

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 7 MARS 2023**

**APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 4 AVRIL 2023**

## Sommaire

1. Informations du président	6
2. Approbation du compte rendu de la CME du 7 février 2023	8
3. Avis sur le protocole de coopération « évacuation digitale des selles chez les patients blessés médullaires »	8
4. Présentation du calendrier de renouvellement des directeurs médicaux de département médico-universitaire (DMU) et du calendrier des élections de la CME et des CMEL	8
5. Renforcement des contrôles des accès illégitimes aux données des patients : limitation de l'accès au mode bris de glace	15
6. Bilan des événements indésirables graves (ÉIG) en 2022 à l'AP-HP	22
7. Référentiel d'organisation des blocs et attractivité pour les infirmiers et infirmières de bloc opératoire	27
8. Réforme du financement de la psychiatrie	32
9. Questions diverses	36

## **CME du mardi 7 mars 2023**

**16h30 – 19h30**

### **Ordre du jour**

#### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 7 février 2023
3. Avis sur le protocole de coopération « évacuation digitale des selles chez les patients blessés médullaires »
4. Présentation du calendrier de renouvellement des directeurs médicaux de département médico-universitaire (DMU) et du calendrier des élections de la CME et des CMEL (M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET, M. Kevin MARCOMBE)
5. Renforcement des contrôles des accès illégitimes aux données des patients : limitation de l'accès au mode bris de glace (M<sup>me</sup> Donatienne BLIN, D<sup>r</sup> Cyril CHARRON)
6. Bilan des évènements indésirables graves (ÉIG) en 2022 à l'AP-HP (D<sup>rs</sup> Yen-Lan NGUYEN et David OSMAN)
7. Référentiel d'organisation des blocs et attractivité pour les infirmiers et infirmières de bloc opératoire (M<sup>mes</sup> Sophie KERAMBELLEC et Vanessa FAGE-MOREEL)
8. Réforme du financement de la psychiatrie (P<sup>rs</sup> Frédéric BATTEUX et Antoine PELISSOLO)
9. Questions diverses

**- Assistent à la séance :**

**• Avec voix délibérative :**

P <sup>r</sup>	René	ADAM	P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU
P <sup>r</sup>	Philippe	ANRACT	P <sup>r</sup>	Bernard	GRANGER
D <sup>r</sup>	Marie	ANTIGNAC	M <sup>me</sup>	Ariane	GUDIN
P <sup>r</sup>	Thomas	APARICIO	D <sup>r</sup>	Christian	GUY-COICHARD
P <sup>r</sup>	Elie	AZOULAY	D <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU
P <sup>r</sup>	Frédéric	BATTEUX	P <sup>r</sup>	Sandrine	HOUZÉ
M.	Guy	BENÔT	D <sup>r</sup>	Éric	LE BIHAN
D <sup>r</sup>	Lynda	BENSEFA-COLAS	P <sup>r</sup>	Michel	LEJOYEUX
M <sup>me</sup>	Valérie	BLANCHET	P <sup>r</sup>	Rachel	LEVY
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Emmanuel	MARTINOD
P <sup>r</sup>	Jacques	BODDAERT	D <sup>r</sup>	Rafik	MASMOUDI
P <sup>r</sup>	Olivier	BOURDON	D <sup>r</sup>	Vianney	MOURMAN
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	D <sup>r</sup>	Juliette	PAVIE
P <sup>r</sup>	Sophie	BRANCHEREAU	D <sup>r</sup>	Antoine	PELHUCHE
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	P <sup>r</sup>	Antoine	PELISSOLO
M.	Cédric	CARDOSO	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup>	Jean-Claude	CAREL	P <sup>r</sup>	Marie-Noëlle	PERALDI-GARDIN
P <sup>r</sup>	Alain	CARIOU	D <sup>r</sup>	Nathalie	PONS-KERJEAN
D <sup>r</sup>	Sonia	CERCEAU	P <sup>r</sup>	Claire	POYART
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	P <sup>r</sup>	Louis	PUYBASSET
P <sup>r</sup>	Olivier	CLÉMENT	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
D <sup>r</sup>	Tristan	CUDENNEC	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
M <sup>me</sup>	Audrey	DARNIEAUD	D <sup>r</sup>	Brigitte	SOUDRIE
D <sup>r</sup>	Jean-	DAVID	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
D <sup>r</sup>	Olivier	DRUNAT	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
P <sup>r</sup>	Hubert	DUCOU LE POINTE	D <sup>r</sup>	Noël	ZAHR
P <sup>r</sup>	Jacques	DURANTEAU			
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN			
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT			

- **Avec voix consultative :**

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- P<sup>r</sup> Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
- P<sup>r</sup> Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

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

- P<sup>r</sup> Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- D<sup>r</sup> David OSMAN coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) de l'AP-HP
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME
- M<sup>me</sup> Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

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

- M<sup>mes</sup> Stéphanie DECOOPMAN, Laetitia BUFFET et P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ, directrices générales adjointes
- M<sup>mes</sup> Isabelle JOURDAN, direction de la communication (DIRCOM)
- M. Florent BOUSQUIÉ, directeur de cabinet du directeur général
- M<sup>me</sup> Marie-Charlotte DALLE, directrice des affaires juridiques
- M<sup>me</sup> Clémence Marty-CHASTAN, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
- M<sup>me</sup> Vanessa FAGE MOREEL, directrice des ressources humaines (DRH)
- M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET, directrice des affaires médicales (DAM)
- M. Kevin MARCOMBE, directeur adjoint des affaires médicales (DAM)
- M<sup>me</sup> Christine GUERI, directrice de la qualité
- M<sup>me</sup> Gwénoyée ABALAIN, directrice de site projets (DRH)
- M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, directeur de site projets (DRH)

- **Invités :**

- M<sup>me</sup> Donatienne BLIN, déléguée à la protection des données
- M<sup>me</sup> Yen-Lan NGUYEN, direction qualité partenariat patient
- M<sup>me</sup> Sophie KERAMBELLE, direction de la stratégie de transformation

- **Secrétariat de la CME :**

- M<sup>mes</sup> Coryse ARNAUD et Clémence NOURRY (DAM)

- **Membres excusés :**

M<sup>mes</sup> et MM., P<sup>rs</sup> et D<sup>rs</sup> Véronique ABADIE, Octave AKAMATSU, Jean-Yves ARTIGOU, Fadi BDEOUI, Sadek BELOUCIF, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Julie CHOPART, Yves COHEN, Léonard CORTI, Loïc DE PONTUAL, Vianney DESCROIX, Edouard DEVAUD, Jen-Eudes FONTAN, Vincent FROCHOT, Bruno GREFF, Yann GUITTIER, Émelyne HAMELIN CANNY, Agnès HARTEMANN, Marc HUMBERT, Jean-Louis LAPLANCHE, Eric LE GUERN, Laurent MANDELBROT, Xavier MARIETTE, Yann PARC, Louis-Paul PATY, Nathalie RICOME, Philippe RUSZNIEWSKI, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Yasmine SMAIL, Samir TINE, Valéry TROSINI-DESERT, Michel VAUBOURDOLLE.

*La séance s'ouvre à 16 heures 30 sous la présidence du P<sup>r</sup> Rémi SALOMON.*

## **1. Informations du président**

**Le président** fait part du départ de M<sup>mes</sup> Marie-Cécile PONCET, directrice des ressources humaines médicales, et Coryse ARNAUD, responsable du secrétariat de la CME depuis 2020, qui vont poursuivre leur carrière, la première, comme directrice adjointe du groupe hospitalo-universitaire (GHU) Paris – Seine-Saint-Denis, la seconde, à la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI). Au nom de la CME, il les remercie vivement pour leur collaboration et les bonnes relations qu'elles ont su construire avec la communauté médicale.

**Le président** informe la CME de la lettre ouverte qui lui a été adressée par toutes l'intersyndicale de l'AP-HP pour souhaiter la bienveillance de la communauté médicale pour faciliter, autant que faire se peut, la participation des personnels qui le souhaitent à la grève contre la réforme des retraites. Le président rappelle toutefois que les effectifs nécessaires au service minimum sont déterminés *in fine* par les directeurs et qu'ils ne peuvent pas être de nature à engendrer des pertes de chance pour les patients.

### *Conférence des présidents de CME de centres hospitalo-universitaires (CHU)*

**Le président** informe la CME que la conférence des présidents des CME de CHU est actuellement sollicitée pour de nombreuses auditions et concertations nationales. Elle a notamment été invitée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) à échanger sur la retraite des hospitalo-universitaires (HU) le 28 février. Cette concertation se déroule sous l'égide du P<sup>r</sup> Catherine UZAN et on peut noter une réelle volonté d'avancer avec l'objectif de mettre en œuvre la réforme début 2024. L'arbitrage final dépendra toutefois de Bercy.

### *Mise en œuvre du plan d'action « 30 leviers pour agir ensemble »*

**Le président** indique que le format des discussions « tripartites », réunissant représentants de l'administration, les organisations syndicales ayant accepté de suivre la mise en œuvre des « 30 leviers » (SUD et CFDT) et des membres de la CME, est réactivé pour débattre des modalités de mise en œuvre de certaines des « 30 leviers », comme, par exemple, le plan d'action pour les cadres. Par ailleurs, une réflexion est en cours avec la sous-commission *Vie hospitalière & attractivité* (CVHA) sur l'opportunité de faire figurer dans les projets de service des éléments relatifs à la qualité de vie au travail, comme l'identification des temps cliniques et non-cliniques des membres de l'équipe médicale ou encore l'organisation de temps d'échanges entre médecins et paramédicaux au sein des services. Des propositions devraient pouvoir être présentées au cours de la CME du 4 avril. Concernant la mise à jour du projet médical, les collégiales ont été invitées à mettre à jour leurs contributions. Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX et ses équipes préparent un ensemble de documents destinés à nourrir la réflexion en vue d'une présentation prochaine à la CME. Un comité de coordination direction générale/CME sera mis en place dont les contours seront précisés ultérieurement.

## *Informations du directeur général*

### *Agression à l'hôpital Ambroise-Paré*

**Le directeur général**, indique qu'une grave agression a eu lieu samedi 18 février 2023 au service d'accueil des urgences de l'hôpital Ambroise-Paré. Sans détailler ici les circonstances de l'acte dont l'auteur est un patient ayant un profil psychiatrique manifestement à risque, il informe la CME que des réunions seront organisées avec les collégiales des médecins urgentistes et de psychiatrie, dans les prochains jours, en vue de travailler à un plan de sécurisation des services.

### *Plan d'action « 30 leviers »*

**Le directeur général** rappelle que deux appels à projets sont en cours. Le premier vise à recruter des profils administratifs, logistiques et techniques pour aider à la reconquête du temps médical et soignant. Une première vague de recrutement se terminera dans les prochains jours, suivie par une seconde vague au deuxième trimestre en vue de créer les 300 postes budgétés pour 2023. 300 autres postes sont prévus dans le budget 2024, cependant en fonction du potentiel de projets élaborés, il n'est pas exclu qu'un appel à projets soit lancé dès octobre 2023 pour que les recrutements puissent être effectifs dès début 2024.

Le deuxième appel à projets relatif aux schémas horaires innovants s'organisera également en deux temps avec une première vague en cours qui se clôturera mi-mars 2023 et une seconde à venir courant 2023.

Des travaux sont lancés avec les GHU sur les suites à donner au lancement du questionnaire sur le périmètre des départements médico-universitaires (DMU). Des éléments de repère seront adressés aux gouvernances des GHU pour la désignation des directeurs médicaux.

Les résultats du deuxième questionnaire portant sur les processus de décision au sein des DMU sont quant à eux exploités pour aboutir à un projet qui sera présenté courant mai.

Le directeur général proposera lors de la prochaine réunion du comité social d'établissement (CSE) central que les organisations syndicales puissent participer au suivi de la mise en œuvre des « 30 leviers » et à l'élaboration en amont des dispositifs. Sur cette base, l'instance tripartite de concertation et de dialogue qui a été partie prenante de l'élaboration du plan d'action a vocation à perdurer dans la durée.

### *Appel à projets visant à mettre en place des instituts hospitalo-universitaires (IHU)*

**Le directeur général** indique que le jury a auditionné les projets retenus. Quatre projets impliquent des équipes de l'AP-HP. Les résultats de l'appel à projets restent attendus.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** indique que des actes de violence ont eu lieu aussi à l'hôpital Beaujon à l'endroit d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste. La violence est devenue omniprésente à l'hôpital comme elle l'est dans la société. Elle a même toujours existé au sein des urgences. À la fin des années 1990, un meurtre avait eu lieu à l'hôpital Bicêtre où une personne déséquilibrée avait

désarmé un policier avant de l'abattre. La Haute Autorité de Santé (HAS), la filière de la psychiatrie et certaines associations de patients ont demandé à mettre fin à la contention des malades. Cette violence croissante est aussi à relier aux difficultés d'accéder aux soins psychiatriques en médecine de ville. Les services d'aide médicale urgente (SAMU) sont alors appelés pour prendre en charge des personnes agitées sans suivi et effectuent les déplacements avec la police ou les sapeurs-pompiers. Il y a deux ans, deux sapeurs-pompiers avaient été poignardés à Villeneuve-Saint-Georges lors d'une intervention. Ces rappels démontrent que la violence est réelle et qu'il faut prendre des mesures pour protéger le personnel.

## **2. Approbation du compte rendu de la CME du 7 février 2023**

Le compte rendu de la CME est adopté à l'unanimité.

## **3. Avis sur le protocole de coopération « évacuation digitale des selles chez les patients blessés médullaires »**

Le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY indique que pour ce dossier, dont le rapporteur était le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE, le comité de pilotage a rendu, le 12 décembre 2022, un avis favorable au protocole intitulé « Sur prescription médicale, réalisation par l'aide-soignant, en lieu et place de l'infirmier, de soins quotidiens d'évacuation digitale des selles chez les patients ayant une atteinte médullaire ».

*La CME rend un avis favorable à l'unanimité.*

## **4. Présentation du calendrier de renouvellement des directeurs médicaux de département médico-universitaire (DMU) et du calendrier des élections de la CME et des CMEL (M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET, M. Kevin MARCOMBE)**

M<sup>me</sup> Marie-Cécile PONCET rappelle que les mandats des actuels directeurs médicaux de DMU, d'une durée de quatre ans, se termineront le 10 juillet 2023. Le règlement intérieur de l'AP-HP précise que ces mandats sont renouvelables une fois. C'est un choix de l'AP-HP puisque la loi ne fixe pas de règles en la matière. La création ou modification d'un DMU répond à une procédure décrite dans le règlement intérieur de l'AP-HP intégrant les évolutions de la loi RIST. Cette procédure est à deux niveaux : locale et centrale.

La procédure locale se déroulera de février à avril 2023. Après concertation au niveau du périmètre du DMU et du comité exécutif local, une modification de structure pourra être envisagée. Auquel cas, seront requis les avis des doyens, du comité social d'établissement (CSE) local et de la CME locale. Il sera alors formé une co-proposition du directeur du GHU et du président de la CME locale soumise à la gouvernance centrale. Si des modifications de structure sont proposées, la procédure centrale se déroulera d'avril à mai 2023. Seront alors requis les avis du CSE central lors de sa séance du 13 avril 2023, de la CME lors d'une séance exceptionnelle et du directoire à l'occasion d'une concertation le 26 avril 2023. La décision prendra la forme d'une codécision du président de la CME et du directeur général de l'AP-HP, suivie d'un arrêté de constitution des nouveaux DMU pour une mise en place début juillet.



L'appel à candidatures en vue de désigner les directeurs de DMU sera lancé le 2 mai 2023. Les candidats devront constituer leurs dossiers courant mai. Leur projet de DMU sera à présenter aux équipes et les candidats devront recueillir l'avis des chefs de service. Ce dernier point est bien inscrit dans le plan d'action « 30 leviers ». L'examen local des candidatures aura lieu lors de la première quinzaine du mois de juin. Pour cela, il sera installé un comité *ad hoc* composé *a minima* des doyens, du directeur du GHU et du président de la CME locale. Il sera organisé une audition du ou des candidats à l'issue de laquelle le doyen, le directeur du GHU et le président de la CME locale co-proposeront un nom à la gouvernance centrale. Cette co-proposition répond aux attendus de la « loi RIST ». Les propositions seront examinées au niveau central par le directeur général, le président de la CME, le président de la conférence des doyens d'Île-de-France entre le 12 juin et le 10 juillet 2023 avant une concertation en directoire le 4 juillet 2023. Une information sera ensuite donnée à la CME avant l'arrêté de nomination qui sera cosigné par le directeur général, le président de la conférence des doyens d'Île-de-France et le président de la CME. Les mandats des nouveaux directeurs de DMU débiteront le 11 juillet 2023 sauf exception, c'est-à-dire dans l'hypothèse d'une vacance de candidats ou de mandats en cours ou en année pleine.

**Le président** ajoute qu'il cosignera une lettre avec le directeur général pour encourager les candidatures féminines et appeler à éviter les cumuls de mandats.

**Le D<sup>r</sup> Marie ANTIGNAC** trouve dommage que les vice-présidents de CME locales ne fassent pas partie du comité *ad hoc* en charge d'auditionner les candidats. Il serait intéressant de les associer d'autant que les vice-présidents sont des praticiens hospitaliers.

**M<sup>me</sup> Marie Cécile PONCET** précise que le comité *ad hoc* doit comprendre *a minima* le directeur du GHU, le président de la CME locale et le doyen, mais les GHU peuvent décider d'inclure d'autres personnes au jury.

**Le D<sup>r</sup> Marie ANTIGNAC** préférerait cependant que cette composition *a minima* intègre d'emblée les vice-présidents des CME locales.

**Le président** n'y est pas opposé si cette possibilité est offerte.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** regrette que les débats ayant eu lieu lors de précédentes réunions de CME pour ouvrir la direction des DMU aux praticiens hospitaliers restent lettre morte. En constituant des jurys composés uniquement d'universitaires, les dés seront pipés et il sera plus difficile pour les praticiens hospitaliers d'accéder à ces postes à responsabilités. De même, il sera difficile d'atteindre une parité hommes/femmes pour les postes de directeurs de DMU dès lors que cette parité n'existe pas pour les universitaires.

**Le directeur général** ne s'oppose nullement à ce que les vice-présidents participent au comité *ad hoc* à la réserve de consulter en amont les présidents des CME locales. Il ne doute pas qu'ils donneront leur accord à cet élargissement.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** souhaite obtenir confirmation qu'il n'existe pas d'obstacle réglementaire à ce qu'un praticien hospitalier devienne directeur médical de DMU. Par ailleurs, si cette possibilité est

offerte, il souhaite savoir si une vice-direction devra alors être assurée par un professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH) pour s’assurer que les aspects universitaires seront bien couverts.

**Le directeur général** indique que nul texte n’interdit à un praticien hospitalier d’être directeur médical de DMU. De même, aucun texte ne dit qu’une vice-direction doit être mise en place et nécessairement assurée par un professeur des universités (PU) dès lors que la direction médicale est confiée à un praticien hospitalier. L’intention est que le champ soit le plus ouvert possible en termes de profil pour représenter la diversité de la communauté médicale. Dans un second temps, il pourra être examiné le besoin de compléter ou non le dispositif, notamment *via* la mise en place d’un tandem, proposition qui avait été débattue mais qui n’a pas été inscrite en tant que telle.

**Le président** rappelle qu’il existe un référent recherche et enseignement dans tous les DMU. Dans la mesure du possible, les cumuls de mandats doivent être évités. Cependant, si cumul il y avait, notamment avec la fonction de chef de service, il pourrait être envisagé de désigner un autre responsable en charge de seconder le directeur de DMU.

**Le directeur général** précise que ce cas de figure est déjà couvert puisqu’il est écrit dans le plan « 30 leviers » qu’une fonction d’adjoint du chef de service doit être créée lorsqu’il y a cumul des fonctions de chef de service et directeur de DMU.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** relève que la formulation utilisée pour définir la composition du comité *ad hoc*, précisant qu’y participent *a minima* le directeur, le doyen et le président de la CME locale, est aussi retenue pour le jury qui désigne les chefs de service. Cependant, dans les faits, au sein des GHU, les comités qui désignent les chefs de service sont élargis et intègrent aussi des représentants des hospitaliers (H) et des hospitalo-universitaires (HU) de la sous-commission des structures ainsi que des représentants H et HU de la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) et la vice-présidence.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** rappelle que les doyens, pour les candidatures des hospitalo-universitaires, notamment dans le cadre des promotions de maîtres de conférences des universités – praticien hospitalier (MCU-PH), consultent les chefs de service et non les directeurs de DMU. Elle n’est pas certaine que les directeurs de DMU valident les candidatures HU.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** indique qu’il n’y a pas systématiquement un adjoint au directeur de DMU dans la configuration actuelle et que certains directeurs de DMU sont déjà des PH. Le concernant, son interlocuteur pour les postes HU est le chef de service et non le directeur de DMU.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** précise qu’une charte est en cours de finalisation et circulera au niveau du groupe *ad hoc* élargi qui intègre des vice-présidents de CME locale et des cadres de santé. La charte sera propre à chaque DMU. Elle s’inspirera des chartes des blocs opératoires. Cet encadrement ne sera toutefois pas suffisant car de nombreux principes étaient déjà édictés dans l’actuelle version des DMU sans mise en œuvre dans les faits. C’est donc aussi à la mise en œuvre concrète des DMU dans leurs nouveaux contours qu’il faudra porter une grande attention.

**Le président** invite à distinguer ce qui relève des règles générales de l'AP-HP et qui sont inscrites dans son règlement intérieur – règles en cours de relecture pour vérifier le besoin de les mettre à jour – et la charte qui permettra que les services constitutifs d'un DMU se mettent d'accord sur un mode de fonctionnement. Un travail est en cours en vue de proposer une charte-type, dans un format simple, mais les services auront ensuite à s'approprier cette trame pour décrire le fonctionnement du DMU. La première version de charte-type proposée par le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ sera ajustée par le groupe *ad hoc* élargi. Elle sera également proposée à la CME.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** précise que cette charte doit être finalisée le 4 avril 2023. Ce document-type reprend les points nécessaires au bon fonctionnement d'un DMU et qui ont déjà fait l'objet de remontées et de critiques. La charte doit permettre de formaliser un engagement réciproque des parties et de clarifier les rôles et responsabilités.

**Le D<sup>r</sup> Jean-Philippe DAVID** constate que l'avis des chefs de service sur les candidatures à la direction des DMU préexistait mais sera formalisé dans la nouvelle configuration. Il y est favorable dès lors que cette disposition renforce la légitimité des DMU. Cependant, si l'avis des chefs de service est neutre, voire négatif, quel arbitrage sera proposé ?

**Le directeur général** indique que la consultation des chefs de service sur la désignation des directeurs de DMU est mentionnée dans le plan d'action « 30 leviers » mais sera aussi rappelée dans le courrier qu'il cosignera avec le président de la CME et le doyen RIOU. Il espère que plusieurs candidats se positionneront, ce qui permettra d'ouvrir un véritable choix. En fonction des retours des chefs de service, un dialogue pourra s'instaurer pour arrêter le meilleur choix possible. Si la proposition d'une gouvernance locale s'opposait fortement à l'expression unanime des chefs de service, alors la décision reviendrait *in fine* à la gouvernance centrale qui tenterait de comprendre les raisons de ce décalage et de trouver les moyens d'y répondre. Réagissant ensuite à la remarque du P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI sur le respect des règles, il ajoute qu'il sera porté une attention toute particulière au respect des principes fixés dans les propositions qui remonteront des GHU. Cependant, la charte des DMU ne déterminera que les thématiques à traiter sans chercher à sur-contraire les règles de fonctionnement. Du dialogue entre les GHU et les DMU devra ressortir une exigence relevée sur l'animation des DMU. Par ailleurs, une nouvelle enquête sera adressée à l'ensemble de la communauté médicale et aux cadres de santé pour évaluer le mode de fonctionnement des DMU dans leurs nouveaux contours au premier semestre 2024 ou à l'été 2024 pour s'assurer de la valeur ajoutée des DMU.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** estime que la motivation des futurs directeurs de DMU sera conditionnée à leur capacité d'action et à leur contrat vis-à-vis de la communauté médicale alors que les directeurs de DMU, dans leur première version, avaient plutôt un engagement vis-à-vis de l'administration et s'engageaient, en prenant leurs fonctions, à accepter les objectifs financiers fixés par la direction hospitalière. Cette organisation revenait à une gestion médicale d'un objectif financier. Or des conflits émergeront forcément, notamment sur la question de la masse salariale. Ceci interroge sur la capacité du système à susciter des candidatures. Les résultats du questionnaire seront aussi à prendre en compte, tout en notant que cette initiative a pu être diversement interprétée par les directions administratives de GHU qui en retiennent que les services veulent être en position décisionnaire sur tous les sujets. La visite du directeur général dans les GHU pourra peut-être

permettre de clarifier certains objectifs mais, localement, il a bien été rappelé que la responsabilité administrative et financière restait à la main du directeur selon la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), puisque la signature finale est bien celle du directeur. Avec un tel immobilisme, il sera complexe de mettre en œuvre les principes de la « loi RIST » à l'AP-HP.

**Le président** rappelle qu'un budget sera toujours à respecter, avec ou sans « loi RIST », puisque le budget est voté par la représentation nationale avant qu'il ne soit délégué aux agences régionales de santé (ARS) et revienne vers les hôpitaux. La loi RIST ne revient pas sur cette mécanique et il est difficile de concevoir un autre mode de fonctionnement. Certes, des positions divergentes peuvent s'exprimer sur la manière de calculer le budget de l'hôpital, mais il est difficilement concevable que le budget puisse être fixé ailleurs qu'au plus haut niveau de la nation.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** explique que la différence repose sur la capacité à dénoncer ce que ces budgets impliquent en termes de qualité des soins et de pertes de chance, parole qui n'est pas portée par les directions administratives prétextant leur obligation de réserve. Or un DMU qui deviendrait l'émanation des services auxquels il serait lié par un contrat éviterait cette confusion des rôles qui consiste à accepter de gérer une pénurie préjudiciable aux patients et génératrice de fuite des personnels.

**Le président** indique que la mise en place d'un tandem médico-administratif, solution proposée par le Président de la République, est débattue en conférence des présidents de CME de CHU, qui considère que ce tandem existe déjà et qu'il s'agit du directeur général nommé et du président de CME élu. Plus importante, en revanche, est la qualité du dialogue de gestion entre le représentant de la communauté médicale, voire médico-soignante, et le gestionnaire qui applique un budget ; ce dialogue doit pouvoir nettement progresser.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** rétorque qu'il n'a jamais entendu jusqu'alors, au niveau des différentes directions administratives, que le gel de la masse salariale s'était révélé délétère pour le recrutement par la dégradation des conditions de travail qui en a découlé. En tenant ce discours, il indique ne pas jouer gratuitement un rôle de Cassandra mais assurer sa mission de praticien de terrain dont la position permet de voir venir de façon anticipée les conséquences des politiques RH mettant en péril l'institution.

**Le directeur général** rappelle que deux questionnaires ont été lancés : le premier sur le périmètre des DMU et le second sur l'organisation des processus de décision. Les résultats du premier questionnaire ont été communiqués aux GHU qui ont à charge de réunir les chefs de service pour analyser les réponses, voire les compléter puisque certains n'ont pas répondu au questionnaire. Ces discussions doivent permettre de remonter des propositions d'ajustement des périmètres. Le directeur général vérifiera ici que le sujet aura bien été partagé. Le deuxième questionnaire sur les processus de décision aboutira à une proposition d'évolution qui sera présentée courant mai. L'idée que la responsabilité soit davantage déportée vers les services s'inscrit dans ce cadre mais cela suppose que les chefs de service partagent aussi la responsabilité, car une délégation de gestion va avec le respect de règles du jeu. Certes, certains peuvent refuser le cadre et refuser de gérer des moyens qu'ils jugent insuffisants et cette prise de position est respectable. Cependant, ceux qui aspirent à être en responsabilité ne peuvent pas s'abstraire des règles et des contraintes qui vont

avec. Il est en outre parfaitement possible de rester libre de sa parole pour dénoncer les moyens dévolus à l'hôpital tout en endossant des responsabilités.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** rappelle que les DMU ont été mis en place sur un projet qu'il ne peut pas faire sien il y a quatre ans. Il souhaite maintenant que les choses changent.

**M<sup>me</sup> Marie Cécile PONCET** rappelle, concernant le renouvellement de la CME, que les élections ont lieu tous les quatre ans, les dernières ayant eu lieu en octobre-novembre 2019. Elles conduiront au renouvellement des membres de la CME centrale, des six CME locales et des cinq comités consultatifs médicaux (CCM). Le processus des élections, qui a commencé, se déroulera jusqu'à janvier 2024. Les votes seront uniquement électroniques.

Avant actualisation du guide, il conviendra de valider le calendrier prévisionnel et choisir le prestataire de vote en ligne. Les scrutins seront simultanés pour la CME centrale, les CME locales et les CCM. Le cahier des charges sera à finaliser avant mi-mars. La consolidation des listes électorales a débuté en mars et se poursuivra jusqu'en août 2023.

Le prestataire de vote sera choisi en avril 2023. Une élection test réalisée sur la base d'un échantillon sera organisée en juin 2023. Les listes des électeurs pour les CME locales et CCM seront affichées entre le 28 août et le 12 septembre 2023. Un délai de 16 jours sera accordé pour porter une réclamation, si besoin. La liste des électeurs sera close le mardi 12 septembre 2023.

Les candidatures pour la CME centrale, les CME locales et CCM seront déposées entre le 13 et le 26 septembre 2023, soit sur une durée de 14 jours. Les listes de candidats seront affichées le 27 septembre 2023 sur le site de la CME.

De manière prévisionnelle, le premier tour aurait lieu du 16 au 22 octobre 2023 pour un deuxième tour entre le 17 et le 26 novembre 2023. Les résultats pourraient être proclamés le 7 décembre 2023. Les CME locales seraient convoquées entre le 9 et le 20 décembre 2023 pour élire leurs présidents. La CME centrale sera convoquée en janvier 2024 pour élire son président.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** rappelle que le choix du prestataire de vote est une étape importante. La procédure proposée par le prestataire lors de la précédente élection était très laborieuse avec une carte à gratter envoyée aux électeurs avant d'obtenir un code permettant de participer au vote. Il souhaite donc que la procédure de vote proposée cette fois soit plus simple. Pour éviter toute suspicion sur la véracité des votes, il propose de rejeter d'emblée les prestataires russes ou chinois. Plus sérieusement, le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX regrette que le mode de scrutin reste très conservateur et corporatiste et aurait souhaité que ces élections, qui sont le seul moment de démocratie sociale de l'Institution, soient modernisées et davantage participatives.

**Le président** souligne qu'une élection partielle devra être organisée à la suite de la désignation des nouveaux directeurs de DMU en juillet 2023.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui-Quoc** demande si le prestataire sera choisi par appel d'offres et si les critères retenus seront techniques ou financiers.

**M<sup>me</sup> Marie Cécile PONCET** confirme qu'un appel d'offres sera lancé pour choisir le prestataire sur la base de critères à la fois techniques et financiers.

**Le directeur général** ajoute qu'il faudra pondérer les deux critères : le critère financier est incontournable mais le critère technique est aussi très important pour s'assurer de la robustesse technique de la solution. Ce dernier aura certainement un poids majoritaire.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui-Quoc** demande si le prestataire choisi est le même pour toutes les élections organisées à l'AP-HP : CME, CSE, etc.

**Le directeur général** indique que les prestataires susceptibles de répondre sont connus mais que le marché n'est pas encore lancé.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** relève une asymétrie entre la composition des CME locales et celle de la CME centrale où les collèges sont définis différemment. Notamment, les chefs de service ne sont pas représentés en tant que tels à la CME centrale. Or le Code de la santé publique semble exiger que les chefs de service soient représentés à la CME centrale. Il constate également des différences de représentativité dans les collèges des CME locales. En pratique, les chefs de service et praticiens hospitaliers sont sous-représentés au sein des CME locales tandis que les hospitalo-universitaires adjoints sont surreprésentés. Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL invite à ce que soit menée une réflexion sur les collèges et leur composition, notamment pour mieux représenter le poids et la place des services. Il invite aussi à mieux représenter les praticiens hospitaliers, aujourd'hui sous-représentés dans les CME locales.

**Le président** ne s'oppose pas à ce qu'une réflexion soit menée mais rappelle qu'il faudrait un décret pour modifier la composition des collèges de la CME centrale. Probablement, le délai ne sera pas suffisant pour acter une modification pour l'élection à venir. Par ailleurs, il rappelle que la CME centrale compte déjà des chefs de service qui siègent dans les divers collèges. Cette population n'est donc pas sous-représentée.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** souligne toutefois qu'ils ne siègent pas à la CME centrale en tant que chefs de service.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** indique qu'il siège en tant que praticien hospitalier à la CME centrale mais en tant que chef de service à la CME locale. Cependant, le collège des chefs de service est composé de nombreux PU-PH, ce qui crée un biais.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** estime difficile de modifier les règles de composition de la CME centrale dans le délai imparti. En revanche, il existe une marge de manœuvre pour les CME locales puisque la composition de ces commissions est fixée par le règlement intérieur de l'AP-HP. Pour autant, il juge complexe de modifier les règles du jeu alors que le processus des élections va commencer. Même si le système actuel est imparfait, changer les règles brutalement pourrait ouvrir la place au doute sur les intentions de ce changement soudain.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** estime que la composition de la CME locale peut se trouver déséquilibrée lorsque le GHU est composé d'un grand hôpital et d'hôpitaux de taille plus modeste dès lors qu'il

n'est pas fixé de quotas par site. Cette organisation peut conduire à surreprésenter les représentants du grand hôpital au détriment des autres établissements. Le risque est que cette composition influe sur la conduite de la politique médicale qui pourrait alors être construite uniquement en fonction des enjeux de l'hôpital de taille importante. Une réflexion pourrait être menée pour savoir s'il est possible de réglementer le nombre de titulaires en fonction de l'hôpital d'origine.

**Le président** indique que c'est le règlement intérieur qui fixe la composition de la CME locale. Il n'est donc pas inenvisageable de l'ajuster si les avis convergent dans le même sens.

#### **5. Renforcement des contrôles des accès illégitimes aux données des patients : limitation de l'accès au mode bris de glace (M<sup>me</sup> Donatienne BLIN, D<sup>r</sup> Cyril CHARRON)**

**M<sup>me</sup> Donatienne BLIN** rappelle que, dans le cadre de ses missions de déléguée à la protection des données (DPO), elle a notamment en charge de contrôler les accès aux dossiers informatisés des patients et d'identifier les potentiels accès illégitimes. La commission centrale de contrôle des accès aux dossiers patients (3CADP) assure cette gouvernance et est présidée par la DPO et le département d'information médicale (DIM).

La mise en œuvre d'un système de surveillance du mode « bris de glace » fait suite à un audit de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) réalisé en février 2020 sur *Orbis*. L'audit avait donné lieu à la transmission d'un rapport en avril 2021 mettant en demeure l'AP-HP de réaliser plusieurs chantiers, dont un portant sur la mise en place d'un système de surveillance du mode « bris de glace ». Un courrier récapitulatif a été envoyé en janvier 2023. La mise en place du système de surveillance doit donc être mise en œuvre. Pour rappel, en cas de non-respect d'une injonction de la CNIL, l'AP-HP encourt des sanctions et court aussi un risque d'image (atteinte à la réputation) en cas de publication de la sanction, ce qui porterait directement atteinte à la confiance des patients.

Après réception de la lettre de mise en demeure de la CNIL, plusieurs actions ont été réalisées par la direction des services numériques (DSN). Dans un premier temps, un état des lieux du mode « bris de glace » a été dressé. Le mode « bris de glace » disponible sur *Orbis* correspond à un menu déroulant proposant douze motifs permettant de justifier l'accès dérogatoire. Il a été constaté que le motif « accès transverse » était le plus utilisé (dans plus de 95 % des cas) et de manière non pertinente. Il a été constaté aussi que les professionnels utilisaient le mode « bris de glace » et le motif « accès transverse » en lieu et place d'une fonctionnalité déjà disponible : la demande d'avis. Il a donc été procédé à la redéfinition de ces motifs (suppression de l'accès transverse notamment). Puis, pour répondre précisément à l'injonction de la CNIL, la DSN a mis en place un tableau de bord permettant de visualiser le volume d'utilisation du mode « bris de glace » et les pics d'utilisation par site, par groupe hospitalier et par utilisateur. Pour accompagner le changement et mieux faire connaître les situations pour lesquelles le mode « bris de glace » est justifié, des tutoriels ont été développés. Ils sont disponibles sur « *Orbis* et moi » afin d'informer les équipes avant la mise en place du système de surveillance et de lui faire connaître la fonctionnalité « demande d'avis ».

M<sup>me</sup> Donatienne BLIN ajoute que le tableau de bord sera, dans un premier temps (phase de qualification), un outil de visualisation permettant de détecter les abus dans l'utilisation du mode « bris de glace », par exemple lorsque des utilisateurs se connectent toute la journée sous ce mode. Cette identification relèvera des référents habilitation. L'objectif est que la fréquence du contrôle soit hebdomadaire. En cas de suspicion d'abus, des mails seront envoyés aux utilisateurs pour leur demander des justifications. Si ces justifications sont incohérentes ou en cas d'absence de justification, les cas seront examinés par la 3CADP. L'agent suspecté devra ensuite être convoqué par sa hiérarchie pour se défendre. Ce n'est pas la 3CADP qui qualifiera, de manière définitive, l'accès illégitime et la sanction associée mais la décision sera prise lors de l'entretien avec l'agent concerné.

Des communications ont été préparées pour informer les agents de la limitation de l'accès au mode « bris de glace » et rappeler les règles d'accès au dossier patient informatisé, les contrôles et les sanctions associées. Ces communications insistent notamment sur le fait que le mode « bris de glace » ne doit pas être utilisé par défaut mais rester exceptionnel. Il est rappelé également que l'accès au dossier d'un patient n'est autorisé qu'aux professionnels faisant partie de l'équipe de soin ayant pris en charge ledit patient : tout autre accès peut être considéré comme illégitime et constitutif d'une violation du secret et d'une violation des données personnelles.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** ajoute que le mode « bris de glace » ne peut pas être supprimé, notamment car il permet d'accéder au dossier patient informatisé en cas d'urgence ou la nuit et le week-end. Par ailleurs, avant de parler d'abus, il préfère évoquer un mésusage du mode « bris de glace » et une méconnaissance de la fonctionnalité « demande d'avis ». Il présente ensuite en mode démonstration la fonctionnalité « demande d'avis » qui, une fois accordée, permet un accès complet au dossier du malade (imagerie, résultats de biologie, autres avis, etc.). Avec cette fonctionnalité, l'avis est automatiquement versé dans le compte rendu d'hospitalisation et peut être supprimé si tel est le souhait du professionnel. La procédure est très rapide et permet de légitimer l'accès aux données du patient sans passer par le mode « bris de glace ».

**Le P<sup>r</sup> Antoine PEUSOLO** souligne que les psychiatres sont amenés à donner de nombreux avis en dehors de leur service de rattachement. Or, des psychiatres de liaison disent que la fonctionnalité « demande d'avis » ne permet pas d'accéder au traitement du patient. Par ailleurs, au-delà de la première demande d'avis qui émane du praticien qui suit le patient, le professionnel sollicité peut aussi être amené à effectuer un suivi de sa propre initiative, par exemple pour suivre l'effet d'un traitement. Dans ce cas, il faudrait que le médecin d'origine effectue à chaque fois une demande d'avis, procédure qui n'est pas suivie car trop lourde. Il rejoint évidemment la nécessité de protéger les données médicales et personnelles mais il relève que la procédure peut être inadéquate dans certaines situations.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** est surpris que le traitement du patient ne soit pas disponible car la demande d'avis permet de prescrire des médicaments. Cependant, ce point sera vérifié. (NB : Ce qui a été fait. Les traitements en cours du patient sont consultables à partir du moment où le logiciel utilisé pour les prescriptions est *Orbis*, ce qui n'est pas encore le cas partout.) Par ailleurs, des accès transverses demeurent possibles pour les équipes amenées à rendre des avis dans tous les services d'un hôpital, comme les équipes mobiles de gériatrie, les équipes opérationnelles d'hygiène, etc.



Ces équipes disposent donc d'une dérogation permanente qui pourrait être offerte aussi aux psychiatres de liaison. Enfin, pour éviter de solliciter à chaque fois une demande d'avis pour effectuer un suivi sur la durée du patient, le professionnel peut simplement enregistrer son avis dans le système sans le valider, ce qui permettra de continuer à y accéder par la liste des tâches.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** demande confirmation que les équipes des SAMU et d'urgence continueront de bénéficier d'un accès transverse.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** le confirme. Il indique toutefois qu'il peut s'agir d'une problématique car l'accès transverse accordé aux SAMU leur permet de consulter les dossiers des patients des 38 hôpitaux de l'AP-HP. Un contrôle pourrait donc se justifier.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** n'en disconvient pas pour des raisons de transparence.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** ajoute que les services des urgences n'ont pas d'accès transverse, au moins sur tous les sites. Ce n'est que lorsque les équipes des urgences doivent se rendre dans les autres services la nuit que le mode « bris de glace » est utilisé.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** insiste sur le fait que l'accès au dossier patient informatisé est essentiel pour la prise en charge pré-hospitalière. Or les équipes du SAMU n'ont pas accès aux dossiers de l'hôpital européen Georges Pompidou.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** précise que cet accès sera possible très prochainement.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** précise que ses collègues utilisent le mode « bris de glace » pour avoir accès à des informations qui ne sont pas accessibles autrement. Par exemple, le compte rendu opératoire après avoir installé des chambres implantables n'est pas consultable par les anesthésistes, ce qui oblige à utiliser le mode « bris de glace ». Ceci justifie des connexions en continu lors des interventions au bloc. Par ailleurs, lors de l'arrivée d'un nouveau patient, encore non-inscrit dans le service de chirurgie mais toujours aux urgences, les internes d'anesthésie ne peuvent pas créer de consultations d'anesthésie et les réanimateurs n'accèdent pas non plus à l'indice de gravité simplifié (IGS) 2 sans être en mode « bris de glace ». D'autres ont indiqué également ne pas avoir accès aux prescriptions. Des praticiens annoncent aussi que, lors de la formation initiale sur *Orbis*, il leur avait été conseillé de rester en mode « bris de glace » car la navigation était alors plus pratique.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** explique que le nonaccès au compte rendu opératoire tient à la matrice d'habilitation qui n'est pas correctement paramétrée. Il convient donc de demander au service informatique local de modifier les habilitations pour y intégrer les comptes rendus opératoires. Cet accès peut aussi être donné à tout le service d'anesthésie si toute l'équipe est amenée à remplir le compte rendu opératoire. L'IGS 2 n'est rempli que pour les malades hospitalisés en réanimation. Il ne voit donc pas pourquoi les anesthésistes devraient y avoir accès pour donner un avis.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** précise qu'il ne s'agit pas de donner un avis pour un patient d'un autre service mais d'accéder à cette information pour des malades du service de rattachement. Plus globalement,

il estime que les équipes *Orbis* devraient se rendre à l'hôpital Beaujon où de nombreuses habilitations ne sont pas correctement renseignées.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** rappelle que le déploiement d'*Orbis* a été échelonné dans le temps et que de mauvaises habitudes ont pu se créer lorsque la fonctionnalité « demande d'avis » ne fonctionnait pas encore, ce qui explique que de mauvais conseils aient pu être donnés lors des formations à l'outil et que les équipes aient cherché à trouver des voies de contournement. C'est aussi la raison pour laquelle il estime que les utilisations du mode « bris de glace » sont sans doute majoritairement des mésusages plus que des abus. La mise en place de la surveillance de ce mode ne vise donc pas à punir les utilisateurs mais à les inciter à travailler autrement. Enfin, pour les consultations d'anesthésie en urgence, le mode « bris de glace » reste autorisé.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** précise qu'il consultera l'équipe *Orbis* pour mettre à jour ses habilitations mais cette actualisation du paramétrage devra concerner bien d'autres utilisateurs dans son hôpital.

**Le P<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** estime que le mode « bris de glace » ne devrait concerner que les dossiers non accessibles en fonction de l'habilitation originelle et non permettre une consultation de tous les dossiers pendant tout le temps de la connexion. Il suggère donc de faire évoluer le mode « bris de glace » pour le limiter.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** en est d'accord. L'utilisation du mode « bris de glace » pourrait être limitée dans le temps et ne concerner qu'un seul dossier à la fois. Pour l'instant, *Orbis* ne le permet pas et c'est une évolution à demander à l'éditeur.

**Le président** estime que cette évolution vers davantage de limitation serait logique.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** rappelle que l'intérêt d'*Orbis* est d'avoir accès à tous les dossiers pour favoriser la qualité des soins. Il considère donc que les habilitations au mode « bris de glace » devraient être plus larges tout en systématisant la sanction en cas d'abus. Or il ne sait pas si des sanctions sont prononcées aujourd'hui.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** précise que la commission numérique de la CME y travaille, notamment le P<sup>r</sup> Hubert DUCOU LE POINTE. Il est un fait que le personnel non médical peut être sanctionné facilement tandis que les praticiens sont souvent exempts de sanctions, car les praticiens hospitaliers sont sous l'autorité du centre national de gestion (CNG) tandis que les sanctions pour les PU-PH relèvent de la commission éthique qui dépend des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, de l'innovation et de la recherche. Cette commission étant peu opérante, la décision de l'AP-HP est de signaler les comportements malveillants au Conseil national de l'Ordre.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** estime que ces accès illégitimes vont au-delà de la faute déontologique et qu'ils peuvent relever du pénal.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** rappelle qu'il faut toutefois prouver la faute.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** souligne que la faute doit être facile à démontrer dès lors qu'un praticien consulte le dossier d'un patient dont il n'a pas la charge et pour lequel il ne lui a pas été demandé un avis.

**Le P<sup>r</sup> Hubert Ducou LE POINTE** confirme qu'il a été proposé d'informer le Conseil national de l'Ordre des médecins dès lors qu'un accès illégitime est identifié puisque les PU-PH ne courent pratiquement aucun risque de sanction avec le dispositif de la commission éthique. Une saisine du Conseil national de l'Ordre peut en effet décourager ceux qui seraient tentés d'accéder illégitimement aux données.

**Le président** souligne que c'est un sujet évoqué de longue date en CME. Il faut effectivement que des sanctions soient prises en cas d'abus.

**Le directeur général** est favorable à ce que l'institution prenne les mesures nécessaires pour rappeler à tous que l'accès illégitime aux dossiers patients informatisés constitue une violation caractérisée des obligations juridiques et déontologiques. Une simple lettre de rappel au règlement ne suffit pas dans ces circonstances. Par parallélisme des formes, il est aussi souhaitable que la sanction puisse concerner autant les médecins que les paramédicaux en faute, et cela même si la procédure est distincte.

**Le P<sup>r</sup> Hubert Ducou LE POINTE** ajoute que la DSN s'attache à mieux qualifier les accès illégitimes parmi les nombreux accès en mode « bris de glace » comptabilisés chaque jour. Identifier ces véritables accès illégitimes est difficile mais la DSN tend à trouver le critère qui permettra de les repérer.

**Le directeur général** indique que, au-delà du travail de veille qui permet d'identifier les accès illégitimes, il n'en demeure pas moins vrai qu'une sanction doit être prise quand la phase contradictoire n'a pas permis d'attester de la légitimité de la consultation.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** souligne que les accès illégitimes concernent en particulier les personnalités publiques mais aussi les personnels. Aussi, certains personnels peuvent être réticents à être hospitalisés à l'AP-HP de crainte que leur dossier soit consulté par leurs collègues. Pour éviter ces dérives, il suggère que le patient qui le demande puisse avoir accès à la liste des personnes ayant consulté son dossier.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** reconnaît que les données des patients doivent être protégées. Pour les personnalités publiques, une surveillance est en place, ce qui permet plus facilement d'identifier d'éventuels abus. En revanche, il est plus difficile de mettre en place cette même surveillance pour les membres du personnel. Il est aussi très difficile d'identifier les accès non légitimes, par exemple il est possible qu'un membre d'un laboratoire utilise le mode « bris de glace » pour vérifier le dossier d'un patient à l'aune de résultats biologiques qu'il ne comprend pas. Finalement, beaucoup d'accès sont légitimes et fournir une liste exhaustive de tous ceux ayant consulté un dossier donné serait finalement peu utile. Par conséquent, pour protéger les données des patients tout en permettant un accès aux dossiers dans les cas légitimes, il est souhaité limiter au maximum les accès *via* le mode « bris de glace » pour privilégier la fonctionnalité « demande d'avis ». Ce changement de pratique permettra de limiter le bruit de fond. Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON ajoute qu'il existe déjà des solutions

permettant de masquer des dossiers, notamment des dossiers de psychiatrie qui ne seront alors accessibles qu'aux seuls psychiatres. La même solution existe en gynécologie et en génétique. Par ailleurs, si le patient le demande, le dossier peut aussi être totalement masqué. Auquel cas, cependant, il faudra l'informer que cette solution pourra lui nuire car aucun professionnel, autre que celui qui le suivra, ne pourra accéder à son dossier médical.

**Le P<sup>r</sup> Thomas APARICIO** demande s'il est possible que les attachés de recherche clinique (ARC) qui monitorent les protocoles de recherche puissent accéder aux dossiers des patients, ne serait-ce que sur la base d'une liste restreinte de patients.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** répond que la solution proposée par la direction des services numériques (DSN) est d'ajouter une case à cocher pour identifier les participants à une recherche clinique. Cette solution permettrait aux ARC d'accéder aux données dont ils ont besoin.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** jugerait intéressant qu'un patient, *a fortiori* membre du personnel, puisse avoir connaissance de la liste des personnes ayant consulté son dossier, ce qui lui permettrait de savoir si certains de ses collègues se sont montrés par trop curieux. Il indique par ailleurs que la procédure à suivre pour qu'un dossier soit anonymisé est excessivement complexe. Enfin, il s'enquiert du nombre de personnes sanctionnées pour avoir accédé à des dossiers patients de manière illégitime afin de pouvoir mesurer l'ampleur du phénomène.

**Le P<sup>r</sup> Sophie BRANCHEREAU** signale qu'Orbis n'est pas déployé dans tous les hôpitaux avec l'accès aux traitements médicamenteux des patients. Le déploiement de cette fonctionnalité doit devenir une priorité car son absence est gênante. Elle estime par ailleurs que savoir qu'un patient peut demander à obtenir la liste des personnes ayant consulté son dossier pourrait freiner certaines tentations. Personnellement, elle indique être réticente à être soignée à l'AP-HP sachant que son dossier pourrait alors être consulté. Une communication doit être préparée pour indiquer qu'il existe des abus et que les accès illégitimes sont tracés et connus.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** estime que communiquer sur le fait qu'il existe des abus pourrait produire des effets délétères. En revanche, il serait souhaitable que tout patient puisse accéder à la liste des personnes ayant consulté son dossier. Il souhaite par ailleurs savoir s'il est possible de mettre en place une surveillance renforcée des accès aux dossiers des patients qui sont membres du personnel comme cette surveillance existe déjà pour les patients « *very important persons* » (VIP).

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** explique que, pour s'appuyer sur des statistiques fiables, il convient avant tout de supprimer le bruit de fond, c'est-à-dire les accès légitimes au mode « bris de glace ». Tout utilisateur d'Orbis peut déjà prendre connaissance de l'historique des accès à un dossier. Un membre du personnel peut également consulter les accès à son propre dossier. Il prend par ailleurs note de la suggestion de M. Guy BENOÎT mais n'est pas certain qu'il soit possible d'indiquer dans Orbis qui est membre du personnel parmi les patients de l'AP-HP.

**M<sup>me</sup> Donatienne BLIN** confirme qu'il n'est pas possible d'identifier qui est membre du personnel de l'AP-HP parmi les patients pour ne pas proposer de traitements différenciés entre les membres du personnel et les patients *lambda*.

**Le P<sup>r</sup> Sophie BRANCHEREAU** revient sur ses propos précédents pour préciser que sa demande n'était pas de communiquer largement sur les abus mais de communiquer en interne.

**Le président** pense que de telles communications ont déjà été lancées mais elles sont sans doute à renouveler régulièrement car le sujet est important.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** rappelle que le personnel doit approuver que l'utilisation d'Orbis est conforme à la charte à chaque connexion.

**Le président** en convient mais souligne que l'approbation est souvent automatique et que d'autres moyens de communication doivent être déployés.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** souligne que les communications générales de l'AP-HP peuvent aussi ne pas atteindre leurs objectifs, notamment lorsque ces communications sont trop nombreuses. Le personnel est trop souvent noyé sous les mails d'informations générales.

**Le directeur général** ne peut pas dire encore quel format prendra la communication qui sera lancée sur les règles et les contrôles.

**M<sup>me</sup> Donatienne BLIN** confirme que des sanctions disciplinaires ont été prononcées par des DRH. L'objectif de sa mission est aussi d'organiser un suivi pour que le travail d'audit ne soit pas vain.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** souligne qu'il est difficile de qualifier un accès illégitime à Orbis. Cependant, lorsque ces abus sont identifiés, la 3CADP remonte la situation vers la DRH ou la direction des affaires médicales pour suites à donner. Certaines sanctions prononcées sont connues mais l'information n'est pas forcément disponible au niveau central. Cela étant, quelques condamnations ordinales sont parfois prononcées à l'encontre des médecins.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie PONS-KERJEAN** indique qu'un audit a eu lieu dans son service à la suite duquel un courrier a été envoyé indiquant que les agents n'étaient pas autorisés à accéder à leur propre dossier, ce qui semble contrevvenir à ce qu'a affirmé plus tôt le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON.

**M<sup>me</sup> Donatienne BLIN** répond que l'accès à son dossier est possible si le praticien est son propre médecin traitant.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie PONS-KERJEAN** a entendu qu'il était aussi impossible d'obtenir le nom des personnes ayant consulté son propre dossier.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** constate que les sanctions peuvent être administratives ou déontologiques mais il rappelle, en faisant référence à la vente sur internet de radiographies d'un patient par un médecin, que certaines sanctions peuvent aussi être d'un autre ordre.

**Le P<sup>r</sup> Catherine PAUGAM-BURTZ** indique que les sanctions peuvent être administratives, ordinales et pénales.

**Le directeur général** précise toutefois que le cas qui vient d'être cité par le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX est différent puisque le médecin ayant eu accès aux radiographies aurait pu y accéder de bon droit, la faute tenant ensuite à l'utilisation délictuelle qui a été faite de ces clichés.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** estime que toutes les transgressions doivent être condamnées sans pour autant que la consultation en mode « bris de glace » soit supprimée, notamment car elle est indispensable aux équipes du SAMU.

## **6. Bilan des événements indésirables graves (ÉIG) en 2022 à l'AP-HP (D<sup>rs</sup> Yê-Lan NGUYEN et David OSMAN)**

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** rappelle la définition réglementaire d'un événement indésirable grave (ÉIG) qui est « un événement inattendu 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 ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent ». La procédure mise en place à l'AP-HP prévoit qu'un établissement qui identifie un ÉIG le transmet au siège qui en fait la déclaration sur le portail de déclaration à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cette déclaration dite « volet 1 » doit être faite « sans délai ». Les équipes ont ensuite trois mois pour diffuser le rapport d'analyse (dit « volet 2 ») sur le portail. Des dépassements de délais sont notés et pour lesquels l'ARS demande à réaliser des progrès : l'AP-HP met en moyenne 36 jours à déclarer les événements indésirables graves et en moyenne 118 jours à transmettre leur analyse. L'allongement du délai de remise du volet 1 tient peut-être à la difficulté pour obtenir des services l'ensemble des informations nécessaires et à leur possible crainte que les événements déclarés dans Osiris soient externalisés. Le délai de renvoi du volet 2 est sans doute lié aux difficultés à rassembler l'ensemble des protagonistes pour réaliser une réunion d'analyse.

L'objectif est de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue. Un article paru en janvier 2023 dans *The New England Journal of Medicine* montre que les événements indésirables liés aux soins représentent 25 % des admissions. Ils sont graves dans 33 % des cas et évitables dans 23 % des cas. Ces chiffres illustrent l'idée que ces événements ont des conséquences sur la sécurité des patients mais aussi sur la qualité de vie au travail des soignants. Une autre étude parue récemment dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)* montre qu'un suivi régulier dans le temps de 21 événements indésirables graves et la mise en place d'actions de sécurisation suivies conduisent à une diminution significative de ces ÉIG. Une étude danoise récente mesure la perception de la sécurité dans six dimensions : il en ressort que les deux domaines dans lesquels il est possible de progresser le plus sont 1) le climat de sécurité et 2) la perception du management des services. L'encadrement médical et paramédical a un rôle majeur à jouer dans ses démarches.

Peu d'événements indésirables sont déclarés. Cependant, des signaux positifs ont été enregistrés en 2022. En effet, le dernier rapport de la Haute Autorité de Santé montre une progression notable du nombre de signalements entre 2020 et 2021. Les études ENEIS diligentées par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) indiquent qu'il perdure environ 4 à 5 événements indésirables graves par mois et par service de 30 lits. Mais le nombre d'événements indésirables graves évitables diminue en cours d'hospitalisation ou à l'origine d'une hospitalisation. Il est à noter que l'incidence est plus élevée en chirurgie qu'en médecine et qu'il n'est pas enregistré de diminution des ÉIG liés

aux dispositifs médicaux implantables (DMI) ni de diminution en soins critiques. Pour ce qui concerne les événements indésirables graves qui produisent une hospitalisation, une proportion plus importante d'événements indésirables graves génèrent des réhospitalisations dans l'étude de 2019, cette tendance étant peut-être à relier aux contraintes capacitaires.

À l'AP-HP, une démarche a été engagée en 2014 notamment au travers d'une charte d'engagement et de non-sanction. À cette date, seuls 32 ÉIG avaient été déclarés à l'ARS. La progression est donc nette puisque 153 ÉIG ont été déclarés en 2022, 109 en 2021 (soit une progression de 44 %). Presqu'un service sur cinq a déclaré un événement indésirable grave en 2022. Cependant, cette progression est variable d'un groupe hospitalier à l'autre. Pour interpréter cette hétérogénéité entre groupes hospitaliers, il faudrait prendre en compte l'activité des groupes hospitaliers et le *case mix* des patients. Une analyse fine de ces données permettrait peut-être de faire un lien avec « l'instabilité des directions qualité » sur certains GH ou le manque de temps dédié aux personnes en charge de ces missions transversales.

Il demeure difficile de catégoriser les événements indésirables graves dont certains relèvent de plusieurs catégories. Trente-huit pour cent relèvent de complications de procédures (notamment cinq ÉIG en péri-partum, ce qui peut sembler faible eu égard aux remontées de la HAS). 36 gestes techniques sont intervenus en dehors de contextes péri-opératoires et péri-interventionnel. 16 % des ÉIG relèvent d'un contexte accidentogène : dans cette catégorie, sont dénombrées 15 chutes, 10 tentatives de suicide et suicides et une inhalation sur troubles de déglutition. 14 % des ÉIG déclarés sont dus à une erreur médicamenteuse, et 11 % à la surveillance, notamment aux urgences mais aussi dans les services de réanimation, même auprès de patients monitorés, mais également dans les services de gériatrie et de psychiatrie. 11 % des ÉIG relèvent d'infections associées aux soins et 5 % interviennent dans un contexte d'urgence vitale, en particulier dans les services de médecine. 3 % des ÉIG déclarés sont liés à une prise en charge spécifique, notamment trois fois aux urgences et deux cas rapportés directement par les SAMU.

Certaines thématiques sont récurrentes tandis que d'autres sont nouvelles. Parmi les thématiques récurrentes, on trouve l'erreur médicamenteuse pour laquelle diverses actions se poursuivent comme les visites de risque au bloc opératoire. L'embolie gazeuse sur ablation de cathéters est aussi récurrente et un protocole de prescription vient d'être mis en ligne sur Orbis. Pour réduire le nombre de décès des patients monitorés, une procédure de gestion des alarmes sera diffusée. Une procédure « disparition » sera aussi diffusée pour améliorer la prise en charge des disparitions inquiétantes. D'autres thématiques restent encore récurrentes comme l'extravasation sur voies veineuses périphériques, les ÉIG liés à une erreur d'identité-vigilance, les erreurs de côté et la survenue de textilomes au bloc opératoire, qui sont des sujets sur lesquels des actions pourraient être menées en lien avec le travail en équipe.

D'autres thématiques sont émergentes : la surveillance aux urgences, le management des urgences vitales, l'état de choc hémorragique, le syndrome de scellement osseux et la gestion des patients agressifs.

**Le D<sup>r</sup> Yen-Lan NGUYEN** précise que l'analyse de l'événement permet d'établir un plan d'actions correctrices et de suivre ses effets. À l'AP-HP, dans la majorité des cas, les patients ou leurs proches

sont informés de la survenue d'un événement indésirable grave. Par ailleurs, lorsqu'un ÉIG survient, l'équipe concernée doit être vue comme une deuxième victime et, à l'AP-HP, dans 90 % des cas, les soignants sont accompagnés. Dans ce domaine, un travail est en cours avec la médecine du travail, la CVH et le syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) afin de mieux informer les médecins sur les dispositifs existants.

La synthèse des volets 2 montre que la culture du *reporting* a besoin de progresser. Un fort taux de déclarations n'est pas synonyme de mauvaise qualité des soins. C'est même l'inverse, cela signifie que les services n'ont pas une culture punitive de l'erreur et qu'ils permettent aux soignants de signaler avec pour conséquence la mise en œuvre d'actions d'amélioration. L'obligation réglementaire de déclaration est méconnue, ce qui explique aussi le phénomène de sous-déclaration. À l'échelle de la France comme de l'AP-HP, environ 2 % des ÉIG sont déclarés à l'ARS. Les organisations locales doivent aussi être mieux connues : direction qualité, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), etc. Il convient de promouvoir Osiris comme un outil de signalement des ÉIG et non uniquement de signalement des problèmes de ressources humaines ou logistiques. Pour ce faire, une vidéo rappelle l'intérêt de signaler la survenance d'un événement ou d'un presque-événement et valorise l'intérêt de réaliser régulièrement des points sécurité en équipe pour trouver des solutions et ainsi éviter la reproduction de ces événements. Les revues de mortalité et de morbidité (RMM) ne sont pas systématiques ou non conformes. Au sein de l'AP-HP, certaines RMM peuvent s'apparenter à des règlements de comptes interpersonnels ou ne peuvent réunir qu'une partie de l'équipe. Pour progresser dans la culture du *reporting* et du retour d'expérience, des points d'équipe doivent être réalisés pour essayer de trouver des solutions et passer en revue les facteurs organisationnels et humains pour anticiper les risques. Les pratiques doivent être également fiabilisées afin qu'elles soient accessibles à tous, notamment aux nouveaux arrivants au sein d'un service. Ces procédures doivent être formalisées pour apporter une aide lors des situations à risque les plus fréquentes, comme lors du retrait d'un cathéter veineux central. Dans les situations d'urgence, des aides cognitives à la décision permettent aux équipes d'être exhaustives dans la prise en charge (éviter l'effet tunnel, biais de confirmation). La société française d'anesthésie-réanimation et les urgences ont développé de telles aides à la décision, mais elles pourraient être développées dans d'autres disciplines. L'outil de communication « situation antécédents évaluation demande » (SAED) est peu utilisé et pourrait être développé pour améliorer la qualité des transmissions. Enfin, alors que les interruptions de tâches sont identifiées comme des irritants par de nombreux soignants, une réflexion pourrait être menée pour les limiter ou les prévenir.

L'analyse des volets 2 invite aussi à sécuriser les changements d'organisation. Les organisations en place sont parfois méconnues des nouveaux arrivants (professionnels, internes, intérimaires). Un meilleur partage des procédures de sécurité apparaît nécessaire, notamment pour faire connaître au plus grand nombre la procédure d'urgence vitale, en particulier la nuit et le week-end. Pour aller dans ce sens, le livret d'accueil pourrait être enrichi d'une partie sur la gestion des risques. L'amélioration des parcours de soins pourra jouer aussi sur la réduction des ÉIG, par exemple pour les patients âgés suivant un parcours complexe et multidisciplinaire et qui se rendent dans plusieurs services utilisant des outils informatiques différents, notamment pour les prescriptions



médicamenteuses. Ces situations peuvent également nuire à la qualité des transmissions et pénaliser la traçabilité dans le dossier médical.

La prévention des ÉIG passe également par les ressources matérielles avec la mise à disposition de lits ultra-bas pour prévenir le risque de chute, la sécurisation des fenêtres et la mise à disposition de linge « anti-suicide » pour la prévention du risque suicidaire, l'harmonisation des chariots d'urgence pour gérer l'urgence vitale, la mise à disposition de lève-malades pour les patients obèses, etc.

L'optimisation des outils informatiques contribuera également à la réduction des ÉIG grâce à une traçabilité dans Orbis de la prescription mais aussi des risques (de chute, suicidaires, etc.), entre autres.

Enfin, l'accent devra être mis sur la formation, initiale comme continue, car la formation actuelle aborde très peu la dimension liée à la qualité et à la gestion des risques. La formation continue doit être menée idéalement en équipe pluriprofessionnelle. Les RMM doivent permettre de la déployer et de rappeler comment effectuer un signalement et quels en sont les bénéfices.

En conclusion, il faut retenir que les événements indésirables associés aux soins font partie du quotidien de l'hôpital. Le signalement individuel permet un bénéfice collectif. La culture de sécurité progresse mais peut encore être améliorée. Il est important de sécuriser les organisations changeantes, de fiabiliser les pratiques et de réaliser des formations en équipe.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** demande si un patient peut avoir accès à une déclaration d'un événement indésirable grave le concernant.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** ne le pense pas ou pas directement car ce sont des documents qui ne font pas partie du dossier médical.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** signale cependant que la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) a demandé à fournir ces documents.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** souligne que ces documents peuvent être saisis dans un contexte judiciaire mais le patient ne peut pas demander à les consulter directement.

**Le D<sup>r</sup> Jean-François HERMIEU** considère que la communication de ces pièces peut être délicate dans un contexte judiciaire.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** reconnaît que c'est un frein à la déclaration. Néanmoins, il convient de progresser car il s'agit d'une obligation et que ces événements doivent conduire à mener des actions correctrices. Par ailleurs, un travail est mené avec les directions qualité et les coordonnateurs des risques associés aux soins (CGRAS) pour faire en sorte que la rédaction de ces documents soit objective et associée, au besoin, la direction des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP) pour s'assurer de l'absence de légèreté dans l'analyse. Les revues de morbidité et de mortalité (RMM) ne sont pas des avis d'experts : les échanges lors des RMM peuvent être emprunts de subjectivité. Ces documents peuvent être saisis dans un contexte judiciaire, mais un travail

pourrait être mené auprès des magistratures pour qu'elles comprennent mieux la démarche et la vraie nature des réunions de mortalité et morbidité. La direction des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP) a des idées à ce sujet. La direction générale des soins (DGOS) prévoit aussi de mener des actions de formation auprès des magistratures.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** souhaite savoir si les événements indésirables graves ou potentiellement graves en lien avec la médecine de ville doivent être déclarés. Par exemple, quelle action doit être menée lorsque l'ambulancier d'une société privée n'a pas son permis ?

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** rappelle que tout le monde est soumis à l'obligation de déclaration des événements indésirables graves. Le portail est accessible à tous, même aux patients. Cependant, avant de déclarer à tout-va, le souhait est d'informer largement pour faire progresser l'acculturation. Néanmoins, en y mettant les formes et en expliquant les objectifs auprès de tous les intervenants, il est possible de déclarer et c'est même une obligation.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** estime que beaucoup de progrès restent à réaliser même si du chemin est déjà parcouru. Cependant, si la prise en charge médicale est de très grande qualité à l'AP-HP et si les infirmiers et aides-soignants font preuve d'une grande empathie, l'infirmier doit préparer les médicaments des patients dans le couloir sur un petit chariot avant de les donner aux patients, une fois déconditionnés. Or force est de reconnaître que cette organisation pourrait être source d'erreurs d'administration dont la faute ne reviendrait pas à l'infirmier.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** rappelle que c'est la raison pour laquelle il faut signaler tous les écarts aux bonnes pratiques. De plus, pour chaque déclaration, ce sont les services eux-mêmes qui produisent leurs plans d'action, et donc en connexion avec le terrain.

**Le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE** signale qu'un événement indésirable grave a été signalé car une aide-soignante avait donné des tapes sur la tête à un patient qui ne voulait pas se laisser couper les ongles. Le service qualité a envoyé le dossier à l'ARS pour dire que la personne vulnérable avait été violentée, alors que la constatation médicale a montré que le patient n'était pas blessé. Certes, il s'agissait d'un patient polyhandicapé qui ne s'exprime pas mais cet incident a pris des proportions démesurées que les médecins contestent. Alors que les ÉIG sont des événements qui entraînent des conséquences sérieuses (décès ou complications), elle souhaite savoir ce que peuvent faire les médecins lorsque la direction et/ou la responsable qualité est trop prompte à déclarer sans avoir pris le temps d'une étude précise du contexte.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** estime que les interruptions de tâches sont des difficultés sous-évaluées alors que leurs conséquences peuvent être très importantes. Pour améliorer la situation, il invite à renforcer la concordance des temps et le dialogue entre les soignants et l'équipe médicale.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** souligne que les personnels expérimentés sont de plus en plus rares dans les services, ce qui entraîne pour conséquence qu'ils ne peuvent plus former les plus jeunes. La transmission est également perfectible compte tenu des difficultés inhérentes au maniement et aux procédures du logiciel Orbis qui complexifie les échanges entre les équipes médicales et paramédicales.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** est d'accord avec les deux derniers commentaires. Concernant le cas cité plus haut par le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE, il indique qu'il ne relève pas des ÉIG à déclarer à l'ARS. Les suspicions de maltraitance à personnes vulnérables relèvent d'une autre procédure.

**Le D<sup>r</sup> Yê-Lan NGUYEN** ajoute que le portail est accessible à tous, et non uniquement aux professionnels de santé, et des proches peuvent déposer une réclamation à l'ARS directement. Ces réclamations remontent ensuite vers les directions des hôpitaux puis vers les services concernés.

## **7. Référentiel d'organisation des blocs et attractivité pour les infirmiers et infirmières de bloc opératoire (M<sup>mes</sup> Sophie KERAMBELLEC et Vanessa FAGE-MOREEL)**

**M<sup>me</sup> Sophie KERAMBELLEC** indique que le taux d'ouverture des blocs a été de 65,1 % en 2022, soit une situation meilleure qu'en 2021 mais inférieure à 2019. Le taux d'ouverture a notablement augmenté dans certains GHU, notamment dans les hôpitaux universitaires Henri-Mondor et Paris-Saclay. Le taux d'occupation s'est établi à 76,8 % en 2022, soit un niveau en léger recul par rapport à 2021 mais en augmentation par rapport à 2019. Le taux d'occupation a notamment augmenté pour le GHU Henri-Mondor.

À fin 2022, l'activité programmée et d'urgence (adulte et pédiatrie) dépasse son niveau de 2021 en cumul (+ 2,5 %), mais reste inférieure au niveau de 2019 (- 4,5 %), soit 10 000 interventions de moins en 2022 par rapport à 2019, en particulier sur l'activité programmée. L'activité d'urgence, quant à elle, est restée stable.

**M<sup>me</sup> Vanessa FAGE-MOREEL** souligne que le niveau des effectifs des infirmiers de blocs opératoires diplômés d'État (IBODE) a été stable en 2022 tandis que les effectifs des infirmiers de blocs opératoires (IBO) a diminué. Cependant, les effectifs présents ont été en augmentation dans les blocs opératoires en 2022. Depuis septembre, cette augmentation se stabilise autour de + 60 équivalents temps plein (ETP). Il est observé une décorrélation entre le temps de vacation offert et la présence des professionnels. Des alertes avaient été lancées début 2022 sur des difficultés à instrumenter un nombre croissant d'interventions mais ce problème s'est résolu en fin d'année grâce à une augmentation des effectifs présents. Un travail doit toutefois être mené pour mettre en adéquation l'ouverture des blocs et la présence des professionnels.

**M<sup>me</sup> Sophie KERAMBELLEC** signale que l'enquête lancée fin 2022 à destination de divers professionnels exerçant dans les blocs opératoires (infirmiers, IBODE et IADE, anesthésistes, réanimateurs, chirurgiens, etc.) a conduit à recueillir 296 réponses. 61 % des répondants ne considèrent pas les blocs de l'AP-HP comme attractifs. Quatre difficultés sont avancées : la rémunération (niveau de salaire, difficulté à obtenir le paiement des heures supplémentaires, difficulté à accéder à l'offre de logement ou de crèche), l'ambiance de travail (absence de collectif de travail, tension dans les relations), le management (déficit en nombre d'encadrement, besoin d'accompagnement des compétences managériales) et les conditions de travail (horaires non respectés, surcharge de travail liée aux postes vacants mais aussi au non-respect des programmes opératoires, manque de matériel, locaux vétustes, etc.). L'enquête interrogeait aussi les personnels en vue d'identifier les trois critères qui pourraient permettre d'attirer et de fidéliser les professionnels au bloc opératoire. Les trois thématiques les plus citées sont par ordre de

préférence : l'ambiance et la convivialité au sein de l'équipe ; la politique de rémunération ; la proximité du domicile.

Un plan d'action a donc été élaboré et qui comprend un volet ressources humaines et un volet organisationnel.

**M<sup>me</sup> Vanessa FAGE-MOREEL** indique, concernant le volet ressources humaines, que l'objectif est d'augmenter le nombre d'IBODE même si c'est le nombre d'infirmiers de bloc opératoire (IBO) qui accuse un repli. Ce renforcement de l'effectif d'IBODE permettra de sécuriser les pratiques, notamment les actes exclusifs. Des contrats d'allocation d'étude (CAE) ont été proposés dans les blocs opératoires pour les jeunes étudiants infirmiers qui poursuivent leur formation vers l'école d'IBODE. Deux CAE ont été signés. 30 logements ont été réservés aux IBODE. Cependant, ce dispositif reste certainement insuffisamment connu, les demandes étant peu nombreuses. Une nouvelle communication sera donc organisée. Il sera mis aussi l'accent sur la valorisation des IBO et IBODE expérimentés par l'intermédiaire des dispositifs proposés dans le plan « 30 leviers ».

Le nombre de promotions professionnelles possible étant supérieur au nombre de professionnels de l'AP-HP qui intègrent l'école, l'objectif est également de susciter des vocations. Pour cela, trois propositions sont formulées : créer un parcours bloc opératoire au sein des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) pour que les élèves infirmiers se projettent dans un parcours en cinq ans ; réfléchir à la mise en place de l'alternance ou de l'apprentissage pour l'école d'IBODE afin que les étudiants puissent être rémunérés pendant leur formation ; créer un jury pour les professionnels hors AP-HP qui réussissent le concours de l'école mais qui ne sont pas financés par leur établissement d'origine. Cette dernière proposition conduirait à réunir un jury AP-HP afin de retenir ces profils et de les financer *via* la promotion professionnelle.

Le plan d'action vise aussi à accompagner le management par l'intermédiaire de la formation « managers de bloc » de telle sorte à valoriser le métier et de permettre aux cadres de faire face aux situations spécifiques des blocs opératoires. Cette mesure pourrait conduire à mettre en place un cercle de cadres de bloc coordonné au niveau central. Cette solution répondrait aussi au souhait des cadres qui demandent à pouvoir partager entre pairs.

Le plan d'action vise à accentuer la communication pour mettre en avant l'attractivité des métiers du bloc mais aussi doit servir de support à une séquence sur la marque employeur. Le CHU de Montpellier a réalisé un film intéressant pour mettre en avant l'intérêt de ces métiers dont il serait possible de s'inspirer.

**M<sup>me</sup> Sophie KERAMBELLEC** ajoute que le plan d'action tend aussi à travailler sur l'organisation des blocs. Un guide de bonnes pratiques a été rédigé par la direction de la stratégie et de la transformation (DST) et la direction qualité partenariat patient (DQPP) avec la collaboration de nombreux professionnels (médecins présidents de conseil de bloc opératoire, coordinateur des soins, directeur du parcours patient, encadrement des blocs). Ce guide de plus de 100 pages évoque différents thèmes : gouvernance et pilotage des blocs, qualité et sécurité des soins, ressources humaines, développement durable, interface entre le bloc, la pharmacie, la stérilisation et la

logistique, et paramétrage d'Orbis bloc. Ce guide est en cours de relecture par des experts des blocs GHU. L'objectif est de le diffuser mi-mars.

Ce travail a conduit à identifier dix incontournables pour qu'un bloc soit performant. Ces dix incontournables à promouvoir largement sont :

- que le conseil de bloc soit actif et décisionnaire, qu'il se réunisse régulièrement autour de tous les intervenants, pour traiter et analyser les dysfonctionnements et passer en revue les indicateurs ;
- qu'un manager de bloc (cadre supérieur de bloc, directeur de bloc, etc.) soit désigné pour être décisionnel dans les arbitrages et se charger de la coordination des différentes équipes ;
- que le manager de bloc s'appuie sur un bureau du conseil de bloc, qui est une équipe resserrée composée d'un président et vice-président du conseil, du chef de bloc, de l'encadrement et du directeur référent si le manager n'est pas directeur ;
- que soit identifié au quotidien le responsable de la régulation quotidienne des flux patients ;
- que les règles de fonctionnement et de bonne conduite soient connues et acceptées y compris pour arrêter l'heure de démarrage de la vacation et les règles d'utilisation d'Orbis Bloc ;
- que soit organisé un staff de lissage hebdomadaire du programme opératoire, regroupant toutes les spécialités, ayant autorité pour réorganiser le programme ;
- que les indicateurs d'activité soient utilisés systématiquement pour piloter l'organisation du bloc et l'attribution des vacations ;
- que des temps d'échanges pluriprofessionnels soient organisés régulièrement et qu'ils soient formalisés sous la forme de journées de formation commune, d'espace de dialogue sur le travail, de *SmartLab*, de réunions dédiées aux irritants, etc., temps permettant de rappeler que les RMM de bloc sont nécessaires en cas d'événements indésirables graves quand bien même une RMM aurait été organisée au niveau de la discipline, et cela pour disposer d'une vision transversale de l'événement ;
- que des temps réguliers de réunion d'équipe soient organisés ;
- que l'animation du collectif passe par un projet de transformation (par exemple, patient debout à l'hôpital, politique de développement durable au bloc, etc.).

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel Bui-Quoc** reconnaît qu'il est problématique que des blocs soient fermés obligeant à déprogrammer. Il est d'accord avec les dix incontournables présentés, qui sont mis en place dans son établissement, mais qu'il faut répéter pour les ancrer, notamment lors de l'arrivée de nouveaux professionnels. La difficulté principale réside toutefois dans les ressources humaines et dans l'attractivité du métier d'IBODE. Une fois fait ce constat, il souhaite savoir si l'AP-HP est en bonne position par rapport à d'autres structures. Il sait que le salaire avec primes des IBODE peut être supérieur à celui des cadres de santé, ce qui peut entraîner d'autres difficultés quant à l'attractivité des métiers de cadre du bloc opératoire.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** constate que le manque d'attractivité est patent. Aussi, même si les mesures qui viennent d'être présentées sont nécessaires, elles ne seront pas suffisantes. La crainte n'a jamais été aussi forte qu'une équipe périlite, car un panseur est en arrêt ou sur le départ. Dans ces circonstances, l'intérim est plus que nécessaire d'autant que les listes d'attente n'ont jamais été

aussi longues. Il invite donc à réfléchir aux moyens d'être plus agiles pour mieux répondre à la demande car les mesures présentées ce jour n'auront pas d'effets immédiats. Par ailleurs, parallèlement au travail sur le recrutement, l'objectif poursuivi doit aussi être de conserver les IBODE en poste. Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI souligne que d'autres pays européens, notamment l'Allemagne, vont recruter des IBODE en dehors de l'Europe. Il souhaite savoir si la législation française permet de procéder de même.

**M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET** ne peut pas préciser en séance le taux d'intérim mais, à partir du nombre d'ÉTP intérimaires, elle pourra donner cette information ultérieurement.

**Le D<sup>r</sup> Emmanuel BUI-QUOC** rappelle qu'il était évoqué dans le bilan social un tiers d'intérimaires dans les blocs opératoires, soit environ 150 (1/3 de 450 IBODEs).

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** rappelle que le ministre de la Santé souhaitait réduire l'intérim et demande si cette politique produit ses effets.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** Plus qu'un taux général, souhaiterait qu'il soit avancé un taux d'intérim chez les IBODE des blocs opératoires. Il convient de souligner que certains panseurs de l'AP-HP sont devenus intérimaires pour éviter les nuits et choisir leurs jours de travail. Elle signale par ailleurs que des IBODE espagnoles avaient été recrutés à l'hôpital Necker avant de repartir assez rapidement car il était difficile pour ces personnes de s'intégrer dans le monde clos du bloc. De plus, les missions peuvent différer d'un pays à l'autre. À l'AP-HP Sorbonne, certains blocs sont fermés faute d'IBODE et d'autres faute d'infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE). Elle suggère par conséquent de demander aux personnels en surnombre de basculer vers d'autres blocs moyennant éventuellement une prime.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** souhaite connaître le nombre de blocs opératoires mutualisés au cours des dix dernières années et s'enquiert des conséquences de cette orientation sur la qualité de vie au travail, sachant que les professionnels apprécient de travailler au sein d'une équipe et d'un collectif et que la mutualisation ne va pas dans ce sens.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** rappelle que c'est la chirurgie publique qui fait la permanence des soins mais que les cliniques privées ont attiré beaucoup de chirurgiens en leur proposant des rémunérations élevées. Il en découle de graves difficultés d'accès aux blocs opératoires en urgence. Le « SOS aorte » fonctionne mais n'est pas toujours disponible. Par ailleurs, il souhaiterait connaître les indicateurs d'activité des blocs par spécialité, notamment pour les fractures ouvertes pour lesquelles il devient de plus en plus difficile de trouver des blocs de nuit comme de jour, à tel point que des cliniques privées se positionnent sur cette activité. Un véritable programme doit être lancé à l'AP-HP pour redynamiser la chirurgie et moderniser son management.

**Le directeur général** indique que le plan d'action qui comprend un volet ressources humaines et un volet organisationnel produira ses effets dans le temps, même si une action rapide sur l'ambiance de travail au sein des équipes pourrait limiter les départs. L'exercice intérimaire est certes attractif pour les professionnels mais il existe des moyens d'agir pour limiter ce mouvement en reconnaissant les compétences et en travaillant sur le collectif. Pour les professions paramédicales,

le projet est d'interdire l'exercice en intérim dans les premières années après la diplomation, ce nombre (2 ou 3 ans) devant être fixé par décret. Cette mesure inscrite au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2023 a été censurée par le Conseil constitutionnel considérant que le véhicule choisi n'était pas adapté. La mesure devra donc trouver un nouveau véhicule législatif. Cette mesure ne sera toutefois pas suffisante car le mouvement vers l'intérim concerne davantage les professionnels déjà en poste que les nouveaux entrants fraîchement diplômés. Sans avoir d'éléments statistiques pour le démontrer, le directeur général pense que les professionnels qui quittent l'AP-HP le font plutôt pour rejoindre la province, pour exercer en intérim ou pour changer de métier plus que pour rejoindre la concurrence notamment privée. L'enjeu à relever concernant l'intérim sera de limiter la surenchère, puisque l'intérim de bloc opératoire est essentiellement hors marché.

La possibilité de faire appel à des **IBODE** de pays extracommunautaires, dont les diplômes ne sont pas automatiquement reconnus, est étudiée. Le ministère sera saisi pour que les procédures soient simplifiées. Cependant, même si cette simplification est possible, le nombre de candidatures ne permettra pas de combler le besoin. De plus, il n'est pas forcément responsable de puiser dans les viviers de professionnels de pays extracommunautaires qui ont aussi besoin de ces profils.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** estime que cet argument est parfaitement recevable mais beaucoup d'hôpitaux publics tournent actuellement avec des professionnels venant de pays hors Europe le temps que les mesures d'attractivité produisent leurs effets.

**Le directeur général** indique qu'il existe un vivier potentiel dans certains pays du Maghreb.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** cite également le Liban.

**Le directeur général** répond qu'il y a peu de possibilités au Liban. Un partenariat a été noué permettant de réaliser en France de courts séjours avant un retour au pays. Cependant, le Liban est un petit pays qui a aussi besoin de compter sur ses professionnels. En Europe (péninsule ibérique, Europe centrale et orientale), des démarches peuvent aussi être lancées. Le circuit est alors moins complexe pour ce qui concerne la reconnaissance des diplômes mais tous les professionnels ne parlent pas le français.

**M<sup>me</sup> Laetitia BUFFET** précise que des **GHU** mènent des actions pour recruter des personnels paramédicaux en Espagne, au Portugal et dans des pays de l'Europe centrale et de l'est. Ces choix posent des questions de rémunération, de logement, de formation au français, de remise à niveau, etc. Ces pistes obligent aussi à repenser le sourçage et le recrutement. Il existe des prestataires spécialisés qui se rendent dans les écoles de ces pays étrangers pour faciliter les recrutements. Hors Union européenne, l'Allemagne, le Royaume-Uni et l'Italie ont mis en place un dispositif conduisant à réaliser un test à l'arrivée pour évaluer les formations complémentaires à dispenser avant d'acter l'équivalence du diplôme. En France, il existait il y a quelques années des quotas (de 10 %) dans les **IFSI** réservés à ces personnels qui ne passaient que quelques mois dans les écoles avant d'obtenir un diplôme. Cependant, ces quotas ont disparu et il n'existe plus de dispositif permettant une formation accélérée de ces professionnels qui doivent s'inscrire *via Parcoursup* et suivre toute la scolarité.

**Le directeur général** indique que le ministère sera sensibilisé à cette question pour reconsidérer le régime juridique en vigueur, même si le potentiel de professionnels qu'il sera possible de viser restera modeste.

**Le président** ajoute que ces professionnels peuvent aussi profiter de leur séjour en France avant d'en faire bénéficier leur pays à leur retour.

**Le directeur général** considère que le potentiel de recrutement sera plus important au sein de l'Union européenne en faisant appel à des prestataires spécialisés qu'hors Europe.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** ajoute que les cadres de santé des blocs opératoires sont de moins en moins nombreux. Pour les garder à l'AP-HP, il est impératif de les libérer de leur temps de secrétariat pour qu'ils se consacrent aux soins.

**Le président** souligne que s'ajoute à cela une question de rémunération.

**Le D<sup>r</sup> Sonia CERCEAU** trouve critiquable éthiquement de chercher à recruter en Europe ou hors Europe. Avant d'aller dans cette direction, elle invite plutôt à rendre attractifs les métiers pour que les candidats aient envie de rejoindre le bloc opératoire. C'est d'ailleurs le premier critère qui a émergé de l'enquête qui a été citée au cours de la présentation. Elle invite aussi à valoriser financièrement la permanence des soins, notamment la nuit, car c'est ainsi qu'il sera possible que les personnels restent à l'AP-HP plutôt que de rejoindre l'intérim.

## **8. Réforme du financement de la psychiatrie (P<sup>rs</sup> Frédéric BATTEUX et Antoine PELISSOLO)**

**Le P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX** rappelle que la réforme du financement concerne trois champs : la psychiatrie, les soins de suite et rééducation (SSR) et les urgences. Elle conduit à transformer une enveloppe globale en un financement mixte associant une dotation populationnelle, un financement à l'activité et un financement à la qualité. Chaque champ dispose d'une proportion plus ou moins élevée de dotation forfaitaire par rapport au financement à l'activité. Par exemple, pour les urgences, la dotation populationnelle représente 50 % du financement contre 78 % pour la psychiatrie. Le schéma de financement est commun au secteur public et au secteur privé mais avec une proportion de financement forfaitaire et à l'activité qui peut varier selon les secteurs et selon l'état de l'offre de soins régionale. Par exemple, pour la psychiatrie, la dotation populationnelle est de 15 % pour le secteur privé contre 78 % pour les établissements publics. Par ailleurs, pour la psychiatrie et les SSR, des financements peuvent être dédiés à des activités spécifiques, soit à caractère national, soit à caractère régional.

Pour décider de la répartition de la dotation populationnelle sur un territoire donné, des critères vont être utilisés, par exemple l'âge et la précarité pour la psychiatrie. Les critères d'allocation sont à la main de l'ARS après avis consultatif de la commission consultative d'allocation des ressources (CCAR), qui est composée de représentants des fédérations et des syndicats professionnels. Une fois ces critères définis, l'assiette sur laquelle ces critères s'appliqueront sera déterminée : sur la totalité de la dotation populationnelle ou sur une partie d'entre elle. Ces discussions seront importantes car il ne faudra pas déstabiliser le modèle. Une zone géographique



sera ensuite définie pour y appliquer les critères. Par exemple, si le critère de la précarité entre en ligne de compte, il est fort probable que le département de la Seine-Saint-Denis sera mieux loti que d'autres départements franciliens. Il est aussi possible de raisonner à mailles plus fines dès lors que la situation est contrastée suivant les endroits du département. C'est la CCAR qui aura à charge de mener ce travail. Les crédits seront distribués aux établissements par le biais de l'activité. À cela s'ajoutera un enjeu de conduite du changement pour le financement résiduel à la qualité et pour les compartiments de financement à l'activité qui nécessiteront une réingénierie des systèmes d'information et un réinvestissement de la fonction codage et facturation.

Les risques financiers induits par cette réforme sont importants. Elle aura également des répercussions sur le fonctionnement des établissements. Dans les trois CCAR concernées par la réforme (psychiatrie, SSR et urgences), l'AP-HP est représentée largement pour contribuer aux discussions.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement la psychiatrie, le financement national doit d'abord être alloué aux différentes régions en utilisant des critères pondérés de la façon suivante : en fonction du nombre d'habitants de la région (80 %) avec une surcote pour les patients âgés de moins de 18 ans, en fonction du taux de densité des psychiatres libéraux (5 %), du taux de pauvreté, de la taille des ménages (incluant le nombre de familles monoparentales) et du taux de places dans le secteur médicosocial à destination des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

En utilisant ces critères, la dotation populationnelle d'Île-de-France s'établit à 1,758 Md€. La région Île-de-France est considérée comme sous-dotée. Elle évoluera donc selon deux mécanismes : *via* un mécanisme d'augmentation d'environ 2 % par an et *via* un rattrapage qui sera de 13,2 M€ en 2023.

Avec cette réforme, les établissements privés auront majoritairement un financement à l'activité. La dotation populationnelle ne représentera que 15 % des financements. Ils percevront aussi un financement lié à la qualité. Pour les établissements publics, la proportion de la dotation populationnelle sera de 78 % mais ces établissements percevront aussi une dotation à l'activité et un financement lié à la qualité. Pour les établissements à rayonnement régional réalisant des activités spécifiques et innovantes, comme l'AP-HP, il sera accordé un financement particulier qui s'ajoutera aux dotations populationnelles, à l'activité et liée à l'activité.

Pour répartir la dotation d'Île-de-France, la CCAR a retenu trois indicateurs : la part des patients de moins de 18 ans, le taux de pauvreté et le taux de familles monoparentales. La maille choisie pour répartir la dotation populationnelle sera le département. À ce stade, il n'a pas été pris en compte la différence entre activités sectorisées et non sectorisées. La lourdeur des patients n'a pas été véritablement prise en compte dans le modèle alors que ce critère a été pris en compte pour les urgences.

Une fois l'enveloppe répartie dans les différents départements, elle est redistribuée aux établissements de santé. La répartition de la dotation populationnelle est ensuite allouée à chaque territoire au sein de la région, en six sous-enveloppes, distinguant d'une part les adultes et les enfants, d'autre part, les trois formes de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation partielle, ambulatoire). La base de calcul correspond à l'hospitalisation complète d'un adulte, mais

un coefficient de 2,35 est appliqué aux mineurs. L'hospitalisation de jour d'un adulte est de 0,63 et de 0,65 pour un enfant. Cette mécanique permet de répartir l'enveloppe territoriale entre les établissements en fonction de leur contribution à la prise en charge des patients résidant sur le territoire, ramenés au total des patients du territoire considéré.

**Le Pr Frédéric BATTEUX** souligne que la clé de répartition étant principalement basée sur l'activité, ce mode de calcul revient à rémunérer deux fois la file active. Ce raisonnement a suscité moult débats. Par ailleurs, ce système risque de perpétuer les flux intrarégionaux et de figer l'offre de soins actuelle. Certains plaidaient pour que le territoire soit financé mais pas via les patients s'adressant à un établissement. Cette méthode pénalise aussi les établissements qui accueillent dans des proportions plus importantes que la moyenne des patients ne résidant pas en Île-de-France, et qui n'apportent aucune dotation populationnelle.

Le ministère a établi une liste de 25 activités spécifiques nationales pouvant être financées par le niveau national mais, *in fine*, seules cinq ont été sélectionnées et seront financées *via* une enveloppe dédiée de 3 % de l'ensemble de la dotation. Ces cinq activités sont : les activités de prise en charge des personnes détenues, la prise en charge des mineurs de retour des zones terroristes, les unités d'accueil et de soins pour les personnes sourdes, les unités pour malades difficiles et les centres de ressources ou de recours.

D'autres activités spécifiques peuvent être régionales : elles sont piochées dans la liste des 25 activités ou être déterminées en dehors de cette liste. Pour être retenue comme une activité spécifique régionale, au moins un des quatre critères suivants doit être atteint : être une zone de recours élargie, constituer une activité transversale mal couverte par l'approche populationnelle, ne pas être décrite ou mal décrite dans les recueils d'informations médicalisées en psychiatrie (RIMP) ou bénéficier d'un financement de l'ARS dédié.

Une enquête a été réalisée ayant conduit chaque fédération à remonter une liste d'activités spécifiques régionales pour un montant proche de 350 M€ (pris sur la dotation populationnelle) dont 63 M€ pour l'AP-HP. Trois activités spécifiques (hospitalisation complète de pédopsychiatrie, urgences et liaison) ont été retirées de la liste des 25 activités nationales mais le niveau national a demandé à ce que ces sujets soient traités par les CCAR pour décider ou non d'un financement.

L'enveloppe dévolue à l'AP-HP sur les activités spécifiques régionales se décline comme suit : 20,9 M€ pour les activités reconnues sur la liste nationale et pour les activités régionales à sécuriser, 14 M€ pour les urgences psychiatriques, 5,6 M€ pour la liaison et 22,5 M€ pour l'hospitalisation complète de pédopsychiatrie.

Pour la dotation de la file active, l'exhaustivité et la qualité du codage seront essentielles. D'importants efforts ont déjà été faits avec une exhaustivité proche de 99 % pour les séjours en hospitalisation complète.

L'année 2022 a été une année transitoire pour accompagner la mise en œuvre de la réforme. Les nouvelles dispositions s'appliqueront en 2023 mais une grande prudence accompagnera la sécurisation des enveloppes. La mise en œuvre de la réforme sera suivie de près pour s'assurer que

les services et activités ne soient pas déstabilisés par des effets de ciseau importants sur les financements.

**Le Pr Antoine PELISSOLO** convient que le système est complexe mais rappelle que la philosophie de la réforme est de réduire les inégalités territoriales de santé et de rendre les systèmes plus dynamiques grâce à l'octroi d'enveloppes globales. Des ajustements seront sans doute nécessaires. Il ne faudrait que l'AP-HP sorte perdante de cette réforme. Les urgences et la liaison ont été prises en compte mais la lourdeur des patients et le fait que des patients viennent d'autres régions que l'Île-de-France ne sont pas considérés.

**Le Pr Bernard GRANGER** constate que l'AP-HP cherche à tirer son épingle du jeu mais il n'en demeure pas moins vrai que le système proposé est fort complexe et loin de la simplification. La réforme semble être menée par des technocrates qui n'ont pas conscience de la réalité. Par ailleurs, alors que la psychiatrie a fait l'objet d'un sous-financement pendant des années, il constate à regret que le système se contente uniquement de répartir la pénurie.

**Le Dr François SALACHAS** demande quel sera le poids du financement à l'activité.

**Le Pr Antoine PELISSOLO** répond qu'il sera de 15 %.

**Le Dr François SALACHAS** demande si une simulation a été réalisée pour mesurer l'impact de la réforme et quel sera l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) « psychiatrique » pour 2023-2024.

**Le Pr Antoine PELISSOLO** explique qu'il n'existait pas un ONDAM psychiatrique et qu'il existe maintenant des dotations. La politique du gouvernement montre une certaine prise de conscience avec des mesures nouvelles et des appels à projets. Des progrès sont réalisés mais pas suffisamment sur l'hospitalisation, car le sujet n'est pas porteur et que l'opinion générale n'est pas favorable à l'hospitalisation des patients. L'engagement pris consiste à dire que le financement de la psychiatrie progressera comme les autres disciplines, ce qui revient à reconnaître que ce n'était pas le cas par le passé.

**Le Dr François SALACHAS** s'enquiert de la proportion de lits fermés en psychiatrie en raison de postes vacants.

**Le Pr Antoine PELISSOLO** pense que ce pourcentage doit être proche de 15 %.

**Le directeur général** précise que ce pourcentage correspond à l'étiage actuel.

**Le Pr Antoine PELISSOLO** ajoute que cette situation est dramatique puisqu'une place doit être trouvée à ces patients dans d'autres services, notamment aux urgences. Des chambres peuvent aussi accueillir deux patients.

**Le Pr Frédéric BATTEUX** précise que ces difficultés ne concernent pas que l'AP-HP mais l'ensemble de la psychiatrie.

**Le P<sup>r</sup> Alain CARIOU** précise que les mêmes principes s'appliquent aux urgences qui sont pénalisées car le ralentissement du flux d'aval et des sorties conduit à un allongement des durées de séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Pour ces raisons, il rejoint le commentaire du P<sup>r</sup> Bernard GRANGER sur la réforme.

**Le président** précise que la réforme du financement des urgences sera présentée à l'occasion d'une prochaine réunion.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** observe que ce point rejoint les commentaires faits en début de réunion concernant l'agression enregistrée à l'hôpital Ambroise-Paré. Comme des lits sont fermés, de nombreux sans-abri en détresse psychologique se retrouvent aux urgences.

**Le directeur général** indique que le propos général est exact mais ne s'applique pas au cas d'espèce de l'hôpital Ambroise-Paré.

## 9. Questions diverses

### *Renouvellement du chef de service du SAMU de Paris*

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** indique que le renouvellement suscite beaucoup d'inquiétudes. De plus, des commentaires odieux à l'encontre des équipes sont postés sur les réseaux sociaux alors que les équipes du SAMU de Paris travaillent et sauvent tous les jours beaucoup de personnes. Le jury qui sera appelé à examiner les candidatures se réunira le 28 mars, mais il se dégage l'impression que les jeux sont déjà faits et que c'est le P<sup>r</sup> Karim TAZAROURTE qui sera retenu. Uniquement deux candidats ont présenté leur projet au personnel, les autres ne s'étant pas manifestés. Il comprend qu'un appel à candidatures national ait été lancé mais des candidats veulent retirer les médecins des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pour tendre vers une américanisation du système. Par ailleurs, il court la rumeur que les quatre SAMU seront regroupés, alors que la direction générale de l'AP-HP avait affirmé le contraire, ce qui crée une mauvaise ambiance de travail et démotive les équipes. Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX insiste également de nouveau sur les commentaires postés sur les réseaux qui véhiculent des mots très durs sur le SAMU et qui pourraient conduire les professionnels à saisir le Conseil national de l'ordre.

**Le directeur général** invite à raison garder et à ne pas prendre une position au regard des *posts* diffusés sur *Twitter*. Une commission recevra les sept candidats, puis un retour sera organisé pour partager sur les éléments de la décision. Aucun candidat n'est pressenti. Pour la gouvernance de l'AP-HP, il est également primordial de réussir ce processus de sélection. Il maintient par ailleurs que les quatre SAMU ne seront pas fusionnés.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** souligne qu'il s'agit d'une question importante pour l'Institution. Il faut donc faire attention aux fausses manœuvres car le Conseil d'État a déjà retoqué à deux reprises l'AP-HP et la faculté Paris Cité pour une nomination de PU-PH en pédopsychiatrie à Necker. Les procédures doivent donc être scrupuleusement suivies. D'après la loi, les chefs de service et les responsables de structures internes d'unités fonctionnelles des pôles d'activités cliniques ou médicotechniques doivent être nommés après avis du chef de pôle par décision conjointe du directeur et du président

de la CME. Le règlement intérieur est obsolète car il ne tient pas compte de ces dispositions légales récentes. Cependant, selon le règlement intérieur, le directeur du groupe hospitalier, le chef de pôle, le président de la CME locale et le doyen doivent dans un premier temps proposer un candidat, étape qui n'a pas été respectée. S'il n'y a pas de candidat interne, il peut être lancé dans un second temps un appel à candidatures national ou international. De plus, le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX, dans son courrier, semble dire que la constitution du jury est problématique, notamment en raison de conflits d'intérêts. Enfin, dans la mesure où ce sont in fine le directeur général et le président de la CME qui arrêtent un choix, après avoir été éclairé par le jury, il souhaiterait que les candidats se présentent devant la CME pour exposer leur projet, même sans vote. Fort de tous ces éléments, il met en garde la gouvernance de l'AP-HP quant au respect des procédures.

**Le directeur général** ne pense pas que la désignation du futur chef de service du SAMU 75 suscite tant d'émois même si les commentaires sur les réseaux sociaux peuvent conduire à amplifier la visibilité du sujet. Le cadre juridique et le règlement intérieur ont été vérifiés et la décision prise est assumée. Le P<sup>r</sup> Alain CARIOU sera par ailleurs membre de la commission de sélection. L'ouverture de l'appel à candidatures offre l'opportunité à des candidats issus du SAMU 75 de se projeter dans cette fonction.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** regrette de ne pas avoir été intégrée à la liste de diffusion du mail du D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX. Elle perçoit certes une inquiétude sur la procédure, même si elle ne lit pas les posts sur les réseaux sociaux. Les candidats ont pris contact avec la gouvernance du GHU : le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, M. Didier FRANDJI et elle-même. Elle a pris l'initiative de rencontrer tous les candidats individuellement à l'exception d'un pour qu'ils exposent les raisons de leur candidature tout comme elle a rencontré les P<sup>ts</sup> Pierre CARLI et Lionel LAMHAUT qui ont reconnu que l'appel d'offres était une bonne initiative. La gouvernance du GHU est bien entendu impliquée dans ce processus. En concertation avec la gouvernance et la direction générale, la composition du jury a été arrêtée en choisissant des personnalités hautement qualifiées. Elles sont peut-être en conflit d'intérêts, mais comme elles seraient aussi en conflit d'intérêt dans la discipline en cas de recrutement d'un président de collégiale, par exemple. Enfin, le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON participera au jury et jouera ainsi le rôle de représentant de la CME.

**Le P<sup>r</sup> Alain CARIOU** estime que les inquiétudes de D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX doivent être respectées puisqu'il exprime les inquiétudes d'une équipe qui travaille au contact des deux candidats locaux qui présentent des candidatures valeureuses. Un des enjeux est qu'elles soient équitablement examinées.

*La séance plénière est levée à 20 heures 25.*