

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 5 JUILLET 2022**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 2022**

## Sommaire

1.	Informations du président	6
2.	Approbation des comptes rendus des CME des 5 avril, 3 mai et 7 juin 2022	13
3.	Bilan 2021 des événements indésirables graves	13
4.	Propositions du groupe <i>ad hoc</i> de la CME sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU)	20
5.	Point chirurgie : situation dans les blocs opératoires	28
6.	Compte financier et affectation des résultats 2021, 2 <sup>nde</sup> décision modificative 2021 et 1 <sup>ère</sup> décision modificative 2022	33

# CME du mardi 5 juillet 2022

16h30 – 19h30

## Ordre du jour

### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation des comptes rendus des CME des 5 avril, 3 mai et 7 juin 2022
3. Bilan 2021 des événements indésirables graves (D<sup>r</sup> David OSMAN)
4. Propositions du groupe *ad hoc* de la CME sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU) (P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI)
5. Point chirurgie : situation dans les blocs opératoires (P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX)
6. Compte financier et affectation des résultats 2021, 2<sup>nd</sup>e décision modificative 2021 et 1<sup>ère</sup> décision modificative 2022 (M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN, M. Camille DUMAS)
7. Questions diverses

### SÉANCE RESTREINTE

#### Composition D

- Avis sur les candidatures aux emplois de PHU offerts au recrutement au 1<sup>er</sup> septembre 2022

#### Composition A

- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques nommés stagiaires au 1<sup>er</sup> septembre 2021

**- Assistent à la séance :**

• ***Avec voix délibérative :***

P <sup>r</sup>	Véronique	ABADIE	M <sup>me</sup>	Sophie	GUILLAUME
P <sup>r</sup>	René	ADAM	D <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU
D <sup>r</sup>	Marie	ANTIGNAC	P <sup>r</sup>	Marc	HUMBERT
D <sup>r</sup>	Thomas	APARICIO	P <sup>r</sup>	Jean-Louis	LAPLANCHE
P <sup>r</sup>	Jean-Yves	ARTIGOU	D <sup>r</sup>	Éric	LE BIHAN
P <sup>r</sup>	Frédéric	BATTEUX	P <sup>r</sup>	Éric	LE GUERN
D <sup>r</sup>	Fadi	BDEOUI	P <sup>r</sup>	Michel	LEJOYEUX
D <sup>r</sup>	Guy	BENOIT	P <sup>r</sup>	Rachel	LEVY
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Laurent	MANDELBROT
P <sup>r</sup>	Jacques	BODDAERT	P <sup>r</sup>	Xavier	MARIETTE
P <sup>r</sup>	Olivier	BOURDON	P <sup>r</sup>	Emmanuel	MARTINOD
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	D <sup>r</sup>	Rafik	MASMOUDI
P <sup>r</sup>	Sophie	BRANCHEREAU	D <sup>r</sup>	Vianney	MOURMAN
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	D <sup>r</sup>	David	OSMAN
P <sup>r</sup>	Jean-Claude	CAREL	D <sup>r</sup>	Juliette	PAVIE
P <sup>r</sup>	Alain	CARIOU	D <sup>r</sup>	Antoine	PELHUCHE
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	P <sup>r</sup>	Antoine	PELISSOLO
D <sup>r</sup>	Julie	CHOPART	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup>	Olivier	CLÉMENT	P <sup>r</sup>	Marie-Noëlle	PERALDI
P <sup>r</sup>	Yves	COHEN	D <sup>r</sup>	Nathalie	PONS-KERJEAN
M.	Léonard	CORTI	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	P <sup>r</sup>	Louis	PUYBASSET
M <sup>me</sup>	Audrey	DARNIEAUD	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
P <sup>r</sup>	Loïc	DE PONTUAL	D <sup>r</sup>	Nathalie	RICOME
D <sup>r</sup>	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
P <sup>r</sup>	Hubert	DUCOU LE POINTE	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
P <sup>r</sup>	Jacques	DURANTEAU	P <sup>r</sup>	Thomas	SIMILOWSKI
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	D <sup>r</sup>	Brigitte	SOUDRIE
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
D <sup>r</sup>	Vincent	FROCHOT	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU	D <sup>r</sup>	Valéry	TROSINI-DESERT
P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER	D <sup>r</sup>	Noël	ZAHR
D <sup>r</sup>	Bruno	GREFF			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- P<sup>r</sup> Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

• ***En qualité d'invitée permanente :***

- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ et M<sup>mes</sup> Stéphanie DECOOPMAN et Laetitia BUFFET, directrices générales adjointes
- M<sup>me</sup> Julie DULCIRE, directrice de cabinet adjointe du directeur général
- M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET et M. Kévin MARCOMBE, direction patients, qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE et M. Marc DUPONT, directrice et directeur adjoint des affaires juridiques (DAJ)
- M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie et de la transformation (DST)
- M. Patrick CHANSON et M<sup>me</sup> Véronique DROUET, directeur et directrice adjointe de la communication
- M<sup>me</sup> Sophie BRUN, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
- D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information (DSI)
- MM. Camille DUMAS directeur de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP), et Hadrien SCHEIBERT (DÉFIP)
- M<sup>me</sup> Vanessa FAGE-MOREEL et M. Emmanuel RAISON, directrice et directeur adjoint des ressources humaines (DRH)
- M<sup>me</sup> Christine GUÉRI, DPQAM

- **Secrétariat de la CME :**

- M<sup>mes</sup> Coryse ARNAUD et Marlène LEPAGE (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M<sup>mes</sup> et MM., P<sup>rs</sup> et D<sup>rs</sup>, Philippe ANRACT, Élie AZOULAY, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Yannick COSTA, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALES, Alexandra DE SOUSA DANTAS, Vianney DESCROIX, Olivier DRUNAT, Yann FLECHER, Sandra FOURNIER, Christian GUY-COICHARD, Émelyne HAMELIN, Sandrine HOUZÉ, Youcef KADRI, Louis MAMAN, Salomé MASCARELL, Yann PARC, Paul-Louis PATY, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, Ishai-Yaacov SITBON, Samir TINE, Michel VAUBOURDOLLE et Karine VIRETTE.

## **1. Informations du président**

Au nom de l'ensemble de la communauté médicale de l'AP-HP, que la CME représente, **le président** souhaite la bienvenue à M. Nicolas REVEL, nouveau directeur général de l'AP-HP, qui, à peine nommé à la tête de l'institution, a tenu à honorer la CME de sa présence. Cette entrée en fonction arrive à un moment de crise profonde pour l'institution et, au-delà, de l'ensemble du système de santé. Pour ce qui concerne le centre hospitalo-universitaire (CHU) d'Île-de-France, il doit relever collectivement trois grands défis, qui sont liés : sa situation budgétaire très inquiétante, une perte d'attractivité qui met en danger la qualité de la prise en charge des patients avec (20 %) des lits fermés faute de personnels, enfin, des inégalités territoriales dans les indicateurs de santé en Île-de-France qui remettent en cause ce qu'il est convenu d'appeler notre « pacte républicain ». Le directeur général a d'ailleurs déjà pu se rendre compte de ces tensions au cours de sa visite de ce matin à l'hôpital Jean-Verdier et des échanges avec les soignants auxquels elle a donné lieu.

Cette maison, dont le directeur général va progressivement découvrir les richesses, est aussi dotée de beaucoup d'atouts dont le premier est d'être composée de personnes qui ont à cœur avant tout de faire bien leur métier, « dans les règles de l'art », et de participer à l'aventure intellectuelle et humaine du progrès médical. Les débats qui ont lieu en CME, comme dans les autres instances, sont donc des débats passionnés au sens positif du terme. Ils expliquent notamment l'engagement de chacun des membres de la CME dans la vie de l'institution malgré la lourdeur de leurs tâches respectives. Ils expliquent aussi la volonté des équipes, dans les services, de participer à l'élaboration des décisions qui les concernent au quotidien et dont ils assument, en première ligne, les conséquences auprès de leurs patients. Une communauté aussi nombreuse est évidemment traversée aussi d'ambitions, de concurrences voire de luttes et de conflits. **Le président** considère que le travail conjoint du président de la CME et du directeur général est aussi de les apaiser et de faire émerger des consensus dans la transparence, la confiance et le respect de chacun envers chacun. L'unité et la solidarité de l'AP-HP, que la CME a la prétention d'incarner pour ce qui est de son aspect médical, sont à ce prix. **Le président** conclut en assurant le directeur général du souhait de la CME d'écrire avec lui cette nouvelle page de l'histoire de l'AP-HP qui s'ouvre avec son arrivée.

**Le directeur général, M. Nicolas REVEL**, remercie le président pour ses mots de bienvenue et salue l'ensemble de l'assemblée. Il se dit heureux que les hasards du calendrier lui donnent l'occasion de rencontrer les membres de la CME le jour même de sa prise de fonction. L'ordre du jour de la CME lui donnera la possibilité d'entendre les membres de la commission sur des sujets importants, et notamment de les entendre sur des sujets d'organisation. Comme indiqué dans le message qu'il a adressé à l'ensemble de la communauté AP-HP à son arrivée, son souhait, et même son devoir, sera d'abord d'écouter. Toutefois, il n'arrive pas sans repère ni sans idée sur les questions de santé en général et sur l'AP-HP en particulier compte tenu des différentes fonctions qu'il a occupées à la tête de l'assurance maladie, à la mairie de Paris et plus récemment à Matignon auprès de M. Jean CASTEX. De plus, comme beaucoup de Parisiens, il connaît bien l'AP-HP car ses enfants y sont nés, son père y est décédé et sa mère y est soignée, ce qui crée des liens. Pour autant, son premier devoir sera d'écouter pour affiner et préciser sa perception de la situation.

Dans le message qu'il a adressé ce matin aux équipes de l'AP-HP, il a utilisé deux mots pour caractériser son état d'esprit : fierté et gravité. Ces deux mots s'appliquent assez bien à la situation même de l'AP-HP : fierté car l'AP-HP reste synonyme d'excellence et que chaque jour de très nombreux patients y sont soignés et accompagnés ; gravité en raison des tensions qui pèsent sur les ressources soignantes, essentiellement paramédicales, qui s'accroissent dangereusement. Il existe un risque de dégradation voire de bascule ou de rupture dans certains services, comme il l'a perçu lors des visites dans les hôpitaux Avicenne et Jean-Verdier. Lors de ces rencontres, il a aussi perçu le doute de certains sur la capacité de l'institution à sortir de la spirale dans laquelle elle est pour repartir de l'avant. Son sentiment est qu'il ne faut être ni dans le déni ni dans une forme de caricature.

Le directeur général confirme qu'il n'est pas dans le déni de la crise des ressources. C'est aussi une crise de l'attractivité et de l'emploi titulaire hospitalier, crise qui concerne l'AP-HP et plus largement la France et même l'ensemble des systèmes hospitaliers européens et internationaux depuis que la crise Covid l'a accentuée. Une fois posé ce constat, résoudre cette crise sera sa priorité première et cette réponse passera par la mobilisation de réponses propres à l'AP-HP. De nombreuses actions ont été mises en branle pour apporter les meilleures réponses au cours des prochaines semaines mais il espère que ces initiatives seront couplées à des réponses nationales pour lesquelles, comme souvent, l'AP-HP pourrait être force de proposition pour les stimuler et les orienter.

Il admet qu'il existe des difficultés, des tensions, des frustrations, des départs et des doutes mais le directeur général souhaite aussi dire que tout ne va pas mal à l'AP-HP. Il s'y passe aussi des choses magnifiques, solides et prometteuses : il convient de le dire en interne mais aussi vers l'extérieur. Certes, la presse se fait souvent l'écho des dysfonctionnements de l'AP-HP mais les témoignages autour de cette maison sont également formidablement positifs, notamment lorsque l'on parle de l'AP-HP dans son entourage. Tout en étant lucides sur le constat, il faut éviter une forme de sinistrose tout comme un culte de l'âge d'or. Son intuition – qui n'est pas une conviction puisqu'il a besoin d'avancer dans sa compréhension de la réalité – est que la réalité est bien plus subtile et nuancée qu'on ne le laisse entendre. Cependant, il n'est pas présent devant la CME pour expliquer que les problèmes seront résolus simplement en se convainquant que la situation n'est pas si grave et que, finalement, tout va bien. Le directeur général redit ici que sa priorité sera de s'attaquer aux difficultés de court terme, à ce qui ne marche pas, pour essayer de contribuer à ce que l'AP-HP se remette dans une dynamique positive. Cependant, cela suppose de poser un diagnostic et de se fixer des priorités et une méthode, ce qu'il fera dans les prochaines semaines.

À ce stade, le directeur général souhaite simplement livrer de premières pistes de réflexion et quelques convictions. Certains pourraient penser que l'AP-HP ne va pas bien car le système de santé va globalement mal, car il serait sous-financé ou mal financé, mal organisé et mal gouverné, mais aussi que rien ne serait possible sans revoir l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), la tarification à l'activité (T2A), le fonctionnement de la médecine de ville, les règles de gouvernance hospitalière. Il ne prétend pas ici que ces débats ne se posent pas : ce sont de vrais débats et le directeur général pense qu'ils seront posés, car une partie des réponses relève de questions relatives à l'évolution des modes de financement et des règles de gouvernance. Cela est vrai et il espère que des évolutions seront possibles concernant certains cadres financiers et juridiques qui régissent le système de santé et son hôpital public. Toutefois, il invite à ne pas tout attendre d'un « grand soir » ou d'un « big bang », tout d'abord parce qu'il

n'est pas sûr que ce « big bang » arrivera ni que les systèmes de santé se réforment ainsi. De même, si un « big bang » devait arriver, il n'est pas sûr qu'un accord sur sa nature serait trouvé. Ainsi, s'il est probable que des évolutions interviennent au niveau national, le DG a aussi la conviction qu'une bonne partie des difficultés relève de l'AP-HP et tire son origine de nos propres choix d'organisation et de fonctionnement. Pour régler les difficultés de l'AP-HP, nous lancerons d'abord nos propres leviers d'action.

Le directeur général suggère de s'attaquer en priorité aux difficultés qui polluent le quotidien : les conditions de travail de tous les personnels, et particulièrement les conditions d'exercice des équipes soignantes. Il a en effet le sentiment que, pour restaurer le sens professionnel de la mission, le désir de travailler à l'AP-HP, il faut tout autant s'attaquer au sujet de ressources, d'emplois et de moyens que de progresser sur des aspects très pratico-pratiques d'organisation, de processus de décision, de conditions de travail, d'outils informatiques, de fluidité et de confiance dans les relations entre soignants et direction car ces éléments contribuent aussi à créer un climat qui aggrave ou allège les sujets d'attractivité.

Enfin, il faudra mettre au cœur de l'organisation davantage de délégations, de prise de responsabilité, de développement des compétences professionnelles, de dialogue véritable, de proximité et de bon sens tout simplement. Ces termes de délégation, proximité, dialogue ne sont pas nouveaux. Ils ont été cités dans de nombreux projets d'établissement et ils sont au cœur de toutes les réformes ici comme ailleurs. Mais force est de constater que le ressenti, et donc la réalité, n'est pas toujours au rendez-vous. Il faut donc persévérer pour y arriver vraiment et aller au bout des choses pour préciser qui décide de quoi, à quel niveau de l'organisation et avec quelle méthode. Le directeur général considère que son propos n'est pas sans lien avec le bilan des départements médico-universitaires (DMU) qui sera présenté dans un point suivant de l'ordre du jour et qui montre les difficultés que les DMU rencontrent à trouver leur place et à démontrer leur valeur ajoutée.

Par ailleurs, il souhaite insister sur les sujets d'organisation et de quotidien des équipes sans pour autant avoir la naïveté de croire que tout relève de cela et que ne se pose pas un sujet de ressources. Bien évidemment, les deux problèmes se posent. Il ne pense pas en effet que tous les problèmes de ressources seront résolus uniquement en améliorant l'organisation et les *process* de décision. Cependant, il existe un lien car les tensions sur les moyens sont d'autant plus fortes qu'une institution n'est pas jugée attractive, car elle est par ailleurs jugée trop lourde, trop lente ou compliquée ou que les contenus de fonction qui y sont proposés aux jeunes ne répondent pas totalement à leurs aspirations. Il convient par conséquent d'avancer sur les deux plans : sur les conditions de recrutement mais aussi les conditions offertes aux soignants tout en ayant conscience que la réponse doit être globale.

Face à la crise qui est là, il faut aussi enrayer le processus de dégradation, à la fois réelle et ressentie, en apportant des réponses rapides et concrètes. Ce sera forcément à court terme une stratégie des petits pas, stratégie qu'il assume au moins à court terme, car il n'y aura d'avancées que par une démultiplication des efforts à partir des leviers dont l'AP-HP a la maîtrise. Pour autant, il y a d'autres enjeux majeurs à relever, au-delà de la crise actuelle. Ces enjeux concernent : l'amélioration des parcours des patients au sein des établissements hospitaliers et en sortie d'hospitalisation ; l'évolution de l'offre de soins à moyen et long terme avec une définition des spécialités sur lesquelles l'AP-HP doit se renforcer à cinq ou dix ans ; la participation à la



couverture des besoins de santé dans les territoires, hors du strict territoire de l'AP-HP et à l'échelle des départements de petite couronne voire probablement de toute l'Île-de-France, incluant une réflexion sur les relations à nouer avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ; l'enjeu majeur de la recherche et des moyens à se donner pour maintenir la place de l'AP-HP dans la recherche clinique et expérimentale, mieux travailler avec les autres acteurs institutionnels et porter les investissements technologiques, numériques et autres qui seront indispensables pour rester dans la course.

À l'AP-HP ici et maintenant ou dans toute autre grande organisation, le directeur général affirme que rien n'est possible sans travailler de manière collective et dans un esprit de confiance et de compromis. Le mot « compromis » n'est pas toujours un joli mot mais, dans des organisations complexes où il existe des points de vue différents voire des intérêts différents, le compromis permet d'évoluer. Quelles que soient les qualités d'un directeur général – et l'AP-HP a connu d'excellents directeurs généraux dans son histoire - rien n'est possible sans une envie de travailler et d'agir ensemble, et cela à tous les niveaux (médecins, administratifs, etc.). Il faut réussir à sortir des postures et des oppositions. La bonne décision, ce n'est pas avoir raison contre l'autre et il convient de laisser la place au dialogue et de faire preuve de respect et d'esprit collectif. Ce sont des termes qui peuvent paraître naïfs mais que le directeur général assume complètement. Ils sont même absolument nécessaires car c'est ainsi que toutes les bonnes équipes fonctionnent. Lors de la première vague Covid, c'est à partir de ces valeurs que le système français de santé a tenu. Ces mots résument son état d'esprit et sa méthode pour son premier contact avec la CME.

**Le président** remercie le directeur général, en soulignant qu'il se retrouve dans beaucoup des termes qu'il a employés, notamment ceux de « collectif », de « confiance » et de « respect », comme son propre propos introductif le soulignait également. Travailler avec tous les territoires et faire de l'AP-HP le CHU de l'ensemble du territoire d'Île-de-France est aussi la première priorité du projet médical. La prospective et la stratégie doivent viser à adapter notre offre de soins aux besoins de la région francilienne, territoire sur lequel l'AP-HP est le principal acteur mais pas le seul. Intégrer les autres acteurs dans la réflexion est donc essentiel. La recherche est une marque de fabrique de l'AP-HP, et sa fierté, un élément de motivation et ce qui attire les jeunes. Il convient de la préserver. Malgré le contexte difficile, l'AP-HP continue d'ailleurs, avec l'ensemble des personnels, qu'ils soient hospitalo-universitaires ou hospitaliers à faire de l'enseignement et de recherche au plus haut niveau.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** lit une déclaration au nom de l'intersyndicat des médecins, chirurgiens, biologistes et spécialistes des hôpitaux de Paris dont il est le président :

*« Permettez-moi au nom de l'intersyndicat de vous souhaiter la bienvenue et de vous adresser tous nos vœux de réussite dans vos nouvelles fonctions. La situation de l'AP-HP suscite de grandes inquiétudes. Votre rôle dans son nécessaire redressement est crucial. C'est un redressement qui doit toucher, non seulement la trajectoire budgétaire, mais aussi l'organisation interne et les conditions de travail dans toutes leurs dimensions. Vous avez accepté de relever ce défi : nous vous en sommes très reconnaissants. Nos aspirations sont connues : en premier lieu, des moyens suffisants. Nous considérons que nos différentes missions ne peuvent pas être assurées dans de bonnes conditions, les faits nous donnent hélas raison, qu'il s'agisse en particulier de l'accès aux soins et de leur qualité. Il est indispensable qu'auprès des malades les soignants soient en nombre suffisant et qu'ils soient rémunérés à la hauteur de leur dévouement et de leurs compétences. »*

*En deuxième lieu, nous souhaitons la mise en place d'une organisation interne plus simple pour faire moins de dépenses inutiles, pour lutter contre le mille-feuille administratif et la lenteur des processus de décision, pour favoriser le temps soignant plutôt que le temps bureaucratique.*

*En troisième lieu, nous demandons que s'instaure un climat de confiance permettant de déléguer au plus près du terrain, selon un principe de subsidiarité, les décisions. C'est ainsi qu'elles seront prises avec pertinence et rapidité.*

*Vous arrivez avec l'image d'un homme posé, réfléchi, pragmatique ayant montré dans vos postes précédents le sens du compromis. La communauté médicale aspire à travailler avec vous de façon constructive pour assurer le meilleur avenir possible à cette institution en grande difficulté. Le cœur plein d'espoir et avec toute la force de notre engagement, nous vous souhaitons monsieur le directeur général de grands succès et beaucoup de courage. »*

**Le président** propose aux présidents des commissions médicales d'établissement locales de prendre la parole.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** souhaite la bienvenue à M. Nicolas REVEL. Il rejoint le point consistant à dire qu'il faut remettre la machine en route et que ce chemin pourra être emprunté grâce à la politique des petits pas, à la résolution de ce qui grippe au quotidien et avec une attention de tous les moments, attention qui ne serait pas que celle du directeur général mais de l'ensemble de la communauté. C'est par un élan collectif qu'il sera possible de repartir d'un bon pied. Il remercie donc le directeur général pour ses mots très positifs et augure des avancées constructives dans les mois qui viennent.

**Le P<sup>r</sup> Thomas SIMIOWSKI** souhaite également la bienvenue au directeur général. Son discours montre qu'il a visiblement saisi la complexité de la maison AP-HP. Il espère qu'un travail main dans la main avec la CME pourra s'engager pour parvenir aux meilleurs résultats possibles.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** se réjouit des propos tenus par le directeur général dans le courrier qu'il a adressé ce jour à l'ensemble de la communauté médicale. Elle n'envisage pas une gouvernance et des collaborations antinomiques, mais constructives, cohérentes, dans un esprit collaboratif et solidaire. Elle rejoint ses collègues pour lui souhaiter la bienvenue et pour œuvrer collectivement au redressement de l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** s'associe aux propos des précédents intervenants et souhaite également la bienvenue au directeur général. Il souhaite rebondir sur trois points : premièrement, il estime également qu'une partie de la solution relève de l'AP-HP, deuxièmement, qu'aucune avancée ne sera possible sans le collectif et, troisièmement, que le compromis est un signe d'intelligence.

**Le P<sup>r</sup> Emmanuel MARTINOD** souligne qu'il a eu l'occasion d'échanger avec le nouveau directeur général pendant environ une heure et demie sur le site d'Avicenne ce matin. Cet échange assez libre a permis de montrer que l'AP-HP a encore de grands projets, mais qu'il existait une inquiétude face à certaines difficultés. La théorie des petits pas lui convient par ailleurs car des mesures modestes sont possibles, premièrement, pour passer l'été et envisager l'avenir avant de dessiner de grands projets.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** souhaite également la bienvenue au directeur général au nom de la communauté médicale du groupement hospitalo-universitaire (GHU) Henri-Mondor. Il se

reconnaît dans les propos qui consistent à dire que l'avenir appartient à l'AP-HP et que l'institution doit s'atteler aux modifications organisationnelles sur lesquelles elle a la main. Il rejoint également le propos qui consiste à dire que les irritants du quotidien sont presque les plus importants mais aussi les plus difficiles à corriger, car ce sont des éléments sur lesquels il faut lutter au quotidien et avancer dans la logique des petits pas. Ces avancées ne sont possibles que s'il existe une totale confiance entre la direction et les soignants (médecins, infirmiers) et les administratifs, etc. C'est le challenge qu'il faut relever de manière collective. Malheureusement, ce n'est pas le plus aisé.

Dans son discours, le directeur général a aussi insisté sur la délégation, la responsabilité, la proximité et le dialogue, éléments sur lesquels il ne peut exister qu'un accord. La confiance est nécessaire pour jouer collectif. Le point qui sera présenté dans un instant par le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI montre que, au-delà des divergences et différences de vue, une réflexion a pu être menée sur l'avenir des DMU et aboutir à un texte consensuel. Cet exemple montre que l'AP-HP sait travailler collectivement dès lors que chacun sait mettre de côté des passions qui peuvent devenir déraisonnables et hors-sol.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** constate que le directeur général a également insisté, dans son discours, sur le territoire, qui est l'ADN de l'AP-HP au moins pour le groupe hospitalier qu'il représente. Aujourd'hui, des hôpitaux situés à une cinquantaine de kilomètres de Paris sont aujourd'hui en très grande difficulté. Dans la grande maison qu'est l'AP-HP, la responsabilité collective est de ne pas rester en cercle fermé car tous les français doivent avoir accès à la meilleure qualité des soins. Cette gradation des soins est un objectif qui s'impose à tous. L'AP-HP doit être exemplaire en la matière et même leader, comme elle l'est bien souvent dans d'autres domaines.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** relève également le propos qui consiste à dire qu'il ne faut pas attendre de « grand soir ». Il souhaite ici apporter un bémol car il faut insister sur le fait que l'AP-HP a une spécificité qui est souvent remise en cause et critiquée en haut lieu comme par d'autres établissements de la région. Cette spécificité est liée au cadre de vie, aux difficultés de transport, au prix du logement, etc. Ces spécificités doivent être prises en compte et l'organisation ne fera pas tout. Sur un plan plus général, notre société doit intégrer que la santé va coûter de plus en plus cher et de manière métaphorique, il souligne qu'un hôtel trois étoiles ne coûte pas le même prix qu'un hôtel *Formule 1*. Il souhaite toutefois la bienvenue au directeur général et se dit assuré qu'un bon travail pourra être mené en commun.

**Le directeur général** remercie les membres de la CME pour ces mots de bienvenue. Ce qu'il entend lui laisse à penser qu'il existe une certaine communauté de vues et que c'est en commun, quel que soit le poste occupé et quel que soit le site de rattachement, qu'il sera possible d'avancer. Il invite donc à faire preuve de sens pratique.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** ne souhaite pas faire de procès d'intention, mais constate que le discours du directeur général repose beaucoup sur l'organisation. Or, à chaque fois qu'un nouveau directeur général entre en fonction ou qu'un nouveau ministre est nommé, c'est toujours l'organisation qui est mise en avant alors que l'environnement doit aussi être pris en considération. Il observe que des évolutions de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ou de la tarification à l'activité (T2A) ont été écartées d'emblée, alors qu'une grande partie des difficultés est issue des systèmes de tarification qui mettent l'hôpital en situation de déficit depuis des années. En effet, pendant des années, pour équilibrer les comptes,

des postes ont été supprimés. Aujourd'hui, l'hôpital ne supprime plus de postes mais est confronté à une pénurie de candidats, notamment parce que des écoles d'infirmiers ont été fermées. Les difficultés tiennent donc aussi à l'environnement et c'est aussi sur cet environnement qu'il faut agir. Même si elle ne dispose pas de leviers d'action directe, l'AP-HP a un rôle à jouer pour faire évoluer l'environnement national.

**Le directeur général** invite tout un chacun à réécouter ses propos si la réunion a été enregistrée car il a toujours veillé à ne pas perdre de vue qu'il existait une tension sur les ressources et un sujet d'attractivité des métiers. Cette situation met en tension les organisations et la qualité de service. Ce sujet renvoie à mille questions, dont les sujets de rémunération. Il assume aussi le fait de lier le défaut d'attractivité et le malaise actuel à des sujets d'organisation et de fonctionnement au lit du malade mais aussi à d'autres échelons. En tenant ce propos, il n'a pas cherché à pondérer les deux phénomènes ou à les hiérarchiser. Ce sont deux vrais enjeux qu'il n'oppose pas. De la même manière, lorsqu'il a évoqué les sujets d'environnement réglementaire, financier et budgétaire, il ne les a pas mentionnés pour les écarter. Il reconnaît que certains points tiennent au mode de financement et appellent des réponses nationales. Il pense d'ailleurs que de premières réponses ont été apportées sur les questions de salaire et d'investissement. Il espère toutefois que d'autres seront prises rapidement. Par conséquent, son propos ne consiste pas à dire qu'il faut jouer l'un contre l'autre mais simplement qu'il est de la responsabilité de l'AP-HP de s'attaquer aux problèmes dont elle a la maîtrise tout en contribuant aux débats qui permettront que des évolutions plus larges aboutissent.

**Le président** relève que le débat entre organisation et moyens est un débat ancien. Ce sont très souvent deux termes que l'on oppose alors que les deux doivent être envisagés ensemble. Il ne sait pas s'il faut les pondérer, mais le déficit de moyens est tellement grave que, sans perspectives claires sur les moyens envisageables dans les mois qui viennent, tous les autres projets tenant à l'organisation seront peine perdue. Il constate en effet, comme beaucoup d'autres, que beaucoup de soignants sont dans le désengagement, le désespoir, le désarroi. Ce sont des mots qu'il entend de plus en plus souvent. Il le constate dans les faits avec des personnels qui quittent l'AP-HP ou ne viennent pas. Cette situation ne touche pas que l'AP-HP, mais aussi d'autres CHU. Il est donc essentiel de donner des perspectives même si ce n'est pas dans cette assemblée que ces décisions se prendront. Des messages doivent donc aussi être portés en direction des responsables politiques. Il partage aussi l'image utilisée par le P<sup>f</sup> Bertrand GODEAU expliquant qu'un hôtel trois étoiles n'est pas au même prix qu'un « Formule 1 », métaphore qui renvoie aussi à la contribution nationale au système de santé et qui pourrait passer, par exemple, par l'impôt. Cependant, ce sont des débats qui auront lieu dans d'autres cercles.

**Le directeur général** rejoint le fait que les moyens sont insuffisants mais il rappelle aussi que 10 Md€ ont été versés dans le système de santé en 2020 sans que, deux ans plus tard, ces sommes colossales aient permis de régler tous les problèmes. Il ne sait pas s'il faut abonder cette somme de 10 ou 20 Md€ supplémentaires, mais il pense surtout que la situation est plus complexe. Il n'affirme pas qu'il n'existe pas de sujet sur les ressources, mais simplement que le sujet est compliqué.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** insiste sur la dimension historique et cinétique de la prise de fonction du directeur général car l'angoisse de beaucoup de praticiens est de voir devant eux la disparition d'équipes qui disposent d'un savoir-faire inégalé et dotées d'un noyau dur qui permet de former les jeunes. Or, si ces équipes disparaissent, elles ne reviendront pas avant de nombreuses années.

Il ne sait pas ce que ses collègues entendent par la « politique des petits pas », mais il est certain que l'AP-HP doit être vue comme un corps fracturé qui ne pourra pas être consolidé si l'on ne lui donne pas un appui de suite. Cela veut dire qu'il faudra reconstruire les équipes à partir d'un noyau dur, et donc avec des ratios qui ne fassent pas partir les derniers qui sont encore présents. Dire cela n'est pas s'accrocher à l'âge d'or, mais être conscient que le savoir-faire prend du temps et que ce qui retient les équipes est la possibilité de bien faire son travail. Cet ensemble est extrêmement fragile et il ne faut nullement s'amuser à prendre un soignant pour suppléer une absence dans une autre équipe sans autre réflexion. Dans une telle situation, la responsabilité du directeur général est donc gigantesque.

**Le président** clôt ces premiers échanges avec le directeur général, considérant que d'autres moments permettront de débattre de ces questions.

## **2. Approbation des comptes rendus des CME des 5 avril, 3 mai et 7 juin 2022**

Les procès-verbaux des CME des 5 avril, 3 mai et 7 juin 2022 sont approuvés à l'unanimité.

## **3. Bilan 2021 des événements indésirables graves (D<sup>r</sup> David OSMAN, M<sup>me</sup> Christine GUÉRI)**

**Le président** présente le D<sup>r</sup> David OSMAN, médecin anesthésiste intensiviste réanimateur à Bicêtre et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) de l'AP-HP. La qualité et la sécurité des soins sont au cœur des compétences de la CME. C'est pourquoi elle a constitué la cellule *Qualité et sécurité des soins & conditions d'accueil et prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU) qui réunit les principaux responsables centraux des divers domaines concernés (prise en charge médicamenteuse, hématovigilance, alimentation et nutrition, infections nosocomiales, lutte contre la douleur, soins palliatifs, etc.). Cette cellule associe des usagers et des représentants des instances locales. Elle travaille en étroite collaboration avec l'appui de la direction qualité du siège, animé par M<sup>me</sup> Christine GUÉRI. C'est sur la base du bilan qui va être présenté par D<sup>r</sup> David OSMAN et M<sup>me</sup> Christine GUÉRI que sont élaborés les plans d'action qui permettent de s'améliorer. Il est donc essentiel que les événements indésirables graves (ÉIG) soient bien déclarés, ce qui est encore loin d'être fait de manière exhaustive.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** souligne que, derrière le bilan des ÉIG qu'il va présenter en binôme avec M<sup>me</sup> Christine GUÉRI, se trouve un sujet difficile qui est celui de l'erreur médicale, sujet qui n'a été mis en lumière qu'à la fin des années 1990 avec la parution d'un rapport de *l'Institute of Medicine* qui a fait l'effet d'un « pavé dans la mare ». Sur la base de premières études épidémiologiques, ce rapport de 1999 a montré non seulement que l'erreur humaine en médecine était fréquente mais qu'elle était surtout obligatoire. Ce sont en effet les mêmes acteurs qui commettent les erreurs et qui produisent aussi la sécurité au sein des organisations. Ce rapport a eu une importance majeure, d'abord parce qu'il a communiqué sur des chiffres très forts montrant que, aux États-Unis, la mortalité liée aux ÉIG équivalait à un Boeing 747 qui s'écraserait tous les deux jours. Ce rapport a abouti au début du mouvement pour la sécurité des patients.

Les impacts de ces événements sont aujourd'hui mieux identifiés et souvent mieux quantifiés à partir de données scientifiques. Il existe ainsi une connaissance plus claire des pertes de chance pour le patient et des souffrances pour l'entourage. Du fait d'un manque de clarté et d'informations, ces situations peuvent aussi nourrir une défiance vis-à-vis du système de santé. Ces événements comportent aussi des risques pour les professionnels et nuisent à leur qualité de

vie au travail avec un risque de *burn-out*. Ces situations peuvent produire du *turn-over*, des difficultés de recrutement. Ce sont aussi des coûts pour le système de soins. Des données de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) montrent que les événements indésirables associés au soin et les événements indésirables graves pourraient représenter 15 % du budget hospitalier. Il existe aussi un risque assurantiel et judiciaire pour les professionnels et pour les structures de soins.

La déclaration des événements indésirables graves est obligatoire. Ce n'est pas une obligation nouvelle mais inscrite dans la loi depuis 2002. Le code de santé publique dit que tout professionnel ayant constaté un événement indésirable doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Un décret de 2016 définit les événements indésirables graves et explique que ce sont des événements inattendus au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent.

Au niveau des groupes hospitaliers, la prise en charge de ces événements indésirables se fait main dans la main entre les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), les directions qualité et les directions des soins selon trois axes : la gestion du risque (déclaration, analyse, plan d'action); la communication auprès des patients et de leurs proches; l'accompagnement des équipes. Les groupes hospitaliers ont aussi pour mission de mieux faire connaître ces risques au niveau organisationnel et managérial. Il n'est pas strictement démontré que la gestion des risques améliore la sécurité, même si D<sup>r</sup> David **OSMAN** en a l'intuition. L'enjeu est aussi pédagogique car l'on apprend beaucoup au cours d'une réunion de morbi-mortalité. Il existe des enjeux psychologiques : il faut prendre en charge les protagonistes de ces événements indésirables qui sont considérés comme des deuxièmes victimes. Un accompagnement doit les aider à continuer à travailler. Ce sont enfin des enjeux de cohésion d'équipe, et donc de qualité de vie au travail.

En 2021, 187 événements indésirables graves ont été portés à la connaissance de l'ARS : 109 ont été déclarés directement à l'agence par l'intermédiaire d'un portail de signalement, 70 étaient connus de l'agence régionale de santé par des déclarations de vigilance et 8 ont été connus de l'ARS par d'autres voies, essentiellement par des déclarations ou plaintes venant des patients ou de leurs proches. Ces 8 événements auraient dû être déclarés à l'ARS. Les 109 événements déclarés sur le portail et les 70 relayés par les déclarations de vigilance représentent la partie émergée de l'iceberg. Il est très difficile de savoir combien d'événements indésirables graves surviennent dans les structures chaque année. Pour obtenir des données, il faut se tourner vers les études épidémiologiques. Les résultats de la dernière enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ÉNEIS), grande étude prospective produite à la demande du ministère de la Santé, montrent qu'en 2019, 123 événements indésirables graves ont été observés sur plus de 20 000 journées d'hospitalisation, ce qui aboutit à 4 ÉIG par mois dans un service de 30 lits. Les résultats de cette étude font prendre conscience de l'ampleur de la sous-déclaration. Cependant, ce phénomène ne concerne pas que l'AP-HP mais tous les établissements à l'échelle nationale où seulement 1,6 % des ÉIG ciblés dans l'étude épidémiologique apparaissent dans la plate-forme nationale. Ces chiffres ne disent pas qu'il faut se fixer un objectif d'exhaustivité mais qu'il existe beaucoup d'opportunités de déclaration et donc d'amélioration.

**M<sup>me</sup> Christine GUÉRI** rappelle qu'un groupe de réflexion a été constitué par la CME en janvier 2014 et a abouti à l'élaboration de la charte d'engagement de l'AP-HP qui est une charte de non-

sanction. Elle traduit une politique incitative portée par le directeur général et le président de la CME. Une première note est parue en mai 2014, co-signée par le P<sup>r</sup> Loïc CAPRON et M. Martin HIRSCH. Tous les présidents de la CME qui ont suivi ont renouvelé cette politique incitative jusqu'à la volonté d'homogénéiser la procédure de déclaration et de gestion d'un ÉIG à l'AP-HP.

Trois types d'actions ont pu être conduits sur la période : celles visant à gérer ou prévenir les risques spécifiques (à titre d'exemple le risque suicidaire et la prévention des chutes en 2016, la prévention des embolies gazeuses en 2018, la procédure de sécurisation du fer injectable en 2020) ; les actions de communication (par le biais de la semaine de la sécurité des soins, ou de colloques, etc.) ; les visites de risques, comme le dispositif GÉRIAMED composé initialement d'une visite de risque en gériatrie sur le risque médicamenteux et d'une action de formation à destination des équipes, ce dispositif se déploie désormais dans les blocs avec la volonté de mener une action pédagogique au plus près du terrain et d'échanger avec les équipes sur le parcours médicamenteux.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** souligne que la prise en compte des risques associés aux soins et la déclaration des ÉIG a progressé depuis 2014 avant de fléchir ou de se stabiliser au cours des dernières années au gré du contexte sanitaire et des crises traversées par l'hôpital. D'autres explications, plus structurelles, peuvent aussi être avancées. En effet, les CGRAS qui jouent un rôle clé n'ont parfois pas de temps dédié. Certains doivent mener leurs missions sur plusieurs hôpitaux. Les directions de la qualité peuvent également manquer de ressources. De plus, elles ont été bousculées par la gestion de crise. Les comités qualité ont eu aussi la difficile tâche de se restructurer dans un contexte de regroupement des GHU, contexte impacté aussi par la crise COVID. Tous les obstacles sont connus : manque de temps, manque de ressources dédiées, informations difficiles à récupérer, manque de formation, méconnaissance des enjeux, bénéfices peu lisibles pour les professionnels, culture de sécurité peut être insuffisante, éventuelle peur de la sanction, mauvaises expériences passées, crainte de l'ARS pour certains qui peut prononcer des suspensions d'activité même si ces décisions sont rarissimes ou encore hostilité vis-à-vis de l'ARS et de ses choix.

Le D<sup>r</sup> David OSMAN souligne toutefois une note positive en indiquant une baisse des événements connus de l'ARS mais non déclarés par les professionnels. Une étude a par ailleurs été menée sur la base des 109 ÉIG déclarés afin de les classer par typologie, en attribuant au maximum deux motifs à chaque événement. Il ressort de cette étude que le dispositif médical et le médicament sont les premiers motifs de déclaration. C'est un fait constant depuis plusieurs bilans. D'autres facteurs sont peut-être émergents et trouvent comme facteurs contributifs des difficultés de transfert faute de places dans des activités pourtant très réglées comme la grande garde de neurochirurgie, l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie et la cardiologie interventionnelle. Ces événements sont des signaux forts au regard de l'offre de soins actuelle. D'autres événements sont récurrents comme les erreurs liées à l'utilisation des dispositifs de *monitoring*, notamment dans les services de réanimation, les erreurs médicamenteuses au bloc opératoire et en salle de réveil, les embolies gazeuses lors de manipulation de cathéters centraux, l'administration d'un médicament à un patient connu comme allergique à ce médicament, l'oubli d'un corps étranger lors d'une chirurgie, un patient retrouvé décédé au service d'accueil des urgences (SAU), un feu au bloc opératoire et le sujet de la disparition inquiétante. Ces sujets récurrents peuvent inquiéter d'autant que ce sont des domaines dans lesquels des actions institutionnelles ont été mises en place. Cependant, ces récurrences ne signifient pas que toutes les actions mises en place n'ont pas eu d'impact positif.

Ce bilan montre également que perdurent des sujets d'identitovigilance avec des erreurs dans le contrôle de la concordance patient – prescription – acte avec, en 2021, une erreur de patient en radiothérapie, une inversion de corps à la chambre mortuaire aboutissant à l'inhumation par erreur d'un enfant, une erreur de côté au bloc opératoire et une erreur de côté lors du drainage d'un pneumothorax.

Le bilan met aussi en avant des suicides ou tentatives de suicide : 12 ont été déclarés en 2021 contre 8 en 2020. Deux fois sur trois, ces événements ont eu lieu en dehors des services de psychiatrie, ce qui illustre la difficulté des prises en charge mixte somatiques et psychiatriques. Deux événements sont intervenus en pédiatrie des adolescents et sont associés à une enquête pénale.

Ce bilan montre que la culture de déclaration est hétérogène et encore peu de déclarations sont enregistrées dans les activités à risque avec 13 déclarations aux urgences, 15 au bloc opératoire, 11 en réanimation adulte, 4 en réanimation néonatale ou pédiatrique, 3 en gynécologie-obstétrique, 2 en radiologie interventionnelle et aucune en cardiologie interventionnelle ni en neurologie interventionnelle.

On observe aussi une possible sous-évaluation de l'impact des ÉIG sur les professionnels. Néanmoins, parmi les événements déclarés, dans 90 % des cas, les professionnels impactés sont accompagnés. Dans 21 % des ÉIG déclarés, aucun impact n'est mis en évidence sur les professionnels. Ces chiffres témoignent peut-être d'une sous-évaluation de ce phénomène alors que les organisations mises en place dans les GHU semblent encore hétérogènes.

L'annonce du dommage lié aux soins reste aussi complexe. Dans 94 % des cas, le dommage est annoncé. Parfois, l'annonce du dommage peut être incomplète, c'est-à-dire que le caractère véritablement lié aux soins n'est pas expliqué clairement.

Ce bilan appelle à renforcer la culture de la sécurité. Pour cela, il est préconisé de lancer des messages forts comme ceux diffusés en 2014 et 2016 avec une note commune de la direction générale et du président de la CME qui pourrait donner lieu à un plan de communication. Cela permettrait aussi de poursuivre les programmes de formation en route. La recommandation est aussi de cibler le management des équipes, avec la possibilité de mettre en place des coachings. Il est proposé de mieux impliquer les personnels en formation, notamment les internes, pour faire œuvre de pédagogie mais aussi pour préparer l'avenir de leurs pratiques. Il sera d'autant plus facile de les impliquer qu'il sera pris attache avec les facultés pour faire passer ces messages au cours de la formation initiale. Par ailleurs, auprès des spécialités à risque qui déclarent insuffisamment, la proposition est de mettre en place un travail avec les collégiales des spécialités, comme cela a été fait en gériatrie et en anesthésie.

Le bilan appelle également à renforcer l'accompagnement des professionnels et à mieux l'organiser, notamment avec les médecins qui ont parfois une réaction paradoxale et ne se laissent pas aider. Dans ce domaine, un partenariat pourrait être envisagé avec les sous-commissions *Vie hospitalière* (CVH). Dans un contexte de dégradation des conditions de travail, il faudrait aussi former aux facteurs organisationnels et humains lors des débriefings, des revues de mortalité et morbidité (RMM) et les différents partages d'équipe.



**Le président** souligne que, comme il a pu souvent en recueillir le témoignage au cours de ses visites dans les services, dès lors que les conditions d'exercice sont compliquées et que des ratios de personnels corrects ne sont pas atteints, les équipes sentent que le risque augmente et les soignants craignent de commettre des erreurs. Ces situations suscitent un stress comme il s'en rencontre dans peu d'autres métiers, car une erreur peut aller jusqu'au décès d'un patient. Pour ceux qui ont été concernés par une telle situation, c'est un traumatisme majeur. Par ailleurs, il faut souligner que c'est souvent le fait de plusieurs personnes puisque le travail se fait en équipe et que l'erreur peut être commise par la conjonction de plusieurs facteurs. Ceci appelle à analyser ces situations dans le détail, mais aussi sereinement, ce qui n'est pas facile et ce qui explique en partie le phénomène de sous-déclaration. L'erreur est humaine, mais il faut tout faire pour éviter qu'elle ne se reproduise.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** confirme que le ratio d'infirmiers par patient est problématique et peut conduire à la multiplication des erreurs faute de pouvoir faire face à tout. Il estime par ailleurs que l'outil de déclaration dit « OSIRIS » (organisation du système d'information des risques) peut aussi expliquer le phénomène de sous-déclaration car il est principalement orienté vers les dénonciations et les actes de malveillance. Un travail serait donc peut-être aussi à mener sur l'outil en lui-même.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** indique qu'OSIRIS présente l'avantage d'être un outil connu et relativement simple à utiliser. Certes, il n'est pas toujours utilisé comme il le devrait. Il est notamment utilisé pour dénoncer des situations difficiles ou conflictuelles alors qu'il n'a pas été développé dans ce but. Il permet cependant de les enregistrer, d'en garder la trace et éventuellement de les analyser. Il rappelle que l'outil OSIRIS est bel et bien conçu pour déclarer les événements indésirables graves dans tous les domaines de vigilance. Il faut sans doute mieux l'utiliser mais pas l'abandonner.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** invite alors à travailler sur la communication car 10 % seulement des médecins feront une déclaration sur OSIRIS pour un choc anaphylactique au bloc.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** indique que c'est l'objectif de la présentation du bilan. Des interventions sont aussi organisées le plus souvent possible dans les groupes hospitaliers. La sous-déclaration dans cet exemple est problématique tant pour la déclaration à l'ARS que pour la pharmacovigilance, puisque cet événement implique une molécule. Osiris est bien conçu pour enregistrer ces deux types de déclarations et doit donc être mieux connu.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** souligne qu'il s'agit d'un sujet majeur qui va s'aggraver avec la judiciarisation des erreurs médicales. Il explique que le service d'aide médicale urgente (SAMU) pour lequel il travaille avait commencé à déclarer tous les événements dans OSIRIS, mais cette démarche n'a pas été appréciée et l'outil leur a été retiré, ce qui empêche toute déclaration. Il rejoint par ailleurs le constat qu'il existe une crainte et une hostilité, car les médecins ne sont pas suffisamment soutenus en cas de problème. Il rappelle cependant que les médecins respectent un code de déontologie et que les expertises des dossiers doivent faire l'objet d'analyses contradictoires et non pas être menées dans un bureau par une personne isolée. Il cite à cet effet une affaire retentissante pour les SAMU dans laquelle le médecin a été envoyé tout seul dans les locaux de la Police judiciaire sans qu'il ne soit accompagné d'un avocat. Or ce médecin se retrouve maintenant devant les instances pénales. C'est une première. S'il est condamné, l'affaire fera boule de neige et l'AP-HP sera confrontée à de nombreux procès faute d'avoir envoyé d'importants moyens pour

des accidents bénins. La situation doit être clarifiée et la communauté des professionnels doit être défendue. Beaucoup de professionnels impliqués dans un procès après un événement indésirable grave cessent ensuite d'exercer, compte tenu du coût financier et du dommage subi. Il retient aussi du bilan que des ÉIG sont liés à des hospitalisations d'office. Cette situation tient au fait qu'il n'existe plus d'offre en médecine de ville. La police ne se déplace pas ni les pompiers après un précédent drame. Faute de pouvoir signer l'hospitalisation d'office, des personnes malades déambulent dans Paris au risque que le régulateur soit appelé au pénal si jamais cette personne venait à tuer ensuite des passants dans la rue. Par ailleurs, avec les lits fermés, plus aucune place n'est disponible dans les unités de soins intensifs. La faute en est alors rejetée sur les médecins régulateurs. Or des places ne peuvent pas être trouvées lorsqu'elles n'existent pas.

Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX termine son propos en remerciant ceux qui sont intervenus lorsqu'il a signalé qu'il existait des « mafias » des ambulances privées. L'AP-HP a interdit 19 compagnies d'ambulances qui adoptaient des comportements de voyous et de voleurs. Il faut savoir qu'aucune assurance qualité n'avait été demandée en amont. Dans le cadre des mesures permettant de passer l'été, les compagnies d'ambulances privées recevront 10 M€ pour des transports rapides mais, là encore, sans aucune assurance qualité. Or, récemment, une personne a perdu la vie devant deux ambulanciers qui l'ont regardé faire un arrêt cardiaque sans apporter aucun secours. Il demande donc comment sont défendus les médecins en cas d'ÉIG.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** reconnaît que ce sont des sujets extrêmement importants. Elle estime toutefois utile de dissocier ÉIG et procédure, car un ÉIG ne tient pas forcément à une faute qu'il faut elle-même distinguer de l'erreur. Pour faire connaître à tous les possibilités de défense et de recours, elle propose que soit programmée, par exemple pour la prochaine CME, une présentation par la direction des affaires juridiques.

**Le P<sup>r</sup> Alain CARIOU** souligne qu'il serait intéressant de se s'interroger sur le retentissement de la démarche déclarative et analytique dans des cas devenus ensuite des contentieux. Le reproche qu'il entend le plus souvent est plutôt celui de ne pas être entré dans une démarche déclarative et analytique que le contraire. C'est un point qu'il serait intéressant de débattre. Au sein des équipes, au-delà du phénomène de sous-déclaration, il constate aussi que les soignants regrettent un manque de retour direct. Il sait que beaucoup de travaux ont été menés dans ce domaine mais, pour un soignant, déclarer et ne pas avoir une information en retour est un point qui génère de la déception et alimente peut-être la sous-déclaration.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** reconnaît qu'il existe une sous-déclaration chronique. Parmi les causes, l'absence de retours vers les déclarants est un élément important. Un retour est souvent organisé dans les cas les plus graves, mais l'absence de retour est sans doute trop fréquent pour les événements les moins graves. C'est l'objectif d'une évolution souhaitée dans Osiris qui permettrait alors au déclarant de consulter le dossier qu'il a créé pour prendre connaissance des réponses apportées. Il constate en effet que les équipes se plaignent d'une absence de réponse à leur déclaration alors que le taux de réponse dans Osiris est assez important même s'il est incomplet. Ce différentiel pourrait donc trouver une réponse dans une nouvelle fonctionnalité de l'outil, qui est en cours de conception.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** souhaiterait que soit présenté un bilan des événements déclarés dans OSIRIS afin de pouvoir connaître la part des ÉIG dans le total des déclarations.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** souligne que, avant toute déclaration, il y a une phase de qualification. Une discussion est engagée et c'est la mission dévolue au CGRAS pour définir si c'est un événement indésirable lié aux soins, inattendu et avec des conséquences graves. Sur ces trois critères, des discussions peuvent avoir lieu pour qualifier l'événement et dire s'il est grave ou non. S'il est grave, il doit être analysé. C'est le cas même si le délai peut parfois être long. Pour les autres événements, c'est leur criticité qui aboutira à une analyse, c'est-à-dire s'ils peuvent se reproduire et avoir des conséquences graves. Le bilan présenté n'était pas le bilan des Osiris mais le bilan des événements indésirables graves. Il propose par ailleurs de présenter à une autre occasion les facteurs contributifs mis en évidence par les analyses systémiques poussées réalisées pour les ÉIG.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** souhaite réagir à l'intervention qu'il juge assez violente du D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX contre la direction des affaires juridiques. Pour avoir travaillé avec cette équipe, il ne partage pas du tout son point de vue et considère au contraire que ces équipes effectuent une analyse importante des dossiers, apportent une aide au médecin mis en cause et défendent le dossier devant la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux ou le tribunal administratif. Il souhaite donc, comme l'a proposé le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ, que la direction des affaires juridiques intervienne devant la CME pour expliquer son travail.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** dissocie deux registres différents : le registre juridique et le registre de gestion des risques. Il ne peut pas se prononcer sur des cas particuliers, mais il peut recommander de déclarer l'événement. En fonction de l'événement, il peut être opportun de prendre rapidement contact avec la direction des affaires juridiques qui met en place un accompagnement et peut émettre des recommandations utiles pour la suite du dossier. Il n'est pas en mesure de dire si ces déclarations ont un impact positif sur l'issue judiciaire, mais il est possible que les équipes se protègent en faisant les déclarations réglementaires.

**Le D<sup>r</sup> Juliette PAVIE** suggère que la direction des affaires juridiques sollicite directement les personnes concernées par une déclaration d'un ÉIG à l'ARS pour proposer son aide plutôt que ce soient à elles de solliciter les juristes. Beaucoup de membres de la communauté médicale et soignante ne pensent pas à faire appel à elle.

**Le directeur général** estime utile de prévoir une présentation des missions de la direction des affaires juridiques lors d'une prochaine séance de la CME. Il part du principe qu'elle mène correctement ses missions d'analyse des dossiers et de défense de l'AP-HP et des soignants, même si une analyse dossier par dossier permettrait de dire si des « loupés » ont eu lieu. Ce qui le gêne est que les équipes puissent ne pas avoir connaissance de ce dispositif. Il sera donc utile de préciser les modalités qui s'appliquent pour savoir dans quelles conditions la direction des affaires juridiques se rapproche de l'équipe des professionnels. Un échange avec cette direction sera donc précieux. Si d'autres questions se posent, il faudra déterminer si cet échange doit avoir lieu en CME ou dans un autre cadre. Pour ce qui concerne les propositions formulées à la suite de la présentation du bilan, en tout cas pour ce qui concerne les points qui relèvent de la direction générale, il ajoute que toutes lui semblent opportunes. Il retient notamment la suggestion de rédiger une nouvelle note commune, de relayer la préoccupation par le biais des collégiales, d'accompagner les équipes et d'être en soutien des professionnels de santé concernés par les ÉIG. Toutes ces propositions vont dans la bonne direction.

#### 4. Propositions du groupe *ad hoc* de la CME sur l'évaluation des départements médico-universitaires (DMU) (P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI)

**Le président** rappelle que le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI est ophtalmologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et président de la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT) de la CME, commission qui a été créée depuis la présente mandature. La CME a ainsi voulu affirmer sa volonté de travailler avec ses partenaires de ville et hospitaliers hors AP-HP. Ceci explique que la CME a souhaité inviter de manière permanente le président de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France, le D<sup>r</sup> Yannick COSTA. Lors de la séance de juin, pour la première fois dans l'histoire de la CME, deux médecins libéraux ont également été invités, et nous réfléchissons à la possibilité de pérenniser cette invitation. Indépendamment de la présidence de la CHVT, le président a confié au P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI la mission d'animer un groupe de travail *ad hoc* sur l'évaluation des départements médico-universitaires. **Le président** rappelle que les DMU ont été créés en 2019 sur proposition d'un groupe de travail co-animé à l'époque par M. François CRÉMIEUX, aujourd'hui directeur général du centre hospitalo-universitaire de Marseille, et par le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL, à l'époque président de la CME locale de l'hôpital Robert-Debré et aujourd'hui président de la CMEL du GHU Nord. Cette réforme a été adoptée en février 2019 par 19 voix pour, 13 voix contre, 4 abstentions et 9 bulletins blancs. Ce vote témoignait que plusieurs membres de la CME étaient un peu dubitatifs sur ces nouvelles structures comme l'était aussi le président de l'époque, le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN, qui avait précisé les trois objectifs des DMU : être le catalyseur de projets véritablement hospitalo-universitaires, revaloriser la place du service, être associé à une simplification des procédures et des circuits de décision. Dès le début, la CME avait souhaité une évaluation qui permette d'ajuster au fur et à mesure ce qui ne marcherait pas. Lors de la CME du 11 janvier 2022, le président a confié au P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI l'animation d'un groupe *ad hoc* pour procéder à cette évaluation, dont les conclusions sont présentées aujourd'hui. Avant de lui céder la parole, le président remercie le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI pour le travail qui a été mené avec les membres du groupe *ad hoc* et pour le consensus trouvé sur un sujet où ce n'était pas forcément gagné d'avance.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** commence son propos en souhaitant, au nom du groupe *ad hoc*, la bienvenue au nouveau directeur général. Le groupe qui a été constitué sur les DMU était composé de 27 personnes : présidents de CMEL, doyens, présidents des commissions de structure, représentants de tous les collèges de la CME, représentants de la direction et cadres de soins.

En juillet 2019, 81 DMU ont été créés pour remplacer les 114 pôles existants. La création des DMU a reposé sur plusieurs objectifs. Un de ces objectifs était une délégation de gestion systématique. Une évaluation était déjà prévue par les textes à mi-mandat, moment auquel la commission *ad hoc* a été mise en place.

Sur le plan de la méthode, un questionnaire anonyme qui a été envoyé à 8 400 praticiens de l'AP-HP. Plusieurs relances ont été effectuées pour encourager les réponses. L'analyse des résultats a été confiée à la chaire d'économie de la santé *Hospinomics* dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD). Des responsables exécutifs de GHU, des représentants des collégiales et des syndicats ont également été auditionnés. Les membres de la commission ont tenu plusieurs réunions de travail pour élaborer les propositions qui vont être présentées dans un instant. 2 411 personnes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 29 % (alors que le taux de réponse moyen dans ce type d'enquête est plutôt de 13 %).

60 % des répondants avaient plus de 15 ans d'ancienneté dans la maison. 41 % étaient des responsables d'au moins une structure.

Il ressort de cette enquête que les répondants estiment que les DMU ne présentent pas de différences perceptibles par rapport aux pôles. L'apport des DMU par rapport aux pôles n'est pas perçu comme très positif. Pour 65 % des répondants, le DMU n'améliore pas l'émergence de projets médicaux communs, mais les DMU participent à la mise en valeur des filières d'excellence. La majorité des répondants ne connaît ni le correspondant recherche ni le correspondant pédagogique du DMU. La majorité déclare que le DMU n'a pas amélioré le déroulement de la recherche clinique. Ce point est peut-être discutable car de nombreux collègues ont apprécié la subsidiarité recherche.

Un indice de satisfaction a été construit par *Hospinomics* sur la base de deux questions. Une réponse positive à ces deux questions conduisait à une note positive tandis qu'apporter deux réponses négatives versait dans l'autre sens. Or, les notes sont en majorité peu positives.

25 % des répondants déclarent avoir participé à la mise en place de leur DMU de rattachement et plus de la moitié déclare ne pas avoir été informée des candidats à la direction médicale de leur DMU de rattachement.

Pour une majorité de répondants, la plupart des délégations de compétence devraient revenir en première ligne au service à l'exception de la gestion du budget recherche. Le chef de service apparaît comme un maillon essentiel au fonctionnement du DMU et la majorité des répondants est très favorable à la consultation des chefs de service dans les processus de désignation du responsable de la future structure intermédiaire (DMU, fédération ou autre format).

Il apparaît que la structure médicale doit viser une cohérence du projet médical, des contacts avec le terrain et un périmètre plus resserré. Le périmètre géographique peut être un frein, selon les spécialités. Pour un DMU métier, comme la réanimation, un fonctionnement intersites peut être opérant. Pour d'autres mixant médecine et chirurgie, une telle organisation peut être plus complexe.

Le **P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** présente ensuite les 12 recommandations du groupe *ad hoc*.

La première recommandation porte sur la place centrale des services. Le service est positionné comme l'élément clé pour la qualité des soins et l'attractivité des personnels médicaux et paramédicaux. Il faut rappeler ici le rôle essentiel du binôme constitué du cadre paramédical et du chef de service, binôme qu'il faut renforcer. Les projets médico-soignants des services doivent être la base des projets des structures intermédiaires. Le service doit être force de proposition pour l'organisation et la définition de l'équipe nécessaire aux soins et aux besoins en équipements. Les chefs de service et cadres paramédicaux de service doivent être dotés de délégations. Dans ce domaine, une expérimentation est possible dans l'année qui précède le renouvellement des DMU prévu à l'été 2023.

La deuxième recommandation porte sur un regroupement sur un mode fédératif avec des fédérations médico-universitaires (FMU) regroupant plusieurs services en respectant une logique médico-soignante renforcée afin de favoriser les parcours de soins bien définis. Les services choisissent avec qui ils veulent se constituer en FMU. Beaucoup de services l'ont déjà fait, mais il

faudrait tendre vers une généralisation. Sauf cas très exceptionnel validé en CMEL, les services se réuniraient en FMU.

Les troisième et quatrième recommandations concernent le périmètre des FMU. Le renouvellement des structures intermédiaires prévu dans un an permet une concertation au sein des services, organisée par le binôme chef de service – cadre de soins et discutée au sein des équipes. Les FMU doivent répondre soit à une logique de site ou de bâtiment, soit être construites autour de thématiques particulières. L'organisation interne du GHU en FMU est soumise à l'avis de la CMEL accompagnée de l'avis, pour chaque FMU, des binômes chef de service / cadre paramédical.

La cinquième recommandation porte sur les modalités de fonctionnement. Les chefs de service et responsables d'unités fonctionnelles de FMU approuveront une charte de fonctionnement stipulant les objectifs élaborés de façon collégiale, en précisant le fonctionnement et l'organisation. La charte précisera les missions, le contenu et les types de délégation que les services souhaitent voir attribuer au coordonnateur médical et au cadre paramédical de FMU. Un modèle de charte-type, le plus simple possible, sera proposé, mais chaque FMU pourra l'amender en fonction de ses besoins.

La sixième recommandation touche à la coordination médicale, point qui a donné lieu à de nombreux débats alors que la démocratie participative est souhaitée par de nombreux collègues. Dans ce domaine, il a été proposé que soit diffusé en amont un appel à candidatures auprès de l'ensemble des professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH) et praticiens hospitaliers (PH). Le processus de désignation devra garantir l'expression des équipes médicales qui composent la FMU. Après audition, les chefs de service et responsables d'unités fonctionnelles (UF) proposeront une coordonnatrice ou un coordonnateur. Tout doit être mis en œuvre pour obtenir un consensus de toutes les parties sur leur désignation. Il sera possible de désigner des duos associant un adjoint ou une adjointe aux candidats afin de favoriser la représentativité (PU-PH, PH) et la parité (hommes – femmes). Les coordonnateurs médicaux seront nommés par décision conjointe du directeur général, du président de la CME et du vice-président doyen du directoire de l'AP-HP, après avis des PCMEL, doyens et directeurs de GHU concernés, sur la proposition des chefs de service et responsables d'UF de FMU ainsi recueillie.

La septième recommandation appelle à respecter les textes qui existent déjà concernant le cumul de responsabilité qui doit rester exceptionnel. Il se trouve que ce principe n'a pas été respecté pour plusieurs raisons probablement recevables. Compte tenu de la charge extrêmement lourde des coordonnateurs de FMU, il apparaît toutefois important d'éviter le cumul de mandats avec les mandats de chefferie de service. Si ce cumul est constaté, il doit rester exceptionnel. Il est également préconisé de parvenir à une parité femme-homme.

Les huitième et neuvième recommandations portent sur la recherche et l'enseignement. Les doyens avaient un avis assez réservé sur les DMU en ce qui concerne l'enseignement et la recherche. Toutefois, en concertation étroite avec eux, il est proposé de mener l'enseignement et la recherche au sein de ces structures, même si elles restent des structures hospitalières. Une enveloppe de crédits de recherche clinique sera déléguée à la FMU.

Les recommandations 10 à 12 portent sur la subsidiarité. Les délégations de gestion aux coordonnateurs par les directeurs seront précisées ainsi que les subdélégations des

coordonnateurs aux chefs de service. Le but sera la fluidification des circuits de recrutement et des prises de décision. Beaucoup de personnes ont pu souligner la lourdeur des circuits de recrutement des infirmiers pouvant même conduire à perdre le candidat alors même que l'attractivité est un enjeu. Le bilan des DMU a également mis en exergue un manque d'information probablement lié à la crise Covid et à ses conséquences, c'est-à-dire à la fuite des personnels. Il est donc recommandé ici que l'information des membres de chaque fédération soit améliorée. Elle sera régulière en utilisant les outils modernes de communication. Un conseil de FMU annuel sera organisé. Il sera ouvert à tout personnel de la FMU et impliquera également les responsables des usagers. Les représentants des usagers ont été très sensibles à ce point lors de la réunion du conseil de surveillance. Au sein de ce conseil, la stratégie et les perspectives de développement de chacune des fédérations seront discutées. Les FMU consacreront un conseil à une auto-évaluation de mi-mandat.

Le P<sup>r</sup> **Bahram BODAGHI** estime que les recommandations élaborées à partir du questionnaire, des auditions et des échanges ayant eu lieu en commission entrent en résonance avec les convictions exprimées par le directeur général. Ce travail a permis à toutes les expressions de parvenir à un consensus. Il n'y a pas eu de remise en cause d'une structure intermédiaire d'arbitrage. Pour jouer ce rôle, il a été proposé de mettre en place des FMU mais ce sera au directeur général d'arbitrer cette question. Il est proposé que le service soit positionné au cœur du dispositif de soins, d'enseignement et de recherche avec une amélioration des parcours. Il est suggéré une plus grande implication et responsabilisation des membres de chaque fédération dans l'animation des FMU et une plus large délégation de gestion aux FMU et services. Il est préconisé une meilleure information des membres de chaque FMU. Les échanges avec les cadres ont donné lieu à des propositions qui seront transmises et les GHU ont également mené un travail d'évaluation de leur DMU auquel le groupe de travail *ad hoc* a été associé dans la plupart des cas. Des échanges ont eu lieu dans ce cadre pour favoriser la transparence et aboutir à des recommandations communes si possible. Une période d'expérimentation est possible jusqu'à l'été 2023. Les DMU ne sont évidemment pas responsables de tous les problèmes rencontrés à l'AP-HP et leur courte existence a été bouleversée par la crise Covid-19. Par ailleurs, un changement de paradigme dans le cadre de la loi permettrait de redynamiser les structures et de renforcer leur attractivité. Il s'agit d'une étape significative vers le rapprochement des équipes médicales, soignantes et administratives au sein de l'AP-HP.

Le P<sup>r</sup> **Xavier MARIETTE** remercie le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI pour ce travail collectif qui a évolué au cours du temps et qui montre une véritable recherche de consensus. Il faut rappeler que l'évaluation des DMU est négative. En effet, sur un échantillon représentatif de répondants, seulement 12 % sont satisfaits des DMU, bilan dont il faut tenir compte pour changer la manière de s'organiser. La commission *ad hoc* a rappelé que le service devait être remis au centre. Il faut en effet repartir du service pour redonner confiance, empêcher les professionnels de partir et faire en sorte que l'AP-HP soit attractive. Sachant que le modèle reposera sur le volontariat, le P<sup>r</sup> Xavier MARIETTE propose par conséquent de laisser la possibilité à un service de ne pas participer à une FMU, au moins au début. Les services comprendront vite qu'il n'est pas forcément de leur intérêt de rester en dehors des FMU. Il comprend qu'un directeur d'hôpital préfère avoir face à lui 15 DMU plutôt que 80 services mais cette liberté de choix pourrait être utile au démarrage. Il propose également que les contrats des infirmiers et aides-soignants soient rattachés au service et non à la FMU. Ainsi, l'organisation du temps de travail pourra être décidée par le service ainsi que les ratios de personnel et les embauches.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** souligne qu'il est proposé qu'exceptionnellement quelques services, après accord de la CME local, puissent rester seuls. Sur le deuxième point, il émet la recommandation que le binôme coordonnateur médical et cadre soit informé du tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER) pour établir son projet médical et définir les directions vers lesquelles aller. C'est une demande plébiscitée par de nombreux acteurs, cependant le TPER s'accompagne d'une responsabilité puisque les budgets seront limités. Pour autant, avec cette suggestion, les équipes jouiront de davantage de souplesse pour faire évoluer l'effectif. Des discussions sont engagées avec la direction des affaires juridiques sur ce point, mais ce serait une mesure « révolutionnaire ».

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** souhaiterait obtenir des précisions sur le pouvoir des FMU sur les postes. Par exemple, dans le cadre d'une mutation d'un professionnel parti hors AP-HP qui souhaiterait revenir, la réponse est aujourd'hui de dire que ce mouvement est impossible dès lors que la commission des effectifs a eu lieu.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande si la disparition des DMU est actée ou si la proposition est que des fédérations puissent se constituer sur la base du volontariat avec la possibilité que DMU et FMU cohabitent. Il souhaite également savoir si le nombre de fédérations est limité. Il demande aussi si les propositions qui viennent d'être exposées incluent les travaux des cadres et des GHU.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** explique que les points qu'il vient de présenter sont des recommandations du groupe *ad hoc* mais l'arbitrage final sera dans les mains du directeur général. Pour ce faire, il disposera aussi des recommandations émises par les cadres et de celles des GHU. Il n'est pas acté fermement si DMU et FMU pourront coexister mais il doute qu'il soit possible que certains optent pour un format et d'autres pour un autre format. Il faudrait que tous aillent dans la même direction. Concernant le nombre de structures intermédiaires, l'objectif est de ne pas connaître d'inflation. Le but n'est pas de créer 800 FMU.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui-Quoc** souhaite apporter des précisions sur les motivations qui ont conduit à proposer que des binômes puissent être constitués. Cette proposition est guidée par la volonté que la parité hommes – femmes et PH – PU-PH puisse être respectée. Cette organisation s'inspire de l'organisation en place au parlement européen qui permet un changement de direction du binôme à mi-mandat avec un passage de relais. Un autre modèle pourrait reposer sur la mise en place d'un coordonnateur et d'un vice-coordonnateur ayant des pouvoirs similaires sur le modèle du gouvernement d'Irlande du Nord. Il admet qu'il peut apparaître compliqué de désigner deux chefs mais ces propositions peuvent néanmoins être pertinentes.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** reconnaît que c'est une très bonne idée. Sa transposition doit encore être vérifiée sur le plan juridique car il existe une rémunération associée à ces responsabilités. Soit le coordonnateur ou la coordonnatrice en titre percevra la rémunération, soit il faudra trouver le moyen de partager la rémunération. Il est exact que cette mesure serait une excellente idée pour parvenir à la parité, mais aussi pour s'approprier progressivement l'expérience en tant que vice-coordonnateur le temps d'un mandat avant de briguer ensuite des fonctions de coordonnateur.

**Le P<sup>r</sup> Bernard Granger** ne revient pas sur l'historique et sur ce qui a conduit à mettre en place ce groupe de travail. Il remercie le président de la CME d'avoir pris cette initiative d'évaluation des DMU. Il rappelle cependant qu'aucun des objectifs fixés initialement aux DMU n'a été atteint. Comme rappelé dans un texte rédigé par l'AP-HP et diffusé le 6 juin dernier, il est dit que « le défi



majeur » des DMU est de favoriser l'émergence de nouveaux projets médicaux, objectif qui n'a pas été atteint. Il était annoncé aussi une cohérence avec les projets de recherche, un dispositif apte à appréhender l'avenir des parcours patients sur le territoire, d'améliorer la qualité de soins et la qualité de vie des équipes au quotidien, objectifs qui n'ont pas été atteints non plus. Concernant la qualité de vie des équipes, les DMU ont même contribué à dégrader la qualité de vie au quotidien avec un système d'encadrement beaucoup trop autoritaire et une polyvalence des soignants mal ressentie et ne favorisant pas l'attractivité. Il était annoncé que les filières seraient organisées selon des filières de soins sur le territoire et que le directeur médical de DMU s'appuierait sur un comité exécutif. Sur ce dernier point, les comités sont légion. Il y était précisé aussi que les lieux de concertation des DMU seraient davantage ouverts aux professionnels paramédicaux – ce qui a été le cas – ainsi qu'aux représentants des patients et aux partenaires extérieurs – ce qui n'a pas été le cas. Au conseil de surveillance, il a été indiqué qu'un seul DMU comprenait dans ses instances un représentant des usagers.

Les résultats de cette enquête sont très négatifs et il est impératif d'agir. Le groupe de travail a travaillé avec beaucoup de liberté et d'efficacité. Grâce au travail commun et grâce aux concessions qui ont été faites par les uns et les autres – au départ de la réflexion, certains, dont lui, plaidaient pour la suppression pure et simple de ces structures intermédiaires, tandis que d'autres ne voulaient rien changer et estimaient qu'il était prématuré de les évaluer –, un accord a pu être trouvé à l'arrivée, même si des points de désaccord mineurs perdurent. Chacun a mis du sien dans la démarche pour aboutir à un texte. Il reste encore difficile de voir précisément comment les FMU pourront fonctionner, cependant parvenir à mettre en place ces FMU serait un progrès, à la condition toutefois que cette instance intermédiaire, qui dispose de peu de moyens, si ce n'est de saupoudrer la pénurie, ne soit pas un frein ou un filtre. Le point clé est donc de savoir jusqu'à quel degré iront les délégations aux chefs de service et la délégation aux FMU. Le système est contraint par une réglementation très complexe et autoritaire, mais aussi très pyramidale. Il pense donc qu'il faut donner un nouvel élan sur la base des concessions que toutes les parties ont eu la sagesse de faire et dont l'aboutissement constitue un excellent socle de changement.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** souhaite remercier le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY qui a été toujours présente lors des travaux et qui a participé également à l'évaluation des DMU par les cadres ainsi que M<sup>me</sup> Catherine RAVIER qui a revu les textes pour être au plus proche de la loi et pour que les recommandations soient acceptables et réalistes.

**Le président** s'associe à ces remerciements. Permettre à des services de s'associer est une bonne idée, même si ces associations sont parfois plus ou moins heureuses. Ce matin, lors de la visite de l'hôpital Avicenne, le P<sup>r</sup> Loïc DE PONTUAL a expliqué qu'il participait à un DMU inter-GHU qui avait permis d'améliorer le parcours du patient. D'autres exemples de réussite peuvent être cités même si, dans d'autres cas, les aspects négatifs de l'éloignement géographique des structures rassemblées dans un DMU l'emportent. Cela étant dit, les résultats de l'enquête montrent clairement une insatisfaction face aux DMU. En outre, beaucoup de médecins et de soignants se sentent assez peu concernés par le DMU. Beaucoup ne savent même pas à quel DMU ils appartiennent. À l'époque, au sein des groupes de travail de la démarche dite « *oikéiosis* », la volonté d'embarquer tout le monde avait été mise en avant, mais cette promesse qui n'a pas toujours été tenue, loin de là. Ce sentiment contribue à l'insatisfaction des professionnels qui estiment que le DMU a été décidé d'en haut et imposé sans échanges préalables. Certains DMU sont donc des structures un peu virtuelles, ce qui est problématique.

**Le président** réaffirme que l'équipe est ce qui compte le plus pour les médecins et paramédicaux. Avec les DMU, comme avec les pôles précédemment, la notion d'équipe a été un peu gommée. Cette situation invite à revoir les possibilités de délégations. C'est un point à clarifier avec la direction des affaires juridiques pour expliciter clairement de quoi il s'agit (délégation de compétences, délégation de gestion, etc.). Il pense que cette notion peut être confuse chez certains. Si, à l'hôpital de Valenciennes, les chefs de pôle décident du budget, le président n'est pas certain que beaucoup des professionnels de l'AP-HP aient envie que la délégation aille jusque-là. En revanche, dans la gestion du personnel (comme pour les recrutements, par exemple), il faut faire en sorte que le service soit entendu au moment où ces décisions sont prises, même si celles-ci sont arbitrées ensuite par d'autres.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** remercie le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI pour le travail qu'il a conduit car ce travail n'était pas facile. Selon lui, la plus grande difficulté porte sur le sentiment de non-information du praticien hospitalier ou du cadre de terrain qui pensent qu'ils sont en dehors de tout processus de décision. Le projet qui est porté aujourd'hui sera aussi ce que les hommes et les femmes en feront. Il serait sans doute utile que les DMU s'assurent de la mise en œuvre effective du plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RH-PM), s'assurent que les conseils de service sont bien tenus et veillent à ce que l'information descende correctement. Il est sans doute difficile de le faire au niveau du président de CMEL mais peut-être plus facilement au sein des FMU reconfigurées. C'est une idée qu'il a eue tardivement mais qu'il souhaiterait pouvoir intégrer au projet.

**Le P<sup>r</sup> Alain CARIOU** est d'accord avec le **D<sup>r</sup> Guy BENOÎT**. Ce projet sera positif si tout le monde joue le jeu car cela n'a pas toujours été le cas jusqu'alors. En repartant sur des bases saines, il est possible de se donner l'opportunité que toutes les parties adhèrent, dont les responsables médicaux de structure mais aussi les cadres, pour jouer le jeu de la communication descendante, de la véritable coordination, etc.

**Le directeur général** explique qu'il ne peut pas exposer à ce stade dans le détail ce qui sera sa position sur un sujet qu'il découvre. Toutefois, il est très heureux que ce projet arrive à son aboutissement au moment où il prend ses fonctions. Il sent bien qu'il existe un sujet autour de l'organisation de l'AP-HP. Comme le démontrent les résultats de l'enquête, l'organisation actuelle n'est pas au rendez-vous des attentes. Ce sont évidemment des résultats dont il faut tenir compte. On pourrait en déduire que le concept de DMU était un mauvais concept et qu'il ne fallait pas transformer les pôles en faisant les promesses rappelées au cours des échanges, mais il a plutôt le sentiment que la réforme n'est pas allée au bout de sa promesse, probablement pour des raisons liées au contexte depuis deux ans, mais pas uniquement. Les échanges qu'il a pu avoir lui font penser également que la promesse de délégation n'est pas allée à son terme. Il faut fixer une ligne sur le niveau de délégation à déployer dans le domaine budgétaire, des acquisitions, des ressources humaines, etc. Elle doit se prendre autant que possible en proximité, à un échelon qui se situe entre le DMU et le service. Il ne peut pas dire aujourd'hui GHU par GHU et DMU par DMU comment les choses se passent concrètement et si elles ont été complètement pensées et affinées. Le but n'est pas de reconstituer un « jardin à la française » où tout le monde fonctionnerait exactement de la même manière, mais de s'assurer que partout l'exercice est allé au bout de sa logique. Or, le directeur général a le sentiment que ce n'est pas le cas. Ceci explique que la valeur ajoutée n'apparaît pas. Il appelle donc à regarder en détail la situation et à travailler en commun, car il a le sentiment que la structuration entre GHU, DMU et services n'est pas en cause. L'objectif doit être de la faire fonctionner mieux en allant plus au fond des choses.

Il convient ensuite de se demander s'il faut changer de nom, mais plus encore s'il faut changer les modalités de désignation des responsables et s'il est possible de laisser un service sans rattachement à une structure intermédiaire. Le directeur général souhaite disposer du temps nécessaire avant de répondre à ces questions. De tels sujets appellent également un travail collectif pour trouver le bon équilibre en utilisant les contributions du groupe de travail de la CME, mais aussi des GHU et des personnels non médicaux. Il préconise d'attendre que tous ces travaux soient terminés avant de prendre une orientation. À ce stade, il a plutôt le sentiment qu'il faut maintenir l'architecture et retravailler l'ensemble pour que l'organisation soit au rendez-vous des promesses.

Que la structure de rattachement soit un DMU ou une FMU, une autre approche pourrait être de privilégier un système totalement optionnel. Mais il ne faudrait pas alors perdre complètement de vue l'objectif même du projet, car la visée est bien que celui-ci ait une valeur ajoutée pour les patients, pour les équipes, pour les projets médicaux et les projets de recherche. Si le principe qu'un service peut vivre tout seul est posé, cette valeur ajoutée sera perdue. Cette orientation viendra aussi impacter la délégation. En effet, il ne sera possible d'insuffler plus de délégation que dans un équilibre subtil entre DMU et services. Il ne croit pas qu'il sera possible d'aller très loin dans la délégation de service avec des services totalement isolés.

Ainsi, l'architecture posée semble être pertinente mais la promesse n'est pas au rendez-vous car l'AP-HP n'est pas allée au bout de l'exercice. La matière apportée par le groupe de la CME et les contributions des autres groupes de réflexion devront être exploitées pour finaliser un projet dans les prochaines semaines. L'échéance fixée pour les DMU est à 2023 mais il ne faudra pas attendre cette date dans l'immobilisme, mais profiter de ce temps pour mener des expérimentations et affiner le fonctionnement de l'organisation à venir. Au-delà des réunions du directoire qui traiteront ces questions, il souhaite qu'un point soit de nouveau fait en CME sur ce dossier à la rentrée.

**Le président** reconnaît qu'il manque sans doute quelque chose dans le mode de fonctionnement actuel mais aussi dans sa mise en place. Il est donc nécessaire que cette réflexion commence avec une année d'avance afin de pouvoir mener des expérimentations sur ces deux aspects. Certains DMU ou FMU ne changeront pas de périmètre mais ces décisions seront à la main des GHU. De même, la pertinence du projet médical de DMU ou FMU ne sera pas arrêtée en central. Il conviendra également d'exploiter ce temps pour travailler sur l'appropriation du projet et pour lancer des appels à candidatures. L'appropriation prend du temps et force est de reconnaître que ce temps n'avait pas été pris pour l'installation des DMU, et cela n'est pas dû à la crise Covid puisque cette installation avait eu lieu avant. Il propose que de nouveaux points soient organisés avec le directeur général et le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI pour prolonger la discussion et intégrer les travaux menés par ailleurs par les groupes de réflexion des cadres et des GHU. Lorsque les décisions seront prises, elles se traduiront par une modification du règlement intérieur probablement, point qui sera à préciser avec la direction des affaires juridiques dans les deux à trois mois à venir.

**Le directeur général** n'est pas en mesure de dire à ce stade quelle sera la traduction possible. Cependant, il pense qu'il est nécessaire d'approfondir le sujet pour que la structure intermédiaire apporte de la valeur ajoutée aux services qui sont les unités de base. Ensuite, il faudra se demander s'il faut faire évoluer des éléments de l'organisation actuelle – hypothèse qui ne doit

pas être exclue par définition et qui sera rendue possible par les expérimentations – et qui permettra d'ouvrir la voie à un projet plus global un peu plus tard.

**Le président** précise que la possibilité qui serait laissée à certains services de rester seuls serait une hypothèse exceptionnelle. La question est donc de déterminer si cette situation doit rester ainsi ou si elle doit être exclue.

## **5. Point chirurgie : situation dans les blocs opératoires (P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX)**

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** indique que l'activité 2021 a diminué de 6 % par rapport à 2019, baisse qui touche essentiellement l'activité programmée puisque les activités d'urgence ont été préservées pendant une année marquée par la crise pandémique, en avril mais aussi en décembre avec la « vague Omicron ». Le taux d'ouverture a diminué en 2021 en lien avec la crise Covid et les problématiques de personnel. Les taux d'occupation sont restés très légèrement dégradés par rapport à 2019 (74 % en 2021 contre 75 % en 2019). Les taux d'ouverture ont été moins chahutés en 2021 qu'en 2020 mais ils ont pu être légèrement inférieurs à 50 % à certaines périodes de l'année avant de reprendre en fin d'année avec la « vague Omicron ». Une certaine hétérogénéité est notée entre GHU avec des variations entre le début et la fin de l'année allant de + 8 % à – 15 %. Ces courbes montrent que les GHU ont été impactés de manière différente par la crise Covid et qu'ils ont été touchés aussi par des problématiques de personnel et d'ouverture de blocs. Au-delà de ces deux aspects, il faut citer également des impacts de structure, comme des travaux, notamment à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). Les motifs de fermetures des salles ont évolué au cours de l'année 2021. Les fermetures de salles en raison de l'épidémie de Covid ont eu lieu au mois d'avril tandis que les fermetures étaient dues à d'autres causes en fin d'année, notamment en raison des déficits de personnel.

L'année 2019 est retenue comme base 100. La chirurgie adulte a connu l'impact important de la vague Covid avec une activité programmée moins touchée qu'en 2020 lors de la vague d'avril et un niveau proche du niveau de 2020 en fin d'année. C'est moins le cas pour la chirurgie pédiatrique, qui avait été fortement impactée lors de la première vague, mais qui a été préservée en 2021. La cellule de déprogrammation a été très vigilante pour maintenir cette activité, faire en sorte qu'elle rebondisse à la fin de l'année 2020 et qu'elle reste au mieux de ses possibilités en 2021. La baisse d'activité est de 9 % par rapport à 2019 et atteint même 11 % hors sites pédiatriques. C'est environ 15 000 interventions non réalisées mais la situation est très contrastée d'un GHU à l'autre et d'un site à l'autre, et cela en raison de causes multiples (crise Covid, travaux, déficit de personnel). Le GHU Centre a notamment été fortement impacté avec une baisse de l'activité de 29 % à l'HEGP en raison de travaux importants (notamment dans l'unité de chirurgie ambulatoire) mais aussi une diminution importante à Cochin en raison d'un déficit en infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) en chirurgie orthopédique mais aussi des changements de chefs de service, etc. Les spécialités les plus impactées par la baisse d'activité en 2021 ont été la chirurgie maxillo-faciale et la chirurgie plastique notamment, car ce sont les activités les plus déprogrammées. Des spécialités à forte activité, comme la chirurgie digestive et l'orthopédie, ont aussi vu leur activité diminuer mais uniquement sur des chirurgies prothétiques pour l'orthopédie et non malignes pour la chirurgie digestive. La baisse d'activité de la chirurgie cardiaque a davantage tenu à la difficulté de recruter des cardio-pompistes. La tension sur ce métier impacte à la fois la chirurgie adulte et pédiatrique.

Concernant l'activité en 2022, les taux d'ouverture ont été relativement stables. Les taux d'utilisation ont atteint 75 %. Sur les derniers mois, quasiment tous les GHU sont orientés à la hausse en lien avec la reprise des recrutements d'IBODE. Contrairement à 2021, les principaux motifs de fermetures de salles n'ont pas tenu à la crise Covid mais aux problématiques de personnel et à la capacité d'armer les blocs opératoires. Cependant, il faut relever que les effectifs présents en équivalents temps plein (ÉTP) sont en augmentation depuis mai, courbe qui suit celle des blocs ouverts. L'activité programmée a été impactée par la « vague Omicron » en janvier et février 2022, mais celle-ci retrouve un niveau proche de celui de 2019 à partir de mars. À fin juin 2022, l'activité est en baisse de 11 % par rapport à 2019 contre une baisse de – 18 % pour les mois de janvier-février, la situation s'améliore doucement. Des tensions perdurent sur le personnel, notamment dans les hôpitaux Saint-Louis, Avicenne, Tenon et Raymond-Poincaré pour les médecins anesthésistes réanimateurs. Les travaux continuent toujours de peser sur l'activité de l'HEGP.

En 2022, les spécialités les plus impactées par la baisse d'activité sont toujours la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie plastique, l'orthopédie, la chirurgie digestive et la chirurgie cardiaque, en raison de tensions qui perdurent sur les infirmiers pompistes et du départ d'un chirurgien qui réalisait une activité importante à Necker.

**M<sup>me</sup> Vanessa FAGE-MOREEL** présente un point sur les effectifs et un focus sur les IBODE et les infirmiers exerçant en bloc opératoire (IBO), sachant que ce ne sont pas les seuls métiers en tension dans les blocs opératoires, car des ressources en médecine-anesthésie-réanimation (MAR) sont aussi manquantes. Entre 2015 et 2022, les effectifs d'IBODE ont été stables. Il est à noter aussi le financement de l'intégralité des présentations au concours d'IBODE en promotion professionnelle. Ce nombre sera de 32 en 2022. L'étude a été élargie aux IBO et c'est plutôt sur cette population que les effectifs diminuent compte tenu de difficultés à les fidéliser. Les points saillants concernent la réalisation des actes exclusifs et le dispositif transitoire cassé par le Conseil d'État à la fin 2021, décision qui ne permet pas de sécuriser l'exercice des non-IBODE en bloc opératoire.

Les effectifs présents sont composés des effectifs rémunérés, de l'intérim (transformés en ÉTP) et des heures supplémentaires (transformés également en ÉTP malgré quelques biais méthodologiques) auxquels l'absentéisme est retranché. Ce suivi permet de donner une photographie à l'échelle de l'AP-HP, ce qui ne rend pas compte des différences par bloc opératoire, mais cette déclinaison sera effectuée au mois d'août. L'évolution des effectifs présents sur l'année montre des pics. Certains de ces pics sont budgétaires avec le paiement d'heures supplémentaires et d'intérim. Cela étant, les variations sont néanmoins visibles d'un mois à l'autre, ce qui gêne la prévision d'activité.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** présente les résultats de la première enquête attractivité menée auprès des élèves IBODE en février 2022. Sans aller dans le détail des résultats, il faut relever que certains facteurs d'attractivité cités étaient déjà identifiés comme la rémunération, les horaires et les plannings respectés. Ces points ne sont pas propres à cette profession. Sont cités également l'esprit d'équipe, l'ambiance et le dialogue entre personnel médical et personnel non médical. C'est l'une des professions qui cite le plus cet argument. Un autre élément mis en avant, et propre à ce métier, est la réalisation des actes exclusifs. Les personnes interrogées ont indiqué dans cette enquête que les atouts du secteur privé résidaient dans l'autonomie, la rémunération et la pratique systématique des actes exclusifs mais cela plus difficile dans les faits à l'AP-HP. Ils

évoquent aussi l'intérêt des horaires en 10 heures et le fait que les spécialités les plus attractives sont celles les plus souvent instrumentées. Au travers de cette enquête, ils ont aussi suggéré des canaux de recrutement comme les stages et le bouche-à-oreille. Sur des populations aussi limitées en nombre, un stage qui s'est mal déroulé génère un bouche-à-oreille négatif qui peut mettre en danger l'attractivité du recrutement pour une promotion entière.

**M<sup>me</sup> Vanessa FAGE-MOREEL** explique que l'analyse sera affinée en travaillant bloc par bloc. L'enquête sera poursuivie auprès des IBO et des IBODE confirmés. Comme pour les autres catégories d'infirmiers diplômés d'État (IDE), une enquête sera systématisée pour comprendre les raisons des départs.

Des pistes sont envisagées pour améliorer l'attractivité des métiers des blocs avec la réservation d'une partie du parc de logements et la création d'un contrat d'allocations d'études (CAE) « blocs ». Ces deux actions sont désormais engagées et un premier CAE a été signé pour un étudiant de l'institut français des soins infirmiers (Ifsi) poursuivant directement sa formation en école d'IBODE. L'AP-HP souhaite identifier des jeunes en formation initiale mais aussi les personnes en autofinancement dans l'école de formation de l'AP-HP comme dans les autres écoles d'Île-de-France ou des régions puisqu'il existe une offre de logement couplée au CAE. Une autre piste de réflexion consiste à réfléchir à la publicité à mettre en place autour des métiers du bloc. Plusieurs professionnels, comme les manipulateurs en radiologie, techniciens de laboratoire, ont demandé qu'une promotion de leur profession soit lancée, tout comme pour les métiers des blocs opératoires. Il apparaît également nécessaire de travailler sur les collectifs de travail et de travailler à la mise en œuvre des actes exclusifs en lien avec le groupe des présidents de conseil de bloc.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** ajoute que, au-delà du bloc, la salle est aussi un facteur limitant. En effet, faute de lits, l'activité est à J0, c'est-à-dire qu'il faut organiser l'arrivée du malade le jour même de son opération, ce qui pose des difficultés pratiques (d'habillage notamment). Avec un nombre limité de salles, le personnel fait du *fast track*, c'est-à-dire de l'hospitalisation courte, ce qui surcharge le travail en salle. Finalement, les patients qui restent à l'hôpital sont les plus lourds et ce travail se reporte sur les infirmiers de salle. C'est un facteur limitant pour faire fonctionner les blocs, d'autant que tous travaillent en situation de sous-effectif. Toutes les interventions ne sont pas instrumentées, même les plus lourdes. Les externes sont de moins en moins présents. La situation est difficile même si les chirurgiens s'en satisfont puisqu'ils sont presque plus heureux lorsque la situation est contrainte. Les effectifs dans les écoles d'IBODE ne sont pas au complet car il y a plus de postes ouverts que de candidatures. Pour l'instant, ces écoles ne sont pas suffisamment attractives pour remplir les promotions.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande si la mention « salles fermées » dans la présentation renvoie aux salles de bloc ou aux salles d'hospitalisation.

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** répond que ce sont les salles de bloc.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'enquiert du nombre de salles de bloc pour l'ensemble de l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** précise qu'il existe 340 salles de bloc adulte et 47 salles de bloc pédiatrique.

**M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME** précise que, pour améliorer l'attractivité, il faut peut-être rompre avec une pratique très franco-française qui consiste à dissocier les médicaux et les non médicaux. En l'occurrence, tous ces professionnels sont des soignants. Chez les Anglo-Saxons, il n'existe pas cette distinction dans le vocabulaire entre médical et non-médical. Cette terminologie finit par être pesante.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** rappelle que la réhabilitation améliorée après chirurgie apporte indiscutablement un gain en termes de prévention des complications, de durée moyenne de séjour, etc. mais l'expérience montre, dans tous les services qui la mettent en application, qu'il n'est pas possible de fonctionner à moyens constants et qu'il faut désigner un coordonnateur de cette procédure pour être efficace. Il serait donc nécessaire qu'un poste d'IBODE ou d'IDE soit transformé pour devenir ce coordonnateur ou qu'il soit possible de bénéficier d'un coordonnateur supplémentaire. Il a par ailleurs noté la piste qui consisterait à faire de la publicité pour ces métiers comme il existe des campagnes télévisées sur les métiers de la police, de la gendarmerie et de l'armée. Il devrait être possible d'en faire de même pour les métiers de la santé, *a fortiori* face à la crise que rencontre l'hôpital, campagne qui ne devrait pas seulement concerner le métier des IBODE mais plus globalement le métier d'infirmier qui est un métier passionnant plutôt que de faire du *bashing* contre l'hôpital public.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** indique qu'une campagne a été menée dans la presse (notamment dans *Le Parisien*) et sur les panneaux d'affichage de la Ville de Paris mais elle pourrait être renouvelée.

**Le directeur général** croit se souvenir que le Gouvernement a mené une campagne, avec des moyens plus importants que ceux de l'AP-HP, *via* un film diffusé dans les salles de cinéma sur les métiers du soin et du *care*. Cependant, il appelle à ne pas surestimer l'impact de ces campagnes.

**Le président** rejoint toutefois le P<sup>r</sup> René ADAM qui souligne qu'il existe davantage de campagnes pour les métiers de l'armée que pour les métiers de l'hôpital.

**Le directeur général** souligne que ces campagnes pour l'armée sont retenues car elles sont bien faites mais aussi parce qu'elles sont affichées sur les abribus. Cependant, c'est un sujet qui se travaille.

**Le président** s'enquiert du nombre de blocs bénéficiant d'un coordonnateur ou une coordonnatrice.

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** souhaite, avant de répondre à cette question, rebondir sur la question posée par le P<sup>r</sup> Yann PARC sur le JO. Le JO s'organise en fonction du personnel et des locaux. Cette organisation impacte l'ensemble du service et nécessite un accompagnement systémique. Des accompagnements ont été proposés par l'ARS et par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) à une époque. Il est vrai que cette organisation impacte l'ensemble de la chaîne des soignants mais aussi les patients eux-mêmes. Cette organisation invite à renforcer le nombre des coordonnateurs et des infirmiers de parcours. Par ailleurs, le développement de l'ambulatoire fait que les malades qui restent en salle sont les patients les plus lourds. Le développement de l'ambulatoire s'accompagne d'ailleurs souvent de l'augmentation du poids moyen du cas traité (PMCT) avec une charge en soins qui augmente également. Ce sont des

éléments qui sont pris en compte dans les parcours de soins lorsque sont déployés le J0 et la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC).

Le **D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** constate que la situation du GHU Paris-Saclay semble s'améliorer tandis que celle du GHU Paris-Centre est étale et que celle du GHU Paris-Nord se dégrade un peu. Il souhaite donc savoir ce qui pourrait expliquer ces différences.

Le **P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** précise que ces différences peuvent tenir aux difficultés qui impactent les activités et qui peuvent différer d'un site à l'autre : pénurie de personnel, travaux, etc. L'analyse est menée segment d'activité par segment d'activité. C'est ce qui a permis de dire que les difficultés de la chirurgie cardiaque s'expliquaient grandement par des tensions sur le métier de cardio-pompiste. Les situations sont hétérogènes car les sites et les GHU le sont également.

Le **D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** indique que le système ambulatoire arrive à saturation du fait de la disponibilité des blocs et des locaux de l'hôpital Ambroise-Paré. Il demande si cette situation concerne d'autres sites.

Le **P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** explique que l'ambulatoire est devenu une valeur refuge. La difficulté est que tout ne peut pas être géré en ambulatoire. La solution passe par l'augmentation des surfaces et des capacités et l'une des rares solutions.

Le **D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** ajoute que l'ambulatoire pose aussi des problèmes d'horaires notamment pour les chirurgies qui nécessitent des anesthésies loco-régionales qui exigent ensuite de consacrer des temps de surveillance. Si le malade sort du bloc après 13 heures, il n'y a donc plus d'ambulatoire si la structure ferme vers 16-17 heures. Les contraintes pèsent donc non seulement sur les horaires de début mais aussi sur les horaires de fin. Cette situation soulève aussi des questions d'organisation des équipes avec des organisations matin et après-midi qui pourraient être imaginées. Les services reçoivent par ailleurs des patients des urgences qu'il faut prendre en charge, ce qui crée de la désorganisation au bloc. Le circuit n'est donc pas fluide lorsque des salles sont fermées et posent des contraintes de disponibilité sur les blocs. C'est pour cela qu'il propose des pistes de solution, même s'il ne prétend pas détenir la solution.

Le **P<sup>r</sup> Loïc DE PONTUAL** souligne que la chirurgie pédiatrique a été préservée car il n'existe pas d'offre privée ou pratiquement pas dans ce domaine. Pour l'activité adulte, il souhaite savoir si des informations sont disponibles sur l'activité des structures privées sur la même période. Ces informations seraient intéressantes à connaître car des bruits contradictoires ont circulé à ce sujet.

Le **P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** précise qu'il est difficile d'obtenir des données totalement fiables sur l'activité privée. Il peut simplement indiquer que 68 % des patients de l'AP-HP déprogrammés en avril ont pu être reprogrammés dans les trois mois.

Le **P<sup>r</sup> Yann PARC** ajoute que les établissements participant au service public hospitalier ont vu leur activité reculer de 1,8 % contre - 6 % à l'AP-HP. L'activité libérale, quant à elle, a fléchi de 0,8 %. Par ailleurs, des travaux sont menés avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur la sévérité des cancers. L'évaluation est grossière, mais il semblerait que sur une échelle de 1 à 100, la sévérité aurait été majorée de 10 points, c'est-à-dire que les malades sous chimiothérapie, ayant des pronostics plus sévères, etc., sont plus nombreux. Cette



situation tient au fait que certains patients n'ont pas été programmés en raison de la crise Covid et que des activités ont été reportées sur le secteur libéral.

**Le président** souligne qu'il s'agit d'un sujet extrêmement important qu'il faudra sans doute approfondir à un autre moment.

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** assure qu'un suivi très rigoureux est effectué, notamment pour les urgences chirurgicales et pédiatriques dans le contexte actuel.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** signale que lors de sa garde, deux enfants brûlés en surbooking étaient en attente et sept bébés de moins de 29 semaines étaient potentiellement à prendre en charge alors que l'hôpital ne proposait disposait que d'une place de néonatalogie (dans l'hôpital). Ces contraintes sur le nombre de places disponibles dans les hôpitaux et (sur) les problèmes d'effectif du personnel génèrent de l'usure sur les professionnels qui travaillent de nuit. Alors que la permanence de soins repose essentiellement sur l'hôpital public, il convient de se rendre compte que c'est un travail d'une pénibilité extrêmement importante. Le jour où ce travail sera mieux rémunéré, ce sera un grand pas car cette situation nuit à l'attractivité comme le témoigne le départ de nombreux jeunes PH, comme à Trousseau ou ailleurs depuis 2 ans (de l'hôpital Trousseau depuis deux ans). Elle note qu'il existe le projet de revaloriser le travail aux urgences, mais les tensions ne concernent pas que les urgences. Elle engage donc le directeur général à réfléchir à la situation de tous les services de nuit.

**Le président** propose de clore ce point tout en soulignant que c'est un dossier qu'il faudra aborder de nouveau en CME. Avant de poursuivre, le président souhaite saluer M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME, représentante des sages-femmes à la CME, qui assiste à sa dernière réunion de CME puisqu'elle quittera prochainement l'AP-HP pour d'autres horizons.

**M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME** précise qu'elle ne quitte pas le navire en ces temps de difficultés mais qu'elle saisit une opportunité offerte en Corse, territoire qu'elle affectionne tout particulièrement mais qui est également un territoire difficile. Elle participera à une fusion public-privé. Elle souhaite ajouter que les maternités de l'AP-HP sont en difficulté et qu'il faut aussi répondre aux demandes des sages-femmes. Ses collègues continueront donc à porter leurs voix.

**Le président** précise qu'un échange a eu lieu lors de la visite organisée le jour même à l'hôpital Jean-Verdier avec une sage-femme du site sur ces difficultés.

## **6. Compte financier et affectation des résultats 2021, 2<sup>nd</sup>e décision modificative 2021 et 1<sup>ère</sup> décision modificative 2022 (M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN, M. Camille DUMAS)**

**Le président** souhaite la bienvenue à M. Camille DUMAS qui remplace M. Didier FRANDJI à la tête de la direction économique, financière, des investissements et du patrimoine (DÉFIP).

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** signale que la présentation des comptes 2021 sera l'occasion de faire un retour en arrière sur l'année passée et sur les principaux points qui ont eu un impact budgétaire.

L'année 2021 est la deuxième année consécutive marquée par la crise sanitaire Covid 19, qui s'est prolongée toute l'année, en plusieurs vagues successives, avec un état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) initial construit hors Covid. Le nombre de patients pris en charge en 2021 a

été très important avec une sollicitation des réanimations sur la première partie de l'année et une sollicitation de l'hospitalisation conventionnelle sur le reste de l'année. Cette densité de patients pris en charge a été plus forte en 2021 qu'en 2020, preuve de la mobilisation des équipes de l'AP-HP. L'année 2021 a été une année marquée par le déploiement des différentes mesures du « Ségur » relatives aux ressources humaines. Ces montants sont très significatifs pour le périmètre de l'AP-HP avec des évolutions de 6 à 8 %.

La seconde partie de l'année a été marquée par les difficultés de recrutement, notamment sur les postes d'IDE. En définitive, le niveau d'emploi a été assez élevé au premier semestre avant de connaître au second semestre des sorties d'école très basses et des départs. Les déclenchements et fermetures de plans blancs ont aussi créé des mouvements atypiques.

2021 est aussi l'année du déploiement de l'accompagnement du « Ségur de la santé » en matière d'investissements et d'appui aux trajectoires financières des hôpitaux avec un contrat signé par l'AP-HP pour neuf ans. Ces engagements s'accompagnent également d'un appui fort de l'État à la trajectoire d'investissement à hauteur de 360 M€ de financements. Ces financements ont pu permettre de faire évoluer des projets en raison des besoins nés de la crise sanitaire. Dans d'autres cas, ils ont permis de mettre en place des projets. L'AP-HP a également bénéficié, en 2021, d'une première tranche de délégation du fond d'investissements du quotidien, à hauteur de 25,6 M€ (dont 13 M€ délégués directement aux DMU) auxquels s'ajoutent 9 M€ au titre de la réduction des inégalités correspondant au dispositif de l'ancien fonds d'investissement du quotidien (FIQ) décidé par M<sup>me</sup> Agnès BUZYN.

La prise en charge des patients atteints de Covid s'est traduite par des coûts importants à hauteur de la mobilisation de l'institution. Ces surcoûts ont été accompagnés de manière significative, avec près de 440 M€ d'aides (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation [MIGAC]). Lors des discussions avec les autorités de tutelle, l'AP-HP a pu faire valoir l'impact de la crise sur ses organisations et son impact sur les coûts. Sur cette enveloppe de 440 M€, 110 M€ ont été dédiés aux tests et à la vaccination et 237 M€ au titre du mécanisme de la garantie de financement, qui accorde un budget plancher (basé sur les recettes 2019) lorsque l'activité n'est pas au rendez-vous.

Dans ce contexte, le résultat 2021 est un déficit assez proche des prévisions présentées en mars dernier. Ce déficit s'établit à 282,7 M€ pour le budget principal. En agrégeant tous les budgets, notamment en ajoutant la dotation non affectée, le déficit atteint 230,3 M€ (contre 245,6 M€ pour l'exercice 2020). C'est donc une légère amélioration mais la tendance reste semblable. Les principaux écarts par rapport au budget initial 2021, construit hors Covid, portent sur des recettes de séjours, couvertes par la garantie de financement mais inférieures à la cible initiale (de 50 M€) notamment car une quote-part de recettes liées aux patients étrangers n'est pas comprise dans la garantie de financement. Il faut également prendre en compte des amortissements plus élevés (20 M€) qui sont plutôt vertueux car le signe que l'AP-HP réalise des investissements, des provisions de comptes épargne temps (CET) en forte hausse, notamment pour les personnels médicaux, et un reste à financer des mesures du « Ségur » de 15 M€. La capacité d'autofinancement (CAF) est sécurisée à 185 M€, en amélioration de 21,4 M€ par rapport à 2020. Cependant, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) initial prévoyait un montant plus élevé de CAF. Il est à noter également que la CAF nette est positive (36 M€). La marge brute, qui est la capacité d'une institution à se dégager des marges pour investir, est relativement stable et reste à des niveaux comparables aux exercices précédents. Dans cette période complexe, l'AP-

HP a maintenu un niveau d'investissement significatif autour 508 M€ de dépenses, dans la moyenne des autres CHU. Ces investissements représentent 5,5 % du budget.

Une décision modificative (DM2) découle de ces différents éléments.

Du côté de dépenses, les charges de personnel ont progressé de manière très forte, soit une croissance inédite. Cette tendance tient à l'évolution des effectifs. Les effectifs non médicaux ont progressé entre 2020 et 2021 de manière globale, même si des difficultés ont été ressenties en fin d'année. Les effectifs médicaux ont progressé de + 428 ÉTP, augmentation essentiellement portée par les juniors et par + 132 médecins seniors, conformément à la révision des effectifs et du budget. L'augmentation des charges de personnel tient également aux dépenses liées à la mise en place du « Ségur de la santé » et aux charges liées aux renforts Covid (dont intérim, heures supplémentaires et charges rattachées). Les charges à caractère médical sont également en croissance, en raison de la crise Covid et de la reprise de l'activité. Les charges d'exploitation ont subi les premiers effets d'une accélération de l'inflation. Les recettes sont en miroir de l'évolution des charges compte tenu de l'accompagnement sur le « Ségur » et le Covid. Le déficit 2021 a été un peu réduit par la vente de l'hôtel Scipion. Cependant, cette opération n'est pas structurelle et n'impactera que 2021. Les charges exceptionnelles, quant à elles, diminuent en 2021 et viennent aider le résultat.

Le résultat 2021 est un déficit de – 230,32 M€, une fois les différents budgets consolidés (le budget principal, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (ÉHPAD), etc. Il est à noter que le déficit des USLD a fortement augmenté entre 2020 et 2021 et nécessitera de reprendre les discussions avec les tutelles notamment sur les tarifs d'hébergement car ceux-ci n'ont pas augmenté depuis plusieurs années. La trajectoire sera aussi à discuter avec l'ARS.

Il est proposé d'affecter les déficits des différents budgets sur les comptes de report à nouveau déficitaire Ce déficit viendra toutefois impacter le bilan, la capacité de l'AP-HP à investir et sa santé financière. Le budget de la dotation non affectée (DNA) affecté très logiquement à l'investissement.

L'évolution du tableau de financement montre des emprunts qui progressent pour accompagner les investissements en 2021 mais aussi pour abonder le fonds de roulement. Ce choix a été fait à l'ÉPRD car les taux étaient négatifs et poussaient à emprunter et car s'ouvre une période où des investissements très significatifs vont entrer en paiement. La dette est en progression depuis 2015. Le taux d'intérêt de la dette reste très bas et a même baissé en 2021. Il convient de noter que l'AP-HP emprunte à taux fixes. Le poids de la dette, qui reste globalement stable, passe au-dessus de la moyenne des CHU. La durée apparente de la dette est stable et le taux d'indépendance financière continue de se dégrader.

Les comptes de l'AP-HP sont soumis à la certification des comptes depuis 2016. Les dernières réserves de l'exercice ont été levées et c'est la première fois que les comptes de l'AP-HP seront certifiés sans réserve. M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN souhaite rendre hommage aux équipes soignantes et administratives qui ont contribué à ce résultat qui est le fruit d'un travail collectif.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** demande si le déficit a évolué favorablement depuis la dernière présentation.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** lui répond par la négative et présente le projet de décision modificative pour 2022. Elle rappelle que l'AP-HP a adopté un budget en déficit pour 2022, mais en légère amélioration à – 184 M€. Il a été construit collectivement afin de pouvoir accompagner les investissements et les ambitions en termes de recrutement. Il a été approuvé par les tutelles implicitement, puis explicitement *via* un courrier de la DG d'ARS parvenue mi-mai. Il est demandé à l'AP-HP d'actualiser son budget et sa trajectoire financière, en tenant compte : des impacts du Covid, notamment en début d'année sur les prises en charge et de l'absentéisme du personnel, de la réalité de l'activité à fin avril, ainsi que l'impact de la garantie de financement, non prévue fin décembre 2021, de l'évolution des charges à fin mai compte tenu des difficultés de recrutement et leur traduction sur les heures supplémentaires et l'intérim mais aussi de l'inflation. Le tableau de financement des investissements doit également être revu pour intégrer l'impact du résultat 2021, non connu lors de l'élaboration. Tous ces éléments sont déclinés dans une décision modificative n°1.

Face aux risques de dégradation de l'équilibre budgétaire, cette décision modificative tient compte du plan d'action de l'AP-HP, rédigé avec les GHU et ayant donné lieu à des travaux en comité exécutif (COMEX) et directoire, et au besoin d'accompagnement lié à la prolongation des impacts de la crise Covid, des mesures du « Ségur de la santé » et aux surcoûts de l'inflation. La décision modificative n° 1 anticipe un déficit dégradé de 44 M€ par rapport à l'ÉPRD initial, notamment liée à l'accélération de l'inflation, dans l'attente du modèle définitif de compensation (*via* l'ONDAM ou les tarifs par exemple).

L'ÉPRD initial et la décision modificative présentent donc plusieurs écarts puisque l'ÉPRD initial a été construit hors Covid, hors garantie de financement, garantie de financement dont la prolongation vient d'être annoncé jusqu'à fin décembre 2021. Par ailleurs, des mesures complémentaires touchant aux salaires ont été publiées post-ÉPRD (revalorisation des grilles, SMIC, nouvelle bonification indiciaire [NBI] des sages-femmes). La revalorisation du point d'indice à hauteur de 3,5 % pour le personnel médical et non médical a également été anticipée. La DM intègre également les difficultés de recrutement ainsi que d'autres sujets non connus au moment du budget initial, notamment le déclenchement de la guerre en Ukraine qui impacte le prix des matières premières.

À fin avril, l'activité a encore été marquée par l'activité Covid. En janvier 2022, ces cas représentaient 13 % des hospitalisations (contre 12 % au moment du pic de 2021).

Une forte mobilisation a eu lieu autour des enjeux budgétaires. Les arbitrages précoces ont permis dès le début d'année un suivi de la trajectoire avec les GHU. Les éléments de comparaison avec d'autres CHU ont permis de concentrer les actions autour de quatre axes : facturation/codage, optimisation des parcours, médicaments, mobilisation des ressources humaines. Ces axes ont donné lieu à des plans d'action et ont été intégrés dans la projection. Le travail conduit a permis de documenter les effets attendus des mesures prises sur les quatre axes identifiés. Cet impact est évalué à 125 M€. Pour donner corps à ces mesures, la présentation transmise aux membres de la CME donne l'exemple d'un GHU et des effets attendus de ces différentes mesures sur le budget (page 8).

Sur le plan de l'activité et des recettes, la DM comprend des projections proches de la garantie de financement. Avec la prolongation de la garantie de financement, cette décision modificative permet de gravir une première marche en atteignant au moins ce niveau. Cette ambition

s'accompagne d'actions pour améliorer la facturation et le codage, au moins sur les molécules onéreuses. Un travail a également été mené pour sécuriser certains financements, notamment les financements Covid (au premier trimestre, ces financements sont de 80 M€ pour l'AP-HP). La DM intègre aussi le financement des mesures du « Ségur de la santé ».

Elle prévoit également une projection de la masse salariale au regard des mesures salariales non connues au moment de la copie initiale. La décision modificative intègre l'hypothèse d'une revalorisation du point d'indice mais n'intègre pas les mesures du rapport BRAUN ou les mesures estivales de temps de travail additionnel (TTA), faute d'indicateurs pour les chiffrer. La projection prend en compte les impacts Covid sur les premiers mois de l'année et la prolongation des difficultés de recrutement sur les emplois en tension. La DM anticipe enfin une augmentation de la masse salariale en 2022 et prévoit également la mobilisation sur les recrutements. Pour information, 800 contrats d'allocation d'études (CAE) sont déjà actés et les GHU ont déjà sécurisé plusieurs recrutements sur le second semestre.

La décision inclut un effort de maîtrise des dépenses d'intérim pour le personnel non médical comme médical. Certains GHU sortent de leur dépendance à l'intérim grâce au recrutement. La visée est aussi de privilégier les heures supplémentaires par rapport à l'intérim. Certains GHU tâcheront de diminuer les volumes des comptes épargne-temps (CET) du personnel médical.

Pour ce qui concerne les charges médicales, les impacts entre l'activité non réalisée et la hausse des prix se compensent mais génèrent un risque sur les charges hôtelières.

Tous ces éléments conduisent à présenter une DM portant un déficit de 228 M€, en dégradation de 44 M€, mais une CAF supérieure à 2021, autour de 205 M€.

Le graphique qui retrace l'évolution du déficit de l'AP-HP depuis 2019 montre que l'institution reste en situation de déficit très significatif. La trajectoire de la DM1 présentée à la CME permet de maintenir la projection en investissements pour 2022 et donc de respecter les engagements prévus. Il est envisagé en 2022 d'anticiper des échéances d'emprunt car les taux d'intérêt sont encore bas alors que cette situation devrait changer dans quelques mois. Cette décision modificative traduit aussi la forte mobilisation de l'AP-HP et des GHU pour redresser la trajectoire avec des plans d'action de court terme. Cependant, les plans d'actions rapides ne résolvent pas toutes les difficultés et invitent à mener une réflexion à l'automne lors des travaux préparatoires du plan global de financement pluriannuel (PGFP) et de l'ÉPRD 2023.

La décision modificative intervient donc dans un contexte d'incertitudes. La trajectoire proposée tient compte des impacts Covid des premiers mois de l'année 2022 et des engagements pris par l'AP-HP sur le recrutement et permet la réalisation des investissements prévus en 2022. L'AP-HP et les GHU se sont fortement mobilisés pour identifier des optimisations et dont la réalisation est impérative, sauf à se placer en difficulté. L'objectif est que l'AP-HP fasse la moitié du chemin tandis que l'autre moitié du chemin revient à la tutelle pour prendre en compte les effets de la crise Covid, des mesures du « Ségur » et de l'inflation.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** signale que le GHU Sorbonne-Université, contrairement à la plupart des autres GH a pris la décision de ne pas verser les primes aux responsables d'unités fonctionnelles alors que toutes les autres primes ont été attribuées (chef de service, de DMU, de président de CMEL). Ceci, dans un contexte où l'on parle d'attractivité ne peut être interprété que très

négativement. Elle souhaite donc savoir si le budget afférent est attribué aux GHU ou si ce sont à eux de l'identifier dans leur propre financement.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** précise que cette mesure s'intègre dans les mesures d'accompagnement du « Ségur de la santé ». Cependant, le cas qui est rapporté ici n'est pas une décision budgétaire mais une décision managériale.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** demande précisément si ce financement a été attribué aux GHU.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** répond par la négative.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** rappelle que la CME n'a pas approuvé l'ÉPRD 2022 qui proposait une augmentation d'activité, dans un contexte d'effectifs déjà dramatique, considérant que les objectifs fixés n'étaient pas réalistes. La réalité le confirme même si personne ne peut s'en réjouir. La décision modificative qui est aujourd'hui présentée se rapproche davantage de la réalité, avec un déficit plus important que celui envisagé en décembre 2021. Comme les équipes le font face au malade, il est préférable de présenter une situation aussi proche de la réalité que possible. Pour ces raisons, il appelle à rendre un avis favorable avec des réserves et des questions. Ces questions portent sur la soutenabilité des investissements. Le déficit passera de 2014 à 2022 de 2,1 Md€ à 3,4 Md€ tandis que les cessions sont passés à 406 M€, c'est-à-dire que l'AP-HP n'arrive pas à investir tout ce qu'elle vend mais que ces sommes viennent combler une partie du déficit, ce qu'il ne peut que déplorer. Certes, l'AP-HP a su profiter des taux bas pour emprunter, mais la conjoncture laisse supposer que cette tendance s'inversera prochainement. La question de la soutenabilité des investissements se pose donc avec force et cette question a déjà été posée à la directrice de l'ARS d'Île-de-France.

Les réserves portent par ailleurs sur le fait que les prévisions de recrutement ne seront pas forcément tenues. Les gains attendus à hauteur de 125 M€ au travers des mesures identifiées par les GHU semblent aléatoires. En effet, il est projeté que des gains seront réalisés en récupérant de l'argent sur les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux. Or, depuis 2012, et les comptes rendus de la CME en font foi, le **D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** émet des alertes sur les systèmes informatiques (SI) et sur la non-interopérabilité et la non-communication entre le SI gestion et le SI patient. Il a sans doute été écouté d'une oreille distraite car les progrès sont très lents. De plus, au-delà de la perte financière, ce sujet pose une question de traçabilité sanitaire. Au vu de cet historique, il redoute que les espoirs de réaliser des gains de manière rapide soient réduits.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** note que, lors de son propos introductif, le directeur général a indiqué qu'il portait un intérêt à la qualité de vie et à la résolution des petits irritants du quotidien. Lors des conférences budgétaires, certaines directions ont cependant formulé des propositions somme toute étonnantes comme des économies sur le bionettoyage, la limitation du nettoyage de la vitrerie, des économies sur la maintenance biomédicale. Or chacun connaît la vétusté du matériel utilisé quotidiennement par les équipes. Il est toujours difficile de trouver des solutions quand ce matériel tombe en panne. Il ne peut donc qu'être très surpris que des équipes proposent de telles mesures pour réaliser des économies. Ces mesures sont sans doute le signe que les établissements sont au « pied du mur ». Pour autant, et le concernant, le **D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** indique qu'il votera favorablement.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'étonne que l'AP-HP présente un budget en déficit, qu'il y ait ou non une garantie de financement.

**Le président** rejoint la remarque formulée sur le manque d'investissement dans les systèmes d'information. Les défauts des systèmes informatiques génèrent à la fois des irritants au quotidien tout en faisant courir des risques. La trajectoire budgétaire vise également à augmenter les recettes ; cependant, cette ambition nécessite de concrétiser des recrutements. Les équilibres à trouver sont donc périlleux.

**Le directeur général** indique qu'il se réjouit que les prévisions soient les plus honnêtes possible, ce qui augure d'un dialogue de confiance.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** précise que l'AP-HP a un sujet de nécessité d'investissement avant d'évoquer une soutenabilité de ses investissements. Ces investissements concernent en outre de très grandes opérations. En 2022, il est exact que le tableau de financement se dégrade, mais en accord avec l'ARS la décision a été prise de maintenir les investissements 2022. En revanche, le sujet reste à retravailler pour 2023 et les années suivantes, comme l'exercice est mené chaque année pour déterminer le niveau d'endettement collectif qu'il est possible d'accepter.

Les cessions contribuent à l'investissement car elles ont cette destination. Prochainement, l'AP-HP contractualisera un bail sur le site Victoria à hauteur de 220 M€. Il sera contributif à la trajectoire d'investissement. Par ailleurs, pour sortir de la spirale du déficit, il convient de se battre et de mettre en place différentes actions. Pour ce qui concerne la garantie de financement, il est exact que ce mécanisme n'améliore pas le niveau de déficit, mais cette situation tient au fait que l'inflation doit être intégrée à la copie 2022. Cependant, un travail est conduit collectivement pour éviter d'aggraver le déficit.

Sur la traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) n'existe pas des travaux ont été lancés pour trouver un outil de traçabilité. Pour ce qui concerne les molécules onéreuses, il est possible de tracer informatiquement ce qui est acheté, ce qui est distribué, ce qui est transmis pour remboursement, ce qui est remboursé. Cependant, en 2021, entre ce qui a été acheté et ce qui a été distribué, il existe un écart d'environ 40 M€. En outre, 9 M€ ne sont pas présentés au remboursement et les rejets représentent une somme de 10 M€. Ces chiffres montrent qu'un travail doit être mené sur l'ensemble de la chaîne. Une requête informatique est désormais effectuée sur ce point pour un envoi à toutes les directions chaque mois afin de pouvoir suivre ce sujet.

**Le président** propose de procéder au vote sur les décisions modificatives et préconise de rendre un avis favorable avec réserves.

À l'unanimité, la CME approuve avec réserves la 2<sup>ème</sup> décision modificative 2021 et la 1<sup>ère</sup> décision modificative 2022.

*La séance est levée à 20 heures 22.*