADAM qui n'était pas candidat au renouvellement de son mandat de directeur de DMU.
- Dans le collège des hospitalo-universitaires médecins :
 - Le P^r Zahir AMOURA, chef de service de médecine interne à la Pitié-Salpêtrière, remplace le P^r Hubert DUCOU LE POINTE, nommé directeur de DMU. En l'absence d'un autre radiologue dans la liste des suppléants élus de ce collège, il n'y aura donc plus de représentant de la radiologie jusqu'à la fin du mandat de la présente CME. Pour terminer le point d'information, **le président** remercie le D^r Cyril CHARRON d'avoir accepté de prendre la présidence de la sous-commission *Numérique* en remplacement du P^r DUCOU LE POINTE.
 - Le P^r Jean-Michel MOLINA, chef de service des maladies infectieuses et tropicales à Saint-Louis, remplace le P^r Jean-Yves ARTIGOU, dont le consultanat a pris fin le 1^{er} septembre dernier. Au nom de la CME, le président salue chaleureusement le P^r Jean-Yves ARTIGOU qui s'est constamment investi dans les travaux de la CME au cours de plusieurs mandats, en particulier à la présidence du comité des internes.
- Dans le collège des internes, M. Emmanuel HAY remplace M. Léonard CORTI, auquel il est appelé à succéder à la présidence du syndicat des internes des Hôpitaux de Paris.

Le président indique que la direction des affaires médicales l'a alerté sur le faible nombre de candidatures pour les élections des membres de la CME et des CMEL. La date limite de dépôt des candidatures et des professions de foi est fixée au jeudi 21 septembre à 17 heures.

M. Emmanuel RAISON confirme qu'une alerte est remontée la semaine passée concernant le faible nombre de candidatures pour la CME centrale, et dans une moindre mesure pour les CME locales. Une première relance a permis d'augmenter le nombre de candidats pour le porter à 53 pour la CME centrale. Quarante huit heures avant la date butoir de dépôt des candidatures, il rappelle que les candidats potentiels doivent déposer leur profession de foi avec leur candidature.

Le président invite les membres de la CME à relayer ce message dans les GHU et invite les personnes intéressées, tout particulièrement les femmes, à déposer des candidatures.

Conférence des présidents de CME de CHU

Le président informe que la conférence des présidents de CME est actuellement consultée sur plusieurs dossiers importants : les propositions du rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la permanence des soins dans les établissements de santé, les suites qui, il l'espère fortement, seront données au rapport du P^r Catherine UZAN sur les retraites des hospitalo-universitaires, le plan de rénovation de la recherche biomédicale dans le cadre d'une mission confiée au P^r Manuel TURON DE LARA et à M^{me} Anne-Marie ARMANTERAS, la mission relative aux données de santé pilotée par M. Jérôme MARCHAND-ARVIER et la réforme du financement des établissements de santé.

Ordre du jour de la CME

Le président indique que le point relatif à l'audit sur les enquêtes sur les violences au travail est reporté à la séance du 17 octobre en raison de l'indisponibilité imprévue du P^r Jean-Claude CAREL, en raison de ses nouvelles fonctions au cabinet du ministre de la Santé et de la Prévention.

Le président indique que le projet de mise en place d'un baromètre social a été présenté à la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* le 18 septembre et le sera prochainement à la CME.

Le directeur général précise que le baromètre social a été cité dans le plan d'action « 30 leviers » car il semble important qu'une institution telle que l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris se dote d'un outil de mesure du climat social. Cette même démarche existait au sein de l'assurance-maladie, lorsqu'il dirigeait cette institution, pour sonder un corps social d'environ 80 000 personnes, et les enseignements tirés de cet outil étaient extrêmement précieux. Ce type de questionnaire comprend habituellement une cinquantaine de questions et la répétition de ce baromètre une fois par an permet de mesurer des tendances et de suivre les évolutions. Pour que les réponses puissent être exploitées, il importe que le nombre de répondants soit suffisant. Il s'agit d'un outil managérial intéressant dès lors que les réponses sont analysées et donnent lieu à un plan d'action adapté. **Le directeur général** ajoute qu'un questionnaire est en cours d'élaboration afin de pouvoir lancer la consultation courant novembre. Après avoir analysé les réponses, une restitution pourra être organisée fin décembre ou début janvier au niveau de la CME centrale, mais aussi au niveau des groupes hospitalo-universitaires (GHU) et des DMU. Les résultats pourront également être présentés à la maille du service, dès lors que ce service sera de taille importante et que le taux de réponse sera suffisant.

Le président rappelle qu'un baromètre social avait été lancé à l'AP-HP en 2013. Les résultats de cette consultation étaient instructifs. Cependant, ce qui importe effectivement, c'est qu'ils soient

exploités. À l'époque, la démarche avait suscité une certaine frustration car les résultats de la consultation n'avaient pas abouti à la production d'un plan d'actions en vue d'améliorer la situation.

Le directeur général suppose que les réponses donneront certainement à voir des difficultés, voire un certain mal-être au travail. Il ne pense pas en effet que les résultats seront une surprise. Déjà en 2013, les résultats du baromètre n'étaient guère positifs. Cependant, il sera intéressant de suivre l'évolution des résultats et d'agir en conséquence. Cet instrument doit permettre d'intensifier certaines actions et d'identifier les dimensions sur lesquelles il faut agir plus en proximité

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que la précédente consultation du corps social de l'AP-HP avait eu lieu lors de la direction de M^{me} Mireille FAUGÈRE. Le baromètre avait été commandé à un institut de sondage et cette initiative avait suscité une polémique car le coût de cette démarche avait été relativement important. Il souhaite donc connaître le coût de l'initiative qui sera lancée en 2023.

Le directeur général précise qu'un marché a été lancé et que plusieurs instituts de sondage, mais pas uniquement, y ont répondu. La candidature de l'institut BVA, qui possède un département spécialisé dans les baromètres sociaux, a été retenue. Le questionnaire ne sera pas établi exclusivement par BVA, l'AP-HP y participera pour s'assurer de la pertinence des questions posées. Le recueil et l'analyse des réponses, l'administration du questionnaire et la production des documents de synthèse représentent en effet un coût modéré. Toutefois, l'AP-HP ne pourrait pas réaliser ce travail en interne et celui-ci doit être confié à un prestataire externe.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que le baromètre mené en 2013 avait représenté un coût d'environ 250 k€. Une deuxième édition devait être organisée avant d'être abandonnée car l'annonce du coût avait suscité un tollé. En revanche, les résultats de la première édition de 2013 avaient été instructifs. Malheureusement, ces réponses n'avaient pas été exploitées pour mettre en place des actions permettant de répondre aux attentes des répondants.

Sans pouvoir le confirmer avec certitude, **le directeur général** croit pouvoir dire que le coût de l'édition 2023 ne sera pas de 250 k€.

Le D^r Guy BENOÎT rappelle que les résultats de cette première consultation avaient été présentés en décembre 2013 lors de la première participation de M. Martin HIRSCH à la CME en tant que directeur général de l'AP-HP. De mémoire, ces résultats témoignaient d'un attachement des personnels à leur service. Déjà à l'époque, l'avis sur les pôles était très mitigé. Sans revenir sur les débats ayant déjà eu lieu dans cette instance sur les DMU, il ne souhaite pas que ce n^{ième} questionnaire aboutisse aux mêmes résultats sans provoquer une inflexion. Si tel est le cas, la désillusion sera grande. Un jour, il faudra avoir le courage d'écouter le personnel et d'en tirer les conséquences.

Le président pense que cet aspect est mieux pris en compte depuis environ un an, notamment dans le cadre du plan d'actions des « 30 leviers ». La consultation de 2013 appelait en effet déjà à un recentrage autour du service. Il pense que ce paramètre est aujourd'hui beaucoup mieux pris en considération.

Le directeur général souligne toutefois que d'autres questions autour de la vie au travail se posent, sans lien avec le service ou le DMU. Il y a forcément beaucoup de matière à tirer de ces enquêtes. Par ailleurs, sans vouloir polémiquer, il estime que les mesures retenues sur les DMU sont assez conformes aux conclusions du groupe de travail de la CME sur le sujet.

Actualités du directeur général

Le directeur général souhaite présenter un point sur le passage de l'été. La tension capacitaire de l'été 2023 a été assez équivalente à celle vécue à l'été 2022 avec un pic de fermeture d'environ 37 % sur les lits de médecine chirurgie obstétrique (MCO), c'est-à-dire à un niveau un peu moins défavorable qu'à l'été 2022. Les passages dans les services d'accueil des urgences (SAU) ont été légèrement inférieurs à 2022. Ils ont été plus nombreux pour les personnes âgées de plus de 75 ans, mais moins nombreux s'agissant des patients atteints de troubles psychiatriques. Il a été nécessaire de transférer un nouveau-né au CHU de Rouen le week-end du 15 juillet, car 6 lits de néonatalogie à l'hôpital Trousseau ont dû être fermés en raison de la présence d'une bactérie hautement résistante émergente (BHRe).

Pendant l'été, le nombre d'agressions du personnel des SAU a été particulièrement important, notamment en août avec cinq à six agressions violentes. Ces épisodes rappellent que le travail déjà engagé est à renforcer encore. Le nombre de postes de vigiles sera augmenté pour donner un signal, mais cette réponse ne peut pas être la seule.

Depuis la rentrée, le nombre de passages dans les SAU est élevé, à hauteur de 2 300 passages. Les patients présentant des troubles psychiatriques restent de nouveau longtemps dans les SAU. À date, 7 de ces patients y sont présents depuis plus de 72 heures.

Le directeur général expose ensuite les premières projections sur le passage de l'hiver 2023-2024 dans les services de pédiatrie. À l'hiver 2022-2023, le pic épidémique avait été plus intense et plus précoce que les années précédentes, avec un pic atteint au moment des vacances de la Toussaint. Les projections pour le 1^{er} octobre 2023 tablent sur 56 lits de réanimation pédiatrique ouverts, soit un delta de - 2 par rapport au 1^{er} octobre 2022. La cible consistant à ouvrir 79 lits sera difficile à atteindre, en particulier dans certains services de Robert-Debré, Necker et Bicêtre.

En soins critiques, la situation est plus favorable, avec 54 lits au 1^{er} octobre 2023, soit 16 supplémentaires par rapport au 1^{er} octobre 2022. Ces estimations laissent supposer que l'AP-HP sera au rendez-vous pour la pointe hivernale. **Le directeur général** espère que la vague épidémique sera de moindre intensité qu'en 2022, notamment grâce à l'administration du vaccin Beyfortus[®] qui permet de prévenir les formes graves et qui est proposé dans les services de l'AP-HP, notamment en maternité. Un premier lot de Beyfortus[®] a été reçu et distribué dans toutes les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements concernés. Un suivi très rapproché est en place pour mesurer le taux d'adhésion des parents et déclencher rapidement les réapprovisionnements auprès du laboratoire *Sanofi*. **Le directeur général** pense que l'AP-HP a vocation à tirer la campagne de prévention, plus que n'importe quel autre établissement d'Île-de-France et mieux que la médecine de ville où le circuit est plus long puisque les parents doivent avoir une prescription pour obtenir le vaccin, puis se rendre à la pharmacie, attendre 48 heures et consulter un professionnel de santé pour l'administration. À date, les informations sur le taux d'adhésion ne sont pas encore stabilisées même si certains annoncent un taux d'adhésion compris entre 60 % et 80 %. À l'hôpital Necker où il a effectué une visite ce matin, les équipes lui ont indiqué que les parents étaient plutôt réceptifs au message porté.

Le Pr Jean-Marie JOUANNIC confirme que, pour les trois maternités du GHU AP-HP. Sorbonne Université, le taux d'adhésion est compris entre 60 et 80 %.

Le directeur général indique que, si le vaccin est administré à une majorité de nourrissons nés dans les maternités de l'AP-HP, l'impact sera important.

Le président estime que c'est un signal très positif et que l'impact sera donc loin d'être négligeable avec des taux d'adhésion compris entre 60 % à 80 % d'hospitalisation en moins.

Le directeur général espère que la mobilisation des hôpitaux publics hors AP-HP et des structures privées est aussi forte qu'à l'AP-HP, même si ces établissements n'accueillent pas les enfants atteints de bronchiolite.

Concernant la situation des ressources humaines, il rappelle que les recrutements ont augmenté de 16 % au premier semestre 2023. Sur les sorties des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), plus de 1 000 recrutements en contrat d'allocation d'études (CAE) sont prévus entre août et septembre, soit une progression de 20 % des recrutements par rapport à 2022. C'est d'autant plus à saluer que l'année 2022 n'avait pas été une mauvaise année en matière de recrutement. L'objectif était de réaliser 400 recrutements de plus qu'en 2022 et cet objectif pourrait être atteint voire dépassé.

S'agissant des départs, le premier semestre avait connu une baisse des sorties de - 10 %. Ce taux de sortie recule de - 11 % sur les huit premiers mois de l'année.

Si cette tendance se poursuit, les entrées devraient compenser les sorties en 2022 alors que le solde entrée-sortie était négatif les années précédentes avec la perte de plus de 500 infirmiers chaque année. Par ailleurs, compte tenu de la saisonnalité des recrutements, avec une vague qui intervient au moment de la diplomation, les entrées seront plus nombreuses que les départs en fin d'année. Cette situation permet d'envisager une ouverture capacitaire à hauteur de 400 lits environ entre septembre et novembre, dont 300 lits en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et 100 se répartissant entre la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation (SSR) et les unités de soins de longue durée (USLD). Ces ouvertures devraient conduire à réduire le taux de fermeture de 2,5 points. Si l'effort doit se poursuivre au cours des années à venir, c'est un premier pas dans la bonne direction.

Tous les recrutements ne participeront pas aux réouvertures de lits puisque certains recrutements permettront aussi de remplacer des départs. De plus, certaines absences pourraient conduire à fermer temporairement certains lits.

Des difficultés perdurent pour certains métiers : manipulateurs radio, infirmiers de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE), préparateurs en pharmacie. Certaines spécialités restent aussi en tension, dont la gériatrie et la pédiatrie entre autres qui ne sont pas dans la même dynamique que les autres secteurs MCO. La prudence reste donc nécessaire car un long chemin demeure à parcourir.

À la suite de la décision du tribunal administratif de Montreuil concernant l'hôpital Grand Paris-Nord de Saint-Ouen, **le directeur général** rappelle que l'AP-HP a formé appel au fond et demandé un sursis d'exécution. La cour administrative d'appel a décidé de juger rapidement en jugeant au fond. L'audience a été fixée le 3 octobre, ce qui représente un délai extrêmement rapide. Le jugement pourrait être rendu avant la fin du mois d'octobre.

Le Dr Cyril CHARRON s'enquiert de la situation des soins critiques adultes à l'approche de l'hiver alors que la situation de ces services est également très tendue.

Le directeur général n'est pas en mesure de répondre à cette question en séance.

Le P^r Catherine PAUGAM ne dispose pas non plus de ces informations. Elle signale en revanche que la réanimation médicale de Bicêtre, qui était dans une situation très tendue, a rouvert 4 lits, 4 autres réouvertures devant suivre. Pour les autres services concernés par des lits fermés, la situation reste à l'identique ou en légère amélioration.

Le D^r François SALACHAS souhaiterait savoir si les services en situation de manque d'effectifs sont plus touchés que les autres par les violences à l'encontre du personnel. Par ailleurs, concernant les recrutements, il souhaiterait savoir s'il est exact que le salaire des personnels de nuit sera majoré de 25 %. Si ce point est confirmé, à quelle date cette mesure sera-t-elle applicable ?

Le directeur général indique que les agressions physiques violentes sont souvent le fait de patients présentant des troubles psychiatriques sévères, comme à l'hôpital Ambroise-Paré ou à la Pitié-Salpêtrière. Ces agressions violentes ne sont pas, sauf exception, la résultante d'un énervement après avoir attendu de longues heures. Les violences qui ont eu lieu au cours de l'été sont le fait de patients, non nécessairement identifiés comme à risque à leur arrivée, mais qui déclenchent une crise et agressent le personnel. Il vérifiera cependant s'il existe une corrélation entre les effectifs et les agressions.

Le président indique que les agressions dont il est question ici sont essentiellement le fait de patients ayant des troubles psychiatriques. Les incivilités ne sont pas comptabilisées dans ces agressions.

Le directeur général précise que les agressions qu'il évoque et se sont produites au cours de l'été ont été très violentes, certaines ayant pu entraîner des incapacités temporaires de travail (ITT).

Le D^r François SALACHAS souligne toutefois que des moyens suffisants peuvent être nécessaires pour calmer un raptus et maîtriser un patient instable psychologiquement.

Le directeur général ajoute qu'une information plus détaillée sur la répartition des réouvertures de lits entre le jour et la nuit sera donnée ultérieurement. Par ailleurs, la réouverture de lits d'hospitalisation complète signifie bien la possibilité de rouvrir les lits en journée comme de nuit.

L'annonce concernant la rémunération des personnels de nuit consiste à mettre fin au système d'indemnités horaires forfaitaires issu des mesures du plan de M. François BRAUN de l'été 2022 pour basculer vers une majoration de 25 % à appliquer à la rémunération nominale. La proposition n'est pas d'augmenter la rémunération de 25 % sur la base de la rémunération actuelle incluant l'indemnité forfaitaire. Pour autant, cette majoration conduira à une mesure plus favorable que la situation actuelle.

M. Yann GUITTIER réfute le fait que les agressions soient uniquement le fait de patients présentant des troubles psychiatriques. Par ailleurs, il regrette que l'on assiste actuellement à une banalisation des crachats, des insultes, etc. dans les établissements. Face à ces situations, l'AP-HP n'arrive pas à proposer des solutions. Un cas de la sorte traîne depuis plusieurs semaines malgré l'implication de la direction des affaires juridiques (DAJ) et de la direction des ressources humaines (DRH). Les personnels ne voient rien changer et se demandent si l'AP-HP prend réellement la situation en main. Des personnels préfèrent alors quitter l'Assistance publique car ils ont l'impression que l'administration les abandonne. C'est ainsi que la situation est vécue tant chez les médecins que

chez les personnels non médicaux (PNM) qui considèrent que l'administration fait peu de cas de ces violences. De plus, si des mesures sont prises, elles manquent de transparence et sont peu concrètes.

Le directeur général précise que les agressions dont il parle aujourd'hui sont des agressions physiques très graves qui méritent un partage d'informations en CME, avec des personnels ayant pu recevoir un coup de cutter et d'autres ayant eu des dents cassées. Certes, il existe aussi des incivilités, qui sont sans doute plus nombreuses que par le passé et auxquelles il faut apporter une réponse. Cette réponse est forcément multifactorielle : davantage de vigiles, travail sur les conditions d'attente du public, etc. Il faut aussi que le personnel dépose plainte. **Le directeur général** a demandé aux pouvoirs publics que l'hôpital puisse le faire à leur place, mais cette possibilité nécessite une modification de la loi. Il a cru comprendre qu'il existait un accord de principe pour mettre en place cette évolution, mais il reste à trouver le véhicule législatif adéquat. En attendant cette modification législative, il souhaite que tout professionnel de santé qui subit une violence, une menace, une injure, etc. soit accompagné pour déposer plainte. C'est une protection fonctionnelle qui doit être attribuée systématiquement. Il a également demandé au ministère de la justice que le parquet soit sensibilisé à ces questions pour que les plaintes conjointes soient acceptées systématiquement même sans ITT ou dégâts matériels.

Le P^r Bernard GRANGER revient sur le point précédent pour signaler, après vérification, que le baromètre mené en 2013 avait été réalisé par la société *Ipsos* pour un coût de 280 k€. Il considère qu'il serait intéressant de comparer les résultats qui seront obtenus cette année à ceux obtenus il y a dix ans.

Le P^r Bernard GRANGER observe ensuite que les agressions des personnels aux urgences par des personnes atteintes de troubles psychiatriques semblent être plus fréquentes que par le passé, même si elles ont toujours existé. Cependant, comme certaines structures ambulatoires ferment faute de personnels médicaux et non médicaux, l'état des patients se dégrade faute d'avoir pu être pris en charge et peuvent évoluer vers des états critiques justifiant le recours aux urgences. Aux urgences, ces personnes peuvent agresser le personnel de manière impulsive et imprévisible en raison de leurs troubles, ou c'est l'attente qui empêchera une prise en charge en temps voulu. De plus, l'absence de lits d'aval conduit à ce que des patients nécessitant une hospitalisation psychiatrique restent dans les SAU, parfois dans des conditions indignes, sous contention, attachés sur un brancard ou sédatisés chimiquement, car les équipes sont en nombre insuffisant et n'ont pas de temps disponible pour calmer la violence par d'autres moyens.

Le D^r Vianney MOURMAN demande si la majoration de la rémunération de 25 % ne concernera que les personnels soignants de nuit ou également les agents cumulant jour et nuit.

Le directeur général indique que tout personnel qui travaillera la nuit sera rémunéré sur cette base majorée pour les heures effectuées la nuit.

Le D^r Guy BENOÎT admet que les incivilités sont d'une autre nature que les agressions physiques. Pour autant, il considère qu'un crachat est une agression physique. Il souhaiterait savoir si un recensement des incivilités est effectué afin de pouvoir en mesurer l'ampleur et la charge mentale pour le personnel. Si ce n'est pas le cas, il estime qu'un tel recensement serait utile.

Le D^r Valéry TROSINI-DÉSERT entend le souhait de rouvrir 400 lits d'ici la fin de l'année, mais les recrutements à venir seront essentiellement de jeunes professionnels en sortie d'école. Elle souhaite donc savoir si des cadres de santé seront également recrutés pour encadrer ces nouveaux arrivants au profil junior. Dans les équipes où les jeunes deviennent plus nombreux que les profils expérimentés, il est nécessaire de veiller à l'encadrement.

Le directeur général pense qu'un travail a été mené service par service pour s'assurer de réunir les conditions de la réouverture des lits. Il fait confiance aux chefs de service et à la ligne managériale pour apprécier les situations et veiller à la robustesse du projet de réouverture. Il confirme que les réouvertures de lits s'appuieront pour une bonne moitié sur les jeunes diplômés, raison pour laquelle les réouvertures ne seront pas immédiates, mais s'étaleront sur les prochaines semaines pour laisser un temps suffisant d'intégration. Par ailleurs, il a été enregistré une augmentation significative du nombre de recrutements de personnels en exercice rejoignant l'AP-HP. Ce nombre qui était d'une vingtaine en 2022 s'est monté à une centaine au premier semestre 2023.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 11 juillet 2023

Le compte rendu est approuvé.

3. Rapport d'activité du collège de déontologie (P^r Lionel COLLET)

M. Lionel COLLET indique avoir mis fin à son mandat de manière anticipée en avril dernier et que M^{me} Françoise TOMÉ, conseillère d'État, lui a succédé à la tête du collège de déontologie. Il a été le deuxième président du conseil de déontologie, créé il y a cinq ans, après la démission de M^{me} Maud VIALETES devenue présidente de chambre au Conseil d'État.

Tout établissement public doit avoir un référent ou un collège de déontologie car tout agent a le droit de consulter le déontologue. L'AP-HP a fait le choix de désigner un collège qui fait fonction de référent déontologue. Au fil du temps, le collège a vu ses missions élargies pour devenir également référent alerte et référent laïcité.

Outre son président, le collège est composé d'un vice-président, M. Pascal LEMOINE, avocat général à la cour de cassation, du P^r Marie PIA D'ORTHO, professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH), du D^r Jennifer SOBOTKA, praticienne hospitalière (PH), de M^{mes} Delphine LUX, directrice d'hôpital, de Valérie ACHART, cadre supérieure de santé, Anne-Sophie GINON, maître de conférences en droit, et Valérie HOSPITAL, directrice des affaires juridiques du Centre national de la recherche scientifique (CNRS).

En juillet 2021, les missions du collège ont été étendues à des dispositions relevant du code de la recherche, à savoir les demandes d'autorisation relatives à certains dispositifs. Le contrôle déontologique exercé dans ce cadre permet de vérifier : la participation à la création d'une entreprise dont l'objet est de valoriser les résultats de la recherche publique, l'apport d'un concours scientifique avec possibilité d'une participation au capital social de l'entreprise à laquelle le concours scientifique est apporté, la participation au conseil d'administration ou au conseil de surveillance d'une société commerciale. Le collège a ici pour mission de vérifier l'encadrement de l'exercice de ces fonctions par rapport à celles exercées au sein de l'AP-HP, notamment l'absence de conflits d'intérêts.

Le collège a accusé réception de 18 saisines au second semestre 2021. 83 % d'entre elles, soit 15 saisines, ont été portées par le personnel médical (PM), les trois autres ayant été portées par un personnel administratif ou soignant. Ce nombre de saisines du personnel médical est en forte augmentation et fait suite à l'élargissement des missions du collège aux dispositions relevant du code de la recherche. 15 saisines traitées au second semestre 2021 ont porté sur la recherche publique et les conflits d'intérêts, les trois autres saisines ayant porté sur le cumul d'activité ou sur un départ dans le secteur privé. Avant 2021, c'était le motif du cumul d'activités qui était la thématique la plus fréquente des saisines.

L'activité du collège en 2022 a été marquée par de nombreuses saisines relatives aux dispositifs de valorisation de la recherche publique. Au premier semestre 2022, le collège s'est réuni à neuf reprises, au rythme d'une séance toutes les six semaines en moyenne. 44 saisines ont été reçues dont 30 relatives aux dispositifs de valorisation de la recherche clinique. Toutes ont été présentées par la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) de l'AP-HP. Dans 37 de ces situations, c'est la direction qui a saisi le collège, dans cinq cas, c'est à l'initiative d'un agent et, dans un cas, à l'initiative d'un tiers. 84 % des saisines ont été portées par le personnel médical, 11 % par des soignants et 5 % par des administratifs. 70 % des saisines avaient trait à la recherche publique, 11 % au cumul d'activité, 7 % à un départ dans le privé, 7 % à des conflits d'intérêts et 5 % à des obligations déontologiques.

Début 2022, le collège a été saisi par courrier signé conjointement du directeur général de l'AP-HP, du président de la CME et du président de la conférence des doyens d'Île-de-France afin qu'une réflexion soit conduite en vue de poser les principes permettant de concilier la liberté d'expression et la lutte contre la désinformation en santé, d'identifier la manière dont ces principes pourraient se traduire en une charte et de formuler des propositions en vue d'en assurer le bon respect. Cette demande a conduit à réaliser plusieurs auditions en vue de la remise d'un rapport au second semestre 2022. La difficulté est de concilier liberté d'expression, à laquelle s'ajoute la liberté académique pour les universitaires, et lutte contre la désinformation en santé.

Le D^r Diane BOUVRY souhaiterait que puissent être donnés des exemples illustrant les saisines ayant trait à la recherche publique et aux conflits d'intérêts afin de préciser le champ couvert par le collège.

M. Lionel COLLET explique que la mission du collège porte sur la prévention des conflits d'intérêts, c'est-à-dire sur les conséquences possibles d'une nomination en tant que conseiller scientifique ou d'une participation à une entreprise privée sur l'activité hospitalière. Des contrôles sont ainsi effectués pour s'assurer que la personne visée ne participera pas à des commissions dans lesquelles un avis sera demandé sur un produit de santé sur lequel elle travaille. Il convient aussi de lever tout doute sur la position de la personne dans l'institution par rapport à celle qu'elle occupe en dehors de l'institution. Les fonctions occupées en dehors de l'AP-HP doivent être transparentes.

Le président demande si le collège de déontologie a été sollicité sur une participation à une création d'entreprise.

M. Lionel COLLET répond que la plupart des demandes portent sur le fait d'apporter son concours scientifique à une entreprise, mais quelques-unes portent sur la création d'entreprise. Elles ont permis de faire de la pédagogie sur les dispositions nouvelles qui restent méconnues.

Le président en déduit que le collège a davantage un rôle d'information pour éviter un conflit d'intérêts ou une prise d'intérêts dans une entreprise qui dérogerait à la loi.

M. Lionel COLLET le confirme et rappelle que le collège de déontologie ne décide pas, mais émet des avis. Il éclaire aussi le demandeur sur ce qu'il peut faire ou ne pas faire sachant que le conflit d'intérêts relève du pénal.

Le D^r Emmanuel Bui-Quoc a lu dans le rapport qu'une des saisines avait porté sur le départ d'un agent dans le privé. Il souhaite savoir ce que peut faire l'AP-HP dans ces circonstances lorsque l'agent a déjà intégré le privé.

M. Lionel COLLET précise tout d'abord que cette situation ne devrait pas se produire puisque la demande devrait être préalable. Dans le cas présent, l'information est communiquée à la direction de l'AP-HP et il est légitime que la personne en soit également informée pour en tirer les conclusions. S'il est considéré que cette personne est dans l'illégalité et dans une situation concurrentielle, l'AP-HP peut la poursuivre. Une alternative est de s'assurer de son départ pour toutes les situations où elle aurait à connaître de l'AP-HP dans sa nouvelle entreprise.

Le D^r Guy BENOÎT rappelle que la CME a été consultée en juillet 2021 sur la participation de l'AP-HP à la société *Echopen* pour un montant de 500 k€. Cette société a bénéficié d'un soutien constant de l'AP-HP, notamment pour un essai clinique financé en totalité ou en partie pour 2,7 M€. Un appel de fonds d'*Echopen* a été lancé en 2023 pour un montant de 12 M€. Dans un premier temps, l'AP-HP a annoncé que 15 % des actions étaient réservées. Cependant, du fait de l'augmentation de capital, l'AP-HP ne détiendrait plus que 4 % des actions. En 2021, il avait aussi été annoncé que le dispositif serait commercialisé fin 2021, alors qu'il ne l'est toujours pas. Il s'interroge donc sur ce que sont devenus les fonds investis par l'AP-HP, sur l'avancement du projet et sur l'état des relations entre l'AP-HP et le médecin qui porte le projet.

Le directeur général indique que cette question n'est pas en lien avec le collège de déontologie. Il propose donc de libérer M. LIONEL COLLET. Pour ce qui est de la question posée par M. Guy BENOÎT, il indique tout d'abord qu'il suit de près ce dossier en tant que représentant de l'AP-HP au conseil d'*Echopen*. Le produit d'*Echopen* nécessite un marquage CE. La société est engagée dans l'obtention de ce marquage et a déposé sa demande au premier trimestre 2023. La deuxième phase de la revue clinique vient de s'achever. Il restera une troisième étape à remplir avant de pouvoir obtenir le marquage, possiblement en fin d'année. L'entreprise, qui n'a pas de doutes sur la possibilité de l'obtenir, a d'ores et déjà engagé la fabrication des premières sondes pour permettre ensuite leur commercialisation début 2024. Tout ceci a nécessité d'augmenter les financements de la *start-up*. Pour cela, *Echopen* a fait appel à la Banque publique d'investissement (BPI) et à d'autres actionnaires. À l'origine, l'AP-HP était détentrice de 14 % d'une société valorisée à l'époque à hauteur de 3,5 M€. Elle détient aujourd'hui 10,8 % d'une société valorisée à hauteur de 26 M€. L'AP-HP est certes dilué dans le capital, mais la valeur de sa participation est à date plus avantageuse qu'au démarrage. Le D^r Mehdi BEN CHOUFI, médecin à l'origine du dépôt du brevet, pourra être invité à la CME pour faire un point sur le projet.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle qu'il avait été annoncé initialement que la commercialisation de la sonde serait rapide et que l'AP-HP pourrait bénéficier de ces échographes à un prix préférentiel.

Le directeur général indique que le prix n'est pas encore fixé. La qualité de l'imagerie est égale à celle de ses deux principaux concurrents, qui sont pour l'un chinois et pour l'autre américain, mais pour un prix infiniment inférieur. Une première proposition était que le dispositif soit proposé au prix de 700 €, prix qui pourrait être majoré, mais qui reste bien en dessous du prix proposé par les deux sociétés concurrentes. Par ailleurs, l'AP-HP bénéficie déjà de l'entreprise en tant qu'actionnaire. Le temps de fabrication est très long car une sonde *Echopen* incorpore de nombreux composants dont certains sont frappés par les tensions d'approvisionnement que connaît l'industrie mondiale. Pour cette raison, il ne préconise pas que l'AP-HP capte la totalité des sondes d'*Echopen* dans un premier temps pour ne pas entraver son développement sur le marché.

Le D^r Brigitte SOUDRIE souhaite répondre à M. Yann GUITTIER et revenir sur le sujet des violences aux urgences en précisant qu'un outrage à une personne chargée d'une mission de service public est passible d'une amende de 7 500 € et qu'une violence sur une personne chargée d'une mission de service public sans incapacité de travail ou avec une incapacité de travail inférieure à 8 jours est passible de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. Il vaut donc la peine de porter plainte auprès du parquet.

Le D^r Guy BENOÎT souhaite comprendre comment l'AP-HP peut détenir 10 % des actions compte tenu des augmentations de capital qui ont eu lieu ensuite.

Le directeur général répond que l'AP-HP ne s'est pas fait diluer à due proportion du fait de la prime accordée à l'actionnaire historique.

Le D^r Sonia CERCEAU souhaite savoir où se situe l'usine qui fabrique les sondes *Echopen*.

Le directeur général indique que le produit s'inscrit dans une chaîne de production mondiale, l'assemblage se réalisant dans la région de Lyon.

Le président précise que les chaînes de valeur peuvent être fragilisées dans le contexte international actuel. Cela vaut pour ce produit comme pour d'autres.

Le directeur général confirme que l'accès à certains composants peut être extrêmement long et retarder la production. Cependant, toutes les équipes qui ont testé cette sonde au sein de l'AP-HP en font un retour positif.

4. Actualités des « 30 leviers pour agir ensemble » (M. Nicolas REVEL)

Le directeur général présente un point d'avancement sur le plan « 30 leviers pour agir ensemble ».

Concernant l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants, une prime de tutorat de 172 € par mois a été instaurée. L'objectif est de la distribuer à 1 600 professionnels. Seuls 812 l'ont perçue en août. La désignation des personnels éligibles doit se poursuivre au niveau des services. Le nombre de bénéficiaires pourra dépasser 1 600, nombre qui concerne un octroi de la prime sur 12 mois, puisque les services ont été autorisés à partager cette prime avec davantage de professionnels entre lesquels s'organiserait un tutorat par rotation. Le plus simple serait de pouvoir augmenter le nombre de primes à attribuer, mais un cadrage budgétaire est à respecter.

Concernant le logement, l'objectif était de passer de 600 à 1 200 logements attribués à des soignants. En 2023, 1 021 logements seront attribuables de manière certaine, soit 85 % de l'objectif. Les discussions se poursuivent pour améliorer ce score et atteindre au moins 1 100 logements sur

l'objectif de 1 200. Un travail est à finaliser avec la Mairie de Paris en vue d'un accord sur cinq ans permettant d'attribuer une centaine de logements sur le contingent social de la Ville. Sur la période 2024-2027, 74 % de l'offre est sécurisée à date, mais les discussions se poursuivent avec la Ville de Paris et des bailleurs sociaux et intermédiaires. Un travail de valorisation du parc de l'AP-HP est aussi à mener pour financer l'acquisition de logements qui pourraient être acquis en pleine propriété. Un recensement du parc de logements des GHU a été mené et a mis au jour que certains de ces logements n'étaient plus occupés car n'étant plus en état de l'être. La rénovation lourde de dizaines de logements est donc engagée pour qu'ils soient remis dans le circuit de la location à des soignants.

Concernant la mesure consistant à redonner du temps soignant et médical, l'objectif du plan est de créer 600 postes, soit 300 en 2023 et 300 en 2024. 283 postes ont finalement été créés en 2023 sur lesquels 50 % de recrutements ont été réalisés. La majorité d'entre eux concerne la fonction logistique, 28 % tournent autour du parcours patient et 10 % le support informatique. Le solde touche à des types de fonctions très différentes.

Concernant la possibilité de se doter de schémas horaires alternatifs, 72 services se sont inscrits dans ces projets. Une grande majorité vise un schéma horaire s'apparentant à une semaine de 4 jours. Il semblerait que ces schémas horaires soient attractifs en termes de recrutement tout en recueillant l'adhésion des équipes en place. Ces nouveaux schémas horaires peuvent nécessiter des créations d'emploi. À date, 140 postes ont été créés directement en lien avec la mise en place de ces nouveaux schémas et 58 recrutements sont sécurisés.

Pour les équipes travaillant de nuit, il a été pris la décision de distribuer des tickets restaurant à compter de juin et de financer à 100 % le passe *Navigo*. Le financement en totalité du passe *Navigo* n'a pas pu être acté qu'en septembre, mais la mesure a bénéficié d'un effet rétroactif sur juin, juillet et août. 9 800 agents de nuit ou alternant jour et nuit bénéficient de cette mesure.

Concernant l'informatique, il a été négocié auprès de l'État une enveloppe de 40 M€ pour travailler sur la remise à niveau du réseau et du parc informatique. D'ici la fin de l'année, sera effectué un inventaire systématique de tous les sites et de tous les bâtiments pour dresser un état des lieux des réseaux informatiques et élaborer un plan d'investissement et de remise à niveau. Ce recensement a d'ores et déjà conduit à identifier des réseaux aux normes, mais ayant fait l'objet de problèmes d'installation et/ou de maintenance. Le prestataire sera donc appelé à vérifier toutes ces installations. À date, les travaux lourds n'ont pas commencé et le budget a été essentiellement utilisé pour le remplacement des postes informatiques. 17 000 postes ont été acquis en 2023, soit le double des acquisitions faites en 2022. Environ 25 % du parc a été renouvelé. Un effort de renouvellement du parc sera consenti dans les années à venir pour éviter toute situation de vétusté.

Une enquête a été menée en juin pour sonder la satisfaction des utilisateurs du support informatique. Cette satisfaction s'améliore un peu en 2023 sans être encore à l'optimum. L'objectif est que soit avancé un délai de résolution du problème pour les 50 motifs principaux de sollicitation du support informatique. Ce délai devra être le même dans tous les sites d'ici la fin de l'année. Il sera également rendu public. Cette transparence sera le moyen de donner à voir les délais tenus comme les situations pour lesquelles les efforts restent à faire. Parallèlement, 25 recrutements ont été effectués pour consolider les équipes de support informatique.

Le directeur général revient ensuite sur les thématiques du plan « 30 leviers » pour lesquels un travail reste à mener.

Le premier de ces sujets concerne la simplification et les processus de décision. Début juillet, un document de référence sur les processus ressources humaines, achats, maintenance, etc. a été diffusé. Ce document explicite ce qui doit revenir au niveau du service sur la base de tableaux prévisionnels des effectifs rémunérés (TPER) par service. Il revient aussi sur les règles relatives aux créations et remplacements et sur la mise en place d'un budget de service. Il a demandé à chaque GHU de décliner ce document de référence dans un plan propre à chaque GHU, dans l'objectif de diffuser ce document fin septembre ou début octobre.

Un travail a également été engagé sur les projets de recherche clinique sur la base des 11 sujets identifiés dans le document mis à la concertation en juin. Cette initiative a donné lieu à de nombreuses contributions de la part des commissions recherche des GHU, des unités de recherche clinique (URC) ou à titre individuel. Deux documents seront publiés dans la première quinzaine du mois d'octobre, l'un pour rendre compte de la concertation, l'autre pour en donner une traduction opérationnelle. La concertation conduira à faire bouger des lignes par rapport au document initial avec sans doute davantage de déconcentration de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) vers les URC. Le document finalisé sera présenté au directoire début octobre.

S'agissant du collectif dans les services, un baromètre social sera lancé d'ici la fin de l'année. Pour répondre à l'une des questions posées, **le directeur général** indique que son coût sera trois fois inférieur à celui de 2013. La cohésion des équipes doit être assurée car il s'agit d'un élément majeur de la fidélisation. Cependant, les situations sont très diverses d'un service à l'autre et les problématiques de l'AP-HP ne sont pas uniquement des problèmes liés à une insuffisance de cohésion d'équipe. Pour faciliter l'appropriation de la démarche, il a été élaboré un document aidant à se poser des questions sur les dimensions du travail collectif. Ce type de document peut certes susciter des craintes, certains pensant que la volonté est d'entrer dans un cadre prescriptif, mais tel n'est pas l'objet de cette démarche. Ce document d'environ cinq pages sera envoyé à l'ensemble des chefs de service et des cadres de santé. Il ne sera pas demandé de remplir un questionnaire ou de renvoyer un document en vue d'un contrôle, mais le souhait est bien que les équipes se saisissent de ce document pour avancer dans leur démarche car, même si les situations sont diverses, il existe des marges d'amélioration dans tous les services. Maintenant que les équipes retrouvent de l'oxygène, les tensions liées à la crise sanitaire s'éloignant et les tensions sur les effectifs étant prises en main, il apparaît aujourd'hui nécessaire que le sujet de la cohésion d'équipe soit vu comme une priorité.

S'agissant du volet relatif à la stratégie médicale de l'AP-HP, **le directeur général** rappelle que la projection à trois ans visera à dessiner le potentiel de réouverture capacitaire. Ce sujet a été abordé lors des conférences budgétaires de 2023. Les projections sur 2024, 2025 et 2026 doivent être des sujets d'échanges au sein des GHU et des gouvernances locales. Cet axe devra aboutir à une copie courant novembre.

Au-delà, l'objectif est également de dessiner une projection à cinq ans, projection de moyen terme qui renvoie à des projets et possiblement à des investissements. Il faudra prendre le temps de mener ce travail prospectif. La nouvelle CME qui s'installera en janvier 2024 devra inscrire ces travaux à son agenda de début 2024.

Concernant le parcours patient, il avait été annoncé en décembre qu'un plan patient serait publié en mars-avril 2023, mais ce calendrier n'était pas raisonnable. Il a été pris la décision de revenir sur cet échéancier pour commencer par identifier les sujets. Il a chargé M^{me} Gwénolette ABALAIN de rencontrer les GHU ainsi que les représentants des usagers et représentants des patients pour identifier des pistes à travailler. Ce travail a servi à élaborer un document qui comporte une quarantaine de pistes et qui sera soumis à concertation dans les prochains jours. L'objectif est d'améliorer l'expérience des patients à l'AP-HP sur des dimensions comme les modalités de la prise de rendez-vous, l'accueil et l'orientation, les parcours intra-hospitaliers, les conditions d'attente, le parcours administratif, la qualité des prestations hôtelières, les conditions de sortie, la prise en charge des patients plus fragiles, la manière de parler aux patients, etc. Les retours de la concertation permettront d'élaborer une feuille de route opérationnelle. Ne seront retenues que les pistes sur lesquelles l'AP-HP aura une capacité à faire. La méthode employée sera la même que celle suivie pour le plan « 30 leviers ». Cette première étape a essentiellement porté sur l'organisation interne et sur l'attractivité, mais un autre chantier doit maintenant être mené sur l'expérience patient. Pour la communication de l'AP-HP, c'est également un sujet qui fait sens.

Le président souligne tout l'intérêt que porte la CME aux sujets qui viennent d'être abordés : l'expérience patient, la stratégie, la cohésion d'équipe, l'informatique, les procédures de la recherche clinique et la simplification des processus de décision.

M. Emmanuel HAY demande si les mesures relatives au logement concerneront également les internes.

Le directeur général confirme que des mesures ciblent aussi les internes, même si elles tardent à se concrétiser, l'objectif étant d'identifier si possible de grands logements pour y organiser des colocations. Il en est identifié une trentaine à date.

Le D^r Sonia CERCEAU demande ce qu'il adviendra du matériel informatique qui sera remplacé alors qu'il fonctionne encore. Concernant l'amélioration de l'expérience patient, elle invite par ailleurs à mieux communiquer sur les initiatives prises par les équipes, même sur les initiatives qui ne sont pas concluantes.

Le directeur général est favorable à ce que les expériences, réussies ou non, soient mieux partagées et diffusées au sein de l'AP-HP. Il est convaincu des vertus de cette démarche, mais il sait aussi qu'il s'agit d'un exercice difficile, car il faut cartographier les expériences, en détailler le fonctionnement, mais aussi les partager de manière attrayante afin de donner envie à d'autres de les dupliquer. Il faut sûrement passer par des moments de partage des expériences, par exemple à l'occasion de *webinaires*.

Le P^r Catherine PAUGAM précise que les matériels informatiques remplacés seront recyclés en l'état ou en pièces détachées le plus souvent. Un marché est sur le point de se conclure pour le recyclage des pièces détachées.

Le P^r Anne COUVELARD constate que la prime de tutorat n'est pas accessible aux techniciens de laboratoire alors que le *turn-over* est important dans certaines spécialités comme l'anatomie pathologique. Les techniciens sont fortement impliqués dans la formation des nouveaux arrivants et elle souhaiterait que ces populations puissent en bénéficier également.

Le directeur général explique que le périmètre des professions éligibles à la prime de tutorat n'est pas clos. Une réponse plus précise sera apportée ultérieurement.

M. Cédric CARDOSO demande si la prise en charge totale du passe *Navigo* et la distribution de tickets restaurant au personnel de nuit concernent également le personnel médical. Si la réponse est positive, il souhaiterait savoir si les internes qui participent à la permanence des soins y seront éligibles.

Le directeur général répond que ces mesures ne concernent que le personnel non médical et excluent les médecins et les internes. Aucune réflexion n'est menée à ce stade pour étendre le dispositif.

Le Pr Agnès HARTEMANN demande si la consultation des patients traceurs qui ont été interrogés par les auditeurs de la Haute Autorité de santé (HAS) pourra être utilisée pour nourrir la réflexion sur l'expérience patient.

Le directeur général ne sait pas si l'AP-HP a la possibilité d'obtenir les retours formulés par les patients traceurs. En revanche, l'AP-HP peut exploiter les questionnaires Isatis qui fournissent des données quantitatives, mais aussi des verbatim.

Le Dr Christophe TRIVALLE, concernant le logement, suggère de solliciter la Région Île-de-France en complément de la Ville de Paris.

Le directeur général prend note de cette suggestion.

5. Stratégie « personnes âgées » (M^{me} Claire DAVY)

M^{me} Claire DAVY explique que la stratégie « personnes âgées » doit prendre en compte diverses contraintes. Elles sont tout d'abord démographiques : les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 7 % de la population d'Île-de-France, mais 22 % des hospitalisations. D'ici 2040, le nombre de Franciliens de plus de 85 ans va presque doubler. Ce contexte appelle à prendre des mesures sur l'adaptation de l'offre. D'ores et déjà un passage aux urgences d'une personne âgée sur deux génère une hospitalisation, ce taux passant à deux-tiers pour les plus de 85 ans. L'hôpital qui est une maille du système de santé ne pourra pas tout faire seul. Il conviendra de renforcer les liens ville-hôpital, d'adapter l'organisation des soins et de penser un parcours. La situation est également chahutée par plusieurs réformes, notamment la transformation des SSR en soins médicaux de réadaptation (SMR) pour recentrer l'offre sur la rééducation et la réadaptation et introduire en partie le financement à l'activité. Cette réforme crée des zones d'incertitude sur la prise en charge des personnes âgées. À l'AP-HP, 13 % des séjours peuvent être codés la première semaine en attente de l'admission dans un établissement adéquat, ce qui renvoie à la fluidité des parcours. À l'AP-HP, certains séjours de personnes âgées peuvent être très longs sans raison médicale. Une réflexion collective est nécessaire pour prendre la pleine mesure des répercussions de la réforme qui s'appliquera progressivement en 2023 et 2024.

Les unités de soins de longue durée (USLD) manquent d'une identité lorsqu'ils sont comparés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD). Des expérimentations sur les unités de soins prolongés complexes ont été menées en Ile-de-France mais elles s'adressent à la filière neuro-handicap sans limite d'âge et répondent pas en l'état au besoins de la filière gériatrique.

Sans horizon stratégique clair, l'offre d'USLD risque de s'effondrer avec des lits fermés, c'est pourquoi il y a un enjeu considérable d'attractivité RH sur ce secteur comme sur l'ensemble de l'offre de gériatrie.

M^{me} Claire DAVY revient ensuite sur l'évolution de l'offre gériatrique sur dix ans. Le nombre de lits de court séjour a augmenté de 27 % sur la période. En revanche, dans le temps le nombre de lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques a baissé de 14 %, ainsi que le nombre de lits d'USLD. C'est donc l'activité de médecine aiguë qui a porté le développement récent de l'offre de gériatrie. Parallèlement, 13 filières gériatriques se sont structurées avec des établissements « têtes de pont » jouant un rôle d'animation territoriale y compris auprès d'établissements hors AP-HP. Ces filières remontent vers les tutelles les difficultés constatées sur les territoires. L'activité des équipes mobiles de gériatrie a considérablement augmenté avec un doublement de la file active en quelques années. Depuis la crise COVID et à la demande de l'agence régionale de santé (ARS), les équipes mobiles n'interviennent plus uniquement en intra-hospitalier mais aussi en extra-hospitalier. Elles sont devenues un élément important de la construction des parcours intra-hospitalier et de la diffusion de l'expertise gériatriques, elles concourent également à une meilleure orientation dans la filière de soins Enfin, des innovations organisationnelles ont été embarquées dans le pacte de refondation des urgences, avec la présence de gériatres aux urgences, une accélération de l'admission en direct, etc.

Pour rappel, l'AP-HP a démarré la partition des lits d'USLD en décalage par rapport aux autres CH et CHU. Le principe retenu dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été celui d'une baisse capacitaire avec reconversion de places en ÉHPAD ou solutions nouvelles hors les murs dès que possible. La cible capacitaire a été fixée à 1 772 lits. En regard, des investissements massifs en humanisation sont engagés (Sainte-Périne, Émile-Roux. À date, la baisse capacitaire a été atteinte et même dépassée. Il a donc pu être envisagé de franchir une étape supplémentaire, mais, dans le contexte d'incertitudes actuel, il a été convenu avec les tutelles de rouvrir ces lits dès que possible pour préserver un aval.

Les axes stratégiques sont de donner une impulsion générale en faveur de la gériatrie. Ainsi, la stratégie à 3 et 5 ans prendra en compte l'ensemble du parcours et englobera un axe USLD. Le principe est de s'appuyer sur une animation renforcée autour de la gériatrie. Avec la collégiale, il a été possible d'initier les premières journées annuelles des équipes de gériatrie de l'AP-HP. Il sera également créé une journée d'accueil des jeunes praticiens hospitaliers, l'objectif étant d'identifier les moyens de promouvoir la gériatrie au sein de l'AP-HP. L'axe « personnes âgées » du plan « 30 leviers » est particulièrement suivi. Avec la communauté médicale, le travail de recentrage des USLD sur les patients les plus lourds se poursuit. D'après les résultats d'une enquête menée en 2018, puis en 2023, il ressort que le nombre de patients souffrant de troubles du comportement a augmenté de 37 % tandis que le nombre de patients pris en charge pour des plaies et escarres diminue. Il ressort également que 37 % des patients ont eu un épisode d'acutisation sur cinq jours glissants et que 400 prescriptions ont été revues. Ces éléments illustrent la spécificité des patients accueillis dans les USLD et la force de l'AP-HP au sein de laquelle ces situations sont accompagnée sur le site et n'appellent pas forcément de recours aux urgences à la différence des ÉHPAD. Un audit flash sur les USLD a porté sur la qualité de la prise en charge et a émis des recommandations qui seront incluses dans le plan d'action.

Plus largement sur la gériatrie, dans le cadre de la stratégie 3 et 5 ans, des pistes seront à poursuivre ou à consolider, notamment la poursuite du développement de filières académiques en lien avec d'autres spécialités médicales comme les unités de coordination onco-gériatriques le modèle des unités péri-opératoires de gériatrie sur la prise en charge de la fracture du col du fémur. Il y existe des surspécialisations plaies et cicatrises, le centre ressource régional de la psychiatrie du sujet âgé, etc. et maladies neuro-évolutives doit également être confortée, une labélisation des consultations mémoire et des « centres mémoire de ressources et de recherche » (CM2R) est en cours de renouvellement. La réforme des soins médicaux de rééducation (SMR) au sein de ces filières est à accompagner. Plus largement l'accès à une expertise gériatrique est à développer et la prise en compte des spécificités du public âgé polypathologique dans les services à anticiper et co-construire. Il importera également de conforter la place des pôles d'évaluation ambulatoire alors que l'AP-HP représente 65 % de l'hospitalisation de jour de gériatrie aigüe de la région.

Le président confirme que l'évolution démographique et capacitaire et le défi des ressources humaines sont des éléments d'inquiétude. En outre, si, comme l'a indiqué le directeur général, les nouvelles sur le front du recrutement sont encourageantes, ce n'est pas le cas en gériatrie. Pourtant, la demande en soins augmente et continuera d'augmenter dans les années à venir. À ce contexte déjà difficile, s'ajoute la réforme des SMR, qui ne va pas dans le sens d'une réponse aux besoins.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que la réforme qui conduit à transformer les SSR en SMR introduit une part de tarification à l'activité (T2A), alors que, pour le secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), la tendance est de faire disparaître cette tarification à l'activité. Alors que c'était un engagement du Président de la République, il ne comprend pas pourquoi la T2A serait introduite en psychiatrie et en gériatrie, ce qui serait contre-productif. Par ailleurs, pendant des années, la perspective a été de faire disparaître les soins de longue durée à l'hôpital considérant que ce n'était pas leur place. Or, aujourd'hui, le mouvement inverse s'initie, ce qui constitue un point positif.

Le D^r Vianney MOURMAN s'inquiète de l'absence des soins palliatifs dans la présentation. Plus globalement, il constate à regret que la gériatrie fait un scotome sur la notion de soins palliatifs qui ne sont même pas enseignés dans le diplôme d'études supérieures (DES) de gériatrie.

Le P^r Yves COHEN indique que la moitié des lits d'USLD sont fermés depuis quatre ans dans son service et que trois médecins sont partis. Cela fait donc quatre ans qu'un seul médecin prend en charge l'USLD. En outre, aucun candidat n'a émis le souhait de rejoindre l'unité.

Le D^r Rafik MASMOURI pense qu'une réflexion sur le terme même de gériatrie doit être conduite car les urgences accueillent non seulement des sujets âgés, mais également des patients plus jeunes souffrant d'une détérioration intellectuelle. Or il est extrêmement difficile de trouver un lieu de prise en charge pour ces patients plus jeunes. La psycho-gériatrie souffre également à l'AP-HP. Il ne faudrait pas que la gériatrie devienne une discipline de spécialité par organe alors que certains se déclarent néphro-gériatres et disent ne pas pouvoir prendre en charge un patient souffrant d'une pneumopathie. **Le D^r Rafik MASMOURI** invite à ne pas emprunter la voie de la spécialisation gériatrique car l'AP-HP n'en a pas les moyens compte tenu de ses ressources actuelles.

Le P^r Laurent TEILLET, pour réagir à une remarque précédente, indique que les liens entre soins palliatifs et gériatrie existent bien sur certains sites. Les décisions sont prises collégalement et

beaucoup de gériatres sont formés aux soins palliatifs. De même, de son point de vue, la définition de la gériatrie ne pose pas problème. Les urgentistes savent ce qu'est un sujet gériatrique, c'est-à-dire un sujet polypathologique, en risque de perte d'autonomie, fragile, etc. La mesure 5 du plan urgences a permis de financer un poste de gériatre posté aux urgences. Le souhait est que des internes puissent être en accompagnement pour qu'ils se forment à la prise en charge du sujet âgé aux urgences. Les urgentistes sont très satisfaits de cette mesure et le souhait est que le financement de ce poste puisse perdurer. Enfin, il entend le questionnement sur le risque de la spécialisation, mais cela renvoie aussi à la question du nombre de lits de premier aval et de deuxième aval.

Le P^r Bertrand GODEAU souhaite que la communauté ait conscience que la barre de 75 ans est insuffisante pour définir le patient « gériatrique » et comme l'a très bien exposé le Pr Laurent TEILLET, la gériatrie a pour vocation à prendre en charge les patients fragiles, éventuellement dépendants ou présentant des troubles cognitifs. En raison de l'évolution épidémiologique, toutes les spécialités doivent désormais s'impliquer dans de la prise en charge des patients âgés et les personnes de plus de 80 ans ne présentant pas une fragilité avec des critères très bien définis par nos collègues gériatres ont toute leur place dans un service de spécialité d'organe. À l'inverse, certains patients proches de 75 ans peuvent être fragiles et bénéficier de l'expertise gériatrique. Ces patients sont cependant souvent refusés dans les services de gériatrie au prétexte qu'ils n'ont pas atteint l'âge plancher. La situation n'est pas toujours aussi dogmatique, mais ce sont des situations qui se rencontrent dans certains services. **Le P^r Bertrand GODEAU** estime également que la surspécialisation des SSR gériatriques est utile et est un facteur de progrès médical et d'attractivité pour la discipline mais peut conduire à compliquer l'orientation des malades qui ne remplissent pas les critères d'admission dans ces filières spécialisées. Il faut donc impérativement garder un juste équilibre entre des SSR gériatriques spécialisés et des SSR gériatriques polyvalents.

Le D^r Guy BENOÎT constate que des efforts financiers sont fournis avec un investissement de 188 M€ et un plan d'investissement 2023-2027 de 3,3 Md€, mais les difficultés touchent aussi aux ressources humaines. Aussi il souhaiterait savoir si des mesures sont envisagées en direction des personnels travaillant dans ces services, à l'image de la prise en charge totale du passe *Navigo* et des tickets restaurant proposés au personnel de nuit.

Le directeur général indique qu'il existe un dispositif permettant de déclencher des compléments de rémunération pour les aides-soignants de gériatrie, mais il s'agit d'un cadre national qui n'est pas à la main de l'AP-HP. La piste consistant à donner un signal salarial peut apparaître comme une bonne idée, mais c'est aussi une mesure dont il faut jauger les risques.

La réforme des SSR pour créer des SMR introduit une notion d'activité, ce qui peut sembler à contre-courant du chantier consistant à réduire la part d'activité dans le secteur MCO. Cependant, le financement actuel des SSR sur la base de dotations annuelles de financement (DAF) historiques n'est pas non plus la panacée. Il existe en effet aujourd'hui des différences de financement entre les établissements qui tiennent à des accords historiques avec l'ARS, conduisant à ce que certaines structures soient surfinancées tandis que d'autres sont sous-financées. En tenant ces propos, **le directeur général** ne défend pas la réforme mise en place d'autant qu'elle a un impact défavorable sur le périmètre de l'AP-HP, mais la situation actuelle ne doit pas pour autant être idéalisée car elle est aussi empreinte d'injustice.

Il confirme par ailleurs qu'il souhaite que les places d'USLD soient stabilisées. C'est encore plus nécessaire avec la fin du SSR qui rend les prises en charge de longue durée moins évidentes. En outre, la situation des ÉHPAD en Île-de-France et à Paris restera difficile dans les prochaines années. Dans ce contexte, la question de l'attractivité des USLD se pose. Une piste est que les établissements proposent l'ensemble des prises en charge sans se cantonner à un seul des segments : unité de médecine gériatrique aiguë (UGA), SMR, USLD. Il faut sans doute faire preuve d'imagination pour que des postes de médecins puissent être partagés. Enfin, le sujet des soins palliatifs sera à travailler, même si l'AP-HP fait déjà beaucoup en la matière. Le projet de loi qui pourrait aboutir au dépôt d'un texte sur la fin de vie comportera certainement un chapitre sur les soins palliatifs. Dans ce cadre, il faudra regarder si des prises en charge intermédiaires entre les unités de soins palliatifs et le maintien à domicile sont possibles tout en espérant que l'organisation proposée ne soit pas trop complexe et que le modèle économique de ces structures soit viable. C'est le Pr Franck CHAUVIN qui a été missionné pour réfléchir à ces questions.

Le président ajoute que la dimension universitaire compte également pour favoriser l'attractivité de la filière.

Le directeur général ajoute que, avec le soutien de la collégiale et l'ensemble des gériatres de l'AP-HP, la volonté est bien de faire vivre la communauté et de la faire connaître.

Le Dr Christophe TRIVALLE indique que la gériatrie souffre d'un manque d'attractivité tant du côté du personnel médical que non médical. Il avait été demandé un doublement du nombre de postes aux épreuves classantes nationales (ÉCN), soit 400 postes au lieu de 200 au niveau national, mais actuellement, sur 200, certains postes ne sont pas choisis, ce qui illustre le criant déficit d'attractivité. Dans les USLD, le manque d'attractivité est encore plus aigu. Pour ce qui concerne le personnel non médical, les ratios accentuent le manque d'attractivité puisque c'est un infirmier pour 34 à 36 patients en USLD. Bien évidemment, un infirmier en contrat d'allocation d'études (CAE) ne pourra pas endosser ces conditions. Une prime de 100 € par mois est accordée à tous les aides-soignants travaillant en gériatrie (hôpital ou ÉHPAD) et il pourrait être envisagé d'en faire de même en direction des infirmiers. Enfin, concernant la définition de la gériatrie, **le Dr Christophe TRIVALLE** souligne que la barrière des 75 ans est fixée pour des raisons de places, et que cet âge plancher pourrait être porté à 80 ans avec le vieillissement de la population. La difficulté reste de trouver une prise en charge pour les patients ayant entre 60 et 75 ans et présentant des troubles cognitifs ou du comportement lorsque les neurologues et les psychiatres ne souhaitent pas les accueillir dans leur service. »

6. Mission d'audit sur les enquêtes « violence au travail » (EVT) (M. Éric Molière)

L'examen de ce point est reporté

7. Rapport sur la formation continue à l'AP-HP (M^{me} Gwéno­lée ABALAIN)

M^{me} Gwéno­lée ABALAIN rend compte de l'audit réalisé sur la formation continue. Cet audit a été mené à la suite la lettre de mission signée conjointement par le directeur général et le président de la CME dans le but de dresser un état des lieux de la formation continue et de formuler des recommandations pour nourrir une nouvelle stratégie. Pour mener ce travail, une centaine d'entretiens a été menée dans les groupes hospitaliers et au siège.

Il ressort de ce travail que la stratégie en matière de formation continue est peu définie. La formation continue à l'AP-HP n'est pas conçue comme un outil d'accompagnement du projet stratégique sauf pour le plan « 30 leviers » qui comprend des mesures d'accompagnement et de formation des personnels. Il existe peu de concertation avec les directions fonctionnelles pour prendre en compte les besoins d'accompagnement dans le déploiement des projets stratégiques. Il existe également peu de liens avec les GHU et les sites pour prendre en compte les besoins d'accompagnement et compiler les besoins communs à plusieurs GHU ou sites. Enfin, il est noté une instabilité des acteurs sous le coup d'un *turn-over* important, qui entraîne une perte de compétences qui affaiblit le secteur de la formation continue.

Pour le personnel médical, la règle est de consacrer 0,5 % de la masse salariale à la formation continue, mais l'AP-HP ne comptabilise pas de manière exhaustive les formations. Le budget de la formation continue sert aussi à acheter de nombreuses revues. De surcroît, il n'y a pas de visibilité sur les bénéficiaires de la formation car les compteurs ne sont pas systématiquement mis à jour. Il n'existe pas de données financières sur les crédits disponibles.

Pour le personnel non médical, les textes prévoient de consacrer 0,6 % de la masse salariale à la promotion professionnelle et 2,10 % au plan de formation, soit un total de 2,70 %. L'AP-HP fait un effort plus conséquent en consacrant 4,05 % de la masse salariale à la formation, mais dans une proportion inverse, soit 2,57 % pour la promotion professionnelle, ce qui correspond à un choix institutionnel, et 1,48 % pour le plan de formation. C'est un équilibre qu'il faudra peut-être questionner car l'objectif doit être aussi de pérenniser les jeunes professionnels.

Dans les GHU, la formation professionnelle est bien structurée et proche du terrain. En règle générale, les GHU délèguent une partie importante de leur budget de formation aux DMU, entre 30 et 50 % pour mener des projets dédiés aux DMU dans les services. Il n'existe pas de budget de formation des personnels médicaux (PM) dans les GHU, mais les médecins participent néanmoins à des formations sur des thématiques qui impliquent PM et personnels non médicaux (PNM), notamment sur la certification. Des crédits du PNM sont utilisés pour financer ces formations. Des liens sont par ailleurs tissés entre les équipes en charge de la formation continue et les cellules d'accompagnement RH centrées sur l'accompagnement individuel. La demande de diplôme universitaire (DU) et *master*, formations très coûteuses, ne cesse de croître et ces demandes sont souvent présentées comme un « chantage au départ » notamment de la part des sages-femmes et des kinésithérapeutes.

En central, le département du personnel médical dispose d'un budget centralisé proposant des aides financières pour participer aux congrès, préparer des DU, suivre des formations externes et réaliser des mobilités. Il finance aussi des abonnements aux revues scientifiques. Le centre de formation et de développement des compétences (CFDC) propose un catalogue de formations très large. Ces formations sont gratuites pour les GHU. Ce sont des formations reconnues tant en interne qu'en externe, notamment l'enseignement de management des médecins des hôpitaux (ÉΜΑΜΗ) et les sciences médicales pour les gestionnaires en santé.

La sous-commission *Formation* de la CME dédiée à la formation est très investie et propose des journées de formation sur l'actualisation des connaissances. C'est également un acteur important dans l'attribution des aides financières.

Concernant les outils, il existe un cloisonnement entre l'organisation PM et l'organisation PNM alors même que beaucoup de sujets sont communs. Le système d'information est inadapté avec une multitude d'applications pas ou peu interconnectées entre elles et qui nécessitent des ressaisies. De même, la version du progiciel de gestion des ressources humaines *HR Access* n'a pas fait l'objet d'une montée de version et est incomplète. Le catalogue interne de la formation est peu fonctionnel et non exhaustif. Il ne permet pas de retrouver des formations en effectuant une recherche par mots-clés. Les outils actuels ne donnent pas accès à des statistiques, ce qui ne permet pas d'avoir une vision claire des formations réalisées à l'AP-HP. Pourtant l'offre de formation est riche même si elle présente des lacunes sur la gestion des gestes d'urgences, sur les outils métiers informatiques et en direction des personnels administratifs, logistiques et techniques. Les formats de formation pourraient aussi être revisités. L'essentiel des formations sont proposées en présentiel alors que de nouveaux formats pourraient être proposés (visio-conférences, cours en ligne ouverts massivement [*massive open online course, Mooc*]).

Dans les GHU, des initiatives sont prises pour former les personnels à certaines disciplines comme la pédiatrie et la gériatrie qui ne font pas l'objet de formations dédiées dans les cursus d'institut de formation en soins infirmiers (Ifsi). Dans ces domaines, des certifications AP-HP pourraient être créées pour valoriser les professionnels et favoriser l'attractivité. En outre, les ressources formées à la pédagogie sont peu exploitées pour développer des formations internes. Enfin, le pôle numérique du CFDC n'est pas suffisamment étoffé pour accompagner les besoins.

Une articulation est à développer avec les dispositifs de formation existants, notamment avec le développement professionnel continu (DPC) qui est une obligation pour les professionnels de santé. Très peu de formations sont certifiées DPC, ce qui constitue un handicap, mais aussi un frein pour ouvrir les formations de l'AP-HP aux professionnels libéraux. La certification des professionnels de santé a par ailleurs commencé à se mettre en place le 1^{er} janvier 2023. Elle concerne tous les professionnels à ordre. Un pilotage institutionnel de cette dynamique semble nécessaire au regard des multiples acteurs impliqués.

Le constat qui a été dressé a conduit à proposer un plan d'action. La recommandation est de mettre en place un pilotage stratégique pour structurer un plan de formation pluriannuel tant pour le PM que le PNM et pour engager l'institution dans la re-certification des professionnels. Les recommandations portent également sur les systèmes d'information avec la nécessité de redéfinir les besoins avec l'ensemble des acteurs et de prioriser les plans d'investissement informatique dans la formation continue.

Il est proposé de créer un département de développement des compétences qui définirait le plan de formation, structurerait le fonctionnement de la formation continue, animerait les réseaux de professionnels de la formation continue et développerait les formations DPC. Parallèlement, une académie de l'AP-HP pourrait être mise en place en élargissant les missions actuelles du CFDC pour mettre en œuvre les formations définies dans le plan de développement des compétences, pour mettre en place un catalogue de formation plus ergonomique, pour évaluer la satisfaction des apprenants, pour accompagner les formateurs vers la diversification des formats de formation.

Enfin, le plan d'action propose également d'ouvrir l'offre de formation de l'AP-HP à l'externe car les formations proposées sont de grande qualité. Ces formations pourraient bénéficier à d'autres structures en région non parisienne n'ayant pas les mêmes moyens que l'AP-HP. L'offre pourrait

aussi s'inscrire dans le futur dispositif du ministère de la fonction publique pour diffuser le savoir-faire de l'AP-HP.

M^{me} Gwénoyée ABALAIN propose qu'un comité de suivi soit mis en place pour suivre l'avancement du plan d'action.

Le président constate que de nombreux chantiers sont à mener en matière de formation continue.

Le P^r Marie-Noëlle PERALDI se dit sidérée par les manques existants dans les programmes des IFSI. La formation continue peut jouer un rôle majeur dans l'attractivité et la fidélisation des personnels tant médicaux que non médicaux. C'est donc un sujet qui lui tient à cœur.

Le D^r Cyril CHARRON indique que de nombreux projets de numérisation de la formation sont présentés à la sous-commission numérique, mais beaucoup restent très flous. Or, avant de solliciter la mise en place d'un outil numérique, il convient avant tout de clarifier la demande et le besoin. Il estime que mettre en place une formation certifiante est une excellente idée, mais il invite à ne pas la limiter à certaines spécialités. En plein cœur de la crise COVID, il avait été annoncé que les infirmiers de réanimation, formés à des techniques complexes, seraient valorisés, mais ce projet n'a pas abouti. Il serait intéressant de pouvoir certifier « AP-HP » ces personnels.

Le président précise que la certification de l'AP-HP cible d'abord la pédiatrie, la gériatrie et la psychiatrie pour combler un manque identifié. Cependant ces premières étapes n'excluent pas d'aller plus loin ensuite.

Le P^r Laurent TEILLET ajoute que les infirmiers en gériatrie ont également des compétences techniques et des compétences relationnelles, ce qui pourrait justifier la mise en place d'une formation certifiante.

Le président indique que la CME suivra le sujet de la formation avec beaucoup d'attention.

8. Questions diverses

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite savoir quelles démarches ont été entreprises par l'AP-HP à l'encontre du professionnel de l'hôpital Bichat qui a tenu des propos homophobes sur le réseau « social » numérique *Twitter* et qui a été suspendu à titre conservatoire en mai pour des accusations de harcèlement sexuel.

Le P^r Catherine PAUGAM précise que le Conseil de l'Ordre s'est auto-saisi du sujet et le dossier suit son cours pour ce qui concerne les faits intervenus pendant l'été.

Le directeur général indique que cette personne s'est exprimée dans un cadre non professionnel sur son compte *Twitter* personnel sans faire apparaître son appartenance à l'AP-HP. Cependant, antérieurement à ces faits ayant eu lieu pendant l'été, l'AP-HP avait prononcé une décision de suspension pour un autre motif. Cette décision a été conjointement prise avec la présidence de l'université Paris Cité. Les éléments relatifs à la procédure disciplinaire ont été transmis aux deux ministères compétents. Les autorités judiciaires ont également été saisies puisque les accusations, si elles sont confirmées, recouvrent un caractère pénal.

La séance plénière est levée à 19h35.