

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 4 AVRIL 2023

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 9 MAI 2023

Sommaire

| | | |
|----|--|----|
| 1. | Informations du président | 6 |
| 2. | Approbation du compte rendu de la CME du 7 mars 2023 | 11 |
| 3. | Point sur l'état du capacitaire, de l'activité et des effectifs soignants | 11 |
| 4. | Premiers résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins | 17 |
| 5. | Mise en œuvre des « 30 leviers pour agir ensemble » : | 19 |
| 6. | Réforme des autorisations de radiologie : enjeux et impacts | 26 |
| 7. | Questions diverses | 28 |

CME du mardi 4 avril 2023

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 7 mars 2023
3. Point sur l'état du capacitaire, de l'activité et des effectifs soignants (M^{mes} Laetitia BUFFET et Vanessa FAGE-MOREEL)
4. Premiers résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins (D^r Sandra FOURNIER, P^r Jean-François TIMSIT)
5. Mise en œuvre des « 30 leviers pour agir ensemble » :
 - Aide à l'élaboration des projets de service (P^r Jean-Damien RICARD)
 - Méthode d'élaboration des priorités stratégiques de l'AP-HP en matière d'offre de soins à 3 et 5 ans (P^r Frédéric BATTEUX)
6. Réforme des autorisations de radiologie : enjeux et impacts (P^r Alain LUCIANI)
7. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE (composition A)

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines médicales offerts à la mutation
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines médicales et pharmaceutiques offerts à la mutation

- Assistent à la séance :

• **Avec voix délibérative :**

| | | | | | |
|-----------------|-------------|-----------|----------------|---------------|----------------|
| P ^r | René | ADAM | P ^r | Bernard | GRANGER |
| P ^r | Thomas | APARICIO | P ^r | Agnès | HARTEMANN |
| P ^r | Frédéric | BATTEUX | D ^r | Jean-François | HERMIEU |
| M. | Guy | BENOÎT | P ^r | Sandrine | HOUZÉ |
| P ^r | Bahram | BODAGHI | P ^r | Jean-Louis | LAPLANCHE |
| D ^r | Diane | BOUVRY | P ^r | Éric | LE GUERN |
| D ^r | Emmanuel | BUI QUOC | P ^r | Michel | LEJOYEUX |
| P ^r | Jean-Claude | CAREL | P ^r | Emmanuel | MARTINOD |
| P ^r | Alain | CARIOU | D ^r | Rafik | MASMOUDI |
| D ^r | Cyril | CHARRON | D ^r | Vianney | MOURMAN |
| D ^r | Julie | CHOPART | D ^r | Juliette | PAVIE |
| P ^r | Olivier | CLÉMENT | D ^r | Antoine | PELHUCHE |
| P ^r | Yves | COHEN | D ^r | Patrick | PELLOUX |
| M | Léonard | CORTI | P ^r | Marie-Noëlle | PERALDI-GARDIN |
| M ^{me} | Audrey | DARNIEAUD | P ^r | Claire | POYART |
| D ^r | Jean- | DAVID | P ^r | Jean-Damien | RICARD |
| P ^r | Vianney | DESCROIX | D ^r | Nathalie | RICOME |
| D ^r | Olivier | DRUNAT | P ^r | Rémi | SALOMON |
| P ^r | Jacques | DURANTEAU | D ^r | Brigitte | SOUDRIE |
| D ^r | Georges | ESTEPHAN | D ^r | Namik | TARIGHT |
| D ^r | Thierry | FAILLOT | P ^r | Laurent | TEILLET |
| D ^r | Vincent | FROCHOT | D ^r | Christophe | TRIVALLE |
| P ^r | Bertrand | GODEAU | D ^r | Valery | TROSINI-DESERT |
| | | | D ^r | Michel | VAUBOURDOLLE |

• **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. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

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

- P^r Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- D^r David OSMAN coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) de l'AP-HP
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILLIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

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

- M^{mes} Stéphanie DECOOPMAN, Laetitia BUFFET et P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, directrices générales adjointes
- M. Camille DUMAS, directeur de l'économie, des finances et de l'investissement (DÉFIP)
- M^{me} Marie-Charlotte DALLE, directrice des affaires juridiques (DAJ)
- M^{me} Clémence Marty-CHASTAN, direction de la stratégie et de la transformation (DST)

- M^{me} Vanessa FAGE MOREEL, directrice des ressources humaines (DRH)
- M^{mes} Isabelle JOURDAN, directrice de la communication (DIRCOM)
- M. Florent BOUSQUIÉ, directeur de cabinet du directeur général
- M. Kevin MARCOMBE, directeur adjoint des affaires médicales (DAM)
- M^{me} Christine GUÉRI, directrice de la qualité
- M^{me} Gwénolette ABALAIN, direction générale
- M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, direction générale

- **Invités :**

- P^r JEAN-FRANÇOIS TIMSIT, chef de service médecine intensive et réanimation infectieuse (Bichat)
- P^r ALAIN LUCIANI, président de la collégiale de radiologie et imagerie médicale (Henri-Mondor)

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{mes} Clémence NOURRY et Nathalie DEMEREAU (DAM)

- **Membres excusés :**

M^{mes} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Octave AKAMATSU, Philippe ANRACT, Marie ANTIGNAC, Jean-Yves ARTIGOU, Elie Azoulay, Fadi BDEOUI, Jean-Louis BEAUDEUX, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Valérie BLANCHET, Jacques BODDAERT, Olivier BOURDON, Sophie BLANCHEREAU, Cédric CARDOSO, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Cyril CHARRON, Anne COUVELARD, Tristan CUDENNEC, Loïc DE PONTUAL, Édouard DEVAUD, Hubert DUCOU-LE POINTE, Jen-Eudes FONTAN, Bruno GREFF, Ariane GUDIN, Christian GUY-COICHARD, Émelyne HAMELIN-CANNY, Marc HUMBERT, Éric LE BIHAN, Rachel LEVY, Laurent MANDELBROT, Xavier MARIETTE, David OSMAN, Yann PARC, Louis-Paul PATY, Antoine PELISSOLO, Nathalie PONS-KERKEAN, Louis PUYBASSET, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, François SALACHAS, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMIŁOWSKI, Yasmine SMAIL, Samir TINE, Karine VIRETTE, Noël ZAHR.

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

1. Informations du président

Le président rend hommage au P^r Yves de PROST décédé le 16 mars 2023 à l'âge de 77 ans. Le P^r Yves de PROST a été chef de clinique assistant entre 1980 et 1984, puis professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH) dans le service de dermatologie de l'hôpital Necker-Enfants malades avant d'en devenir le chef de service en 1990 jusqu'en 2014. Il a été membre fondateur de la Société européenne de dermatologie pédiatrique en 1983, puis président de la Société française de dermatologie pédiatrique en 1992, et enfin président de la Société internationale de dermatologie pédiatrique en 1998. Il ne dissociait pas la dermatologie pédiatrique de la pédiatrie adulte et était un interniste convaincu. Élève des P^{rs} Pierre GODEAU et René TOURAINE, il avait un sens aigu de la responsabilité envers la collectivité et a eu des engagements forts dans la deuxième partie de sa carrière. Il a été élu président de la CME locale de l'hôpital Necker, puis de la CME de l'AP-HP entre 2002 et 2007. Il a été conseiller de la ministre de la Santé et président du Conseil national des universités (CNU) de dermatologie. Le P^r Yves de PROST était un humaniste et un homme d'une grande curiosité doté d'un grand sens de l'humour.

Une minute de silence est observée en sa mémoire.

Le président communique ensuite plusieurs informations générales.

Calendrier de la CME

Concernant le calendrier, il indique que la dernière séance de la CME ne se tiendra pas le 19 décembre mais le 5 décembre 2023, afin que celle-ci coïncide avec la fin de la mandature. Il estime souhaitable que le calendrier des élections soit ajusté pour éviter une vacance trop longue entre fin du mandat des membres de l'actuelle CME, le 6 décembre, et la première séance de la future CME mi-janvier 2024.

Directoire

Le directoire du 28 mars a poursuivi l'examen de la mise en œuvre des « 30 leviers pour agir ensemble ». Il s'est ainsi notamment penché sur l'appel à candidatures visant à identifier les praticiens hospitaliers (PH) qui souhaiteraient se consacrer à une activité de recherche clinique à plein temps ou *a minima* à mi-temps pendant un an. En 2023, 10 équivalents postes de PH recherche seront ainsi créés avant d'en consacrer 20 en 2024 et 30 en 2025. Les services d'appartenance des lauréats pourront compenser cet investissement recherche par le recrutement d'un personnel médical. Le président invite à organiser la promotion de ce dispositif afin de susciter des candidatures.

Le directeur général, ajoute que le remplacement du PH dans son activité clinique dans son service d'origine, que l'activité recherche soit à temps plein ou à mi-temps, est une nécessité pour que le dispositif puisse fonctionner dans de bonnes conditions. Pour autant, le remplacement ne sera pas exigé au moment du dépôt de la candidature ni au moment où le candidat sera retenu mais il le sera au moment où le PH débutera son activité recherche, c'est-à-dire dans le courant du deuxième semestre, tout en notant qu'un léger délai d'un à trois mois pourra être accepté si nécessaire.

Le président informe la CME que le directoire a également débattu du dispositif d'intéressement prévu par le plan « 30 leviers ». Cette initiative vise à créer un mécanisme de retour vers les services à hauteur de 20 % de l'amélioration du solde entre dépenses et recettes. Ces crédits pourront être utilisés par les services pour des dépenses d'exploitation hors masse salariale et investissement. En 2023, il sera mis en œuvre dans les seuls services qui relèvent de la tarification à l'activité (T2A). À partir de 2024, il sera étendu aux autres services ayant un financement hors T2A.

Le directeur général ajoute que ce dispositif qui organise un retour économique vers les services contributeurs a déjà donné lieu à débats au sein de la CME en décembre dernier. Il a été posé que la finalisation de ce dispositif nécessiterait un travail associant la CME pour définir plus précisément ses modalités. Ce chantier reste à mener au travers d'un groupe de travail qui associera des représentants de la CME et des représentants des groupes hospitalo-universitaires (GHU) dans l'idée de revenir vers la CME et le directoire fin juin ou début juillet pour stabiliser les règles. Celles-ci devront être compréhensibles, facilement accessibles en termes de données disponibles et contenir une part de péréquation. Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) précise qu'une part de 20 % de l'amélioration économique reviendra vers les services pour financer des dépenses à cadrer mais qui pourraient aller jusqu'au petit investissement. Il reste à déterminer si le dispositif sera mis en place en 2023 ou en 2024 : ce point sera à voir avec le groupe de travail.

Le président ajoute que le directoire a également échangé sur l'élaboration des projets de service et de la charte de fonctionnement des départements médico-universitaires (DMU) dont il sera question dans l'ordre du jour de cette séance.

Conciliation médicale – Violence au travail

Le directeur général et le président de la CME ont conjointement nommé le P^r Jacques POUCHOT, médecin interniste à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) conciliateur médical de l'AP-HP en remplacement du P^r Serge HERSON parti à la retraite. Par ailleurs, un audit sur le dispositif d'enquête violence au travail a été mené par un consultant extérieur sous le pilotage du P^r Jean-Claude CAREL, audit dont les conclusions seront présentées aux instances prochainement.

SAMU 75

Le jury qui était appelé à se prononcer sur les candidatures à la chefferie du service d'aide médicale urgente (SAMU) 75 s'est réuni le 28 mars de 12 à 20 heures pour auditionner les sept candidats ayant répondu à l'appel national à candidatures. Le jury a souligné la grande qualité des sept candidatures et retenu, par un vote à bulletin secret, celle du P^r Frédéric ADNET, actuellement chef du service SAMU–SMUR-accueil des urgences du groupe hospitalo-universitaire (GHU) Paris – Seine-Saint-Denis. La qualité de son projet, ses qualités personnelles, son expérience et sa bonne connaissance de l'environnement francilien doivent lui permettre de prendre la succession du P^r Pierre CARLI. Le P^r Frédéric ADNET prendra ses fonctions dans le cours de l'été. Après 25 ans passés à la tête du SAMU 75, le P^r Pierre CARLI va notamment se consacrer à la réussite de l'accompagnement médical des Jeux olympiques. Le président suggère qu'il soit convié à une prochaine séance de la CME afin de présenter ce dispositif.

Le directeur général ajoute que le P^r Pierre CARLI endosse une mission nationale auprès du ministre concernant l'accompagnement des Jeux olympiques mais il serait intéressant de présenter

également comment l'AP-HP se prépare à assumer ses missions particulières pendant cet événement, puisque ce sont trois hôpitaux de l'AP-HP qui prendront en charge respectivement les sportifs, les membres de la famille olympique et les médias. L'AP-HP devra aussi se préparer à la charge hospitalière liée à la fréquentation de la région capitale pendant l'événement, celui-ci pouvant conduire à demander à certains professionnels de décaler ses congés. Ces différents plans pourraient être présentés d'ici l'été.

Le D^r Patrick PELLOUX revient sur l'élection du chef du SAMU 75 et souligne que les équipes ont mal vécu le fait que le jury ne comporte aucun praticien hospitalier (PH). Elles ont également souffert de la campagne de dénigrement dont elles ont été victimes. Il remercie cependant celles et ceux qui ont rétabli la vérité sur l'action menée au quotidien par ces équipes. Le D^r Patrick PELLOUX fait désormais en sorte que la transition se passe le mieux possible et dans l'adhésion collective. Il indique que le P^r Frédéric ADNET est très ouvert au dialogue. Il espère donc maintenant que la réussite sera au rendez-vous.

Le P^r Bernard GRANGER retient des explications qui ont été données sur le dispositif d'intéressement que les services non financés par la T2A ne seront pas éligibles, dont la psychiatrie. C'est une décision qu'il regrette et il souhaiterait qu'une solution puisse être trouvée pour que les services de psychiatrie puissent être embarqués dans ce système de distribution. Certes, les modes de fonctionnement y sont différents mais le financement de ces services est néanmoins lié en partie à l'activité. Il invite en cela à trouver un moyen astucieux et simple pour que les psychiatres ne soient pas exclus de la mesure, d'autant plus qu'il a été reconnu leur surcroît d'activité à la suite de la crise COVID.

Concernant l'élection de la chefferie du SAMU de Paris, il relève un certain manque de transparence dans le processus. En effet, si le vote était à bulletin secret, le résultat du vote l'a été aussi. En l'absence d'une unanimité autour d'un candidat local, ce qui a été le cas en l'espèce, il faudrait que la procédure soit plus transparente et que la décision apparaisse comme moins arbitraire et secrète, voire que la CME soit associée, même à titre consultatif, pour éclairer le choix du président de la CME. L'essentiel est aujourd'hui que la décision soit bien acceptée par les équipes du SAMU 75, mais il continue de regretter le mystère qui a régné autour de la répartition des voix et de la position du président de la CME. Pour les prochains appels d'offres nationaux ou internationaux, il serait également opportun de définir des règles encadrant la composition des jurys car cette composition peut clairement orienter les choix. Il semble toutefois que cela n'ait pas été le cas pour cette désignation : un candidat semblait pressenti mais celui-ci n'a pas été retenu, notamment car il n'avait pas les qualités managériales attendues.

Le président rappelle qu'il a mandat pour représenter la CME et que le directeur général l'a informé très tôt de la procédure. Le sujet a aussi été évoqué en CME. Aucun mystère n'a donc été entretenu puisque la procédure a bien été discutée en amont. Pour ce qui concerne le résultat du vote, il a été convenu de ne pas le publier dans le détail compte tenu de la composition du jury, afin d'éviter toute déduction sur le vote des uns et des autres.

Le directeur général rappelle que la composition du jury était connue de tous et des candidats eux-mêmes ainsi que la date de l'audition et de la délibération. La procédure était donc transparente. Sur un jury composé de dix membres, le candidat retenu devait recueillir au moins six voix. Certains

membres du jury ont préféré que le détail du vote ne soit pas divulgué, les débats autour dette nomination n'ayant pas toujours été sereins au cours des dernières semaines, et cela afin de protéger les membres du jury qui ne voulaient pas que leur vote puisse être connu.

Le P^r Claire POYART ajoute que le jury était composé de trois représentants de la CME : le P^r Alain CARIOU, le président et elle-même. Le jury représentait donc bel et bien la CME. Elle estime également que la transparence était là puisque les modalités de la sélection ont été communiquées en amont. Par ailleurs, demander que le secret du vote soit respecté était une demande légitime et conforme aux souhaits de tous les membres du jury. Elle remercie le D^r Patrick PELLOUX qui a proposé que le directeur général, le président de la CME et elle-même rencontrent une délégation du SAMU 75. Elle espère que ces échanges seront les plus constructifs possible. Pour terminer, elle indique que les P^{rs} Pierre CARLI et Lionel LAMHAUT sont dans l'attente de rencontrer le P^r Frédéric ADNET pour commencer la phase de transition.

Le directeur général souligne qu'il a appelé le P^r Pierre CARLI, puis l'ensemble des candidats issus de l'AP-HP juste après la délibération du jury. Il confirme également qu'une délégation du SAMU de Paris sera bien reçue dans les prochains jours.

Pour répondre à l'interpellation du P^r Bernard GRANGER sur le « levier 30 », le directeur général explique qu'il n'est pas envisagé de limiter le périmètre d'application du dispositif aux seuls services financés par la T2A, mais l'objectif est de l'étendre à tous les services de soins ainsi qu'aux structures medicotechniques, mais pour lesquels un travail complémentaire est nécessaire. La psychiatrie sera donc bel et bien embarquée dès la première phase. De plus, il serait paradoxal de s'accrocher à la seule T2A au moment même où des réflexions nationales s'engagent pour en réduire la portée.

Le P^r Bernard GRANGER remercie de cette précision et note que le P^r Frédéric ADNET a reçu au moins 6 voix sur 10.

Le D^r Patrick PELLOUX remercie la direction générale et la CME d'avoir accepté de recevoir une délégation du SAMU 75 tout en précisant que cette délégation n'a pas vocation à porter des revendications ni à remettre en cause la décision du jury. Cette rencontre vise simplement à accompagner la transition car les personnels ont besoin d'obtenir des précisions, notamment d'entendre une parole institutionnelle sur la qualité de leur travail et de leur investissement. Ils souhaitent également que soit dit que le rejet des deux candidatures internes n'est pas le signe d'un désaveu. Il ajoute que le P^r Frédéric ADNET viendra parler de son projet de service mardi 11 avril.

Intérim médical

Le président rappelle que la « loi R1ST », entrée en application le 3 avril 2023, plafonne la rémunération de l'intérim médical. La crainte est que certains services, en particulier les services à gardes (urgences, maternités, blocs opératoires), se trouvent en difficulté au sein de l'AP-HP ou en-dehors.

Le directeur général précise qu'il n'y a pas de difficultés identifiées en matière de continuité de l'activité dans les services de l'AP-HP qui recourent à l'intérim médical. En Île-de-France, en revanche, des établissements pourraient être fragilisés, notamment dans des services d'urgence. L'agence régionale de santé (ARS) étudie la situation.

Le président relève que l'intérim médical a pris des proportions très importantes dans certains services jusqu'aux deux tiers dans certains services. Il faut donc comprendre les raisons de cette situation et prendre le mal à la racine. Certains médecins considèrent en effet que leurs conditions de travail et leur rémunération ne leur conviennent pas, ce qui les tourne vers l'intérim. Pour une même tâche à un même endroit, il n'est pas raisonnable non plus d'avoir des praticiens intérimaires rémunérés deux ou trois fois plus que les praticiens permanents. Dans le même temps, il faut s'atteler aux causes de ces situations et revaloriser la permanence des soins. Des mesures transitoires ont certes été prises et reconduites. Il faudrait cependant qu'elles soient pérennisées afin que les effectifs soient composés de plus de titulaires que d'intérimaires même si l'hôpital aura toujours besoin d'intérimaires, mais dans des proportions moindres qu'actuellement.

Gouvernance

À l'occasion de ses vœux aux acteurs de la santé le 6 janvier, le Président de la République, a évoqué la mise en place d'un tandem médico-administratif à la tête des hôpitaux. Dans ce cadre, M^{me} Nadège BAILLE, de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et ancienne directrice générale du centre hospitalo-universitaire (CHU) d'Angers, et le P^r Olivier CLARIS, ancien président de la CME du CHU de Lyon et en charge d'une mission sur la médicalisation de la gouvernance, ont été missionnés pour proposer différents scénarios. Le président a été auditionné en sa qualité de président de la conférence des présidents de CME de CHU au même titre que les présidents des conférences des directeurs de centres hospitaliers et de CHU, et celle des doyens des facultés de médecine.

Quatre scénarios ont été proposés : un tandem constitué d'un directeur administratif et d'un président de CME aux compétences élargies, un médecin directeur général et un directeur adjoint administratif (comme dans les centres de lutte contre le cancer), un directeur général administratif et un adjoint médecin, nommé ou coopté en interne, un tandem ayant une co-direction et une co-responsabilité sur tous les sujets entre un directeur général administratif et un directeur général médecin.

La conférence des présidents de CME de CHU considère que l'enjeu de la médicalisation de la gouvernance se situe aujourd'hui principalement au niveau des services au sein desquels les binômes chef de service / cadre de soins doivent retrouver des capacités d'action réelles et devenir des interlocuteurs reconnus. Concernant l'idée de tandem, elle considère que seul le mode électif donne aux représentants de la communauté médicale la légitimité pour proposer le projet médical. La médicalisation de la gouvernance ne consiste pas à nommer des médecins dans les directions fonctionnelles mais à faire participer les médecins élus de la CME dans leur diversité. Dans les CHU, la gouvernance doit en outre associer les doyens. Au travers de ces propositions, c'est bien le rôle de la CME elle-même qui est questionné car, en fonction du scénario qui sera retenu, la CME n'aura pas le même rôle à jouer. L'un des risques mis en avant par la conférence des présidents de CME de CHU est que la CME soit davantage dans un rôle de corporatisme syndical et de contestation si le directeur médical est un adjoint nommé du directeur de l'établissement, alors que la CME doit jouer un rôle de co-construction dans une relation de confiance entre le directeur général et le président de la CME.

Le président estime que le sujet de la gouvernance n'était pas le sujet le plus urgent. Les recommandations de la « circulaire CLARIS » et les dispositions de la « loi RIST » étaient intéressantes, même si elles restaient un peu floues et qu'il apparaissait nécessaire de préciser le cadre, mais il conviendrait d'abord de les mettre pleinement en œuvre.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 7 mars 2023

Le compte rendu est adopté.

3. Point sur l'état du capacitaire, de l'activité et des effectifs soignants

M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL commente l'évolution des effectifs du personnel non médical (PNM) sur les mois de janvier et février 2023. Les effectifs sont en diminution sur la période par rapport à janvier-février 2022, soit environ – 1 000 équivalents temps plein (ÉTP) en soustrayant les remplacements COVID. Cette diminution des effectifs suit cependant une tendance qui s'infléchit, notamment pour les effectifs infirmiers qui convergent vers la situation d'avant crise sanitaire.

Un travail a été mené sur les métiers en tension sur la base de critères objectifs (décroissance des ÉTP sur les 12 derniers mois glissants et sur les 4 dernières années glissantes), mais aussi qualitatifs après avoir interrogé les coordonnateurs des soins et les directeurs des ressources humaines (DRH) pour obtenir leur ressenti, puisque des effectifs peuvent sembler stables mais être insuffisants eu égard aux besoins. C'est le cas par exemple pour les conseillers génétiques. Ces travaux ont conduit à identifier des tensions pour les métiers suivants : infirmiers diplômés d'État (IDE), infirmiers de blocs opératoires diplômés d'État (IBODE), puériculteurs, sages-femmes, cadres de santé, préparateurs en pharmacie et manipulateurs d'électroradiologie médicale. Cette identification permet d'ouvrir les droits à des mesures du « Ségur de la santé » et à des heures supplémentaires majorées mais aussi un accès privilégié au logement. Les masseurs-kinésithérapeutes sont sortis de la liste des effectifs en tension à l'AP-HP.

Les effectifs d'IDE continuent de baisser (de l'ordre de – 600 ÉTP sur un an) entre février 2022 et février 2023. Un début de stabilisation est toutefois observé puisque les recrutements ont été plus nombreux en 2022 qu'en 2021 (+ 429 ÉTP entre juillet et septembre 2022 contre + 235 entre juillet et septembre 2021). Il est parallèlement enregistré un ralentissement des sorties.

La baisse de - 627 ÉTP en nombre de personnels rémunérés est ramenée à - 149 ÉTP sur la base du nombre de personnels présents. Le présentéisme se calcule sur la base des ÉTP rémunérés auxquels on soustrait l'absentéisme et on ajoute les moyens de remplacement (heures supplémentaires et intérim). L'absentéisme a diminué en 2023 comparé à début 2022 marqué par la « vague Omicron » avec un taux d'absentéisme de 12 % pour les IDE contre 8 % en moyenne.

Le début d'année est structurellement une période complexe en l'absence d'entrées en provenance des sorties d'école, mais un frémissement positif est noté au niveau des départs, lesquels ralentissent. La baisse de la courbe des départs est notée depuis l'été 2022 et, depuis novembre 2022, les départs convergent vers les niveaux enregistrés en 2019. Pendant la crise COVID, les plans blancs avaient conduit à enregistrer moins de départs. D'ici quelques mois, notamment avec les recrutements de l'été, la pression sur les équipes devrait s'alléger. Les heures

supplémentaires diminuent également, ce qui signifie que les ressources sont moins sollicitées, ce qui constitue une bonne nouvelle.

Le directeur général souligne cependant que des progrès restent à mener pour passer d'un solde négatif à un solde positif et s'inscrire dans la durée.

Le Pr Yann PARC constate que le déficit en infirmiers est plus aigu dans certains services (oncologie, hématologie, chirurgie, etc.) là où le soin peut être lourd et où la pression émotionnelle est plus importante.

Le Pr Claire POYART souligne que les techniciens de laboratoire concernés par une permanence de soins devraient figurer dans les métiers en tension.

Le Dr Jean-François HERMIEU souhaiterait que des recrutements directs puissent être possibles de manière ponctuelle pour les services en tension. Ces recrutements directs se heurtent aujourd'hui à des éléments salariaux puisque le taux horaire proposé aux IDE est de 19,50 € bruts alors que le taux en intérim est de 47 € (coût pour l'AP-HP).

Le directeur général indique qu'il faudrait reconstituer la rémunération brute horaire de l'infirmier intérimaire car le taux de 47 € correspond au coût pour l'AP-HP et non au salaire versé au professionnel.

M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL précise que le taux horaire est de 18,80 € bruts pour l'intérim. Cependant, les coefficients de gestion sont très élevés et ce qui explique que l'heure d'intérim soit de 47 €.

Le Dr Jean-François HERMIEU constate que ces chiffres témoignent que l'essentiel du prix revient donc à l'agence d'intérim alors que ces sommes pourraient être mieux utilisées pour des recrutements directs de manière temporaire.

Le directeur général rappelle la volonté de l'AP-HP de recruter des infirmiers titulaires plutôt que de faire appel à l'intérim. C'est tout l'objet des actions visant à améliorer l'attractivité de l'AP-HP. Il rappelle que l'interdiction d'exercer en intérim les premières années après la diplomation pourrait être un facteur facilitateur, même si cette disposition n'a pu encore être inscrite dans la loi dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2023.

M^{me} Valérie BLANCHET signale que des sages-femmes veulent revenir à l'AP-HP, mais ces retours peuvent ne pas aboutir car l'ancienneté de ces professionnels n'est pas reprise.

Le directeur général croit que cette non-reprise de l'ancienneté est imposée par des textes.

M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL signale, concernant la rémunération de l'intérim, que toutes les revalorisations doivent aussi concerner les intérimaires, ce qui rend le problème encore plus aigu. En réponse à la dernière question, elle confirme qu'il est impossible de reprendre l'ancienneté acquise en libéral ou dans le secteur privé car des règles très strictes s'appliquent en matière de reprise d'ancienneté. Des négociations sont en cours avec le ministère pour assouplir ces règles, mais l'AP-HP n'a pas la main sur ce sujet.

Le président souhaite que ces discussions puissent avancer favorablement afin de lever ces verrous.

Le D^r Emmanuel Bui-Quoc souligne qu'il a été annoncé en sous-commission *Activité, Ressources* (CAR) que les recettes à fin janvier 2023 sont au niveau de celles de janvier 2019, à environ 241 M€. Compte tenu de l'augmentation des tarifs de l'ordre de 7- à 8 %, ces chiffres témoignent d'une baisse de l'activité et de difficultés financières possibles.

Le D^r Patrick PELLOUX constate que c'est bien la déréglementation de l'intérim à partir de 2008 qui est venu déstabiliser la pyramide salariale de l'hôpital public. Il est en effet fréquent que des infirmiers refusent un emploi titulaire car l'intérim leur donne accès à une rémunération deux à quatre fois plus élevée. Or, si la « loi RIST » a cité le personnel médical, aucune disposition ne cible le personnel non médical, ce qui est regrettable. Pour les médecins, il indique que la reprise d'ancienneté est possible. Ce faisant, certains médecins venant de rejoindre la fonction publique perçoivent des salaires plus élevés que ceux officiant à l'hôpital public depuis des années. De plus, certains infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) peuvent aussi être mieux rémunérés que les médecins qui effectuent des gardes. En citant ces exemples, le D^r Patrick PELLOUX invite à retrouver le bon sens, c'est-à-dire à mieux valoriser la permanence des soins plutôt que ceux qui ne font qu'une nuit avant de repartir.

M. Yann GUITTIER indique que la présence des intérimaires suscite aussi des tensions dans les équipes avec des titulaires sur les épaules desquels l'activité est plus forte.

M. Kevin MARCOMBE présente ensuite l'évolution des effectifs pour le personnel médical (PM). La sous-exécution pour les PM seniors est d'environ 150 ÉTP par rapport à la prévision, ce qui conduit à ramener la trajectoire au niveau de 2021. Plusieurs éléments expliquent cette sous-exécution. La principale explication est liée à la réforme des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) car, fin 2022, aucune épreuve de vérification des connaissances (ÉVC) n'a été organisée parallèlement au report des commissions nationales d'autorisation d'exercice. Aussi, les services n'ont pas pu recruter de nouveaux PADHUE. Ce décalage devrait pouvoir être comblé en fin d'année. Le rythme annuel de ces épreuves pose plus globalement question. Sur les effectifs titulaires, la sous-exécution est de l'ordre de 10 ÉTP. Cette faible variation peut s'expliquer par les flux des recrutements. La sous-exécution porte très essentiellement sur les contractuels. D'autres facteurs explicatifs pourraient être avancés et sont en cours d'analyse. Par exemple, des GHU remontent que des quotités de temps pourraient varier du fait du nouveau statut. Un effet maquette du 3^e cycle des études médicales pourrait aussi jouer, notamment compte tenu du report d'un an avec la mise en place de la phase de consolidation (docteurs juniors) qui pourrait avoir un impact sur les recrutements de chefs de clinique assistants (CCA). Ces éléments sans doute conjoncturels restent à analyser et confirmer.

M. Camille DUMAS commente ensuite les données d'activité. À fin février, 9 940 lits sont ouverts en médecine chirurgie obstétrique (MCO), soit une baisse de 1,4 % par rapport à février 2022. Le taux de fermeture est en moyenne de 17,6 % dont 19,4 % en médecine et 18,9 % en chirurgie. Ces taux prennent en compte les congés. En soins de suite et rééducation (SSR), le taux de fermeture est plus élevé à 21,3 % (soit 823 lits fermés).

Le taux d'occupation des lits est supérieur à celui de 2022, à 79,7 %. Cependant, une fois corrigé des fermetures de lits, le taux d'occupation réel ou taux d'occupation corrigé (Toc) est de 94,5 % en cumul. Ce niveau très élevé est une constante depuis octobre 2022.

En journées facturables, incluant les hospitalisations complètes et les hospitalisations de jour, l'augmentation est de 3,8 % à fin février 2023, augmentation qui est logique par rapport à février 2022 qui était une période Covid. Cette tendance est tirée par l'ambulatoire, notamment en chirurgie au cours des deux derniers mois.

L'augmentation du nombre de séjours est de 3 % par rapport à janvier-février 2022. Cependant, un effet calendaire est à noter, effet qui est corrigé par convention pour se baser sur un nombre équivalent de journées. Après correction, l'augmentation du nombre de séjours serait de 2 %. Pour la seule activité ambulatoire, l'augmentation est de 8,7 % et de 7,1 % après correction. Il était attendu une activité en hospitalisation complète plus élevée : l'écart par rapport à la cible est de 4,7 %. En revanche, l'ambulatoire suit la trajectoire qui était fixée. En année pleine, la prévision table sur une progression de 1,8 % en hospitalisation complète et de 2,9 % en hospitalisation partielle. Cette évolution attendue est principalement tirée par des réouvertures capacitaires adossées aux hypothèses de recrutement sur le deuxième semestre. L'augmentation de l'activité est donc attendue plutôt sur la deuxième partie de l'année. Concernant les urgences, il est noté une légère diminution de l'activité de 0,7 %. En données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), la reprise d'activité est plus sensible en chirurgie qu'en médecine avec un taux de 4,9 % pour la chirurgie contre 2,2 % pour l'hospitalisation complète en médecine. La dynamique d'évolution et de conversion ambulatoire est plus importante pour la médecine que pour la chirurgie. En recettes T2A, l'activité en volume comme en euros est inférieure à la cible : -4,7 % en volume et -3,1 % en valeur. Cependant, ces chiffres n'intègrent pas les effets d'optimisation du codage mais intègrent le retard d'exhaustivité du codage. Sur un mois, la donnée reste donc fragile et difficile à analyser.

Le Dr Guy BENOÎT constate que la diminution du nombre d'IDE est de l'ordre de 2 % tandis que l'augmentation des journées facturables est de l'ordre de 4 %. Alors que l'attractivité est liée aux conditions de travail, la tendance observée sur les effectifs d'IDE semble antinomique avec la progression de l'activité.

Le directeur général explique qu'il faut prendre en compte la baisse sensible de l'absentéisme à l'AP-HP sur les deux premiers mois de l'année 2023. Cet élément vient nuancer le caractère paradoxal des deux tendances.

Le Dr Cyril CHARRON n'est pas certain que la baisse de l'absentéisme perdure, surtout avec un taux d'occupation aussi élevé qui pourrait épuiser les équipes. Il souhaiterait par ailleurs que soient apportées des explications complémentaires sur la correction apportée sur l'activité en jours ouvrables en fonction du nombre de jours calendaires pour l'hospitalisation complète qui fonctionne tous les jours, week-ends compris.

M. Camille DUMAS explique que la correction porte sur les effets calendaires, par exemple les fermetures de lits associées aux congés, congés qui n'ont pas forcément lieu aux mêmes périodes d'une année sur l'autre en fonction des dates des congés scolaires.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que les PADHUE sont indispensables à l'hôpital public et que certains services ne tournent que grâce à ces médecins. La réforme récente est donc catastrophique. Compte tenu de l'absence d'ÉVC en 2022, des PADHUE n'ont pas pu être intégrés alors qu'il existe des postes vacants. Il espère donc qu'il sera possible de renouer avec les recrutements de gré à gré comme par le passé. Sur un autre sujet, le D^r Christophe TRIVALLE souhaiterait que soit fait un point sur le retour en poste des personnels non vaccinés.

M. Léonard CORTI est très surpris par le taux d'occupation corrigé de l'AP-HP qui, avec un taux proche de 95 %, s'apparente plutôt aux objectifs fixés au secteur privé. Dans un établissement public, afficher de tels taux d'occupation des lits soulève de vraies questions sur la qualité des soins. Avant même de songer à augmenter encore le nombre d'hospitalisations et le nombre d'actes à tarifier à la Sécurité sociale, une réflexion devrait être menée car une grande partie de la perte d'attractivité de l'AP-HP est sans doute liée à cette situation.

Le président confirme que les conditions de travail sont plus difficiles avec un taux d'occupation élevé. Cependant, c'est aussi un taux d'occupation guidé par la demande des patients qui ne peuvent pas être orientés ailleurs.

M. Léonard CORTI rappelle que le modèle de l'hôpital public est basé sur un principe de souplesse avec des périodes pendant lesquelles il n'existe pas cette même tension sur les lits. C'est un problème presque philosophique en grande partie provoqué par la T2A. Plus que les autres, cet indicateur doit alerter.

Le directeur général précise qu'il n'y a pas d'objectif fixé aux services concernant le taux d'occupation. Ce taux d'occupation est la résultante de plusieurs facteurs, dont une tension sur les ressources humaines qui conduit à ce que moins de lits étant ouverts, les services sont particulièrement attentifs à bien les utiliser pour répondre aux demandes des patients en attente de prise en charge médicale.

Le D^r Nathalie RICOME souligne que le but principal de cette réforme des contractuels qui émane du ministère de la santé dans le cadre du « Ségur de la Santé » était de faire progresser le nombre de titulaires par rapport à un nombre de praticiens contractuels anormalement trop élevé notamment à l'AP-HP. Il faudra vérifier que cela se confirme bien dans les chiffres (notamment ratio des contractuels devenus PH depuis cette réforme; et également le nombre de départs vers le privé). Les nouveaux contrats proposés aux praticiens contractuels sont pour la grande majorité de deux ans maximum et non renouvelables à l'hôpital public au niveau national. Le constat, c'est que ces postes très précaires ne permettent pas à tous de devenir ensuite PH titulaire à l'hôpital public. Il n'est donc pas étonnant d'observer une baisse actuelle du nombre de contractuels avec des postes non pourvus dans certains services. Cette fuite des candidats directement vers des postes en contrat à durée indéterminée (CDI) dans les établissements privés semble logique quand, pour beaucoup, aucun avenir stable ne leur est proposé dans le service public excepté pour des temps partiels. Cette réforme a l'avantage de favoriser à moyen - long terme plus de titulaires à l'hôpital public et moins de contrats précaires au long cours pour les praticiens. Le problème est que le budget attribué actuellement est insuffisant pour éviter une fuite des effectifs vers le privé.

Le Dr Emmanuel Bui-Quoc précise que les blocs opératoires souffrent de la diminution du nombre de salles, ce qui joue aussi sur le taux d'occupation. Cette suroccupation entraîne également une surcharge de travail pour les équipes. Par ailleurs, lors de la réunion de la CAR, une inquiétude a été exprimée sur les recettes.

Le Pr Yann PARC explique que les coefficients d'occupation des blocs de son hôpital sont très élevés simplement parce que des salles ont été fermées. Aussi, cet indicateur est peu fiable. Par ailleurs, si ces taux sont élevés, ce n'est pas pour des raisons économiques au vu des taux de remboursement accordés par acte ou par prise en charge mais parce qu'il existe une demande. D'ailleurs, les coefficients appliqués par la Sécurité sociale ne visent pas à prendre en compte le nombre de soins et de personnels mobilisés par acte mais ne sont que des métriques fixées arbitrairement.

M. Léonard CORTI invite à ne pas se montrer naïfs et à reconnaître que des taux d'occupation très élevés font plaisir sur le plan comptable alors que cela fait vingt ans que l'on demande de gérer l'hôpital public comme une entreprise privée. Il existe donc deux visions de l'hôpital qui s'opposent avec un taux d'occupation des lits qui peut choquer en interne mais qui peut satisfaire d'autres parties prenantes. En effet, si l'objectif était de vendre l'hôpital public à la découpe, ces taux pourraient être utilisés pour valoriser l'actif.

Le Dr Patrick PELLOUX souhaite revenir sur la question des PADHUE pour préciser que les ÉVC sont des démarches très longues et très administratives et que les PADHUE quittent l'hôpital public dès qu'ils en ont la possibilité. Penser que les PADHUE sont une solution est donc un leurre. Il indique que des auditions sont désormais organisées en visio pour interviewer des médecins étrangers ne parlant pas français. Pour ce qui concerne les urgences, il rappelle que le *turn over* est très inquiétant dans certains services. À l'hôpital Lariboisière, un infirmier reste en moyenne un an. Les difficultés tiennent au fait que l'aval est quasi-absent. Il avait été en outre promis la mise en place d'un indicateur de besoin journalier en lits mais cette codification n'a jamais été mise en place. Les tensions aux urgences tiennent aussi à une extrême violence. Récemment, un médecin a démissionné de l'HEGP car on la menaçait régulièrement de l'égorger. Les plaintes déposées au commissariat n'ont abouti à rien sauf à des classements sans suite.

Le Dr Patrick PELLOUX estime que les entreprises privées utiliseront le service public pour dégager des profits pendant les Jeux olympiques de Paris 2024 en s'abstenant de recruter les profils adéquats tout en comptant sur les compétences mobilisables de l'AP-HP. En corollaire, il souhaiterait également que soit communiqué de nouveau le montant de la dette que doivent les États étrangers à l'AP-HP.

Le directeur général indique que les chiffres commentés dans le bilan d'activité ne portent que sur les deux premiers mois de l'année et qu'il convient d'attendre d'avoir un recul plus important avant de se prononcer sur la tendance qui sera celle de l'année 2023.

Le président retient que les chiffres des deux premiers mois de l'année sont encourageants, notamment concernant la courbe des départs. Il espère que cette dynamique se confirmera dans les mois suivants.

Le directeur général note toutefois que l'activité se situe en deçà de la prévision, mais une vision au quadrimestre est préférable avant de tirer des conclusions.

4. Premiers résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins

Le Dr Sandra FOURNIER indique qu'il s'agit de la 6^e enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins depuis 1996, ces enquêtes étant lancées tous les cinq ans. Cette enquête consiste à recueillir un jour donné auprès de chaque patient présent en hospitalisation complète les facteurs de risque individuel d'infection nosocomiale, la présence ou non d'une infection nosocomiale et les traitements antibiotiques en cours. Cette enquête a eu lieu entre le 16 mai et le 30 juin. À chaque édition, elle a lieu à la même période afin de l'organiser dans les mêmes conditions. Cette enquête nationale et européenne est menée auprès des établissements volontaires avant qu'un échantillon ne soit tiré au sort. 24 hôpitaux de l'AP-HP y ont participé, pour 8 712 patients inclus. Cette enquête a couvert environ 60 % des 15 000 lits occupés à l'AP-HP pendant la période, ce taux étant représentatif pour toutes les spécialités.

Sur l'échantillon, un patient sur deux a plus de 70 ans (médiane) pour un âge moyen de 62 ans. Ces indicateurs sont stables par rapport aux enquêtes précédentes. Par rapport à la précédente enquête de 2017, les patients ont un état de santé plus sévère avec un espérance de vie de moins de 5 ans dans une proportion plus importante : près de 46 % des patients ont un indice de *Mac Cabe* de 1 ou 2. Les patients ont plus de dispositifs invasifs avec un taux qui passe de 42 % en 2017 à 46 % en 2022 et ont plus de cathéters (au moins 44 % un jour donné à l'AP-HP). Près d'un patient sur trois a un cathéter veineux périphérique. Dans ce cas, le risque est multiplié par 3 d'avoir une infection nosocomiale et par 8 s'il s'agit d'un cathéter central par rapport à un patient sans cathéter. En 2022, il a été enregistré une augmentation de la prévalence avec 8,1 % des patients présents ayant une infection nosocomiale contre 6,5 % en 2017. En excluant les COVID nosocomiaux, ce taux est ramené à 7,1 %, c'est-à-dire que la différence reste significative par rapport à 2017. En médecine, ce taux est stable mais l'augmentation est assez nette en chirurgie avec un passage de 9 % à 12 % des patients avec une infection nosocomiale. Le taux est assez stable pour les autres spécialités. Ce taux est classiquement plus élevé en réanimation (près de 22 %). Un jour donné, à l'AP-HP en 2022, 1 200 patients avaient une infection nosocomiale.

Les infections les plus courantes sont les infections urinaires (1,6 % des patients), puis les pneumopathies infectieuses, les infections du site opératoire et les bactériémies (autour de 1 %), suivies par les COVID nosocomiaux pour 1 % des patients. Il est à souligner ici que l'enquête n'a pas été menée dans une période de forte circulation du SARS-CoV-2. Les germes les plus fréquemment retrouvés sont *Escherichia coli*, suivi par le staphylocoque doré et le *pseudomonas aeruginosa*. Les infections à entérobactéries représentent 2,6 % des infections nosocomiales chez les patients de l'AP-HP présents un jour donné, soit près de 400 patients. L'enquête montre également qu'un patient sur 5 était traité par antibiotiques le jour de l'enquête. Parmi eux, un sur deux était traité pour une infection communautaire et un sur trois pour une infection nosocomiale, le reste des antibiothérapies étant des prophylaxies. La prévalence des patients traités passe de 19 % en 2017 à 20,5 % en 2022. Par spécialité, cette augmentation est relativement stable. En majorité, les infections traitées par antibiothérapies sont des infections respiratoires. Fin 2022, le nombre de frictions avec un produit hydroalcoolique retrouve les mêmes niveaux d'utilisation qu'avant la crise COVID. L'augmentation de ces produits continue à diminuer, ce qui peut participer à l'augmentation de la prévalence des infections nosocomiales. Comme la friction hydroalcoolique est la principale protection, une enquête est en cours pour identifier les principaux freins. Les retours permettront d'adapter les messages de prévention.

Au niveau des services, la recommandation est de renforcer la désinfection des mains par friction hydroalcoolique et de limiter les cathéters veineux périphériques au strict nécessaire alors que certains cathéters sont conservés en garde-veine ou pour un bilan biologique à venir. Or, ce sont des portes d'entrée d'infections évitables. Il est recommandé également d'améliorer la formation des soignants, au moment de la formation initiale des médicaux comme des paramédicaux comme lors de la formation continue. La recommandation est également de soutenir les équipes de prévention du risque infectieux et les équipes opérationnelles d'hygiène (ÉOH). Certains hôpitaux n'ont pas les effectifs recommandés sur le plan national. Ces équipes ont été extrêmement sollicitées pendant la crise sanitaire. Certains départs d'infirmiers et de cadres de santé au sein de ces équipes tiennent en partie au manque de reconnaissance de leur position dans l'hôpital. Il est souhaité également l'importance de disposer de systèmes automatisés de suivi des infections nosocomiales.

Le Pr Jean-François TIMSIT, président du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), indique que la prise en charge de patients plus lourds au sein des établissements fait croître le risque d'une infection nosocomiale. C'est un risque à surveiller de près. À ce titre, l'enquête de 2022 fournit des informations importantes et reflète également la réalité de la situation quotidienne des établissements. La diminution de la friction hydroalcoolique des mains est aussi un indicateur de la fatigue psychologique des équipes. L'augmentation du risque nosocomial du fait de patients plus sévères, d'une charge en soins plus élevée et d'une moindre observance de l'hygiène des mains est à surveiller étroitement. Il convient donc de renforcer les équipes opérationnelles d'hygiène et d'améliorer la réactivité localement mais aussi au niveau de l'AP-HP avec un tableau de bord permettant de suivre de manière plus juste la situation. Pour ce faire, l'utilisation des nouvelles technologies pourrait être une aide utile pour passer les messages et notamment pour toucher les plus jeunes.

Le président constate que l'hôpital accueille en effet des patients plus lourds puisque des lits ont été fermés. La situation trouve aussi une explication dans des personnels éprouvés ayant une charge de travail importante. À ce titre, il serait intéressant de vérifier si l'évolution des infections nosocomiales est en lien avec l'état des effectifs des soignants et des ÉOH. Il ajoute qu'il serait aussi utile de suivre les infections transmises par voie aérienne et d'identifier les moyens de limiter cette transmission.

Le Dr Christophe TRIVALLE s'enquiert du taux de couverture vaccinale des personnels soignants en 2023.

Le Dr Sandra FOURNIER répond que le taux global de vaccination pour l'AP-HP était de 17 %, c'est-à-dire autour de 30 % pour les médecins et de 15 % pour les paramédicaux.

Le Pr Catherine PAUGAM-BURTZ indique que c'est un des taux les plus bas de vaccination contre la grippe depuis cinq ans.

Le président estime qu'un effort considérable doit être fait pour améliorer ce taux.

M. Léonard CORTI demande s'il existe des éléments statistiques qui permettraient de mettre en regard le taux de vaccination et le nombre d'infections nosocomiales. Si cela était le cas, ces chiffres pourraient être utilisés à visée de communication.

Le D^r Sandra FOURNIER signale que des articles scientifiques montrent que plus les professionnels hospitaliers sont vaccinés et moins les gripes nosocomiales sont nombreuses. En revanche, ces chiffres n'existent pas pour le seul périmètre de l'AP-HP. Depuis trois ans, les personnels portaient le masque. À l'avenir, lors des épidémies de grippe ou de bronchiolite, il sera très important de continuer à porter le masque, notamment au regard du faible taux de vaccination.

Le président espère que le port du masque restera un réflexe au moins pendant les périodes d'épidémies hivernales.

Le P^r Claire POYART indique qu'il a été démontré que le taux d'infection invasive et d'endométrite du post partum chez les femmes avait été fortement réduit grâce au port du masque par les gynécologues obstétriciens pendant la crise COVID. Cependant, il est noté aujourd'hui une réapparition de ces infections à streptocoques car il est noté un relâchement dans le port du masque.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si le vaccin haute dose contre la grippe pourrait être disponible pour les services de gériatrie.

Le D^r Sandra FOURNIER sait que ce sujet sera abordé lors de la prochaine réunion de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS).

Le président confirme qu'il serait important que ces patients puissent disposer de ce vaccin puisque ce sont ces patients âgés qui font des formes graves.

5. Mise en œuvre des « 30 leviers pour agir ensemble » :

Le président indique que la charte des départements médico-universitaires (DMU) est soumise à la relecture du groupe *ad hoc*. Ce document devrait être présenté à la CME en mai. Comme pour les projets de service, il s'agit bien d'un guide, d'une aide à l'élaboration. L'idée est que les binômes chefs de service-cadres des services composant le DMU s'accordent pour organiser les circuits de décision et, donc, préciser les délégations qui doivent être faites aux DMU et aux services. Cette répartition des décisions est très attendue par les services.

• Aide à l'élaboration des projets de service

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ indique en introduction que la trame qui va être présentée est un guide d'élaboration. Le document revient sur les grands thèmes qui participent à l'attractivité et à la fidélisation du personnel, à savoir mieux recruter, accueillir et fidéliser, améliorer la conciliation vie personnelle – vie professionnelle et favoriser la vie d'équipe et la cohésion au sein des services. Pour améliorer l'attractivité des carrières médicales, il est proposé notamment d'identifier les missions cliniques et non cliniques des membres de l'équipe médicale, de décliner une organisation médicale de service adaptée et de formaliser les entretiens individuels des personnels médicaux. L'organisation de cet entretien est demandée notamment par les plus jeunes. Ces entretiens doivent permettre de consacrer un temps d'échange avec le chef de service pour avoir un retour sur la vie du service et sur les souhaits d'évolution du médecin. Sur la thématique d'une meilleure conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle, le projet de service propose de mieux intégrer les équipes de nuit dans la vie du service, notamment en adaptant les réunions et en

organisant des passages entre les équipes. Sur la vie de l'équipe et la cohésion au sein des services, il y est évoqué notamment la participation des paramédicaux aux visites des médecins et des staffs, l'organisation de temps d'échanges réguliers sur les problèmes quotidiens du service, l'organisation de revues de morbidité et de mortalité (RMM) communes et la planification de temps de formation communs. Le guide présente un socle d'items dont les services sont invités à s'emparer prioritairement, selon une méthode de travail nécessairement collective pluriprofessionnelle et collaborative. Le projet de service doit être porté par le binôme chef de service - cadre de santé, fruit des réflexions de l'équipe. Au-delà de ce socle managérial et organisationnel, le guide reprend également les dimensions classiques d'un projet de service. Les services pourront s'en emparer au gré de la révision des projets.

Le guide du projet de service a fait l'objet de nombreuses concertations : en comité de direction, en directoire, en sous-commission *Vie hospitalière & attractivité* (CVHA), en CME, etc.

Le Pr Jean-Damien RICARD indique que le guide s'appuie sur les remontées issues de différentes enquêtes donnant à voir l'insatisfaction sur la manière dont étaient prises certaines décisions au sein des services. Plusieurs versions du guide ont été élaborées. La première version était extrêmement détaillée, reprenant toute la fiche d'identité d'un service, et peut être communiquée sur demande à ceux qui préfèrent une version très exhaustive. Une version plus épurée a également été travaillée.

Pour donner tout son poids à ce projet de service, il doit être élaboré conjointement avec l'encadrement du service et en concertation étroite avec l'ensemble de l'équipe. Il doit ensuite être présenté en conseil de service pour validation collective. Certains services ont déjà procédé à cette présentation du projet à l'occasion d'un renouvellement ou d'une nomination. Dans ce cas, le document pourra être complété ou retravaillé suivant les besoins.

Le projet de service doit revenir sur les missions du service : son projet médical, son projet de soins et son projet qualité. Il est proposé que les services décrivent leurs activités dans les grandes lignes ainsi que les pathologies, spécificités, expertises, activités de recours, parcours patients, etc. La contribution du service et ses interactions avec son DMU de rattachement doivent être développés ainsi que l'ancrage territorial et les liens privilégiés avec d'autres services du GHU. Le projet de service devra aussi décrire les grandes lignes des activités de soins (expertises, éducation thérapeutique, pratiques avancées, etc.) Le document décrira les démarches engagées pour garantir la qualité et la sécurité des soins (labels, indicateurs). Les initiatives d'engagement collectif permettant de fédérer le service pourront être reprises.

Le projet de recherche sera décrit avec les liens éventuels du service avec une unité labellisée ainsi que son appartenance à des réseaux de recherche. Il reviendra sur les principales thématiques de recherche (clinique et translationnelle) ainsi que sur les essais en cours, les financements obtenus et les brevets déposés. Il précisera la promotion de la recherche paramédicale et les moyens mis en œuvre pour son développement d'autant que c'est un élément cité dans de nombreuses enquêtes. Le projet s'attachera aussi à décrire la façon dont est organisée et gérée la recherche dans le service.

Pour ce qui concerne le projet pédagogique, seront rappelés les agréments obtenus par le service et son unité de formation et de recherche (UFR) et université de rattachement, l'organisation et les

modalités de l'enseignement dans le service (pour tous les personnels : étudiants de deuxième cycle, internes, élèves des différents instituts, personnel paramédical). Une attention particulière sera portée à la promotion d'enseignements pluriprofessionnels et l'intégration de nouvelles modalités de développement des compétences telles que la simulation. Enfin, les actions en faveur de la formation continue des équipes pourront être décrites en direction des équipes internes comme en direction de la médecine de ville.

Concernant le projet managérial, le projet de service s'attachera à décrire le plus précisément possible les modalités de fonctionnement du binôme cadre de santé- chef de service (régularité des rencontres, etc.), les modalités d'accueil des nouveaux arrivants (organisation de journées d'accueil, livret d'accueil, tutorat), les modalités de prise de décision (gestion des plannings, répartition des tâches administratives, participation aux activités transversales, participation à la recherche, etc.) et les actions en faveur d'une plus grande concertation et cohésion entre personnels médicaux et non médicaux et d'une meilleure concordance des temps, notamment au travers de la mise en place d'espaces de dialogue sur le travail en vue d'améliorer le fonctionnement du service, la coordination des équipes, la prise en charge des patients et la qualité de vie au travail des professionnels.

Concernant le projet managérial, le projet de service décrira l'organisation et la tenue des entretiens de service, des conseils de service et des entretiens annuels médicaux, désormais obligatoires, ainsi que la composition et la fréquence de ces réunions et les modalités de communication et de diffusion de l'information, notamment des comptes rendus de ces réunions. Le projet de service reviendra aussi sur les actions en faveur du repérage et de la gestion des situations individuelles difficiles, sur les actions en faveur de l'accès à des responsabilités tant pour les personnels médicaux que paramédicaux, sur la promotion de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, sur les valeurs dans les relations de travail, dans la diversité, l'équité et l'inclusion et sur les relations avec les usagers et les associations de patients.

Le projet de service reviendra également sur les valeurs défendues par le service. Un focus pourra être fait sur les valeurs mises en œuvre dans la prise en charge des patients. Il existe d'ores et déjà des chartes : de la personne hospitalisée, des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, de la bientraitance.

Il précisera l'organisation médicale quotidienne détaillant l'emploi du temps des différents acteurs. L'organigramme du service pourra aussi figurer dans cette partie.

Pour terminer, le Pr Jean-Damien RICARD souhaite remercier tous ceux qui ont relu et apporté leur contribution au document.

Le président souligne que le projet de service est aujourd'hui plus ou moins présent et plus ou moins incarné suivant les endroits. L'objectif est qu'il soit désormais systématisé et qu'il fixe quelques grands principes sur l'organisation de la vie d'équipe. L'objectif est aussi de fidéliser de davantage les jeunes personnels. Il devra aussi prendre en compte le personnel de nuit, parfois oublié dans la vie d'équipe. C'est une démarche qui est encouragée car elle contribue à la bonne ambiance au sein d'un service.

Le D^r Patrick PELLOUX souhaiterait que la charte pose aussi le principe du non-cumul des mandats et du respect de la parité. Il suggère également que le projet de service précise quelles sont les personnes recours à solliciter en cas de conflit, notamment lors de conflits avec les patients. Il insiste sur ce point car la violence est de plus en plus présente, encore exacerbée par les réseaux sociaux.

Le P^r Agnès HARTEMANN souligne que la description du service proposée dans le document fait penser aux services « à l'ancienne ». Sur le fond, elle souhaite cependant savoir comment s'inscrit ce projet de service par rapport à l'enquête portant sur la délégation, notamment des décisions concernant le recrutement des personnels et la gestion des horaires. Elle ne voit pas non plus le lien entre le projet de service et la charte de DMU.

Le président explique que la charte des DMU doit permettre de dire ce qui relève de la compétence du service, du DMU ou de la direction, même si ces principes peuvent être rappelés dans le projet de service.

Le directeur général souligne que plusieurs sujets doivent être distingués même s'ils sont en rapport les uns avec les autres, chacun concourant à l'objectif de converger vers des processus de décision plus clairs et davantage rapprochés du terrain. Ce guide dont le principe a été posé dans les « 30 leviers » se veut un mode d'emploi pour l'élaboration des projets de service des grands principes fixés dans les « 30 leviers ». Cependant, selon le directeur général, la mise à disposition du guide ne doit pas nécessairement conduire les 800 services de l'AP-HP à réécrire leur projet de service dans l'immédiat. D'ailleurs, certains services l'ont réécrit récemment et d'autres ont d'autres priorités immédiates. Leur demander de se relancer dans cet exercice n'aurait pas de sens. Il est en revanche indispensable que tous les services se penchent sur leur organisation et leur fonctionnement internes relative au travail collectif, à la cohésion et au management. Si cet auto-diagnostic conduit à identifier des marges d'amélioration, des ajustements devront être proposés. Pour ce faire, quelques recommandations de méthode seront à proposer pour aider les services à se saisir de ces questions de manière la plus collective possible car ce travail ne devra pas être de la responsabilité du seul chef de service et des cadres de santé. Si des services souhaitent profiter de la mise en place du guide pour revoir leur projet de service, ils pourront le faire, mais ils pourront aussi attendre l'échéance prévue.

Pour ce qui concerne la délégation de compétences, dans la suite du questionnaire envoyé en janvier, le travail est en cours. Ce travail fin nécessite du temps et il est possible que cette analyse n'aboutisse pas avant fin mai, d'autant plus que la réflexion porte aussi sur les éléments qui pourraient donner lieu à simplification. L'objectif est cependant bien de poser des repères clairs sur les décisions à prendre par les services ou par le DMU à la maille de l'AP-HP, même si DMU et services pourront en décider conjointement autrement.

Le président précise que ce travail devra conduire à confier au service des compétences qui lui ont échappé au cours des dernières années. Il faut donc envoyer un message général à tous les services, puis des nuances pourront être apportées suivant les endroits.

Le P^r Agnès HARTEMANN regrette que les deux projets n'arrivent pas en même temps car il est difficile d'écrire un projet de service sans connaître le contour de la délégation des missions.

Le directeur général rappelle que les services ne sont pas dans l'obligation d'actualiser leur projet de service. Les services qui feront face à un renouvellement de mandat pourront se saisir de ce guide pour écrire leur projet. Les services qui souhaiteront saisir cette opportunité pour repenser leur projet de service pourront aussi le faire mais avec une échéance à la fin de l'année. La charte des DMU, quant à elle, devra être travaillée après la constitution des départements et la nomination des directeurs, c'est-à-dire après l'été. De même, le projet de service doit être élaboré après avoir pris ses fonctions et les projets évoqués concernant le SAMU 75, par exemple, n'est qu'un dossier de candidature et pas encore un projet de service dont la définition doit associer toute l'équipe.

Le D^r Diane BOUVRY constate que le guide n'aborde pas la question du renouvellement des chefferies de service, alors que c'est un sujet souvent méconnu des équipes. Elle estime d'ailleurs que le manque de renouvellement ne joue pas en faveur d'une meilleure représentation des femmes et des praticiens hospitaliers. Pour la direction des DMU, il remonte peu de candidatures féminines. Les cumuls pourraient donc rester assez nombreux. Pour cette raison, elle estime que la question du renouvellement doit être davantage mise en avant, y compris au niveau des services.

Le président rappelle que le principe du non-cumul des responsabilités de directeur médical de DMU et de chef de service a été posé pour les renouvellements à venir. Les exceptions devront être assorties de conditions sur l'exercice de la chefferie de service. Cela pourrait par exemple consister à préparer la succession à la chefferie de service car il s'agit d'un processus qui se prépare dans le temps et qui doit être mûri.

Le D^r Valéry TROSINI-DÉSERT remercie les auteurs de ce projet mais elle reste toutefois perplexe quant à sa portée. Il est utile qu'un projet de service soit rédigé s'il n'existait rien auparavant, mais elle redoute que cette initiative ne soit que cosmétique sans changement réel au sein des équipes. Alors que le guide comme la charte ne sont pas des documents opposables, elle s'interroge sur la mise en œuvre réelle de ces principes.

Le président rappelle que, déjà sous la précédente mandature, dans le cadre de l'élaboration du plan dit « RH-PM », la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) avait souligné que la qualité du management du service devait être appréciée dans le cadre de la procédure de renouvellement, ce qui écarte donc le principe d'un renouvellement automatique du mandat au profit d'une évaluation globale dont la qualité du management constitue un élément essentiel. Cette approche pourrait être plus en phase avec un contexte où la culture change : aujourd'hui, certains chefs de service envisagent d'exercer seulement un voire deux ou trois mandats maximum sur l'ensemble de leur carrière.

Le président ajoute que, en ce qui concerne le volet du management paramédical, il est également souhaitable que le cadre de santé puisse avoir plus d'autonomie dans l'exercice de ses missions.

Le directeur général souhaite que le socle qui sera demandé aux services et aux unités fonctionnelles (UF) soit très précis afin de leur donner des repères sur les attendus.

Le P^r Emmanuel MARTINOD estime que le guide est assez équilibré car il fixe un cadre tout en offrant une certaine liberté. Il permet aussi au service de revenir au centre du jeu. Aujourd'hui, il faut éviter les extrêmes : dans certains services, il n'y a aucun dialogue et, dans d'autres, des excès de notre monde (ex. des « happyculteurs »). Par ailleurs, la vie hospitalière est souvent perturbée par des

conflits, parfois provoqués par le fait que des PU et PH soient nommés sans consulter les équipes. Or toute nomination de titulaires devrait donner lieu à une discussion.

Le P^r Jean-Damien RICARD précise que la prévention des conflits est bien citée dans le guide dans le point relatif aux actions en faveur du repérage et de la gestion des situations individuelles difficiles. Le projet de service pourra être remis aux nouveaux arrivants pour leur faire découvrir le service et son fonctionnement. Pour que le projet soit collaboratif, à l'occasion d'une réunion de service ou d'un conseil de service, un appel à participation peut être lancé pour faire participer les membres de l'équipe sur leurs domaines de compétences.

Le D^r Guy BENOÎT rappelle que tout projet sans évaluation ne peut pas aboutir comme tout code de la route sans radar ne peut pas aboutir à un respect des règles de la sécurité routière. Cette situation est encore exacerbée en France où tout un chacun a tendance à penser que les règles sont pour les autres et non pour soi-même. Aussi, tant qu'une évaluation ne sera pas réalisée, ces règles ne seront pas respectées. Demander à ce que les membres d'une équipe évaluent leur chef de service n'a pas une visée de sanction mais revient simplement à dire que les chefs de service n'ont pas reçu un chèque en blanc.

Le P^r Bernard GRANGER n'est pas un fervent défenseur des procédures bureaucratiques et estime que la formalisation des règles de fonctionnement du service est assez irréaliste. Le projet de service peut ressembler à une « lettre au père Noël ». Il plaide plutôt pour des projets de service minimalistes donnant lieu à des évaluations mais qui ne seront pas basées sur le contenu du projet de service, qui est d'ailleurs non opposable. De plus, les projets de service décrivent parfois une sorte d'idéal et des attentes déconnectées de la vraie pratique.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que les résultats du questionnaire réalisé en janvier 2023 aboutissent à une quasi-intégralité des décisions à prendre au niveau des services. Une décision devra donc être prise et il préfère que celle-ci revienne au niveau central qui pourra prendre une décision collective qui vaudra pour tous les GHU. Par ailleurs, une fois que la délégation de compétences sera fixée, les missions à la main du service devront figurer dans le guide d'élaboration du projet de service.

Le directeur général indique que ce sera aux auteurs du projet de service de vérifier s'il fait sens de rappeler dans le projet de service des principes actés au niveau de toute l'AP-HP. Concernant la chronologie, le travail sur les processus de décision devrait être terminée fin mai début juin. Le renouvellement des DMU aura lieu ensuite en juillet. Les actualisations ou écritures des chartes de DMU et des projets de service suivront.

• **Méthode d'élaboration des priorités stratégiques de l'AP-HP en matière d'offre de soins à 3 et 5 ans**

Le P^r Frédéric BATTEUX rappelle que le levier 23 des « 30 leviers » vise à arrêter des priorités stratégiques en matière d'évolution de l'offre de soins à 3 et 5 ans. Le principe est de partir de l'état actuel objectivé de l'offre de soins de l'AP-HP et des difficultés de l'Institution (crise Covid, crise des ressources humaines, fermeture de lits) pour la doter d'axes stratégiques et opérationnels avant l'été 2023, ou avant la fin de l'année, pour projeter l'offre de soins à 3 et 5 ans sur les grands axes du projet médical d'établissement. L'objectif n'est pas de réécrire le projet médical ni celui de la

CME et des GHU mais d'actualiser le projet médical pour le rendre plus opérationnel. Le travail sera mené autour de trois axes : tirer les conséquences des évolutions des deux-trois dernières années en termes d'activité ; réfléchir par grandes spécialités aux enjeux capacitaires, modes de prises en charge, besoins d'investissements ; inscrire les évolutions dans une logique territoriale intra- et extra-APHP.

La première étape de ce travail sera de partager des éléments de diagnostic avec les GHU, notamment les grandes évolutions d'activité et du capacitaire sur les disciplines médicales et chirurgicales des cinq dernières années et les points d'inflexion récents du positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence des autres centres hospitaliers (CH), établissements privés et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC). En lien avec les collégiales interrogées, il faudra aussi identifier les enjeux actuels et à venir en termes d'évolution épidémiologique, et d'innovations médicales, thérapeutiques et organisationnelles pour chaque discipline à même d'impacter l'offre de soins dans les 3 à 5 ans. Il conviendra aussi de dresser un état des lieux des moyens en personnel médical et personnel non médical dédiés à chaque service sur toutes les disciplines ainsi que les perspectives en matière de démographie médicale par spécialité, afin d'identifier les principaux points de vigilance pour l'institution. Il faudra prendre en compte les activités de recherche par discipline et par service, qu'elles soient relayées par les points du système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) ou du système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC), pour la recherche clinique comme fondamentale.

Avec l'aide des collégiales, deux documents ont été élaborés : des fiches de stratégie médicale et des fiches du département d'information médicale (DIM). Les fiches de stratégie médicale sont déclinées pour 50 spécialités médicales, chirurgicales et pédiatriques et décrivent le contexte général de la discipline, ses activités par service, les effectifs (médicaux et paramédicaux), la démographie, les évolutions épidémiologiques, les innovations (diagnostiques et thérapeutiques, organisationnelles et numériques). Ce document de 700 à 800 pages sera très largement partagé. Les fiches DIM, quant à elles, sont la description des grandes évolutions de l'activité entre 2007 et 2021 sur l'ensemble du spectre des établissements privés d'Île-de-France et au niveau national.

Il sera ensuite demandé à chaque GHU des éléments de projection sur les évolutions de l'offre de soins à 3-5 ans en précisant les forces et les faiblesses de l'offre de soins, l'accompagnement des disciplines en difficulté, les synergies intra-GHU et la stratégie de réouverture de lits à court terme/moyen terme. Au-delà des forces et faiblesses, il leur sera demandé également de préciser les opportunités et les menaces que représentent les évolutions épidémiologiques, les innovations médicales, thérapeutiques et organisationnelles, les collaborations et concurrences inter-GHU, la structuration des filières, les collaborations territoriales, la réforme des autorisations et l'élaboration du projet régional de santé (PRS) 3.

Il est souhaité prendre appui sur le travail de la CME sur son projet médical axé sur dix grandes priorités. L'objectif sera ici de reprendre ces priorités pour les revisiter en fonction des difficultés rencontrées et ainsi de les réinterroger et de les problématiser. Par exemple, sur les soins non programmés, des questions pourront être posées sur les liens avec la médecine de ville, sur le parcours de soins au sein des services d'accueil des urgences (SAU), sur la gestion de l'aval. Ce travail devra être mené sur tous les axes du projet médical : stratégie personnes âgées, santé des enfants,

santé mentale, stratégie en cancérologie, bloc et interventionnel, maladies chroniques et polyopathie, et les aspects médicotéchniques. Fort de ces éléments, dont l'objectif est de les recueillir d'ici septembre, le but sera de réfléchir aux priorités stratégiques devant guider les choix d'allocation des effectifs supplémentaires et des investissements dans les 5 ans à venir. À cette étape, il faudra aussi identifier les axes nécessitant le cas échéant un travail collectif dépassant les bornes des GHU pour assurer la cohérence de l'offre de soins et les difficultés éventuelles en matière d'offre de soins nécessitant de mettre en place des coopérations entre GHU et/ou avec le territoire.

Tous ces éléments devront permettre d'actualiser le projet médical et d'élaborer un *addendum* au projet d'établissement.

Le président indique que ce projet est prévu dans le plan d'action « 30 leviers » mais correspond aussi au projet médical qui veut inscrire l'AP-HP dans le territoire. C'est l'occasion d'élargir la focale au-delà des projets de chaque GHU et d'élargir le champ aux autres établissements de la région et à la médecine de ville.

Le D^r Brigitte SOUDRIE indique qu'un *addendum* devra porter sur les blessés médullaires hauts supérieurs à C4 et ventilo-dépendants qui est une question existant depuis vingt ans et non réglée par la création des unités de soins de rééducation post-réanimation (SRPR) qui se sont spécialisés dans le poumon ou dans le crâne.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si les fiches évoquées sont déjà en ligne sur le site de la CME.

Le P^r Frédéric BATTEUX précise qu'elles ne le sont pas encore mais le seront très vite.

6. Réforme des autorisations d'implantations des équipements médicaux lourds de radiologie : enjeux et impacts

Le P^r Alain LUCIANI rappelle qu'un nouveau régime d'autorisation s'applique à la radiologie et résulte de deux décrets relatifs aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds (ÉML) d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle et aux conditions de fonctionnement de ces matériels. Les instructions de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sont en cours.

S'agissant des autorisations d'implantation des ÉML, les textes indiquent que, en dessous d'un seuil de 3 ÉML par site, l'ajout d'un appareil, le remplacement d'un appareil par un appareil de même nature ou le remplacement d'un appareil par un appareil d'une autre nature nécessite une information simple à l'ARS. Lorsque le titulaire de l'autorisation dispose d'au moins trois équipements sur le site autorisé, il dispose, sur ce site, d'au moins un appareil d'imagerie par résonance magnétique nucléaire et d'un scanographe. Les textes entraînent donc une simplification pour tous les sites ayant moins de 3 ÉML. Au-dessus du seuil de 3 ÉML, le remplacement par un appareil de même nature exige une simple information à l'ARS. Pour le remplacement par un appareil de nature différente, la direction générale de l'ARS décide si la modification nécessite ou non une nouvelle décision, c'est-à-dire s'il y a modification substantielle ou non. Pour l'ajout d'un appareil, un avenant à l'autorisation est nécessaire. La définition des sites est basée sur le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) géographique, c'est-à-dire que c'est

l'adresse géographique qui compte. Le nombre maximum d'ÉML par site est de 18. Pour les autorisations initiales, il faudra suivre les fenêtres d'autorisation de l'ARS.

Aujourd'hui, le parc installé en Île-de-France est de 324 scanners et de 370 imageries par résonance magnétique (IRM) pour une part de l'AP-HP de respectivement 21 % et 18 % (données ARS). De plus, 130 machines autorisées dans le précédent projet régional de santé (PRS) ne sont toujours pas installées dans la région. Les projections de l'ARS sont que l'assouplissement des règles d'autorisation conduirait à comptabiliser 245 ÉML supplémentaires (calcul basé sur une montée en charge à 3 ÉML par site déjà autorisé). Avec les 130 équipements non installés, l'augmentation du parc serait de 54 %. La compétition portera donc sur les équipements mais aussi sur les hommes et les femmes car un équipement médical lourd mobilise 4,8 manipulateurs et 2,5 radiologues.

Les réflexions de la collégiale portent sur les axes qui suivent. Alors que l'AP-HP porte un projet territorial important pour les patients, elle se doit d'avoir un positionnement très clair sur l'élargissement du parc des ÉML avec trois ambitions. La première ambition est la ré-internalisation de l'offre de l'AP-HP pour les patients consultant les GHU comme pour les patients externes du territoire. Cette ré-internalisation permettrait un accès à l'expertise (notamment en imagerie pédiatrique, oncologique et neuroradiologique) et constituerait un levier d'attractivité grâce à une offre publique et à des actes spécifiques. La deuxième ambition est d'anticiper les évolutions, notamment en gériatrie et pour les polyopathologies. La troisième ambition est de conserver une dynamique d'innovation. Ces ambitions sont cohérentes avec les axes 2 et 3 du PRS 3 concernant les parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients et concernant la nécessité de partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soin accessible, adaptée et de qualité.

Les verrous et leviers d'action sont multiples. Ils sont liés tout d'abord à la démographie du personnel médical et paramédical, sujet qui rejoint la stratégie d'attractivité de l'AP-HP. Un soutien clair doit être apporté aux actions portées par l'Institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale (IFMERM) de Picpus pour la formation initiale comme pour la promotion professionnelle. Il doit être apporté aussi un soutien aux actions des GHU pour faire signer le plus rapidement possible les contrats d'allocation d'études (CAE) aux étudiants. Des innovations doivent aussi être poussées dans les parcours de formation des manipulateurs pour encourager les passerelles entre les licences accès santé (LAS) et les formations des manipulateurs d'électroradiologie médicale (MERM), notamment pour raccourcir lesdites formations. Il pourrait également être envisagé que l'AP-HP organise une communication vers les lycées et se valorise davantage sur la plateforme numérique *Parcoursup*.

L'objectif est aussi d'entraîner les équipes à avoir une approche multisite, ce qui implique un management adapté et des cadres de radiologie. Enfin, une réflexion devra porter sur la valorisation des actes à porter auprès du Haut Conseil de la nomenclature (HCN), notamment sur le volet innovation mais aussi pour des critères populationnels (gériatriques et pédiatriques que l'AP-HP prend majoritairement en charge).

Le président explique que, après avoir rencontré la collégiale, il a souhaité qu'un point soit fait sur ce dossier car la situation est assez préoccupante. Les nouveaux textes permettent en effet d'augmenter le parc des équipements sans passer par une autorisation et cette situation risque

d'augmenter fortement la tension sur le personnel. Il faut à la fois répondre aux besoins des populations et jouer sur les expertises de l'AP-HP tout en formant plus de manipulateurs et attirer davantage de personnes vers cette profession, notamment par le biais d'actions de communication en direction des lycées.

Le directeur général précise qu'un travail est engagé en vue d'élaborer un plan qui reprend beaucoup des pistes évoquées par le P^r Alain LUCIANI afin de recruter davantage de manipulateurs dans les prochaines années, dans un contexte complexe au vu de la concurrence accrue par l'arrivée de nouveaux équipements dans de secteur privé.

Le D^r Guy BENOÎT s'enquiert du taux d'occupation des machines et des machines non utilisées faute de personnel médical ou non médical.

Le P^r Alain LUCIANI ne dispose pas de chiffres sur le périmètre de l'AP-HP. Dans son groupe hospitalier, tous les équipements sont utilisés mais au prix de contraintes assez fortes sur les horaires et ajustements d'équipe. Ces décisions sont parfois antinomiques avec le besoin d'améliorer l'attractivité, notamment lorsque moins de deux manipulateurs sont mobilisés pour un appareil d'imagerie. Cependant, une enquête est en cours en vue d'apporter une réponse plus précise à la question posée.

Le P^r Frédéric BATTEUX indique qu'un scanner permet de réaliser 12 000 actes, une IRM environ 5 000 actes et une gamma-caméra entre 3 000 et 3 500. On enregistre cependant une dispersion d'un site à l'autre. Le taux d'occupation est important. Il ajoute que la grande majorité des sites hospitaliers ont plus de 3 ÉML. La direction générale de l'ARS accordera des autorisations sur la base d'un certain nombre de critères, quantitatifs et qualitatifs. L'AP-HP a fait valoir que les critères qualitatifs devraient être précis pour favoriser à la fois la pédiatrie, la gériatrie, l'imagerie des urgences et la radiologie interventionnelle, qui sont des activités très hospitalières.

Le P^r Alain LUCIANI ajoute que les créations de sites pourraient concerner les sites gériatriques de l'AP-HP.

7. Questions diverses

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne qu'un récent article de *Charlie Hebdo* signale que les fuites enregistrées sur le dossier médical de M. Pierre PALMADE font suite à une mauvaise utilisation du mode « bris de glace ». Il souhaite donc savoir si ces faits sont avérés et si des sanctions ont été prises le cas échéant.

Le directeur général confirme qu'un nombre important d'accès suspects à *Orbis* a été dénombré sur le cas d'espèce cité. Ils proviennent de professionnels n'exerçant pas directement dans les services concernés par la prise en charge de ce patient. Pour vérifier si les accès suspects étaient ou non des accès illicites, une phase contradictoire a suivi et chaque personne a été interrogée. Ce travail est encore en cours. Toutefois, le directoire a décidé de donner des suites disciplinaires dès lors qu'il sera confirmé que ces accès étaient illégitimes. Cette décision sera prise quel que soit le GHU d'exercice et quelle que soit la catégorie professionnelle concernée (personnel médical ou personnel non médical). Un travail sera mené avec les doyens pour que les mesures soient homogènes et justes, y compris s'agissant d'externes ou d'internes, tout en envoyant un signal fort

car ces comportements ne sont pas tolérables. Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été faite et le patient informé que son dossier avait fait l'objet de consultations illégitimes, étant entendu que des mesures de masquage ont été prises depuis pour empêcher toute autre consultation de professionnels n'étant pas partie prenante de la prise en charge de l'intéressé.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite poser une autre question diverse à la suite d'un article paru dans *Le Figaro* le 27 mars 2023 et évoquant l'arrêt du projet *Novaxia* par la Mairie de Paris. Il demande donc qu'un point soit fait sur le projet Hôtel-Dieu hors partie médicale.

Le directeur général répond que l'Hôtel-Dieu fonctionne pour sa partie hospitalière mais a été vidé de toute occupation pour le reste du bâtiment. Cette partie vide a vocation à être utilisée pour reconstruire l'hôpital en le réinstallant dans des locaux neufs sur environ 35 000 m². Un dialogue compétitif a été lancé en vue de signer un contrat de conception-réalisation avec un groupement. Ce projet ne pourra se réaliser que si la partie libérée par l'hôpital est bien utilisée pour le bail à construction attribué à *Novaxia* pour y installer un programme de 20 000 m² dont plus de la moitié dédiés à un incubateurs d'entreprises en santé et le reste à la construction de logements, d'équipements sociaux, de commerces et d'un restaurant. Cependant, pour que le bail à construction débouche sur un permis de construire, une modification du plan local d'urbanisme (PLU) est nécessaire puisque toute la parcelle de l'Hôtel-Dieu est classée comme hôpital. Il convient donc de déclasser la partie reprise par *Novaxia* pour y développer son projet. Il a été suggéré que la modification du PLU puisse intervenir à l'occasion de la prochaine révision générale du PLU à l'été. La Ville n'a pas encore rendu une réponse ferme et définitive à cette question. Si ce n'était pas le cas, s'offriraient deux autres possibilités : passer par une modification *ad hoc* ou passer par une procédure d'État en mettant en avant l'intérêt public du projet. Le directeur général a bon espoir que les démarches aboutissent mais, dans l'intervalle, aucun engagement ne sera pris pour lancer les travaux de l'hôpital sans certitude sur la destination de la partie libérée d'autant que ce pan du projet conditionne le financement puisque le bail à construction est assorti d'un paiement total de 144 M€ dont 80 M€ versés dès l'obtention du permis de construire.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si l'AP-HP devrait verser des pénalités à *Novaxia* si jamais le projet venait à ne pas pouvoir se réaliser.

Le directeur général répond par la négative sauf si le projet venait à être abandonné pour un motif directement imputable à l'AP-HP.

Le D^r Jean-François HERMIEU précise que, suite à un incident informatique, les faisant fonction d'interne (FFI) n'ont pas eu de rémunération de leur astreinte depuis le mois de mars et ont subi une déduction des astreintes de janvier et février, ce qui a entraîné des difficultés financières pour les plus fragiles d'entre eux. Des mesures correctrices ont-elles été envisagées ?

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ indique que le problème a été identifié et tient au lien entre les logiciels *HR* et *Chronos*. Le problème est en cours de résolution.

La séance plénière est levée à 19 heures 55.