

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 9 MAI 2023

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 6 JUIN 2023

Sommaire

| | |
|---|----|
| 1. Informations du président | 6 |
| 2. Approbation du compte rendu de la CME du 4 avril 2023 | 8 |
| 3. Avis sur un protocole de coopération médico-infirmière : « Adaptation des ratios insuline prandiale/glucides par le diététicien, chez les patients atteints de diabète de type 1 traités par des schémas complexes d'insuline » | 9 |
| 4. Préparation de l'AP-HP aux Jeux olympiques | 9 |
| 5. Contribution de l'AP-HP aux travaux d'élaboration du projet régional de santé 2023-2028 | 14 |
| 6. Questions diverses | 21 |
| 7. Convention de préfiguration et de partenariat entre l'AP-HP, la commune de Saint-Ouen-sur-Seine et l'agence régionale de santé d'Île-de-France relative au centre municipal de santé Henri-Barbusse de Saint-Ouen-sur-Seine et au futur hôpital « Grand Paris Nord » | 23 |
| 8. Suivi des « 30 leviers pour agir ensemble » | 28 |

CME du mardi 9 mai 2023

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 4 avril 2023
3. Avis sur un protocole de coopération médico-infirmière : « Adaptation des ratios insuline prandiale/glucides par le diététicien, chez les patients atteints de diabète de type 1 traités par des schémas complexes d'insuline » (P^r Agnès HARTEMANN)
4. Préparation de l'AP-HP aux Jeux olympiques (M. Florent BOUSQUIÉ)
5. Contribution de l'AP-HP aux travaux d'élaboration du projet régional de santé 2023-2028 (P^r Frédéric BATTEUX)
6. Information sur la convention de préfiguration et de partenariat entre l'AP-HP, la commune de Saint-Ouen-sur-Seine et l'agence régionale de santé d'Île-de-France relative au centre municipal de santé Henri-Barbusse de Saint-Ouen-sur-Seine et au futur hôpital « Grand Paris Nord » (M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, P^r Jean-Claude CAREL)
7. Suivi des « 30 leviers pour agir ensemble » :
 - Leviers 9 & 11 : appels à projets « schémas horaires innovants » & « redonner du temps pour soigner » (M^{mes} Laetitia BUFFET et Stéphanie DECOOPMAN)
 - Levier 15 : plan d'action 2023 pour les cadres (M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL)
 - Levier 29 : améliorer la qualité du codage (MM. Namik TARIGHT et Ayden TAJAHMADY)
8. Questions diverses

Assistent à la séance

• Avec voix délibérative

| | | | | | |
|-----------------|-------------|-------------------|-----------------|---------------|--------------|
| P ^r | René | ADAM | D ^r | Vincent | FROCHOT |
| P ^r | Thomas | APARICIO | P ^r | Bertrand | GODEAU |
| P ^r | Elie | AZOULAY | P ^r | Bernard | GRANGER |
| P ^r | Frédéric | BATTEUX | D ^r | Christian | GUY-COICHARD |
| P ^r | Sadek | BELOUCIF | P ^r | Agnès | HARTEMANN |
| M. | Guy | BENOÎT | D ^r | Jean-François | HERMIEU |
| M ^{me} | Valérie | BLANCHET | D ^r | Éric | LE BIHAN |
| P ^r | Bahram | BODAGHI | P ^r | Rachel | LÉVY |
| P ^r | Jacques | BODDAERT | P ^r | Laurent | MANDELBROT |
| P ^r | Olivier | BOURDON | D ^r | Rafik | MASMOUDI |
| P ^r | Sophie | BRANCHEREAU | D ^r | Vianney | MOURMAN |
| D ^r | Emmanuel | BUI QUOC | P ^r | Yann | PARC |
| M. | Cédric | CARDOSO | D ^r | Antoine | PELHUCHE |
| P ^r | Jean-Claude | CAREL | P ^r | Antoine | PÉLISSOLO |
| D ^r | Cyril | CHARRON | D ^r | Patrick | PELLOUX |
| D ^r | Julie | CHOPART | P ^r | Marie-Noëlle | PÉRALDI |
| P ^r | Olivier | CLÉMENT | D ^r | Nathalie | PONS-KERJEAN |
| M. | Léonard | CORTI | P ^r | Claire | POYART |
| P ^r | Anne | COUVELARD | P ^r | Jean-Damien | RICARD |
| D ^r | Tristan | CUDENNEC | D ^r | Nathalie | RICOME |
| M ^{me} | Audrey | DARNIEAUD | P ^r | Rémi | SALOMON |
| D ^r | Sonia | DELAPORTE-CERCEAU | M ^{me} | Yasmine | SMAIL |
| P ^r | Vianney | DESCROIX | D ^r | Brigitte | SOUDRIE |
| P ^r | Hubert | DUCOU LE POINTE | D ^r | Christophe | TRIVALLE |
| D ^r | Georges | ESTÉPHAN | D ^r | Michel | VAUBOURDOLLE |
| D ^r | Thierry | FAILLOT | D ^r | Noël | ZAHR |

• Avec voix consultative :

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) de pharmacie de l'université Paris-Cité
- M. Yann GUITTIER, représentant du conseil social d'établissement (CSE)
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)

• En qualité d'invités permanents :

- P^r Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- M^{me} Karine RIVETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILLIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

- **Invités :**
 - D^r Mohad DJOUAB, médecin généraliste et directeur du centre de santé municipal (CMS) Henri-Barbusse de Saint-Ouen
 - P^r Agnès LEFORT chef du service de médecine interne de l'hôpital Beaujon
- **Les représentants de l'Administration :**
 - M. Florent BOUSQUIÉ, directeur de cabinet du directeur général
 - M^{me} Stéphanie DECOOPMAN et Laetitia BUFFET, directrices générales adjointes
 - M^{me} Vanessa FAGE-MOOREL, directrice des ressources humaines (DRH)
 - M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, directeur délégué
 - M. Kévin MARCOMBE, directeur adjoint des affaires médicales (DAM)
 - M. Ayden TAJAHMADY, co-directeur de la stratégie de transformation (DST)
- **Secrétariat de la CME :**
 - M^{mes} Clémence NOURRY et Nathalie DEMEREAU (DAM)
- **Membres excusés :**

M^{mes} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Octave AKAMATSU, Philippe ANRACT, Marie Antignac, Jean-Yves ARTIGOU, Fadi BDEOUI, Lynda BENSEFA-COLAS, Diane BOUVRY, Alain CARIOU, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Yves COHEN, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Édouard DEVAUD, Olivier DRUNAT, Jacques DURANTEAU, Jean-Eudes FONTAN, Bruno GREFF, Ariane GUDIN, Émelyne Hamelin, Sandrine HOUZÉ, Marc Humbert, Jean-Louis LAPLANCHE, Éric LE GUERN, Michel LEJOYEUX, Xavier MARIETTE, Emmanuel MARTINOD, David OSMAN, Louis-Paul Paty, Juliette PAVIE, Louis PUYBASSET, Bruno Riou, Philippe RUSZNIEWSKI, François SALACHAS, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Laurent TEILLET, Samir TINE, Valery TROSINI-DESERT.

La séance s'ouvre à 16 heures 35 sous la présidence du P^r Rémi SALOMON.

1. Informations du président

Panne informatique

Le président revient sur la panne informatique survenue le 26 avril due à un incendie dans le bâtiment qui héberge les données de l'AP-HP. Les choses sont rentrées dans l'ordre assez rapidement. Cet événement a donné l'opportunité à chacun d'appliquer différentes solutions de secours, notamment la procédure dite « soupape », dont il est toutefois apparu qu'elle n'était pas bien connue de tous.

Le directeur général précise que le bâtiment dans lequel l'incendie s'est déclaré n'appartient pas à l'AP-HP, mais elle y loue des salles serveurs au même titre que de nombreuses autres entreprises locataires qui ont également été impactées. La redondance organisée avec notre second site a permis de récupérer les données. Comparé au risque cyber, qui comporte de nombreuses inconnues, le scénario d'une indisponibilité sur l'une des deux salles et le basculement sur l'autre avaient été anticipés et préparés. Les choses se sont passées de manière rapide et maîtrisée, même si tous les outils n'ont pas été immédiatement disponibles. Cet événement traduit une bonne capacité des équipes à assurer le schéma d'adaptation prévu face à un risque qui ne peut jamais être écarté.

Le P^r Catherine PAUGAM précise que ce ne sont pas les salles contenant les serveurs de l'AP-HP qui ont été impactées, mais celle des batteries. Cet incendie était significatif et a engagé plus de 100 pompiers. La messagerie et la téléphonie n'ont pas été touchées. Lorsqu'une boîte bascule sur une autre, celle-ci doit présenter strictement la même architecture pour récupérer l'ensemble des données dans l'état où elles se trouvaient auparavant. C'est pour cette raison que quelques difficultés ont été rencontrées en particulier sur le logiciel des urgences. Les difficultés résiduelles ont été traitées par la suite. La symétrie n'est jamais parfaite.

Le président estime qu'il faut améliorer la communication, à destination de l'utilisateur dans le service, pour mieux faire connaître cette procédure dégradée dite « soupape » car elle permet, par exemple, d'avoir accès à la prescription. Il faut donc profiter de cet incident pour que les professionnels bénéficient d'une meilleure connaissance de cette solution de dépannage.

Le P^r Catherine PAUGAM confirme que les équipes des urgences, les plus concernées par les opérations informatiques qui se déroulent souvent de nuit, ont davantage l'habitude de cette procédure. Des retours d'expérience sur l'événement sont en cours.

Le D^r Patrick PELLOUX demande si cet incendie pourrait être d'origine criminelle.

Le P^r Catherine PAUGAM indique que les résultats de l'enquête sur l'origine de cet incendie ne sont pas encore disponibles. Le gestionnaire du bâtiment a déposé une plainte. Compte tenu des entreprises hébergées, une enquête est en cours.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que sans saisine, la justice ne mène pas d'enquête. S'agissant d'un lieu ultra-sensible et hautement sécurisé, cette hypothèse de la malveillance peut être examinée.

Rémunération du travail de nuit et des gardes

Le président informe que le ministre de la Santé a prolongé les majorations de l'indemnisation du travail de nuit et des gardes jusqu'au 31 août 2023. Ces mesures avaient été prises l'été dernier pour faire face aux tensions estivales. Lors de ses vœux du 6 janvier, le Président de la République

avait annoncé le maintien de ces mesures jusqu'à l'aboutissement du chantier sur les rémunérations qui devrait produire des mesures pérennes.

Conférence des présidents de CME de CHU

Le président informe la CME des travaux de la conférence des présidents de CME qu'il préside.

La conférence des présidents de CME a co-signé, avec les conférences des doyens et des directeurs généraux de CHU, le Conseil national de l'Ordre des médecins et le Conseil national de santé (CNU) pour les disciplines de santé, un communiqué de presse concernant le palmarès des « médecins experts » publié par *Le Point*. **Le président** rappelle que le Conseil national de l'Ordre des médecins avait demandé aux médecins de s'abstenir de répondre à ce questionnaire. *Le Point* a néanmoins publié ce palmarès dans son édition du 27 avril 2023. La méthodologie employée est très critiquable et la démarche ne peut qu'induire les patients en erreur.

Le P^r Yann PARC rappelle qu'un journaliste du *Point* a adressé en septembre un courriel à tout le monde. Il l'a interrogé, car son nom était apparu voici quelques années dans une autre revue et il avait en conséquence reçu un courrier de la part du Conseil de l'Ordre. Le journaliste n'a pas semblé se préoccuper du fait que les praticiens pouvaient être poursuivis si leur nom apparaissait. Il a joué sur le fait que ceux qui n'avaient pas répondu pour dire qu'ils ne voulaient pas voir leur nom apparaître étaient implicitement d'accord. Le P^r Yann PARC a conseillé aux membres du syndicat des chirurgiens de ne surtout pas répondre, mais ils apparaissent quand même dans le « palmarès ».

Le P^r Bernard GRANGER estime que la méthodologie utilisée est critiquable et a peu de valeur, car elle est essentiellement basée sur les publications. À ce jeu-là, c'est le P^r Didier RAOULT qui devrait apparaître en premier, alors qu'il est un imposteur.

Le président ajoute que le « palmarès » est d'autant plus problématique les publications dans les des revues « prédatrices » ont aussi été prises en compte.

Le D^r Patrick PELLOUX invite les membres de la CME à attaquer *Le Point*. Lui-même les a attaqués et a gagné : il peut transmettre sa jurisprudence.

Le président évoque ensuite un communiqué de presse relatif à la vaccination anti-Covid publié le 4 mai par la Fédération hospitalière de France (FHF), auquel la conférence des présidents de CME de CHU s'est associée. Il explique que, à la suite d'un avis rendu en mars par la Haute Autorité de santé (HAS), le Gouvernement a publié un décret suspendant l'obligation vaccinale contre le Covid et permettant donc la réintégration des personnels non vaccinés. Une proposition de loi adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale va encore au-delà puisqu'elle supprime le cadre légal qui permet d'actionner cette obligation en fonction de l'évolution de la situation épidémique. Le communiqué de presse fait part de la désapprobation totale de l'ensemble des conférences de doyens, présidents de CME et directeurs de CHU et de centre hospitalier (CH) et appelle les sénateurs à rejeter ce texte lors de son examen lorsqu'il viendra devant leur assemblée.

Le D^r Christophe TRIVALLE indique avoir lu qu'il fallait réintégrer les personnels à partir du 15 mai.

Le président explique qu'il s'agit du décret faisant suite à l'avis de la HAS.

Le directeur général confirme que l'AP-HP appliquera ce texte. Le décret devrait paraître avant l'échéance annoncée comme étant la cible (15 mai). Il a demandé aux différentes composantes de l'AP-HP de prendre l'attache de tous les personnels suspendus, pour savoir s'ils souhaitaient reprendre un poste à la date du 15 mai. Ce sera probablement le cas pour certains d'entre eux, mais

d'autres auront peut-être orienté différemment leur vie professionnelle. Chacune et chacun pourra être orienté vers une affectation correspondant à ses qualifications.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si l'AP-HP a une idée du volume que ces personnes représentent.

Le directeur général dénombre moins de 200 professionnels concernés. Il ne sait pas combien signifieront leur intention de reprendre un poste à l'AP-HP dans l'immédiat.

Le président estime que cela peut poser un problème dans les services où les professionnels sont en contact avec des patients vulnérables, même si la situation actuelle est différente de celle où l'obligation vaccinale a été prise. Si des traitements pour les patients immunodéprimés, greffés ou sous chimiothérapie fonctionnent, ils sont complexes à mettre en place.

Le directeur général assure que le travail de réintégration prendra en compte une série d'éléments, dont celui-là. Sauf à ce que ceci soit écrit tel quel dans le décret, il n'existe pas un droit de retour dans le service d'origine. S'il n'y a pas de poste vacant dans le service, il serait paradoxal de faire partir une personne qui a pris ses fonctions et ses marques au sein du reste de l'équipe. L'AP-HP a l'obligation de proposer une affectation correspondant à la qualification du professionnel et dans un service répondant à un faisceau de critères qui sera défini.

Le P^r Anne COUVELARD demande s'il ne serait pas plus pertinent d'attendre que ces personnels contactent eux-mêmes l'AP-HP s'ils veulent revenir. Le fait que l'AP-HP en prenne l'initiative semble étrange.

Le directeur général rappelle que l'instruction ministérielle demande à l'AP-HP de prendre contact avec ces professionnels. Il est nécessaire de mettre en place un mode opératoire. Ceux qui veulent revenir le feront.

Le président estime que cela risque d'envoyer un mauvais signal aux professionnels qui se sont vaccinés, notamment à ceux qui l'ont fait parfois à contrecœur. Il espère que ceux qui reviendront ne feront pas de prosélytisme anti-vaccination car ce mouvement est encore vivace. L'AP-HP devra en outre favoriser la vaccination contre la grippe cet hiver, alors que seulement 16 % des professionnels étaient vaccinés l'hiver dernier, et procéder à d'éventuels rappels du vaccin anti-COVID.

Le président évoque ensuite les discussions qui ont actuellement lieu au sein des conférences des présidents de CME, doyens et directeurs généraux des CHU au sujet des réflexions lancées au niveau des ministères sur l'organisation de la recherche médicale. Il s'agit d'un sujet essentiel car il concerne le modèle du CHU actuel. Divers rapports ont été publiés récemment, notamment par l'Académie des sciences et *France Universités*. Il serait notamment question que le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) soit retiré à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et passe sous le contrôle de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Ces signaux sont inquiétants pour les CHU.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 4 avril 2023

Le compte rendu de la CME du 4 avril 2023 est adopté.

3. Avis sur un protocole de coopération médico-infirmière : « Adaptation des ratios insuline prandiale/glucides par le diététicien, chez les patients atteints de diabète de type 1 traités par des schémas complexes d'insuline » (P^r Agnès HARTEMANN)

Le D^r Diane BOUVRY indique que le comité de pilotage des protocoles de coopération a eu lieu le 12 avril 2023.

Le P^r Agnès HARTEMANN indique que ce protocole est déposé par le service de diabétologie du P^r Sébastien CZERNICHOV à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). L'objectif est de déléguer à des diététiciens et diététiciennes un travail relevant en temps normal des médecins ou pédiatres diabétologues. Actuellement, les diététiciens et diététiciennes apprennent aux patients diabétiques de type 1 à compter les glucides des repas : depuis 15 ans, ces patients ont la « liberté alimentaire », mais doivent savoir compter les glucides. Ce protocole propose de transférer une autre compétence aux diététiciens et diététiciennes, consistant à moduler le ratio insuline rapide/quantité de glucides ingérés, variable d'un patient à l'autre et d'un horaire de repas à l'autre. C'est un protocole très intéressant, car il valorise le métier de diététicien.ne. Les critères retenus pour la formation des professionnels qui deviendront délégués sont satisfaisants : avoir passé deux ans dans une équipe de diabétologie, avoir suivi 40 heures de formation à l'éducation thérapeutique et 80 heures de formation à la diabétologie et avoir partagé 90 consultations de patients. Le volume de formation initialement demandé était encore plus important et a été un peu réduit. Concernant les paramètres de sécurité, il n'y a pas de risque d'évènement indésirable grave et les indicateurs sont cohérents. Le besoin de délégation est important dans les équipes de diabétologie, qui consacrent un temps médical très important aux nouvelles technologies du diabète de type 1. L'aide de ces diététiciens et diététiciennes pour les accompagner sur ce calcul de ratios et former les patients est pertinente. Le comité de pilotage propose de donner un avis favorable à ce protocole.

La CME donne un avis favorable à l'unanimité au protocole de coopération médico-infirmière « Adaptation des ratios insuline prandiale/glucides par le diététicien, chez les patients atteints de diabète de type 1 traités par des schémas complexes d'insuline ».

4. Préparation de l'AP-HP aux jeux olympiques

M. Florent Bousquié présente M^{me} Christine CURIE, qui a rejoint le projet « Jeux olympiques » au 1^{er} février dernier. Cette présentation vise à évoquer toutes les données devant être anticipées pour la période des jeux olympiques (JO), la méthode et le calendrier du travail.

L'AP-HP assurera la responsabilité de deux dispositifs pour le compte de « Paris 2024 » et du comité international olympique (CIO) :

- La polyclinique du village olympique pour les athlètes du village, qui évitera l'engorgement des hôpitaux proches et assurera environ 700 consultations par jour pour ce public très spécifique, dont un certain nombre d'exams d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ;
- Les trois hôpitaux référents pour les « publics du CIO » (hors grand public) : les athlètes (Bichat), les médias (Avicenne) et la « famille olympique » (HEGP). L'activité prévisionnelle pour ces trois hôpitaux est faible, en référence aux précédentes Olympiades (10 à 40 hospitalisations par hôpital sur la période).

Par ailleurs, l'AP-HP doit également comme l'ensemble des acteurs de santé assurer la continuité des soins sur la période, qui accueillera un certain nombre de touristes. Les éléments de prévision disponibles à ce stade sont peu nombreux, avec essentiellement la référence des JO de Londres, car les JO de Tokyo se sont déroulés en période de COVID, en l'absence de touristes. Lors des JO de

Londres, les estimations prévoient une augmentation de l'ordre de 5 à 10 % de l'offre de soins *versus* un été normal. Dans les faits, la population a diminué pendant la période, car les Londoniens ont quitté la ville. Au final, les indicateurs sont restés stables par rapport à un été normal. Les prévisions de l'office du tourisme de Paris attendent 150 000 personnes supplémentaires par jour en Île-de-France sur la période, qui pourraient se traduire par environ 150 passages aux urgences supplémentaires par jour. Parmi les grands événements accueillis récemment sur Paris, le seul point de référence est l'*Euro 2016*, qui avait eu très peu d'impacts sur les services d'accueil des urgences (SAU).

L'AP-HP doit également préparer et anticiper toutes les situations sanitaires exceptionnelles qui pourraient survenir. Elle s'appuiera sur la cartographie nationale qui est en cours de validation, avec des risques spécifiques d'ores et déjà identifiés en fonction du calendrier des compétitions, comme le jour de la cérémonie d'ouverture, celui du marathon pour tous... Des risques majeurs sont également identifiés en matière de terrorisme, accueil massif de victimes (AMAVI) et de cybersécurité. Les JO de Tokyo ont connu une hausse phénoménale des attaques informatiques. L'AP-HP a commencé à travailler sur ce sujet.

Enfin, l'AP-HP doit prendre en considération le fait que les propres dispositifs de *Paris 2024* mobiliseront les ressources humaines en santé (dotation des sites olympiques). Cette mobilisation ne sera pas négligeable, car au moment des pics d'activité pendant les JO, *Paris 2024* prévoit de mobiliser nationalement, mais beaucoup en Île-de-France, jusqu'à 200 urgentistes et 20 infirmières et infirmiers diplômés d'État (IDE).

Le CIO a fait paraître le 22 mars 2023 un appel à candidatures international pour recruter des volontaires bénévoles. Cet appel est en cours de clôture et le choix des volontaires se fera entre les mois de juin et de septembre 2023. Certains de ces volontaires pourront venir de l'AP-HP et celle-ci doit s'assurer que leur participation n'empêchera pas le fonctionnement des hôpitaux durant cette période. Ainsi, l'ensemble des volontaires issus de l'AP-HP devra fournir une déclaration obligatoire à l'employeur qui permettra à l'AP-HP de faire correspondre les périodes de volontariat avec les plannings de l'été 2024, sachant que les plannings de l'AP-HP sont prioritaires sur l'affectation sur des missions du CIO.

L'AP-HP a mis en place un dispositif de pilotage, dont M^{me} Christine CURIE est directrice de projet et un groupe de travail fortement médicalisé dont la mission est de préparer le dispositif de continuité des soins, établir les paliers de mobilisation des moyens et du capacitaire, construire le dispositif d'appel aux renforts en ressources humaines internes. Sur cette période, l'AP-HP sera fortement articulée avec le niveau régional (agence régionale de santé [ARS]) et national (délégation interministérielle aux jeux olympiques et paralympiques [DIJOP]).

Au niveau régional, l'ARS a défini trois niveaux d'ouverture des services de santé à partir d'un capacitaire de référence fixé au mois de mars 2022. Ces trois hypothèses sont des services à 80 %, 90 % et 100 % de leur capacitaire de référence, avec des niveaux variables en fonction des segments d'activité. L'AP-HP a essayé de décliner ces trois niveaux avec l'enjeu principal d'avoir les ressources suffisantes pour répondre au niveau de mobilisation attendu, de gérer les venues à l'hôpital pendant cette période et d'avoir l'offre de soins nécessaire, tout en évitant de sur-mobiliser les professionnels, de leur demander de trop décaler leurs congés. Par ailleurs, l'AP-HP insiste pour que l'ensemble des acteurs de santé soit mobilisé sur la période et pas uniquement ceux de l'AP-HP (établissements privés, libéraux notamment dans le cadre du service d'accès aux soins [SAS]).

L'AP-HP propose trois niveaux, en référence au mois d'août 2022 :

- plancher (80 % du capacitaire de référence) : pour la majorité des services, elle ne demandera pas une mobilisation différente de celle de l'été dernier ;
- plafond (100 % du capacitaire de référence) ;
- intermédiaire (90 % du capacitaire de référence) : l'AP-HP essaie de définir plus finement par service, en fonction des spécialités et de la proximité des sites olympiques.

L'AP-HP ne demandera pas une mobilisation supplémentaire par rapport à un été « normal » pour tous les services qui ne sont pas en niveau intermédiaire ou niveau plafond.

La présentation qui suit fait état des réflexions des groupes de travail, partagées avec les collégiales concernées, les groupes hospitalo-universitaires (GHU) et les directeurs médicaux de crise (DMC) sur les services concernés par un niveau intermédiaire ou plafond :

- *Urgence adultes et aval* : un niveau intermédiaire (90 % d'ouverture) et un niveau plafond (100%) pour toutes les urgences qui seront à proximité des sites olympiques. Sur l'aval des urgences et unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), il est proposé de se référer au besoin journalier moyen en lits (nombre de lits dont on a besoin sur chaque site en moyenne tous les jours pour assurer l'aval des urgences), avec un objectif de zéro brancard ;
- *Blocs opératoires d'urgences adultes*: pour les hôpitaux *trauma centers* (intégration des hôpitaux inter-armées dans la réflexion), l'idée est d'avoir une ouverture à 100 % en orthopédie et chirurgie maxillo-faciale et un niveau intermédiaire d'ouverture pour les autres spécialités. Pour les hôpitaux non *trauma centers*, la proposition est un niveau intermédiaire pour l'orthopédie et la chirurgie maxillo-faciale et un niveau « été normal » pour les autres spécialités ;
- *Réanimations adultes* : on attend un fort niveau d'activité pour les hôpitaux de référence en matière de réanimation chirurgicale (90 %) et un niveau intermédiaire pour les réanimations médicales. L'idée est de s'assurer d'un nombre suffisant de blocs d'urgence sur l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP et un niveau de couverture important (90 à 100 %) avec un aval en réanimation chirurgicale correspondant ;
- *Réanimations pédiatriques* : l'été 2024 devrait être normal pour l'ensemble des réanimations pédiatriques, à l'exception de la réanimation chirurgicale de Necker classée en niveau intermédiaire ;
- *Chirurgie et urgences pédiatriques* : un effort particulier sera demandé en orthopédie pédiatrique à Necker, Robert-Debré et Trousseau pour augmenter les lits d'aval. L'été devrait être normal pour les autres disciplines chirurgicales, tout en tenant compte de la permanence des soins. Le niveau intermédiaire est proposé pour les urgences pédiatriques de Necker et Robert-Debré, mais normal pour les autres sites. L'été devrait également être à un niveau normal pour l'aval de médecine.

M^{me} Christine CURIE précise que l'organisation des filières en orthopédie pédiatrique sera particulière. Toutes sont équipées d'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) qui ferment généralement sur ces 15 jours d'été, et l'idée serait de les laisser potentiellement ouvertes pour absorber le surcroît potentiel de chirurgie orthopédique pédiatrique.

M. Florent Bousquié indique que des travaux sont en cours en lien avec l'ARS. En matière de préparation aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE), le but est d'ores et déjà de recenser l'ensemble des exercices prévus d'ici l'été 2024 et d'examiner s'il est nécessaire de les compléter par des exercices plus spécifiques JO. L'AP-HP se greffe par ailleurs sur des exercices menés par la préfecture et les autres autorités compétentes.

L'objectif est de définir un dispositif permettant de tenir les premières heures avec les professionnels présents sur place et ceux qui ne sont pas en congés, le temps que les autres professionnels puissent revenir en cas de situation qui se prolongerait. L'AP-HP examine les formations à dispenser aux équipes qui seront sur place, notamment en matière de *damage control* (chirurgiens) et de remise à niveau en matière de soins critiques (paramédicaux).

En matière d'offre de soins sur la période, l'objectif est double : assurer la réponse à la demande de soins sur la période, et éviter en sens inverse une sur-mobilisation de nos professionnels. L'objectif est d'anticiper l'établissement des plannings de l'été 2024 et de commencer à les calibrer à l'automne 2023, afin que nos professionnels puissent prendre leurs dispositions de manière suffisamment anticipée.

La référence de capacitaire qui est prise est comprise entre août 2022 (point bas de nos ouvertures 2022) et mars 2022 (point haut). Ce sont donc des références prudentes, qui prennent en compte l'état actuel de nos effectifs, et du capacitaire que nous savons proposer compte-tenu de cet état.

Par ailleurs, certains de nos professionnels se sont déclarés volontaires sur la plateforme d'appels à bénévoles du CIO. Il est rappelé que ce bénévolat ne pourra être validé que lorsque l'AP-HP aura établi ses propres plannings, qui sont prioritaires. Par prudence, les scénarios de mobilisation RH portent notamment sur des leviers de mobilisation internes : sorties d'écoles, heures supplémentaires, primes, éventuelle valorisation des agents qui accepteraient de décaler leurs congés. Des viviers de renforts externes existent également : étudiants en fin de cursus, retraités, etc. Les renforts éventuels d'autres régions seront bien entendu étudiés s'ils sont possibles. Ces réflexions seront menées d'ici l'été 2023.

Ces hypothèses sont largement partagées avec le comité exécutif, le directoire, la CME et les représentants des spécialités. L'objectif est de transmettre rapidement aux GHU une première version des besoins capacitaires par service, afin qu'ils les travaillent finement avec les services et déterminent le besoin de renfort en ressources humaines d'ici l'été.

Le président estime qu'il faut bien anticiper les situations en lien avec cet événement car la période qui s'étend du 25 juillet au 12 août est souvent la période privilégiée de vacances pour les personnels.

Le D^r Patrick PELLOUX remercie l'AP-HP de prendre en compte l'arrivée des touristes sur l'Île-de-France pour cet événement et demande qui va financer les dispositifs mis en place pour les « élites ». Plusieurs exercices sont planifiés (parc des princes le 30 mai, attaque terroriste sur la Seine les 7 et 14 juin...). Les préparations aux événements exceptionnels sont en cours, mais sont complexes. Lorsqu'il évoque 100 % du capacitaire en chirurgie, M. Florent BousQUIÉ évoque-t-il le capacitaire actuel ou celui d'un monde idéal où tout est ouvert ? Actuellement, la chirurgie est en crise et ne fait que gérer de la pénurie – il existe une nécessité criante de créer un véritable plan de la chirurgie sur l'AP-HP. Il remercie M. Florent BousQUIÉ de faire référence aux besoins journaliers en lits, un indice attendu depuis plusieurs années et qui est essentiel pour l'aval des urgences, qui sera un sujet de crispation. Concernant les plannings, des entreprises privées auront la main sur ce qui se passe dans les stades. Elles font déjà appel aux urgentistes publics. Il invite l'AP-HP à rappeler à ces derniers qu'ils doivent d'abord mettre en avant leurs fonctions au sein de la fonction publique hospitalière (FPH) avant de favoriser les plannings rémunérateurs dans les associations et les stades, car les services d'urgences et les services d'aide médicale urgente (SAMU) ont besoin de ressources humaines. Enfin, il remercie l'AP-HP d'anticiper dès à présent le planning des congés estivaux de 2024. Dans le cadre de l'appel à candidatures international auprès des médecins bénévoles, il demande si les diplômes et les compétences de ceux arrivant des pays étrangers seront vérifiés.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU ne comprend pas ce que représentent les 700 consultations par jour attendues à la polyclinique (consultations de spécialités, consultations réglées...) et demande si elles seront assurées par les personnels de l'AP-HP, en plus des mobilisations à effectuer. Elle demande ce qu'il adviendra si l'AP-HP ne trouve pas de personnel qui accepte de rester pendant cette période. La période entre le 14 juillet et le 15 août est celle de la grande migration des professionnels de santé. Comment l'AP-HP compte imposer aux agents qui sont encore présents dans les hôpitaux de rester ?

M. Yann GUITTIER rappelle que les organisations syndicales seront mobilisées, car « pas de retrait, pas de JO ! ». Il y aura probablement des débordements, des gens gazés, voire des blessés... Ces événements risquent d'augmenter l'afflux de personnes aux urgences.

M. Florent Bousquié indique que l'ensemble des frais engagés par l'AP-HP pour la polyclinique du village olympique sera remboursé à l'euro près par Paris 2024, en vertu de la convention de coopération qui lie les deux institutions. S'agissant des séjours hospitaliers des athlètes qui ne sont pas sous le régime de la Sécurité sociale française, ils seront notamment couverts par une assurance souscrite par *Paris 2024*. L'AP-HP ne supportera donc pas les coûts supplémentaires pour ces prises en charge. Il confirme par ailleurs que les diplômes de tous les professionnels (médecins et paramédicaux) qui travailleront à la polyclinique seront vérifiés. Si les équivalences ne sont pas confirmées, ils ne seront pas retenus.

Les 700 consultations quotidiennes de la polyclinique concerneront des soins non programmés : blessures survenues au village olympique ; 100 IRM par jour, soins de kinésithérapie, d'ostéopathie, de cryothérapie... Cette polyclinique est limitée aux athlètes du village et fonctionnera essentiellement avec des professionnels recrutés via l'appel à candidatures de volontaires du CIO, pour que cela vienne le moins possible prélever ses propres forces. Pour l'été 2024, l'AP-HP essaie d'anticiper et de limiter au maximum le nombre de congés à décaler, d'accompagner les mobilisations par une valorisation financière en cours de discussion avec les autorités régionales et nationales, afin que les agents soient le plus possible volontaires pour le faire.

M. Léonard CORTI rappelle que les internes représentent 40 % du personnel médical de l'AP-HP, et risquent d'être concernés par de potentiels décalages de congés et par les incitations mises en place pour compenser les éventuelles contraintes.

M. Florent Bousquié n'identifie pas de raisons pour lesquelles les internes ne seraient pas concernés par ces deux éléments, qui sont en train d'être travaillés.

M. Léonard CORTI explique que les internes sont souvent oubliés dans ce genre de dispositifs de compensation.

Le P^r Catherine PAUGAM rappelle que les internes préfèrent souvent être présents entre le 14 juillet et le 15 août et partir en congé de manière décalée (ce qui risque de poser problème pour les Jeux paralympiques).

Le directeur général précise que les jeux paralympiques sont prévus à partir du 25 août. La fréquentation de la capitale sera moindre, mais les participants et leurs familles peuvent être plus requérants en soins.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU demande à quel moment seront connues les incitations ou compensations. Elle souligne les difficultés rencontrées pour établir le planning de l'été 2023 de l'unité de surveillance continue (UCS), des réanimations et des blocs : pour avoir la meilleure anticipation possible, elle conseille de faire des annonces dès la rentrée 2023.

M. Florent Bousquie en convient et explique que ces réflexions sont bien anticipées. L'AP-HP est partie prenante de ces discussions. Il espère pouvoir annoncer en même temps que les besoins de renfort pour l'été 2024 le dispositif proposé. Le travail mené vise précisément à connaître ce dispositif à l'été, pour pouvoir le présenter à l'automne, en même temps que le travail d'établissement des plannings.

Le directeur général rappelle que ce dispositif dépasse l'AP-HP : une coordination sera nécessaire afin qu'il y ait une cohérence entre ce qui sera proposé aux agents et aux autres établissements de la métropole.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne que l'AP-HP, qui est le service public qui assurera l'aval et la continuité des soins, ne doit pas être à nouveau le « dindon de la farce » de systèmes privés qui se mettent en place dans les stades, qui feront les premiers soins et enverront les patients à l'AP-HP. Il espère que les frais engagés seront bien remboursés. Pour le marathon populaire, comme cela se fait chaque année, ils prendront un peu n'importe qui et tout retombera sur l'AP-HP si cela se passe mal. Dans les comités d'organisation, l'AP-HP a seulement le droit de faire des remarques et n'est pas entendue lorsqu'elle dit que ce qui est mis en place ne correspond pas au dimensionnement. L'AP-HP sera le principal soutien de service public et sanitaire et il serait bon qu'elle soit entendue en tant que telle dans toutes les instances.

Le président estime qu'il faut veiller à ne pas décaler trop de congés estivaux des personnels sur le mois de septembre, voire octobre, car cela pourrait générer une fuite de l'activité vers le secteur privé si l'AP-HP ne peut l'absorber faute de personnels.

5. Contribution de l'AP-HP aux travaux d'élaboration du projet régional de santé (PRS) 2023-2028 (P^r Frédéric BATTEUX, M^{me} Gabrielle BAYLOQC)

Le président explique que cette contribution de l'AP-HP va alimenter le projet régional de santé (PRS), qui sera soumis de fin avril à juin 2023 à une large concertation, puis à une consultation des diverses instances régionales concernées, avant sa publication au plus tard le 1^{er} novembre 2023. En parallèle, l'AP-HP doit s'organiser pour faire converger le calendrier du PRS avec celui du « levier 23 » relatif aux priorités stratégiques d'évolution de notre offre de soins à 3 et 5 ans, dont la finalisation est prévue en décembre. Un comité de pilotage, en cours de constitution, associera la direction générale et des représentants de la CME, des directeurs des GHU et des présidents de CMEL. Il se réunira pour la première fois début juillet.

M^{me} Gabrielle BAYLOQC rappelle que la politique régionale de santé est définie puis déclinée dans plusieurs documents. Les orientations stratégiques générales sont fixées au sein d'un cadre d'orientation stratégique (Cos) arrêté pour 10 ans, qui fixe les objectifs généraux et les résultats attendus sur un certain nombre de sujets : notamment, organisation des parcours, qualité et sécurité des soins, promotion des droits des usagers. Le Cos actuel couvre la période 2018-2027. Le Cos est décliné dans deux principaux documents d'une durée de 5 ans chacun : le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) et le projet régional de santé (PRS) qui fait l'objet des présents échanges. L'actuel PRS 2 s'éteint et l'ARS a lancé au cours des derniers mois les travaux d'élaboration du PRS 3 pour les années 2023-2028. Le calendrier de ces travaux est contraint, car l'échéance de publication des PRS est fixée au niveau national, par décret au 1^{er} novembre 2023.

Le contenu du PRS 2023-2028 s'inscrit dans la continuité du PRS précédent et sera décliné en deux volets : un volet « stratégique » et un volet « opposable » :

- Le volet « stratégique » s'inscrit dans la continuité du PRS 2 et est enrichi sur un certain nombre d'items notamment sur le diagnostic de l'état de santé des Franciliens, le ressenti des Franciliens sur l'organisation du système de santé, et par des éléments d'évaluation de la mise en œuvre du PRS 2. Ce volet stratégique sera décliné en 6 axes : prévention, promotion, pouvoir d'agir ; des parcours de santé lisibles et fluides, une offre de soins accessibles, adaptée et de qualité ; former, recruter et fidéliser les professionnels de santé ; gestion, anticipation et prévention des risques ; la santé dans toutes les politiques ;
- Le volet opposable entre dans le détail de l'organisation de l'offre sur le territoire francilien par discipline soumise à autorisation d'activité de soins et d'équipements et matériels lourds : un bilan de la mise en œuvre du PRS 2 ; une estimation des besoins de santé sur la période 2023-2028 ; la définition des objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre de soins ; la définition des cibles d'implantation par activité et par équipement, sur chacun des territoires (objectifs quantifiés d'offre de soins [Oqos], cibles basses et hautes). Ce volet est juridiquement opposable : c'est sur l'ensemble des éléments qui y figurent que la direction générale de l'ARS délivrera ou non les autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds pour les cinq années à venir.

Les travaux sont organisés par l'ARS en trois parties :

- des travaux de cadrage et de diagnostic (4^e trimestre 2022) ;
- travaux de co-construction (1^{er} trimestre 2023) sur le volet stratégique (comitologie variable selon les disciplines, les axes et les thématiques considérés) et sur le volet opposable (un groupe de travail par discipline soumise à la planification) ;
- travaux de concertation (mai 2023).

Des consultations obligatoires auront lieu au 3^e trimestre 2023 pour une période de trois mois, auprès d'un certain nombre d'acteurs régionaux sur une version consolidée du PRS. Afin de permettre aux acteurs du territoire qui n'interviennent pas dans le cadre d'une consultation obligatoire de contribuer et de valider les éléments qui figureront au PRS, l'ARS a lancé une phase de concertation au cours de laquelle elle présente la conclusion de ses travaux sur les deux volets.

La coordination de ces travaux a été assurée par la direction de la stratégie de transformation (DST) de l'AP-HP, en lien avec la coordination de projet de l'ARS, avec l'ambition principale de représenter l'AP-HP dans quasiment tous les groupes de travail régionaux. Depuis le lancement travaux à l'automne 2022, l'ensemble des représentants de l'AP-HP a participé à une centaine de groupes de travail régionaux. La DST assure également le lien avec les GHU et les collégiales, malgré une organisation en silo complexe par l'ARS. Ceci a permis d'organiser des réunions mensuelles avec les directions de la stratégie des GHU depuis le mois de décembre et des réunions bimestrielles avec les mêmes directions pour les accompagner à la mise en œuvre des différentes réformes d'autorisation. La phase de co-construction du PRS s'achève.

Le Pr Frédéric BATTEUX indique que l'important travail réalisé par l'ensemble des acteurs (experts médicaux, directions des GHU, Siège) a permis d'obtenir un résultat positif sur ce volet opposable du PRS, soumis à autorisation. Les problématiques qui demeurent peuvent être assez facilement résolues : le dialogue a été constructif avec l'ARS sur les problèmes persistants à l'issue des différents groupes de travail. Des arbitrages de l'ARS sont encore attendus.

- *Imagerie en coupes/radiologie interventionnelle/médecine nucléaire*

Cette activité est impactée par la modification de la législation sur les équipements lourds de radiologie et par le fait que les autorisations d'implantation ne seront plus nécessaires pour les sites

ayant moins de 3 équipements : cela signifie que l'AP-HP est à même d'augmenter le nombre d'équipements lourds de radiologie de 250 appareils. Cette évolution a de forts impacts sur les effectifs de manipulateurs radio, qui sont en grande souffrance sur l'ensemble de l'Île-de-France. L'AP-HP doit être vigilante sur l'augmentation permise par la réglementation qui permet de faire passer les sites ayant moins de 3 équipements à 1, 2 ou 3 équipements.

Pour les sites ayant plus de 3 équipements, la question des critères qui permettront d'obtenir de nouvelles autorisations se pose. Il s'agit principalement des sites hospitaliers et les critères qui étaient définis pour obtenir les autorisations d'implantation de nouveaux équipements étaient vagues et l'AP-HP a fait en sorte qu'ils signent davantage les critères hospitaliers (imagerie pédiatrique, gériatrique, imagerie associée aux urgences, participation à la permanence des soins...). L'objectif est que les nouvelles autorisations soient données sur ces critères, pour les sites ayant plus de 3 équipements. L'AP-HP a fourni un important travail de *lobbying* sur ces éléments. Ils sont fondamentaux pour permettre l'attractivité et la fidélisation des professionnels et l'implantation d'équipements lourds de radiologie au sein des sites hospitaliers.

D'autres éléments sont plus spécifiques, comme le fait de demander la pérennisation des autorisations dérogatoires obtenues pendant le COVID (Henri-Mondor et Rothschild) et le soutien de l'implantation d'un *TEP Scan* sur le site d'Antoine-Béclère.

- *Hospitalisation à domicile*

L'HAD a une vocation régionale et intervient dans tous les départements, principalement sur Paris et la petite couronne, mais également sur la grande couronne. L'AP-HP a demandé que l'HAD puisse intervenir sur l'ensemble des départements de petite et grande couronnes, eu égard au fait que de nombreux patients pris en charge par l'AP-HP, notamment dans le cadre des maladies rares, peuvent habiter sur l'ensemble du territoire francilien.

- *Traitement du cancer*

L'AP-HP est très vigilante pour obtenir l'ensemble des autorisations de chirurgie oncologique adulte et pédiatrique. Ces autorisations sont soumises à des seuils d'activité annuels (30) et l'ensemble des services de chirurgie de l'AP-HP dépasse les seuils dans l'immense majorité des cas : la question se pose seulement sur le service de chirurgie digestive d'Antoine Béclère (29) et les services de chirurgie carcinologique de l'ovaire et de sénologie du Kremlin-Bicêtre qui sont situés sous le seuil et pour qui l'AP-HP demandera une dérogation. Le site d'Avicenne demande à l'ARS l'autorisation/dérogation d'acheter un robot afin d'élargir la collaboration avec le groupement hospitalier de territoire (GHT) Grand Paris Nord Est. Les discussions sont plutôt positives.

La chirurgie oncologie pédiatrique ne peut être réalisée que sur des sites qui réalisent également des traitements médicamenteux systémiques du cancer. Ni Necker ni Bicêtre ne le font, alors qu'ils possèdent des services de chirurgie opérant des patients atteints de cancer. Dans le cadre des greffes de moelle et de l'induction, Necker obtiendra une dérogation. Une dérogation spécifique est également demandée sur Bicêtre. Ces dérogations permettront à ces deux sites importants de poursuivre leurs activités de chirurgie oncologique sur jeunes patients sans devoir proposer de chimiothérapie systémique.

- *Soins médicaux et de réadaptation (SMR)*

L'ARS reconnaît l'expertise de l'AP-HP dans un certain nombre de domaines qui ne l'étaient pas jusqu'à présent : addictologie et nutrition obésité pour le site de René-Muret et neuro-orthopédie pour le site de Fernand-Widal.

Afin d'administrer des chimiothérapies, il est désormais nécessaire de posséder une labellisation spécifique sur les SMR onco-hématologiques. Charles-Foix réalise un nombre très important de chimiothérapies dans le cadre de son activité de SMR gériatrique. L'AP-HP demande la possibilité de poursuivre cette activité et Charles-Foix demandera une labellisation en SMR d'oncologie, mais cela ouvre la possibilité d'accueillir des patients de 7 à 77 ans alors que ce site est gériatrique. L'AP-HP a demandé à l'ARS que cette autorisation soit limitée aux patients accueillis sur Charles-Foix et sur les sites gériatriques.

Les sites de San Salvador, Berck et Hendaye prennent en charge des patients en SMR. La réforme du financement des SMR prévoit que 50 % du financement dépendent de la dotation populationnelle. Il était important pour l'AP-HP que ces dotations populationnelles de ces sites répondent à la population de la région et non aux critères de l'Île-de-France. L'AP-HP a demandé que les dotations populationnelles de ces sites soient sanctuarisées et non vaporisées sur l'Île-de-France. Dans le cadre de la mise en place de ces nouveaux modes de financement des SMR, l'AP-HP a demandé à l'ARS une vigilance singulière sur la lourdeur des patients pris en charge dans les SMR (patients et parcours complexes sur le plan médical et social).

- *Soins critiques*

L'AP-HP est confrontée à plusieurs sujets de capacité. Tout d'abord, il n'y a pas un recouvrement complet entre les capacités exploités et ceux qui sont visibles par l'ARS. L'AP-HP a demandé à ce que ces informations soient consolidées. Ensuite, l'AP-HP a 67 lits autorisés sur les unités de soins intensifs neurovasculaires (USiNV), mais seuls 52 à 53 sont ouverts pour des difficultés de personnel. L'AP-HP s'oppose à ce que l'ARS redistribue ces lits non ouverts vers d'autres opérateurs et espère un retour à meilleure fortune. Les réanimations ne doivent désormais plus avoir de chambres doubles, mais Bicêtre et Raymond-Poincaré possèdent des chambres doubles en pédiatrie et leur fermeture conduirait l'AP-HP à réduire son capacité de 15 lits sur 68 lits de réanimation pédiatrique, qu'elle est la seule à avoir. Enfin, l'AP-HP souhaite que l'ARS soutienne un certain nombre de projets d'ouverture de nouvelles capacités de réanimation pédiatrique notamment à Bicêtre, Louis-Mourier et Antoine-Béclère.

Au-delà de ces questions capacitaires, l'AP-HP souhaite obtenir des dérogations pour des activités dont le capacité est inférieur au capacité autorisé. Pour avoir une unité de soins critiques (USC) ou une unité de réanimation, il est nécessaire d'avoir au minimum 6 lits. Or un certain nombre d'unités importantes de l'AP-HP ne possèdent pas ce capacité (ex. : 2 lits d'unité de soins intensifs [USi] de dermatologie de Henri-Mondor qui est un recours régional, 2 lits d'USC de *post-partum* immédiat de la maternité de Trousseau...)

L'AP-HP souhaite soutenir la reconnaissance des alés de surveillance post-interventionnelle (SSPI) associés aux *traumas centers* qui accueillent des patients traumatisés sévères, dont la prise en charge nécessite des efforts quant aux normes de personnel adossées.

Pour ouvrir une unité d'hématologie pédiatrique, l'établissement doit avoir un pédiatre et un médecin qualifié en hématologie pédiatrique. Or il n'existe pas de diplôme d'études supérieures (DES) d'hématologie pédiatrique : la formation spécialisée transversale (FST) sur cette spécialité produira ses premiers diplômés dans 3 ans. La FST permettra de labelliser l'hématologie de Trousseau ou de Robert-Debré, mais pas l'immuno-hématologie de Necker, qui compte 28 lits de transplantation, ce qui obligerait l'AP-HP à fermer ce service. L'AP-HP a donc demandé une dérogation, même en l'absence d'hématologue pédiatrique patenté dans ce service.

La labellisation des soins de rééducation post-réanimation (SRPR) est spécifique et a fait l'objet d'un appel à manifestations d'intérêt (AMI) de l'ARS : cet élément régional sort du cadre des recommandations. L'AP-HP a demandé que les financements particuliers adossés aux SRPR neurologiques et respiratoires soient maintenus tant que leur statut n'était pas clarifié au niveau national.

La clarification de la permanence des soins des établissements de santé (PDSSES) fera l'objet d'éléments particuliers.

- *Cardiologie interventionnelle*

L'APHP soutient la demande d'autorisation d'implantation d'une salle de coronarographie sur le site d'Avicenne, dans le cadre d'un projet territorial avec le GHT Grand Paris Nord Est (service bi-site) et d'une équipe territoriale de cardiologie avec les sites de Montreuil, d'Aulnay, Montfermeil et Avicenne. Trois sites disposent d'autorisations de cardiopathies congénitales : Necker, Marie-Lannelongue et Jacques-Cartier. Ce dernier ne demande pas d'autorisation dans ce PRS, et elle sera transférée à l'HEGP. Henri-Mondor et la Pitié-Salpêtrière prennent en charge des cardiopathies congénitales chez l'adulte, mais étaient à risque de ne pas voir leur autorisation renouvelée, alors que ces activités sont historiques et importantes pour ces sites (file active de 150 patients). L'AP-HP a donc demandé une dérogation pour ces deux sites.

- *Neuroradiologie interventionnelle*

L'ARS a lancé un AMI afin de faire en sorte que les 7 centres de thrombectomie répartis essentiellement sur Paris et la petite couronne déploient en grande couronne des sites pouvant réaliser ces thrombectomies. Dans le cadre du PRS, l'ARS continue à soutenir le déploiement de ces thrombectomies mécaniques au niveau de la grande couronne, mais prendra en compte à mi-parcours d'autres projets davantage axés sur la petite couronne (Aulnay/Bichat, Raymond Pointcarré/Versailles...). Bicêtre possède une autorisation de neuroradiologie interventionnelle pédiatrique, et Necker possède une dérogation, car il est le seul site de neurochirurgie pédiatrique. L'équipe de neuroradiologues de Sainte-Anne intervient à Necker. L'AP-HP a demandé à l'ARS de faire perdurer cette organisation.

- *Psychiatrie*

Les difficultés d'ouverture de lits sont importantes sur ce secteur et les tensions sont fortes. L'AP-HP a demandé le renfort de la cellule de régulation, notamment dans sa capacité à imposer des malades aux secteurs. Les acteurs de l'urgence sont fortement mobilisés sur ce renforcement. L'AP-HP soutient une demande de création de 10 lits de pédopsychiatrie. La psychiatrie périnatale nécessite la présence de pédopsychiatrie sur site, ce qui n'est pas le cas à Bicêtre. L'AP-HP a demandé une dérogation pour ce site.

- *Médecine d'urgence*

L'AP-HP soutient la demande de création d'une implantation de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) dans les Hauts-de-Seine, à Louis-Mourier.

- *Neurochirurgie*

En neurochirurgie pédiatrique, Bicêtre possédait une dérogation pour réaliser de la chirurgie de l'épilepsie (stimulation cérébrale profonde) chez des patients âgés de 16 à 18 ans et demande à élargir ce spectre à l'ensemble de l'âge pédiatrique.

- *Permanence des soins en établissement de santé*

Pour des raisons techniques, il ne sera pas possible de poser une doctrine en temps et en heure au regard du calendrier resserré de l'ARS, qui s'accorde une année supplémentaire pour le faire.

M^{me} Gabrielle BAYLOQC rappelle que les établissements de santé ne font pas partie des acteurs obligatoirement consultés sur la première version consolidée du PRS. Cette phase de consultation devrait être lancée mi-juin par l'ARS d'Île-de-France. Afin de présenter l'ensemble des conclusions des travaux aux acteurs qui y ont contribué, notamment l'AP-HP, l'ARS organisera un séminaire de partage des conclusions de ces travaux le 9 juin 2023. Toute contribution de l'AP-HP doit donc parvenir à l'ARS au plus tard le 2 juin. Le travail de lobbying se poursuit sur le volet opposable, notamment pour permettre à l'AP-HP d'obtenir des autorisations pour des activités dont les conditions de mises en œuvre actuelles dérogent au corpus réglementaire national ou encore de créer de nouvelles implantations au sein des Oqos. L'ARS a mis en place une méthodologie différente sur le volet « stratégique », encore en cours de structuration. Le volet stratégique sera structuré autour de six grands axes et chacun sera décliné en fiches-action dans l'objectif de les rendre les plus opérationnelles possible. Chaque fiche-action présentera un diagnostic, des objectifs pour les cinq prochaines années, les moyens et leviers pour y parvenir, les indicateurs proposés par l'ARS. L'ARS mettra prochainement en ligne ses 65 fiches-actions sur les six axes. Actuellement, un tiers des fiches est accessible, notamment sur le volet ressources humaines. Les semaines à venir permettront de structurer les travaux de contribution des GHU à ce volet stratégique, avec une date limite fixée au plus tard au 2 juin.

Le Pr Yann PARC s'effraie de voir autant de règles posées pour faire autant d'exceptions et de voir défendre des activités uniques pour contourner des règles d'un tel niveau de détail et de complexité... Il est hallucinant de voir que l'ARS va jusqu'à inventer un diplôme qui n'existe pas encore pour être autorisé à faire une activité... Si l'alimentation de la région parisienne était tenue par l'ARS, ses habitants risqueraient de mourir de faim !

Le Pr Frédéric BATTEUX ajoute que le tour d'horizon couvre toute l'offre de soins. Les éléments « dérogatoires » qu'il a évoqués ne représentent que quelques dossiers, facilement réglables. L'AP-HP n'a par exemple rencontré aucun problème sur l'ensemble de la chirurgie oncologique. Le travail fourni par l'ensemble des acteurs de l'AP-HP qui ont contribué à ces travaux du PRS a été très efficace.

Le directeur général précise que ce qui fait réagir l'assemblée est la traduction dans le cadre des futures autorisations de l'évolution du régime des autorisations résultant d'un chantier national. L'idée est de relever le niveau d'exigences sur un certain nombre de services ou de plateaux techniques lourds, dans un contexte de forte dispersion de l'offre des soins dans notre pays. Le fait de relever les seuils sur un certain nombre d'actes opératoires sur des chirurgies particulières se justifie d'abord par un enjeu de qualité des soins. Il faut évidemment veiller à un aménagement équilibré du territoire, mais également à la garantie d'une prise en charge répondant à des conditions strictes de sécurité et de qualité des soins. C'est aussi un des éléments de l'égalité d'accès aux soins, au-delà de la proximité géographique. C'est l'enjeu essentiel de ce dispositif au-delà de telles ou telles scories ou règles mal prises en compte. Il indique également que les ARS ont été dotées d'un droit de dérogation à un certain nombre de règles, notamment en matière d'autorisation, précisément afin de pouvoir s'adapter aux réalités territoriales que les textes nationaux ne prennent pas en compte.

Le D^r Brigitte SOUDRIE précise que Hendaye a 3 centres de références maladies rares et 3 centres de compétences maladies rares, qui représentent 105 lits. À ce titre, cet établissement reçoit des malades de toute la France avec un énorme contingent francilien. La dotation populationnelle de l'Aquitaine l'effraie un peu, car l'activité majoritairement SMR se fait en dehors de l'Aquitaine. Il ne faudrait pas que cette dotation populationnelle « Aquitaine » soit une manière de pousser Hendaye à se concentrer sur l'Aquitaine. Hendaye reçoit des demandes de Paris toutes les semaines et est en filière de soins avec les services parisiens de neurogénétiques, d'obésité... Hendaye, Berck et San Salvador ne font pas exactement les mêmes activités.

Le P^r Frédéric BATTEUX confirme que 99 % de la patientèle de San Salvador sont des patients du Var. L'AP-HP demande aux différentes ARS (Île-de-France pour les SSR, local pour le médico-social) de sanctuariser les budgets tels qu'ils étaient et de prendre en compte la situation particulière de ces sites. La dotation populationnelle ne prend pas en compte les patients hors région. C'est par exemple le cas pour la psychiatrie, car c'est le patient qui tracte la dotation populationnelle. L'AP-HP est bien consciente de ces différences et souhaite que la dotation populationnelle ne perturbe pas le financement de ces structures, qui est sanctuarisé.

Le P^r Bernard GRANGER espère qu'un bilan stratégique du précédent PRS sera réalisé. Concernant la pédopsychiatrie des Enfants malades, dans les différents plans stratégiques de l'AP-HP et probablement ceux de l'ARS, il a toujours été question d'y recréer des lits de pédopsychiatrie. Les besoins sont incontestables en région parisienne, mais on ne réussit pas à créer ne serait-ce que 10 lits à Necker. Il note que ce projet figure de nouveau dans le plan stratégique et demande des informations plus concrètes sur la création de ces lits (calendrier...). Le chef de service a été nommé après moult péripéties.

Le P^r Claire POYART indique que le projet a été présenté en comité exécutif et en CMEL, dont les comptes rendus sont disponibles. Le projet a été présenté lors de la conférence stratégique et budgétaire et une solution intermédiaire a été identifiée. L'AP-HP est en discussion avec l'ARS pour la création de 7 lits d'hospitalisation complète en octobre 2023. Lors de la conférence qui s'est tenue la semaine précédente, les P^r Frédéric BATTEUX, Christophe DELACOURT (DMU), Pauline CHASTE, M. Jérôme ANTONINI et elle-même ont eu une discussion sur le financement et l'aide de l'ARS pour la création ultérieure d'un service de pédopsychiatrie avec les lits d'hospitalisation complète et un hôpital de jour.

Le P^r Bernard GRANGER s'en réjouit ; il demande si les 7 lits sont réalisés avec l'accord de l'ARS, et ne sont pas inclus dans ce qui vient d'être présenté.

Le P^r Frédéric BATTEUX précise que l'AP-HP demande une autorisation de 10 lits de pédopsychiatrie dans le cadre du PRS 3, avec les financements associés. Eu égard à la tension évoquée sur ces lits, il aurait été nécessaire de mener des travaux pour ouvrir ces 10 lits. Le GHU a trouvé une solution intermédiaire pour ouvrir 7 lits avec des rocade dans des locaux en cours de réfection pour le projet « cœur ». Ces 7 lits disponibles vont d'ores et déjà permettre d'ouvrir 7 lits de pédopsychiatrie à l'automne 2023. Dans le cadre des travaux du [comité régional d'allocation des ressources de psychiatrie \(CAR psy\)](#), les 10 lits de pédopsychiatrie ont bien été posés dans le périmètre des 100 lits existants

Le D^r Christophe TRIVALLE estime que la présentation est très technocrate et administrative. La réglementation a des limites et amène à des situations absurdes. L'onco-gériatrie de Charles-Foix fonctionne très bien, mais l'établissement est obligé de demander une autorisation adulte pour mener une activité gériatrique alors qu'il ne prendra pas d'adultes en charge. Sur les UsiNV où les lits sont fermés par manque de personnel, le risque est de revoir ce qui passait à l'AP-HP pendant

des années : au bout d'un certain temps, les postes sont supprimés, puis l'activité... Ce mode de raisonnement est absurde. La seule chose logique concerne le seuil fixé par l'ARS de moins de 30 actes par an de chirurgie oncologique spécialisée, dans une logique de qualité.

Le D^r Patrick PELLOUX s'étonne que la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) centrale n'ait pas été saisie d'une demande de contribution sur la permanence des soins. Le tempo de la doctrine d'ici 2024 ne correspond pas à l'engagement du Président de la République de résoudre le problème des urgences en 18 mois. Le SMUR qui va ouvrir à Louis-Mourier est-il à moyen constant ? Il doute que le capacitaire des SMUR augmente, car l'activité est quasiment constante. Le P^r Frédéric BATTEUX indique que la doctrine sur la permanence des soins doit être définie, mais elle existe déjà : actuellement, l'AP-HP prend tout en charge sur la région Île-de-France, mais n'en tire aucun bénéfice. La grande garde de chirurgie arrive de manière centrifuge sur l'AP-HP. Concernant les autorisations qui ont été données, le privé lucratif choisit ses malades. Il invite l'AP-HP à solliciter la COPS centrale en matière de doctrine.

Le P^r Frédéric BATTEUX assure qu'il le fera et que le dossier n'est pas encore ouvert. L'AP-HP a obtenu un financement de l'ARS de 750 000 € pour ouvrir cette ligne de SMUR.

6. Questions diverses

Le D^r Jean-François HERMIEU évoque les conséquences de la crise paramédicale sur l'hôpital Bichat. Après la fermeture de la neurologie pendant quelques mois et qui vient de rouvrir et la fermeture des lits d'hospitalisation traditionnelle de dermatologie, 3 autres services connaissent à leur tour des difficultés : l'hôpital de jour (HDJ) de pneumologie, l'HDJ de gynécologie et l'urologie. Ce dernier a connu des difficultés avec le personnel paramédical de nuit, puis de jour, n'a pas pu recruter une infirmière à cause d'un mémoire non validé et est désorganisé aujourd'hui par un seul arrêt de travail... Le service est aujourd'hui éclaté entre l'ORL, la néphrologie et la gynécologie. La situation est extrêmement dégradée et très préoccupante, notamment pour la prise en charge des patients en cancérologie (les seuils évoqués précédemment sont largement atteints). Ce jour, il a dû annuler l'opération d'un cancer de la prostate et d'une tumeur de vessie, ce qui est inadmissible. Bichat assure les urgences urologiques de Bichat, Beaujon, Louis-Mourier et Bretonneau. Il n'a plus les moyens d'hospitaliser les patients et la situation est fortement dégradée, tant pour les patients que pour les jeunes professionnels. La situation de baisse d'activité dure depuis une semaine et impacte la formation des internes et des assistants. Les équipes médicales et paramédicales restantes sont découragées et les seniors médicaux passent leur temps à gérer des annulations et des reprogrammations. Le futur est inquiétant, car les jeunes voient leurs collègues souffrir et s'interrogent sur leur motivation à prendre leur suite. Les équipes attendent le résultat des « 30 leviers » qui devrait être visible d'ici quelques semaines ou mois, mais une solution est nécessaire très rapidement. Elles sont dubitatives face aux promesses présidentielles. Bichat va intégrer le processus de certification, mais s'interroge sur sa pertinence dans ce contexte très dégradé. Le carcan administratif impacte négativement le recrutement, avec des *curriculum vitæ* qui ne sont pas immédiatement traités et qui peuvent être perdus au profit d'autres. Lorsqu'ils sont embauchés, les paramédicaux ne savent pas combien ils vont gagner... Ces éléments ne jouent pas en faveur de l'AP-HP. Faut-il faire le dos rond en attendant la sortie de crise ? Faut-il compter sur la solidarité entre collègues ? Elle joue partiellement. Bichat a besoin de 1 ou 2 IDE pour repartir. Les équipes sont en grande souffrance et ont besoin d'aide pour sortir de cette situation qu'elles ne maîtrisent pas, faute d'avoir la main sur les recrutements paramédicaux.

Le directeur général estime que ces propos traduisent une réalité générale. Celle-ci est plus aiguë au sein du service du D^r Jean-François HERMIEU, qui a dû fermer ses 12 derniers lits à la suite d'un

seul arrêt maladie. Cette situation renvoie à la mise en œuvre de toutes les actions prévues dans le plan « 30 leviers » qui produiront progressivement des résultats au cours des prochains mois. Dans le domaine particulier des recrutements, l'AP-HP doit être plus performante, réactive et mieux organisée. Il manquait un outil partagé permettant de suivre le processus de recrutement et de veiller à ne pas perdre les candidatures qui n'aboutiraient pas dans un service pour pouvoir en faire bénéficier un autre. Un travail est en cours afin de mieux définir les rôles dans les entretiens de recrutement entre le service, le département médico-universitaire (DMU) et la direction des soins. Sur les recrutements estivaux, les choses se passeront mieux que les années précédentes.

Le service du D^r Jean-François HERMIEU était déjà dans une situation de fragilité, car il restait seulement deux infirmières de jour et aucune de nuit. Il fonctionnait grâce aux heures supplémentaires et à l'intérim. L'arrêt maladie d'une des deux infirmières a bloqué le système. Pour redoter ce service, l'AP-HP va flécher des promotions professionnelles dès septembre 2023 qui permettront d'augmenter son effectif. Au-delà de réussir à recruter, il est nécessaire de travailler aussi sur les conditions de travail pour que les personnels paramédicaux restent dans les services. Tout le monde y a sa part : l'institution au sens AP-HP, GHU et site, mais également le service lui-même en termes de dialogue au sein des équipes. Tous doivent tirer ensemble dans la même direction.

Le D^r Jean-François HERMIEU rappelle que la spécialité d'urologie est particulière, avec des durées moyennes de séjour qui ont considérablement diminué, des patients qui nécessitent beaucoup de soins en très peu de temps et un turnover très important. Cette spécialité est difficile pour les paramédicaux.

Le président confirme qu'il est très compliqué pour un service de fonctionner de manière optimale lorsque l'on est confronté à des difficultés de recrutement de personnels paramédicaux.

Le directeur général estime qu'il faut traiter le sujet avec tous les acteurs. Lorsqu'il a fait le tour des établissements en juillet 2022, il a vu des services en grande difficulté (ex. : chirurgie de Tenon avec la moitié des salles fermées). Un travail de soutien a été fourni, en attirant des infirmières de bloc et de salle et en réorganisant les blocs : Tenon a aujourd'hui de belles perspectives de recrutement d'infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (IBODE) en septembre et octobre 2023 et pense pouvoir ouvrir 10 à 12 salles. La capacité à remonter la pente existe et il faut jouer sur tous les leviers à disposition. M. Vincent-Nicolas DELPECH l'a informé en temps réel de la situation du service d'urologie de Bichat et ils travaillent ensemble pour essayer de rétablir les choses d'ici la fin d'année.

M. Léonard CORTI rappelle qu'à terme, Bichat et Beaujon seront fusionnés dans le cadre du « Grand Paris Nord ». Si des services sont déjà en difficulté avant la fusion, cette dernière leur fera-t-elle du bien ? Il est nécessaire d'avoir un débat sur la fuite vers le privé d'une partie du personnel médical et paramédical, sachant qu'un établissement privé va ouvrir quasiment en face du futur GHU Nord avec plus de 200 lits et une activité chirurgicale portée par des anciens de Beaujon. Il craint une baisse d'activité du public compensée par l'augmentation du privé et ses conséquences en termes de privatisation de la santé (récupération des « dégâts » réalisés dans le privé par le public). Toutes les difficultés rencontrées par le public profitent au secteur privé.

Le P^r Jean-Claude CAREL confirme la situation préoccupante du service du D^r Jean-François HERMIEU et les particularités de Bichat. Le directeur général a évoqué les différentes actions engagées pour essayer d'inverser les choses. Il n'est pas aussi inquiet que M. Léonard CORTI sur la perspective de l'ouverture du GH Paris Nord, mais s'inquiète de la phase de transition. L'attractivité du nouvel hôpital aura lieu en temps utile et l'AP-HP fait le maximum pour consolider cette période dans l'attente de son ouverture. Une somme non négligeable pour rénover transitoirement les locaux et

améliorer l'attractivité a été attribuée dans le cadre des conférences budgétaires, afin d'améliorer le quotidien des équipes de Bichat qui vivent une période difficile. La direction générale a soutenu la demande du GHU d'accompagner cette phase.

Le directeur général confirme qu'une ligne de crédit exceptionnelle a été affectée à Bichat dans le cadre des opérations de rénovation lourde/construction, afin de réaliser des opérations tout-venant et éviter que Bichat ne subisse trop fortement les effets de cette période transitoire. Il rappelle par ailleurs qu'un robot sera acheté en 2023 pour équiper le bloc de Beaujon et qu'un autre sera acquis en 2024 pour Bichat.

Le Pr Bernard GRANGER estime que la procédure d'embauche à l'AP-HP est ubuesque et fait parfois échouer des recrutements. Une secrétaire de son unité a repris son travail en mi-temps thérapeutique : elle avait trouvé une personne compétente pour compléter son mi-temps, mais finalement la date de prise de poste promise à cette dernière a été repoussée d'une semaine, sous prétexte de « l'accueillir dans de meilleures conditions avec son numéro APH ». Ces situations donnent une image défavorable de l'institution et sont répulsives. Il est impératif que le processus de recrutement soit fluide et rapide, et que les premiers contacts avec l'institution soient bons. Par ailleurs, une fois la personne embauchée, certains services ne sont pas bien-traitants et pratiquent une forme de « bizutage ». Il faut mener des actions pour le signaler et l'éviter.

Le directeur général rappelle que parmi les « "30 leviers » figure celui visant à améliorer les modalités d'organisation, de pilotage et de réussite des recrutements et à réussir l'accueil des nouveaux arrivants (code APH et habilitations disponibles dès l'arrivée). Cette règle n'a pas été posée pour conduire à ce que les recrutements soient différés tant que le code APH n'est pas disponible, mais pour mieux anticiper les arrivées afin que tout soit prêt le premier jour. Il ajoute que les enjeux d'accueil ne se limitent pas à la disponibilité d'un code APH et des habilitations, mais passe aussi par la qualité de l'accueil sur le plan administratif, matériel et humain, à l'échelle du site et du service. De ce point de vue, chaque service a vocation à améliorer sa manière de faire.

M. Yann GUITTIER indique que les nombreux dispositifs déployés pour les nouveaux arrivants agacent les personnels qui ont une certaine ancienneté dans l'institution. Trois aides-soignantes arrivées en 2008, 2014 et 2018 gagnent la même chose en 2023. Cette remarque vaut pour tous les métiers.

7. Convention de préfiguration et de partenariat entre l'AP-HP, la commune de Saint-Ouen-sur-Seine et l'agence régionale de santé d'Île-de-France relative au centre municipal de santé Henri-Barbusse de Saint-Ouen-sur-Seine et au futur hôpital « Grand Paris Nord »

Le président accueille le Dr Mohad DJOUAB, médecin généraliste et directeur du centre de santé municipal (CMS) Henri-Barbusse de Saint-Ouen, et le Pr Agnès LEFORT, médecin interniste et chef de service à l'hôpital Beaujon. Il indique qu'ils vont évoquer, avec M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, une convention de préfiguration et de partenariat entre l'AP-HP, la commune de Saint-Ouen et l'ARS relative au CMS Henri-Barbusse et au futur hôpital Grand Paris Nord. Le président estime que ce type de partenariat est pertinent car il apporte des réponses concrètes aux interactions qui peuvent s'organiser entre la médecine de ville et l'hôpital.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER précise que l'AP-HP est engagée sur de nombreux travaux liés au projet de campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen – Grand Paris Nord (SOGPN), particulièrement sur la façon dont il va s'intégrer sur son territoire. Les sujets examinés sont aussi variés que l'environnement, les futurs logements, la circulation... En premier lieu figure le sujet de son insertion sur le territoire où exercent déjà des professionnels de santé. Dans cet esprit, l'AP-HP échange

depuis plusieurs années avec le CMS Henri-Barbusse et son directeur sur la manière d'anticiper les choses sans attendre l'ouverture du futur hôpital. Pour la ville de Saint-Ouen, le D^r Mohad DJOUAB travaille, en réponse à une forte attente des élus municipaux, pour avancer concrètement sur ces sujets. Le P^r Agnès Lefort, a été désignée par la gouvernance du GHU pour être l'interlocuteur du D^r Mohad DJOUAB sur la rédaction concrète de cette convention qui sera présentée à la signature du directeur général de l'AP-HP, de M^{me} Amélie VERDIER, pour l'ARS et du maire de Saint-Ouen le 24 mai. Elle sera présentée en directoire le 23 mai. Elle a été présentée au conseil municipal de Saint-Ouen, qui l'a très largement approuvée le 17 avril.

Le D^r Mohad DJOUAB remercie la CME de le recevoir. Il est médecin généraliste depuis 1996. Il a commencé sa carrière à Saint-Ouen comme généraliste et addictologue et a réalisé que ce mode d'exercice répondait à différentes attentes, qui font écho à cette recherche de partenariat.

Beaucoup d'hospitaliers ne savent pas ce qu'est un CMS. Les CMS sont nés après la Première Guerre mondiale, avec la naissance de la Sécurité sociale. Une offre de soins est rapidement apparue par la suite avec le projet politique d'offrir à la population, notamment ouvrière, un accès à des soins de qualité, apportés par des médecins salariés. Ce mode d'exercice a fait écho à sa pratique de la médecine et nourrit ce projet aujourd'hui. Les CMS sont avec le temps devenus des modèles d'organisation pluri-professionnelle avec des médecins salariés, indépendamment du paiement à l'acte, rémunérés de la même manière, qu'ils soient spécialistes ou généralistes et qui pratiquent le tiers payant intégral, permettant aux patients qui bénéficient d'une couverture sociale d'avoir accès à l'ensemble des spécialités médicales et de l'offre de soins sur un territoire. Historiquement, ces CMS se sont installés dans les zones ouvrières et périurbaines de Paris (Seine-Saint-Denis...), dans l'Est de la France (régime minier) et dans le Sud (ports). Les CMS sont devenus des structures généralistes, gérées par les municipalités (les CMS ne sont ni associatifs, ni privés, ni mutualistes) et ses salariés ont un statut de fonctionnaire public territorial. Les médecins sont contractuels et non titulaires, car dans la fonction publique territoriale, le métier de médecin de soins n'existe pas.

Les CMS, même s'ils sont un modèle de coopération et d'organisation, traversent une crise démographique sévère avec la disparition des spécialistes qui partent à la retraite et qui ne sont pas remplacés, car les CMS ne sont pas concurrentiels au niveau de la rémunération. C'est fort de ce constat qu'il a saisi l'opportunité de l'hôpital Nord pour nouer un partenariat dont les premiers échanges remontent à 2018, avec la conviction que sur le territoire, l'ambulatoire qui est en crise cherche à se réorganiser et que l'hôpital cherche un mode de coopération avec l'ambulatoire. L'idée était d'innover en matière de coopération pour répondre à tous les besoins de la population, qui cumule des indicateurs de mortalité très dégradés, un désert médical notoirement connu et une prévalence de certaines pathologies (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, cancer). L'idée était de faire sortir l'hôpital de ses murs pour compenser l'absence de spécialistes dans les CMS et la disparition des spécialistes de secteur 1 sur le territoire. Sur les territoires classés « déserts médicaux », le business de la santé explose, avec des structures privées qui organisent de véritables filières de recrutement de patients et des dépassements d'honoraires qui compliquent encore l'accès aux soins. La question économique de l'accès aux soins est aujourd'hui une réalité sur ce territoire. Pour toutes ces raisons, un partenariat entre un hôpital en crise et l'ambulatoire également en crise donne l'opportunité de réfléchir à un modèle de coopération qu'il souhaite innovant, modélisable pour être reproduit partout en France.

La Ville de Saint-Ouen compte 3 CMS, dont Henri-Barbusse est le principal et situé en face du futur hôpital. La proximité bâtementaire oblige à mener une réflexion qui va au-delà de la simple coopération classique de consultation avancée de l'hôpital en ville, mais amène plutôt à créer des

filières de soins qui décloisonnent l'hôpital, mais aussi les pratiques professionnelles (médecins salariés versus médecins libéraux, ville *versus* hôpital).

Le projet de partenariat unit à la fois l'ambulatoire, qui se constitue depuis quelques années en centre de prévention et de promotion de la santé (CPPS) afin de lancer ce partenariat entre le monde libéral, les médecins salariés de la ville et ceux de l'hôpital. L'accueil de spécialistes hospitaliers au sein du CMS a fait la preuve que les patients accédaient plus facilement à des spécialités, à un diagnostic et à une prise en charge hospitalière dès lors qu'elle était nécessaire. Cette organisation permet à l'hôpital d'avoir un recrutement de patients et de prendre en charge davantage des patients en ambulatoire et plus rapidement et d'avoir un plateau d'expertises pour des spécialités inaccessibles en ville.

Aujourd'hui, le CMS Henri-Barbusse est constitué d'une équipe de 80 professionnels de santé et 140 professionnels au total. Il accueillait quasiment toutes les spécialités qui existent en ville, mais une bonne partie de ces spécialités ne sont pas remplacées en raison de départ à la retraite et les trois quarts des spécialités présentes viennent de l'hôpital. Le CMS propose des consultations de neurologie, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, dermatologie et gastro-entérologie. Cette offre de médecine spécialisée sur le territoire est la seule qui existe en ville, qui lorsqu'elle existe est en secteur 2. Ce partenariat permet d'avoir sur ces territoires des médecins spécialistes en secteur 1, avec de jeunes professionnels qui plébiscitent un exercice mixte ville/hôpital. Au-delà du parcours patient, la réflexion doit aboutir à des trajectoires professionnelles qui permettront au virage ambulatoire de s'incarner. Le regard du patient sur un médecin qu'il a vu en ville puis ensuite à l'hôpital est un gage de meilleure observance thérapeutique et de meilleure adhésion au programme de soins, davantage qu'en cloisonnant les professionnels.

Les obstacles, qui existent, sont surmontés les uns après les autres. Aujourd'hui, le CMS possède une file active de 15 500 patients pour une population totale de 55 000 habitants. Ce sont près de 30 % de la population audonienne vient à un moment donné dans l'année au CMS pour y voir des spécialistes, mais également des kinésithérapeutes, des IDE, des infirmiers de pratique avancée (IPA), de la prévention... L'idée est également d'associer la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et tous les acteurs du territoire impliqué dans un projet de santé commun, co-écrit avec l'hôpital ; les médecins libéraux et les CMS. Ce partenariat permettra peut-être demain d'inventer un nouveau centre, une structure hybride entre l'hôpital et la ville, et de répondre à des problématiques d'accès aux soins non programmés, éventuellement en confiant cette activité à un opérateur (qui pourrait être privé) avec au sein de la structure un 1^{er} étage proposant une offre de médecine générale (12 médecins généralistes et des acteurs de prévention) et un 2^e étage proposant une offre de médecine spécialisée, issue de l'hôpital et permettant l'inscription dans les parcours de soins de patients. Aujourd'hui, les urgences sont embolisées par des patients sans médecins traitants : la structure pourrait s'engager à inclure ces patients vus aux urgences dans des trajectoires et des parcours de soins. Des projets de coopération existent également autour de la formation afin d'améliorer les pratiques professionnelles et de travailler autour de protocoles communs (comment adresser un patient à l'hôpital ? Comment l'adresser à une hospitalisation directe via des protocoles validés par l'hôpital et la ville ?...). Des projets sur les problématiques de santé des populations précaires existent : ils sont aujourd'hui les plus touchés par les difficultés.

Le Pr Agnès LEFORT présente le contenu de la convention, avec les actions qui seront développées ou qui sont déjà mises en place.

- Affermir le partenariat actuel : des consultations sont déjà assurées par des médecins en exercice partagé entre un service de l'AP-HP et le CMS : dermatologie, néphrologie, gastro-entérologie et cardiologie ;
- Développer des actions de formation ;
- Parvenir à la date d'ouverture de l'hôpital Nord à un partenariat complet concernant la majorité des spécialités qui concernent les populations de ville en offrant en proximité aux usagers des parcours de soins coordonnés, identifiés et efficaces ;
- Implantation d'activités médicales de l'AP-HP au sein des locaux du CMS, permettant une complémentarité renforcée avec le site du futur hôpital. L'offre de soins qui pourrait y être développée serait la suivante :
 - *Pôle santé de la femme et de l'enfant* : accompagnement pré et postnatal en collaboration ville-hôpital (dont le suivi échographique obstétrical, l'orthogénie (en partenariat avec le conseil départemental de Seine-Saint-Denis), la pédiatrie/développement de l'enfant. À court terme, une consultation de recours de gynécologie et de pédiatrie sera mise en place ;
 - *Pôle de cardiologie et des maladies métaboliques* : consultations de cardiologie, de néphrologie et d'endocrinologie, explorations fonctionnelles : à court terme, l'offre sur ces spécialités sera renforcée ;
 - *Pôle de santé senior* : en lien étroit avec la CPTS et son projet d'une filière de soins pour les personnes âgées avec des consultations spécialisées (rhumatologie, ophtalmologie, neurologie...). À court terme, une équipe mobile de gériatrie pourra être mise en place pour réaliser des visites à domicile auprès de personnes âgées en situation complexe, consultations IDE dédiées pour évaluer la situation des patients sur un large spectre de risques et les orienter vers un parcours d'évaluation et de soins adapté (y compris vers une prise en charge immédiate si nécessaire) ;
 - *Ce socle de spécialités est susceptible d'être étendu à toute autre offre de soins utiles à développer* : des contacts sont en cours entre les équipes médicales pour construire des parcours coordonnés sur l'obésité, la gastro-entérologie, la médecine interne, la rééducation neurologique et l'éducation thérapeutique ;
 - *Permanence des soins – Soins non programmés*, en lien avec la CPTS : un projet d'un centre de soins non programmés qui pourrait s'implanter au rez-de-chaussée du bâtiment, en partenariat avec des acteurs à définir (séniors des urgences avec des rémunérations intéressantes) ;
 - *Offre dentaire* : en lien avec le partenariat CMS - Université Paris-Cité, à préciser.
 - *Espace prévention* qui permettrait d'intégrer dans les filières de soins et des dispositifs de prévention des patients mal suivis (1^{ère} consultation réalisée par une IPA).

Il reste à travailler la question des statuts des personnels et de l'échange des informations médicales (déploiement d'*Orbis* au CMS est en cours de discussion).

Le P^r Jean-Claude CAREL indique que ce projet montre bien que le travail a déjà commencé, en avance de phase versus l'ouverture de l'hôpital Nord. L'AP-HP a globalement intérêt à développer ces partenariats avec les CMS. Ces partenariats de fonctionnement peuvent aller encore plus loin, et devenir structurels (financement de la santé...)

Le président rappelle qu'en 2022, la CME avait invité les D^{rs} Alain BEAUPIN, qui dirige le CMS Richerand dans le 12^e arrondissement de Paris, et Marie-Laure ALBI, membre du conseil de surveillance de la CPTS 13-14-15. Il est convaincu que ce type de partenariat est une solution pour

l'avenir. D'autres types de centres de santé existent par ailleurs et l'idée de travailler en équipes pluri-professionnelles salariées trouve un écho chez les jeunes professionnels et répond aux problèmes de défaut d'accès aux soins, majeurs dans certaines régions. Les grands groupes privés y vont de manière dynamique, soit sur du soin non programmé, soit du soin avec une médecine intégrative. Le service public a tout intérêt à réfléchir à un partenariat dont les objectifs peuvent être différents de ces grands groupes. Les acteurs de l'hôpital et de la ville se connaissent mal et la France a pris beaucoup de retard par rapport à d'autres pays, comme les Pays-Bas qui ont deux fois moins de lits d'hospitalisation que la France mais ont su structurer la médecine en dehors de l'hôpital et établir un vrai partenariat. Ces collaborations peuvent aussi être un moyen de répondre aux aspirations de certains médecins de varier leur exercice professionnel, à condition toutefois de ne pas fragiliser les équipes hospitalières.

Le D^r Jean-François HERMIEU souligne l'importance pour Bichat de s'implanter sur ces zones du Nord de Paris. Bichat a déjà des conventions de partenariat avec les CMS de Bezons, Gennevilliers, Clichy. Un assistant s'y rend une fois par semaine et assure des consultations, qui permettent de récupérer des patients. Bichat sera ravie de venir à Saint-Ouen également.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si les médecins du centre de santé participent à la permanence des soins. Il a par ailleurs compris du projet que pour les consultations non programmées, il était envisagé de faire appel au privé ou de faire venir des médecins des urgences séniors. En dehors des jours ouvrables, serait-il envisageable de fonctionner comme une maison médicale pour aider les urgences ?

Le D^r Mohad DJOUAB confirme que c'est bien le projet qui se dessine. Tous les médecins du CMS participent à la permanence de garde et se rendent au domicile des patients. Aujourd'hui, les libéraux abandonnent les visites à domicile et ce sont les médecins des CMS qui le font et y découvrent souvent des situations très complexes et dégradées qui nécessitent souvent l'intervention de l'aide sociale, intimement liée au projet. Il avait mis en place une consultation non programmée pour répondre aux besoins et à l'incitation de l'ARS et s'est rendu compte que les médecins généralistes qui venaient au CMS souhaitaient faire de la médecine « globale », de suivi, avec des temps de consultation dédiés de 20 minutes sans aucune tâche administrative. Les médecins qu'il a attirés en leur garantissant la qualité des soins qu'ils pouvaient fournir à leurs patients n'étaient pas en capacité de faire de la consultation non programmée. En parallèle, sur le territoire, le business de la santé est très florissant et propose des centres de soins immédiats. Il attire des urgentistes et SAU de grands hôpitaux. Il a rencontré ceux du centre qui a ouvert pendant l'été à Saint-Ouen : ils ont enregistré 60 patients par jour dès les premiers jours d'ouverture, ce qui laisse imaginer le niveau de rémunération associé. Le CMS répond également à la programmation non programmée et les médecins libéraux de la CPTS ne peuvent pas répondre aujourd'hui à des demandes de délais de rendez-vous courts (les délais pour obtenir un rendez-vous avec un généraliste de Saint-Ouen sont de 3 à 4 semaines). Comment gérer ces patients sans rendez-vous ? Le centre privé, qui ferme à 20 heures, refuse des patients dès 11 heures du matin, car il y a déjà deux heures d'attente à cette heure. Il faut éduquer la population et la ramener vers du soin de qualité et des filières. C'est en prouvant la pertinence de la démarche du CMS que l'on peut réduire le nomadisme médical qui a flambé avec *Doctolib*. Il ne trouvera pas de médecin qui s'installera au rez-de-chaussée pour assurer un suivi de médecine préventive : un opérateur privé ou associatif pourrait s'appuyer sur des médecins de Saint-Ouen (salariés, libéraux ou SAU) qui viendraient ponctuellement assurer des consultations d'urgence au CMS plus « tranquilles », ce qui leur permettrait d'améliorer leur rémunération et leur garantirait de rester à l'hôpital. Ce service serait ouvert de 8 heures à 20 heures et de 20 heures à minuit. En 2028, l'hôpital Paris Nord sera installé

en face et le CMS pourrait être un premier lieu de tri des urgences pour soulager le futur SAU. La réflexion doit avoir lieu dès à présent pour instaurer cette culture des soins non programmés.

Le Dr Patrick PELLOUX remercie et félicite les intervenants. Il est très important de nouer de tels partenariats avec les CMS. En 2004, le ministre de la Santé de l'époque, M. Jean-François MATTEI, issu de la Croix-Rouge française, a fermé les centres de santé de Seine-Saint-Denis. Tout le monde l'a critiqué en indiquant que cette population en avait besoin, mais il n'en avait cure. Il faut saluer les partenariats, mais pas les nouer avec n'importe qui... L'actuel scandale avec les coordination des œuvres sociales et médicales (COSEM), certaines personnes qui ont ouvert des maisons de la santé vont finir à la Santé ! – pose une vraie question. Les valeurs de CMS sont très importantes et le travail qu'ils fournissent est brillant... l'une des problématiques de la fréquentation des urgences est bien celle de l'accès aux soins. Les 30 % de la population de Saint-Ouen qui fréquentent le CMS sont 30% que l'on ne retrouvera pas au SAU. Ils sont de plus dans des filières qui correspondent à tous les programmes de santé publique que le pays veut mettre en place. On laisse se répandre dans tout Paris des centres de santé dont on ne connaît pas les acteurs, qui prennent en charge des patients que l'on voit souvent débarquer aux urgences avec des lettres mal écrites et de mauvaises orientations de diagnostic ou qui viennent à la suite de téléconsultation. Les jurisprudences sont de plus en plus nombreuses sur des fautes graves commises en téléconsultation. C'est bien dans ce sens qu'il faut aller, avec des CMS et une garantie de pérennité.

Le Pr Jean-Damien RICARD se félicite que d'autres CMS rejoignent le pas à Louis-Mourier, qui a démarré son partenariat avec le CMS de Gennevilliers voici plus de 20 ans sur les consultations avancées. Ce partenariat s'est concrétisé par l'affiliation à l'AP-HP du CMS en 2018. En 2019, ce CMS a rejoint le DMU. Tous les généralistes sont maîtres de stage et les conventions fonctionnent très bien. Louis-Mourier et le CMS de Gennevilliers ont des projets de médecine bucco-dentaires en télémédecine pour les établissements d'hébergement et d'accueil des personnes âgées dépendantes (ÉHPAD). Ce partenariat est gagnant-gagnant : chaque consultation de gastro-entérologie amène un acte à Louis-Mourier.

Le président estime qu'il est essentiel que les étudiants, internes et externes, puissent se projeter sur ce type d'exercice professionnel au cours de leur formation. Cela n'est pas facilité par un contexte peu favorable aux échanges entre la formation de médecine générale et la formation de médecine spécialisée. Le président milite auprès des conférences nationales pour rendre ces domaines plus ouverts aux échanges. Certains y sont opposés, mais d'autres ont compris qu'il s'agit de la voie d'avenir.

8. Suivi des « 30 leviers pour agir ensemble »

- « Leviers » 9 & 11 : appels à projets « schémas horaires innovants » & « redonner du temps pour soigner »

M. Loïc MORVAN annonce que 47 projets ont été déposés sur la première session, et 39 ont été sélectionnés (83 % des projets validés). Une majorité des schémas (25 projets) permet une semaine en 4 jours (8 heures, 8 heures 45, 9 heures). 8 projets de schémas mixtes, très variables ont été déposés ainsi que 5 schémas en 12 heures /10 heures, quelques schémas isolés en 10 heures et 12 heures/12 heures. Quelques projets qui n'étaient pas strictement dans le champ de l'appel à projets seront accompagnés par ailleurs (ex. : création d'équipes de suppléance en 12 heures). La répartition des schémas horaires plébiscités montre qu'une majorité de projets a concerné les services de médecine, puis la chirurgie et les autres catégories. 127 équivalents temps plein (ÉPT) ont été validés pour mettre en œuvre ces nouveaux schémas horaires. Des séances de travail ont

été organisées avec chaque GHU pour valider l'ensemble des projets et discuter des modalités organisationnelles.

Les indicateurs suivis par la direction des ressources humaines de l'AP-HP sont :

- Le nombre de services ayant procédé à une refonte des organisations par type de schémas horaires
- La cohorte de professionnels en 8 heures, 9 heures, 10 heures et 12 heures pour suivre la montée en charge des projets
- Les résultats des questionnaires adressés aux agents dans le suivi de l'expérimentation pour mesurer les impacts à court et moyen termes des changements d'organisation horaires.

Les indicateurs suivis par les directions de soins et activités paramédicales et les directions des ressources humaines de GHU sont :

- L'absentéisme de courte durée ;
- Les accidents du travail ;
- Le *turn-over* ;
- L'âge des professionnels et l'ancienneté ;
- Le recours aux heures supplémentaires et à l'intérim.

Le prochain appel à projets débutera le 9 mai jusqu'au 5 juin et permettra d'examiner les projets insuffisamment matures à la première levée ou refusés en 1^{ère} intention qui pourraient être précisés et complétés dans l'intervalle.

- **« Levier 15 » : plan d'action 2023 pour les cadres**

M^{me} **Vannessa FAGE-MOREEL** rappelle l'ambition du directeur général de soutenir toute la chaîne d'encadrement de l'AP-HP. Ce levier était initialement centré sur les cadres de santé et s'est progressivement ouvert aux cadres de l'ensemble des filières. Ce plan est travaillé depuis plus de 6 mois en concertation dans le cadre de groupes d'échanges avec des cadres, des DRH, des coordonnateurs. Un certain nombre de questionnaires a été envoyé et les collégiales ont été rencontrées, notamment celle de cadre paramédical de DMU et les étudiants-cadres de l'institut de formation des cadres de santé (IFCS). Ce plan s'articule autour de 6 axes et 20 actions :

- Mieux reconnaître l'investissement majeur des cadres dans l'institution (intérim d'encadrement de service, amélioration de la rémunération sur les permanences de week-ends) ;
- Améliorer l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle des cadres ;
- Repenser notre organisation pour que les cadres se sentent davantage soutenus (clarification des missions aux différents niveaux de la chaîne d'encadrement) ;
- Retrouver le sens du métier de cadre, acteur essentiel de la qualité et de la sécurité des soins (appels à projets pour redonner du temps aux soins et permettre les renforts en personnels administratifs, logistiques et techniques dans les services de soins...) ;
- Mieux accompagner les parcours professionnels des cadres de toutes les filières (engagement pris pour que toutes les nominations aient lieu au 1^{er} septembre pour les étudiants-cadres qui termineront en juillet) ;
- Mieux informer et écouter les cadres de toutes les filières (information descendante plus ciblée et formations ascendantes).

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU demande si quelque chose est prévu pour les cadres de nuit, dont les hôpitaux sont démunis. Concernant les schémas horaires, elle demande si les 127 ÉTP validés correspondent à de nouvelles embauches et si oui, comment ce personnel sera recruté ?

M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL répond qu'il s'agit bien de 127 créations de postes, qui s'ajoutent à des postes éventuellement vacants. Pour les trouver, l'AP-HP fait le pari de dire que les schémas proposés seront attractifs pour jeunes professionnels en sorties d'école. Elle confirme par ailleurs qu'une série d'actions est lancée pour améliorer les conditions de travail des cadres de nuit. Un questionnaire a été lancé à l'automne 2022 auprès des 120 cadres de santé de nuit, avec près de 80 % de répondants a permis de bâtir un plan d'accompagnement et d'écoute, de formation et d'intégration.

Le D^r Christophe TRIVALLE signale que les cadres sont motivés sont globalement assez mal traités par les instances et leur hiérarchie. Ils sont sur-sollicités et peu écoutés. Certains sont en limite de burnout. Le « Ségur de la santé » n'a pas tenu compte des cadres. Certaines IDE qui font des heures supplémentaires sont davantage payées que les cadres. Un important travail doit être réalisé sur cette population. Ce levier est une première étape, mais il faudra aller vite. Il n'y a quasiment plus de cadres de nuit sur son hôpital. Les cadres de jour doivent récupérer la gestion des équipes de nuit et devront peut-être assurer certaines nuits... la « câlinothérapie » ne suffira pas à leur faire accepter ce changement d'horaires de travail.

Le P^r Yann PARC rappelle que le statut de cadre de nuit a été supprimé. Les cadres de nuit restants doivent couvrir un nombre de services énorme. Cette absence de cadre de nuit a deux effets pervers : il se crée des mythologies chez les IDE de nuit qui n'ont pas la possibilité de communiquer avec un hiérarchique et se sentent coupées de l'hôpital. Il est compliqué de renouer un dialogue avec elles. Il faut des cadres de nuit en nombre pour communiquer avec les IDE de nuit : faute de cela, elles doivent écrire leurs requêtes sur les cahiers, ce qui est un exercice compliqué, attendre une réponse claire, qui est aussi un exercice compliqué. Des oppositions se créent sur des incompréhensions écrites, souvent résolues par un échange oral. Ce combat est majeur.

- **« Levier 29 » : améliorer la qualité du codage**

Ce point est reporté.

La séance plénière est levée à 19 heures 40.