

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 14 MAI 2024**

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 9 JUILLET 2024

Sommaire

I.	Séance plénière	6
1.	Informations du président	6
2.	Approbation du compte rendu de la CME du 9 avril 2024	9
3.	Avis sur des protocoles de coopération (P ^r Agnès HARTEMANN)	9
4.	Point budgétaire : capacitaire, activité et recettes au 1 ^{er} trimestre 2024 (MM. Nicolas REVEL et Camille DUMAS)	10
5.	Maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRE) (D ^r Sandra FOURNIER, P ^r Jean-François TIMSIT)	166
6.	L'Office de l'intégrité scientifique de l'AP-HP (P ^r Marc SAMAMA)	19
7.	Bilan carbone & présentation de l'outil <i>Carebone</i> (D ^{rs} Sonia DELAPORTE-CERCEAU et M. Patrick LÉGLISE, M ^{mes} Cécile KLINGUER et Inès DE MAISONCELLE)	22
8.	Priorité de la direction des services numériques (M. Raphaël BEAUFRET)	25
9.	Questions diverses	29

CME du mardi 14 mai 2024

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 9 avril 2024
3. Avis sur des protocoles de coopération (P^r Agnès HARTEMANN)
4. Point budgétaire : capacitaire, activité et recettes au 1^{er} trimestre 2024 (MM. Nicolas REVEL et Camille DUMAS)
5. Maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRE) (D^r Sandra FOURNIER, P^r Jean-François TIMSIT)
6. L'office de l'intégrité scientifique de l'AP-HP (P^r Marc SAMAMA)
7. Bilan carbone & présentation de l'outil *Carebone* (D^{rs} Sonia CERCEAU-DELAPORTE et Patrick LÉGLISE, M^{me} Cécile KLINGUER)
8. Priorités de la direction des services numériques (DSN) (M. Raphaël BEAUFRET)
9. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	Béatrix	BARRY	P ^r	Jean-Marie	JOUANNIC
P ^r	Anne-Sophie	BATS	D ^r	Juliette	KAVAFYAN- LASSERRE
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Hawa	KEITA-MEYER
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Karine	LACOMBE
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	M.	Nicolas-Marc	MALAUSSÉ
P ^r	Pierre-Yves	BRILLET	P ^r	Xavier	MARIETTE
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Fabienne	MARTEAU
D ^r	Marina	CHARBIT	M ^{me}	Margot	MARTINEZ
D ^r	Cyril	CHARRON	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
P ^r	Anne	COUVELARD	D ^r	Olivier	MILLERON
D ^r	Tristan	CUDENNEC	M ^{me}	Déborah	MONTMEAT
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	D ^r	Nicolas	OBTEL
P ^r	Nicolas	DE ROUX	D ^r	David	OSMAN
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r	Antoine	PELISSOLO
P ^r	Marie-Hélène	DELFAU-LARUE	P ^r	Claire	POYART
M ^{me}	Agathe	DELORME	P ^r	Jean-Damien	RICARD
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	Cécile	ROTENBERG
D ^r	Thierry	FAILLOT	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Julien	FONSART	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Estelle	GANDJBAKHCH	P ^r	Marc	SAMAMA
P ^r	Sophie	GEORGIN-LAVIALLE	P ^r	Nathalie	SIAUVE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Farid	SLIMANI
M ^{me}	Ariane	GUDIN DE VALLERIN	D ^r	Jennifer	SOBOTKA
P ^r	Agnès	HARTEMANN	D ^r	Briac	THIERRY
P ^r	Sylvie	HAULON	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Jean-François	HERMIEU	D ^r	Noël	ZAHR
P ^r	Sandrine	HOUZÉ	P ^r	Marianne	ZIOL
P ^r	Nicolas	JAVAUD			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- D^r Julie ROUPRET-SERZEC, représentante des pharmaciens hospitaliers

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

- P^r Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

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

- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, directrice générale adjointe

- MM. Emmanuel RAISON, Kevin MARCOMBE, Julien GALLAUD, direction des affaires médicales (DAM)
- **Secrétariat de la CME :**
 - Mmes Émilie BAYARD et Sylvie LE GUILLOU (DAM)
- **Membres excusés :**
 - M^{me}, M., P^{rs} et D^{rs} Jean-Louis BEAUDEUX, Alexandra BENACHI, Vincent GAJDOS, Patrick HINDLET, Fabienne HUARD, Loïc MORVAN, Anne JACOLOT, Nathalie KUBIS, Patrick LÉGLISE, Laurent TEILLET, Valéry TROSINI-DESERT.

La séance s'ouvre à 15 heures sous la présidence du P^r Rémi SALOMON.

I. Séance plénière

1. Informations du président

Hommage au P^r Ramin TADAYONI

Le président rend hommage au P^r Ramin TADAYONI, chef du service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière et de la Fondation ophtalmologique Rothschild, décédé brutalement le 19 avril 2024 à l'âge de 54 ans.

Le P^r Anne COUVELARD, présidente de la CME locale du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Paris-Nord, rappelle que le P^r Ramin TADAYONI était un clinicien brillant et un homme extraordinaire, fédérateur, enthousiaste et attentionné, très soucieux de l'intérêt général. Pour lui rendre hommage, elle a demandé à deux personnes proches, aux P^{rs} Claire PAQUET, représentante médicale élue du site de Lariboisière, et Aude COUTURIER, professeur d'ophtalmologie dans son service à Lariboisière, d'écrire un texte dont elle donne lecture :

« Ramin TADAYONI était une personne rare, unique, dont la valeur était reconnue de tous. Sa valeur pour ses pairs, en tant que médecin, scientifique. Son expertise médicale et chirurgicale était internationalement reconnue, comme en témoigne son élection récente à la présidence d'EURÉTINA, mais aussi sa présence sur la scène internationale des États-Unis jusqu'au Japon ces dernières années. Toujours plein d'énergie et de projets, Ramin était un esprit brillant, une source d'inspiration constante pour tous ceux qui le connaissaient.

Ramin était un visionnaire reconnu pour sa capacité à innover et à pousser notre science vers de nouveaux sommets. Il a mené de grands projets, tels que le RHU Evired qui vise à développer un algorithme d'IA pour prédire le risque d'aggravation de la rétinopathie diabétique et la création récente de l'Institut français de la myopie. À Lariboisière, il était apprécié de tous ses collègues. Il prenait le temps d'être présent lors des réunions d'organisation, avec toujours une vision à la fois positive et pragmatique pour aborder les questions. Il ne sous-estimait pas les problèmes du quotidien hospitalier et avait su trouver un juste équilibre dans son exercice, tout en restant parfaitement intégré dans la communauté de Lariboisière. Malgré sa renommée internationale, il avait une personnalité humble et d'une grande simplicité.

Sa valeur pour le personnel de son service d'ophtalmologie : il a débuté sa carrière en service d'ophtalmologie de Lariboisière en 2000. Il est devenu professeur des universités en 2011, puis chef de service en 2014. Il est ensuite également devenu chef de service à la Fondation Rothschild en 2019. Au-delà de ses compétences professionnelles pour diriger le service, Ramin était une personne d'une immense gentillesse et bienveillance. Chaleureux, attentionné, il était très apprécié de ses équipes. Il avait mis en place des séminaires d'équipe au cours desquels, une journée par an, tous les membres du service se retrouvaient, aides-soignantes, infirmières, secrétaires, orthoptistes, médecins, pour échanger sur les activités et projets du service. Dans le service, chaque personne avait son importance, était à ses yeux d'une grande valeur pour garantir que les meilleurs soins seront apportés aux patients. Ce n'étaient pas que des mots, il le faisait ressentir à chacun d'entre nous au quotidien et nous savions tous que nous pouvions compter sur lui.

Sa valeur pour ses élèves : en tant qu'enseignant, il a su faire du service d'ophtalmologie de Lariboisière une véritable école de chirurgie vitréo-rétinienne et un haut lieu de l'enseignement de la rétine médicale. Ramin était passionné par l'enseignement et avait cette façon si unique

d'expliquer les détails, tout en sachant simplifier et donner de la hauteur et des perspectives dans chaque domaine. Chaque interne savait que, quel que soit son parcours à l'avenir, il pourrait toujours compter sur le soutien de Ramin et de sa famille de Lariboisière. Ainsi des liens forts ont perduré avec de nombreuses personnes au fil des années, de Toulouse à Strasbourg et bien d'autres villes encore.

Sa valeur pour ses patients : j'ai reçu de nombreux témoignages émus de ses patients ces dernières semaines qui avaient tant apprécié son dévouement et sa gentillesse.

Sa valeur pour ses amis : nous apprécions tous son sourire, sa façon toujours positive et très philosophique d'aborder la vie, sa grande culture dans tous les domaines, pour son honnêteté, son élégance et son humour un brin british. Échanger avec lui était toujours passionnant.

Enfin, de façon plus personnelle, ajoute le Pr Aude COUTURIER, sa valeur en tant que maître : elle précise « Il m'a donné de précieux conseils, il m'a transmis sa passion pour la recherche et il disait souvent que nous avions de la chance de faire ce travail formidable. Travailler à ses côtés a été un grand honneur, une chance inestimable. Sa lumière brillera pour toujours sur Lariboisière, sur le monde de l'ophtalmologie et dans nos cœurs. »

Une minute de silence est observée.

Accueil d'un nouveau membre de la CME

Le président accueille le D^r Fabienne MARTEAU, pharmacienne à Sainte-Périne, qui siègera dans le collège des praticiens hospitaliers non titulaires, en remplacement du Dr Julie CHOPART qui quitte l'AP-HP.

Violences sexuelles et sexistes

Le président informe la CME que deux communiqués de presse ont été publiés concernant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes : l'un par la conférence des présidents de CME de CHU et l'autre par la gouvernance de l'AP-HP. Le premier précise que : « *la conférence des présidentes et présidents de CME des CHU s'engage à appliquer un principe de tolérance zéro à l'égard de tout membre de la communauté médicale qui se rendrait coupable de manière avérée de telles violences, dans le respect des procédures juridiques* ». Le communiqué de presse de l'AP-HP a été signé par le directeur général, le doyen Bruno Riou et le président de la CME. Il s'intitule : « *L'AP-HP pleinement engagée dans la lutte contre les violences au travail* ».

Le président ajoute que des campagnes de communication seront de nouveau organisées pour que les victimes et témoins de telles violences puissent se signaler. Dans ce cas, une enquête sera réalisée et des sanctions seront adoptées, si nécessaire.

Entrepôt de données de santé

Le président rappelle que le comité scientifique et éthique de l'entrepôt de données de santé (EDS) vérifie la conformité des projets soumis tandis qu'un comité de pilotage réfléchit à l'utilisation des données au sein de l'AP-HP d'un point de vue stratégique. Il informe la CME qu'une enquête a été réalisée auprès de 110 professionnels ces derniers mois. Celle-ci a établi le constat d'une connaissance insuffisante de l'existence de l'EDS, des procédures pour l'utiliser et de sa gouvernance. Il est donc proposé de revoir la gouvernance, avec un comité de pilotage de l'EDS plus resserré et une plus grande participation de la communauté médicale.

Informations du directeur général

Le directeur général souhaite revenir sur les violences sexuelles et sexistes dont l'institution a souhaité rappeler, par la voie d'un communiqué de presse, la politique mise en place fondée sur la notion de tolérance zéro. L'AP-HP s'est dotée d'un plan sur l'égalité professionnelle depuis un an et un des piliers de ce plan porte sur la lutte contre les violences à caractère sexuel et sexiste.

Depuis trois ans, un dispositif central a été mis en place au sein de l'institution pour enregistrer les plaintes. 270 signalements ont été recensés depuis trois ans, toute forme de harcèlements confondus. Des suites sont données au niveau central à chaque nouveau signalement et/au niveau des groupes hospitalo-universitaires (GHU). Des enquêtes sont déclenchées dans les situations qui le justifient et des sanctions disciplinaires peuvent être prises à l'encontre de médecins et PU-PH. Quatre situations individuelles ont ainsi donné lieu, au cours des 12 derniers mois, à des suspensions de fonction pour des personnels hospitalo-universitaires, dans l'attente de suites disciplinaires, pour des faits de violences au travail, de harcèlement moral ou de harcèlement sexuel. Si le phénomène semble se réduire depuis quelques années, il demeure clairement encore une sous-déclaration de la réalité de ce phénomène, au sein de l'AP-HP comme ailleurs. L'ensemble de la communauté médicale doit être entendu, accompagné et sécurisé quand une situation de harcèlement est vécue.

Dans cette évolution des mentalités, il convient de revenir sur un sujet qui reste sensible au sein de l'AP-HP : celui des fresques à caractère pornographique. Un contentieux a été engagé contre l'AP-HP et fera prochainement l'objet d'une audience devant le tribunal administratif. L'AP-HP a pris clairement une position, validée en directoire : les fresques à caractère pornographique doivent être effacées ou occultées. Ceci n'a pas encore été réalisé sur tous les sites. Il est bien-sûr important que le dialogue soit noué avec les communautés, mais il faut impérativement avancer sur le sujet. Au-delà de la contrainte juridique et de l'instruction ministérielle, **le directeur général** juge fou que de telles représentations d'orgie sexuelle, comprenant parfois des scènes de violence, se trouvent encore aujourd'hui dans des salles de repos.

Le directeur général annonce par ailleurs qu'une agence de programme en recherche médicale a été créée pour porter des missions de veille, d'orientation stratégique et de programmation budgétaire. Cette agence sera portée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) mais dotée d'une gouvernance propre, distincte de sa fonction d'opérateur national de recherche. Cette gouvernance se met en place et associera de nombreuses structures, dont les CHU, au sein d'un comité des partenaires qui sera le lieu de décision. Le P^r Didier SAMUEL, président-directeur général de l'INSERM, a souhaité s'adjoindre deux vice-présidents et a demandé à M. Nicolas REVEL d'être vice-président. Le P^r Rémi SALOMON, en tant que président de la conférence des présidents de CME au plan national, siège au sein du comité des partenaires. Cette agence démarre ses travaux en travaillant à l'identification et à la proposition de nouveaux programmes d'équipements et de projets de recherche (PEPR). Il rappelle que France 2030 a déjà permis de financer six PEPR dans le champ de la santé avec des enveloppes comprises à chaque fois entre 25 et 80 M€. Le gouvernement a annoncé vouloir financer quelques nouveaux PEPR. Toutes les agences de programme doivent donc remonter des projets d'ici le mois de juillet, à raison d'environ trois propositions par agence. Une quarantaine de projets ou thématiques potentielles a été remontée par les différents acteurs de la recherche biomédicale. Le comité des partenaires s'est réuni le 13 mai 2024 pour effectuer un premier tri. Sept thématiques ont été retenues en vue de donner lieu à travail d'approfondissement puis d'être soumis à un comité scientifique. Fin juin-début juillet, l'Agence retiendra trois propositions remontées au gouvernement. Les sept champs

retenus sont les suivants : la chirurgie du futur et techniques interventionnelles, la médecine régénérative et la transplantation, les maladies rares, les maladies neurodégénératives, les maladies métaboliques, y compris dans leurs impacts cardio-vasculaires, les maladies inflammatoires, la cancérologie. Les maladies infectieuses font déjà l'objet d'un PEPR.

Par ailleurs, l'Agence se verra confier le pilotage d'un programme spécifique dédié à la recherche sur les enjeux de prévention et doté de 50 M€. Le travail d'identification et de sélection des projets susceptibles d'être financés dans ce cadre commencera rapidement pour aboutir après l'été. Les montants par projet seront inférieurs au calibrage des PEPR.

Le président précise que l'enveloppe relative à la prévention sera gérée par l'Agence de l'innovation en santé et qu'elle devrait être supérieure à 50 M€.

Le directeur général souhaite aborder le dossier du grand hôpital Nord. L'enquête publique de régularisation s'est achevée et la commission a rendu ses conclusions. L'avis rendu est favorable à la régularisation en soulignant qu'il n'existe pas d'alternative à la construction de ce grand hôpital Nord. L'avis favorable est assorti de recommandations, dont une portant sur le site complémentaire et sur la nécessité de préciser rapidement le programme hospitalier envisagé sur ce site qui doit accueillir une offre supplémentaire en termes de soins de suite et de soins de réadaptation. Aucune communication n'est intervenue puisque la cour administrative d'appel qui a commandité cette enquête publique doit auparavant audier le dossier, ce qu'elle fera avant la fin du mois de juin, mettant ainsi fin à cette procédure contentieuse.

Enfin, **le directeur général** informe la CME que pour la première fois, les résultats obtenus par le support informatique seront publiés cette semaine dans le « Sept jours à l'AP-HP ». Les résultats seront publiés trimestriellement, par GHU, en apportant des informations utiles sur la qualité du service rendu aux utilisateurs.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 9 avril 2024

Ce point est reporté.

3. Avis sur des protocoles de coopération (P^r Agnès HARTEMANN) :

Le P^r Agnès HARTEMANN donne la parole à M^{me} Nsuni MET et rappelle que ces protocoles sont présentés en CME après avoir été validés par le comité de pilotage, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSMIRT) et la collégiale. Les membres de la CME peuvent se connecter au comité de pilotage pour discuter de ces protocoles.

M^{me} Nsuni MET présente le protocole sur la consultation infirmière dans le cadre du diagnostic, du traitement et du suivi de l'amylose cardiaque pour les patients orientés dans une prise en charge d'un centre expert. Ce protocole est porté par l'équipe de Henri-Mondor, dans le service de cardiologie. Les actes dérogatoires concernent l'évaluation et l'orientation des patients atteints d'amylose cardiaque avec la prescription d'un bilan biologique, électrocardiogramme et d'un complément alimentaire si nécessaire, avec une interprétation et une conduite à tenir au regard du bilan et des résultats de l'électrocardiogramme, avec le compte rendu de consultation. Une formation théorique est proposée dans le cadre du protocole de coopération, avec un volume de 46 heures, ainsi qu'une formation pratique.

Le second protocole a déjà été soumis à la CME et concerne l'examen macroscopique des pièces d'exérèses opératoires par le technicien de laboratoire d'analyses médicales en lieu et place du médecin anatomo-pathologiste, permettant, de manière dérogatoire, au technicien de laboratoire

de réaliser ces tests. Le dispositif présenté a évolué depuis ; l'information du patient sera faite par voie d'affichage, dans le cadre d'une consultation. Le reste du protocole n'a pas été modifié, la collégiale ayant donné un avis favorable.

La CME approuve à l'unanimité des voix exprimées (8 abstentions) le protocole de coopération « consultations infirmières dans le cadre du diagnostic, du traitement et du suivi d'amyloses cardiaques de patients orientés pour une prise en charge experte du centre de référence des amyloses cardiaques ».

La CME approuve à l'unanimité le protocole de coopération « examen macroscopique des pièces d'exérèses opératoires par le technicien de laboratoire d'analyses médicales en lieu et place du médecin anatomo-pathologiste ».

4. Point budgétaire : capacitaire, activité et recettes au 1^{er} trimestre 2024 (MM. Nicolas REVEL et Camille DUMAS)

Le directeur général présente en introduction, comme lors de chaque CME, les derniers chiffres relatifs aux ressources humaines (RH). La tendance sur les infirmiers et infirmières diplômé(e)s d'État (IDE) reste positive. Les deux premiers mois présentaient un solde négatif entre les entrées et les sorties, même s'il s'était sensiblement amélioré par rapport à 2023, grâce à une forte baisse des départs. En avril, le solde devient positif pour la première fois depuis longtemps, avec 219 entrées et 132 sorties, soit un solde net de + 87. Sur la période de janvier à avril, le solde net est également positif (+ 45) alors que sur la même période, il avait été négatif de 216 en 2023. Pour les recrutements à l'été, les prévisions sont également favorables. Les contrats d'allocation d'études (CAE) signés sont, au 1^{er} mai 2024, au nombre de 944, contre 761 en 2023 à la même date, ce qui représente une progression de 40 %. S'il est possible que le rythme des signatures se soit accéléré avec des élèves infirmiers qui se positionnent plus rapidement sans attendre leur diplomation, il semble évident que le niveau des recrutements IDE sera certainement supérieur à celui de l'année 2023, année qui avait déjà enregistré un fort rebond. En 2024, le total des CAE déjà arrivés ou signés s'élève à fin avril à 1 181, contre un total de 1 209 sur toute l'année 2023. Le redressement du nombre d'IDE devrait donc être assez net.

Même si les signes d'amélioration ne sont pas encore aussi tangibles sur les autres métiers en tension, ce message positif doit être cependant nuancé à la lumière des résultats du premier trimestre. Depuis le début 2024, la progression de la masse salariale de l'AP-HP est plus forte que prévue et sans que cela ne se traduise par une contrepartie visible sur le niveau d'activité de l'AP-HP qui progresse comme attendu.

Le sujet n'est évidemment pas que la masse salariale progresse, dans la mesure où notre état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) prévoyait une croissance de la masse salariale de 3,4 %, liée à l'impact des mesures salariales 2023 qui produisent leurs effets pleins en 2024 et à l'augmentation des effectifs – avec une progression des effectifs non médicaux prévue à hauteur de 1 030 personnels supplémentaires.

Sur les trois premiers mois, le plan de recrutement sur les métiers en tension avance mieux que prévu, ce qui ne pose aucun problème car nous ne nous fixons pas de plafond en termes de recrutements. L'absentéisme se réduit encore légèrement. Paradoxalement, les dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires restent également très dynamiques, en hausse respectivement de 26 % et de 13 %. Ce dernier point constitue une première difficulté dans la mesure où nous avons prévu que l'intérim amorce en 2024 une première étape de réduction en passant d'un budget total de 130 M€ en 2023 à 110 M€ en 2024. De même, on relève une progression plus forte qu'attendu

sur les métiers dits hors tension, allant au-delà des objectifs fixés sur les métiers concernés en lien avec la réouverture des lits, l'intéressement recherche, le programme « regagner du temps ».

Si l'ensemble des moteurs de dépenses sur l'emploi ont progressé au-delà des cibles prévues pour le 1^{er} trimestre, l'activité progresse mais avec une dynamique moindre. Cette décorrélation, encore légère, doit constituer un point d'attention. Il n'est en effet pas imaginable de finir l'année sur de telles bases, au risque de ne pas tenir la trajectoire contractualisée avec l'État et qui prévoit une première marche de résorption de notre déficit fondée sur un rebond de notre activité et une masse salariale dont la progression doit elle-même être maîtrisée. Aussi, les réunions de suivi de mi-année qui se tiendront en juin avec chaque GHU devront permettre d'affiner l'analyse, probablement à la maille des services, de ce phénomène, et arrêter les mesures nécessaires pour rester sur notre trajectoire. Il est en effet fondamental de tenir nos équilibres, dans le respect de la stratégie arrêtée à travers les « 30 leviers », ce qui suppose notamment d'à la fois modérer nettement le recours à l'intérim à partir de cet été et de traduire nos bons recrutements en ouvertures capacitaires et en activité.

M. Camille DUMAS indique que les effectifs progressent, à fin avril, de 1 256 équivalents temps plein (ÉTP) non médicaux, tous métiers confondus (+ 155 ÉTP sur les métiers en tension et + 1 101 ÉTP sur les métiers « hors tension »). Pour rappel, l'ÉPRD 2024 prévoit une progression de l'emploi de 1 000 ÉTP, avec une amélioration de 370 ÉTP sur les métiers en tension, en moyenne annuelle, et de 664 ÉTP sur les métiers hors tensions. La trajectoire est respectée, contrairement aux équilibres prévus. La croissance est de 272 TP en avril 2024, avec un léger dépassement des prévisions faites avec les GHU, tirée par l'amélioration des flux d'entrées et de sorties, puisque les entrées augmentent de 5 % alors que les sorties diminuent de 24 %. L'absentéisme se stabilise à 7,8 %, contre 8 % sur la même période en 2023, année au cours de laquelle l'absentéisme a fortement diminué. Les effectifs réellement présents ont augmenté de 337 par rapport à 2023, du fait de la situation de l'emploi, mais aussi d'un recours plus important aux moyens de suppléances (+ 117 ÉTP en intérim et + 88 ÉTP sur les heures supplémentaires).

Du fait de l'augmentation de missions et des heures supplémentaires, le budget augmente fortement de 19 % (+ 26 % pour l'intérim et + 13 % pour les heures supplémentaires). Un nouveau marché d'intérim est en vigueur depuis le mois de janvier. L'état prévisionnel des dépenses et des recettes prévoyait une dynamique budgétaire sur l'intérim, avec une consommation plus forte et concentrée sur le début de l'année, puis une forte réduction sur la fin de l'année : la trajectoire estimée avec les GHU sur les effectifs, notamment les effectifs en tension, prévoyait une courbe baissière de l'effectif en début d'année, compensée par l'intérim, puis une augmentation des effectifs, en lien avec les sorties d'école et la campagne de recrutement. L'augmentation est cependant plus forte que prévue, sans être corrélée à l'augmentation de la courbe de recrutements, plus efficace que prévue. La moitié du budget d'intérim prévu pour l'année a déjà été consommée fin avril. La progression de la masse salariale était prévue à hauteur de 3,4 % : à date, un dépassement de 13 M€ est déjà observé, principalement tiré par l'intérim et le recours aux heures supplémentaires.

Fin avril 2024, le nombre de lits ouverts a progressé de 2 % et le nombre de lits occupés de 4 %, ce qui traduit l'effet de la pérennisation des réouvertures capacitaires de fin 2023. Des lits sont ouverts en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et la situation est plutôt stable sur les soins médicaux de réadaptation (SMR) et les soins de longue durée (SLD). Une progression est observée en psychiatrie. En lits occupés, la progression est plus importante avec une progression de 336 lits en MCO, 12 lits en SLD et 5 lits en psychiatrie. Le taux d'occupation s'établit à 93,6 % fin avril.

En volume de séjours, l'hospitalisation complète progresse de 2,1 % sur les quatre premiers mois, l'hospitalisation incomplète de 1,2 % et l'hospitalisation à domicile (HAD) de 5,2 %. L'augmentation du volume d'hospitalisation complète est en partie tirée par les passages aux urgences, en forte augmentation en début d'année (+ 5 %) pour 3 000 séjours supplémentaires qui viennent des urgences. L'activité de bloc opératoire progresse de 1,3 % en nombre d'interventions à fin avril.

Les recettes de la tarification à l'activité (T2A) à fin mars progressent de 1,8 % en hospitalisations complète et partielle, corrigés des jours ouvrés et des évolutions tarifaires, après prise en compte du rattrapage attendu sur le codage (exhaustivité et qualité) et de 0,5 % en consultations et soins externes. Cette progression des recettes d'hospitalisation est donc légèrement inférieure à l'augmentation en volume. L'écart par rapport aux 6,2 % s'explique par l'effet de l'augmentation des tarifs de 4,6 % au 1^{er} mars 2024, intégrant la compensation des mesures salariales réglementaires prévues dans les constructions budgétaires en dotation. Les recettes externes enregistrent une progression très limitée de 0,5 % à fin mars 2024. Les recettes sont donc plutôt stables pour les soins externes.

Le président se réjouit des bonnes nouvelles relatives aux recrutements et à la forte baisse des départs car la fidélisation constitue un point essentiel. Il souligne que le personnel infirmier recruté à l'automne a fait ses études pendant le COVID, ce qui n'est pas sans conséquence sur la qualité de la formation. En effet, il faut sans doute plus de temps pour être autonome, ce qui explique peut-être ce décalage, qui serait dès lors résorbé à l'avenir, si cette hypothèse est confirmée.

Le président estime qu'un problème risque de se poser si la masse salariale s'envole alors que l'activité ne suit pas. Dans ce cadre, trois hypothèses sont envisageables : un moindre recours des patients aux soins (particulièrement dans les déserts médicaux), une orientation des patients vers d'autres établissements de santé – ce qui requiert de savoir si les autres établissements rencontrent le même problème – ou une moindre productivité. Pour inverser la tendance, il est important de comprendre la part de chaque hypothèse.

Le directeur général juge nécessaire d'analyser plus finement la situation. Les sorties des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) de l'été 2023 ont effectivement donné lieu à des intégrations un peu plus longues qu'habituellement dans les services et les réouvertures capacitaires ne sont pas intervenues aussi rapidement que prévues. Si un problème se posait dans la qualité de la formation initiale des IDE, tous les établissements devraient cependant être concernés, ce qui n'est pas le cas puisque les autres centres hospitaliers généraux publics d'Île-de-France enregistrent depuis le début de l'année des progressions d'activité plus forte que l'AP-HP.

Le directeur général ne pense pas qu'il y ait un moindre recours aux soins. Une question se pose peut-être sur la productivité, même si ce terme n'est pas le plus pertinent. Il conviendra d'analyser les raisons, service par service, et de mener les échanges nécessaires. En restant sur une telle dynamique d'évolution de la masse salariale, sans que l'activité suive, la situation deviendrait problématique.

Le P^r Xavier MARIETTE se déclare rassuré par le rappel relatif à la répartition souhaitée des effectifs, avec un tiers pour conforter et deux tiers pour ouvrir des lits. Une conséquence positive est déjà observée sur l'amélioration de la vie au travail qui se traduit par une diminution de l'absentéisme et une augmentation de l'attractivité. Si l'activité n'augmente pas comme attendu, cela est peut-être lié à l'effet de seuil : pour ouvrir des lits, il convient effectivement de recruter une infirmière de jour, d'après-midi et de nuit, soit trois infirmières. Si les recrutements se poursuivent, l'effet de seuil pourra être dépassé et l'augmentation de l'activité suivra celle des effectifs.

Le D^r Olivier MILLERON considère que la situation commence tout juste à se stabiliser. L'activité a été davantage centrée sur l'ambulatoire du fait du manque de lits et comme les plages de consultation sont déjà bien remplies, il semble difficile d'espérer une augmentation de l'ambulatoire et des consultations. Il convient de continuer de recruter puisque les recrutements ne sont pas homogènes dans tous les services. Les difficultés de recrutement persistent dans les services qui étaient le plus déficitaires en personnels et qui restent donc peu attractifs.

Le D^r François SALACHAS se demande si l'AP-HP parvient à recruter sur les postes de nuit, facteur souvent bloquant pour ouvrir des lits. Il affirme, qu'avant d'accepter un poste, les personnels se renseignent sur les conditions d'exercice du soin (ratios de personnel non médical/lit, organisation du temps de travail, stabilité des plannings et ambiance de l'équipe mise en place par le cadre de proximité et le cadre supérieur). La question des réponses apportées et des garanties fournies vis-à-vis de ces conditions renvoie à la crédibilité des réponses apportées alors que la confiance vis-à-vis de l'employeur AP-HP n'est pas rétablie : beaucoup de travail est à attendre pour rétablir cette confiance qui sera une des clés d'un recrutement significatif.

Le P^r Agnès HARTEMANN juge nécessaire de regarder les services qui connaissent toujours des difficultés. Après la situation antérieure, les responsables veillent attentivement aux conditions d'exercice pour que les infirmières encore présentes restent en poste. Les intérimaires recrutés n'ont pas la même capacité de travail qu'une infirmière experte senior. Par ailleurs, les autres établissements recrutent peut-être du personnel plus expérimenté, en provenance de l'AP-HP. Quand une nouvelle infirmière est recrutée, elle est désormais mieux accueillie et peut bénéficier de deux mois pour s'intégrer à l'équipe. La situation est plus confortable et le bénéfice de ces actions pourrait être un peu décalé.

Le directeur général partage plusieurs éléments du diagnostic. S'il existe un risque de dépassement de la masse salariale, nous devons assumer de revenir dans l'épure de nos prévisions qui étaient fondées sur une progression forte (3,4 %). L'effet de séniorité manque effectivement peut-être dans les équipes pour avoir un fonctionnement nominal. Il convient de souhaiter que l'explication avancée d'une forme d'effet de seuil soit juste car à défaut, il deviendra difficile de maintenir un tel écart à nos objectifs dans la durée. Dans le cadre de la revoyure de mi-année, des économies peuvent être réalisées sur les achats de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) et de la direction de l'économie, des finances, des investissements et du patrimoine (DÉFIP). Il sera demandé aux GHU d'accélérer, si possible, sur les gains de performance sur la facturation, le codage et la juste prescription.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc observe qu'en sous-commission *Activité, ressources* (CAR), ces chiffres sont présentés chaque mois. Sur le capacitaire, les chiffres retrouvent les niveaux d'avant COVID en MCO, avec 10 000 lits, mais les recettes ne suivent pas. Les pistes d'amélioration concernent le virage ambulatoire, le codage et la facturation, sujets évoqués depuis longtemps. Une inquiétude existe sur la suite et sur la possibilité de réaliser le retour à l'équilibre à quatre et cinq ans. Ces plans de retour à l'équilibre sont itératifs, mais le retour à l'équilibre n'est pas observé. Pour maintenir l'AP-HP et les investissements, des solutions doivent être trouvées pour que les chiffres s'améliorent.

Le directeur général précise que le seuil des 10 000 lits ouverts n'a pas encore été atteint. Nous étions à 11 000 lits ouverts avant le COVID.

Le D^r Jean-François HERMIEU demande si l'évolution est similaire dans les services médicaux et dans les services chirurgicaux. Il souhaite par ailleurs savoir où en sont les programmes immobiliers de l'AP-HP destinés à loger le personnel paramédical ; cette solution semble constituer la meilleure

manière de conserver durablement le personnel et de lutter contre la concurrence déloyale de la province et de la région parisienne.

Le Pr Bernard GRANGER constate qu'il s'agit d'une photographie à un instant donné. Il estime qu'il faut attendre un peu pour tirer des conclusions. Il demande s'il existe une différence entre l'activité chirurgicale et l'activité médicale ainsi qu'entre les différents GHU. Enfin, concernant l'activité des autres centres hospitaliers, il convient de déterminer s'il s'agit d'un rattrapage plus rapide par rapport à l'activité pré-COVID ou d'un développement de l'activité au-delà de ce rattrapage, traduisant une progression de leur part d'activité.

Le Dr Diane BOUVRY souligne que les heures supplémentaires constituent un facteur de fidélisation du personnel, surtout quand elles sont effectuées de nuit, contrairement à l'intérim qui pose toujours problème au sein des équipes.

Le Pr Pierre-Yves BRILLET a l'impression que les heures supplémentaires diminuent tandis que l'intérim progresse.

Le directeur général observe une progression des heures supplémentaires comme de l'intérim, par rapport au premier trimestre 2023. Depuis octobre 2023, et surtout en novembre 2023, une très forte augmentation du recours à l'intérim est observée et celle-ci se poursuit en début d'année. Sur les quatre premiers mois, près de la moitié du budget annuel a été consommé.

Le directeur général considère qu'il ne faut pas confondre intérim et heures supplémentaires : si les heures supplémentaires sont raisonnables et peuvent être absorbées par les professionnels, elles sont à privilégier puisqu'elles augmentent le pouvoir d'achat de personnes qui connaissent le fonctionnement du service.

Concernant la question relative à la médecine et à la chirurgie, l'activité globale en MCO progresse de 2 % en volume de séjours, contre 1,3 % pour la chirurgie. De nombreuses sollicitations ont été faites sur les urgences, avec de nombreuses hospitalisations post-urgence, moins rémunératrices que des activités chirurgicales.

Enfin, sur le logement, **le directeur général** rappelle l'objectif fixé dans les « 30 leviers » qui consiste à loger 1 200 soignants chaque année, contre 500 ou 600 avant 2023. En 2023, 1 050 logements ont pu être fournis à des soignants, mais l'objectif de 1 200 logements devrait pouvoir être atteint en 2024 et les années suivantes puisque des accords ont été conclus avec des bailleurs et des propriétaires institutionnels. L'objectif de 1 200 logements est en cours de sécurisation pour les années 2025, 2026 et 2027. Ce point est un élément majeur de fidélisation, parmi d'autres. L'État a attribué 100 M€ à l'AP-HP sur le sujet.

Le Pr Estelle GANDJBAKHCH s'étonne des chiffres présentés et se demande où sont affectées les infirmières recrutées, puisqu'elle ne les voit pas. La chirurgie cardiaque reste en grande difficulté, avec des lits fermés et des listes d'attente qui s'allongent, avec des délais de deux à quatre mois. Le recours à l'intérim constitue la seule solution pour fonctionner. Un effet seuil existe puisque le service a des infirmières de jour, mais pas d'infirmières de nuit : de ce fait, les lits restent fermés. Un saupoudrage existe également puisque les infirmières ne sont pas suffisamment nombreuses dans un service pour rouvrir des lits et augmenter l'activité. Les chiffres présentés sont en fort décalage avec la situation observée sur le terrain qui reste catastrophique.

Le Pr Hawa KEITA-MEYER demande si les infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (IBODE) sont prises en compte dans les données présentées, constatant une forte pression. Elle rappelle que

Henri-Mondor était moins en difficulté que les autres GHU et n'a peut-être pas subi cet effet de seuil.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate effectivement une embellie dans les recrutements d'infirmières, ce qui est positif pour la suite, mais observe que tous les services ne bénéficient pas encore de ces recrutements. Si des lits sont rouverts en MCO, une diminution du nombre de lits est en revanche observée en SMR et SLD, avec 10 fermetures supplémentaires. Dans son service, il manque des infirmières, mais aussi une assistante sociale, pourtant indispensable en gériatrie, ainsi que des cadres. Il lui manque également deux médecins seniors dans son service et doit fermer des lits pendant six mois par manque de médecins. Sur les consultations d'hôpital de jour (HDJ) et comme dans l'autre SMR, deux médecins praticiens hospitaliers partent dans le privé.

Le P^r Nicolas DE ROUX observe que l'offre en biologie est plus nationale. Il entend que les consultations externes stagnent et se demande si le point n'est pas lié au solde migratoire parisien défavorable. Il se demande si les conséquences de l'aménagement du Grand-Paris ont été évaluées puisque l'AP-HP est assez centrale par rapport à l'Île-de-France et que les migrations observées de la petite vers la grande couronne peuvent impacter l'activité. Par ailleurs, la conséquence du télétravail sur l'activité de l'AP-HP n'a pas encore été évaluée. Les personnes qui travaillent chez elles vont peut-être consulter autour de leur domicile, plutôt que dans les hôpitaux parisiens. Ces questions relèvent de l'aménagement du territoire.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU relève qu'il manque, dans les blocs opératoires, des IBODE et des infirmières anesthésistes diplômées d'État (IADE), voire des médecins anesthésistes. Le problème du travail de nuit et de week-end constitue un véritable problème pour assurer la permanence des soins au sein de l'AP-HP. Les activités chirurgicales lucratives partent dans le privé, même si les personnes sont accueillies aux urgences. Il serait intéressant de mener une étude sur les urgences chirurgicales réorientées vers le privé : ces établissements ne participent pas à la permanence des soins, mais prennent en charge les patients dès le lendemain. Ces activités sont pourtant très rémunératrices.

Le Pr Jean-Marie JOUANNIC constate que les efforts institutionnels portent leur fruit pour rétablir l'attractivité de l'AP-HP et doivent être maintenus. Il convient ensuite de fidéliser le personnel : sur ce point, tout se joue à l'échelle des GHU et des départements médico-universitaires (DMU). Il cite l'exemple d'un service de son DMU, en très grande difficulté un an auparavant. Le personnel de nuit ne voulait pas passer en douze heures alors que c'était la demande du personnel de jour. Un système de rotation a été proposé par plage de quatre mois et sera probablement maintenu : ce système a fait l'objet d'un consensus dans le service. Certains collègues ont souligné l'importance de l'attractivité pour les infirmières, mais les autres métiers en tension sont essentiels (IBODE, manipulateurs en radiologie, techniciens, etc.) pour l'activité. Concernant l'organisation, des efforts doivent être accomplis, à l'échelle locale, pour travailler sur la concordance. Certains services sont pleins en début de semaine et se vident le week-end, à personnel constant. Des habitudes doivent donc être changées. Ce travail repose sur une relation parfaite entre le chef de service et ses cadres. Si une incompréhension peut exister sur ce point, ce binôme est pourtant essentiel.

Le directeur général reconnaît que les situations peuvent différer selon les services. La situation semble toutefois bien s'améliorer pour les IDE. Sur les IBODE, les sorties des promotions professionnelles n'ont pas encore été enregistrées à fin avril, ce qui fausse la comparaison entre 2023 et 2024. La situation semble toutefois stable. Les chiffres nuit/jour ne sont pas encore connus. Les GHU se sont mobilisés pour orienter les recrutements sur la nuit et des revalorisations salariales

significatives sont intervenues sur la nuit. Il convient de poursuivre le travail sur les schémas horaires qui sont un élément d'attractivité et de fidélisation clé.

Le cap et la stratégie sont maintenus. Il convient de progresser sur toute la chaîne de compétences permettant à la structure de soins de fonctionner. L'intérim est nécessaire, à court terme, mais il n'est pas normal qu'il augmente autant alors que l'absentéisme est stable et que des recrutements sont réalisés. Le directeur général a demandé aux GHU de bien regarder les commandes d'intérim, puisque certains cadres peuvent commander des missions d'intérim par anticipation, sans en avoir véritablement besoin le moment venu. Il conviendra d'analyser finement ce point. Toutes les commandes d'intérim passées dans le cadre du marché n'ont donné lieu à aucun contrôle de la direction des soins : seul l'intérim hors marché a été contrôlé. Le rationnel de chaque commande devra être étudié.

Pour les métiers en tension (infirmier, IBODE, assistante sociale, cadres et manipulateur), les recrutements seront autorisés. Sur les métiers hors tension, l'objectif fixé doit être tenu et une régulation pourrait intervenir au cours de l'année 2024.

Des réflexions peuvent effectivement intervenir sur l'impact du télétravail et les dynamiques démographiques à l'échelle régionale.

5. Maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRE) (D^r Sandra FOURNIER, P^r Jean-François TIMSIT)

Le D^r Sandra FOURNIER explique que les bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRE) sont des bactéries commensales du tube digestif, ce qui signifie que tout le monde est porteur de ces bactéries, qui à l'état sauvage sont sensibles aux antibiotiques. Il s'agit par exemple des entérobactéries comme *Escherichia coli* (*E. coli*), *Klebsiella*, etc. Leur transmission est fécale-orale, ce qui signifie qu'un patient qui acquiert l'une de ces bactéries dans un hôpital a avalé une bactérie fécale d'un autre patient. La transmission se fait par les mains des professionnels ou par le matériel qui peut être contaminé. Elle devrait pouvoir être évitée. Ces bactéries sont responsables d'infections nosocomiales et surtout d'infections communautaires (pyélonéphrites, cholécystites, etc.). Il existe donc un risque pour la population générale si la résistance à ces bactéries s'étend. Une étude récente estime que la mortalité attribuable lors de bactériémies à entérobactéries résistantes est de l'ordre de 35 %. Ces bactéries sont donc extrêmement résistantes aux antibiotiques, y compris aux antibiotiques de recours. Il s'agit presque d'une impasse thérapeutique, notamment avec les dernières enzymes de résistance qui ont un spectre de résistance encore plus large comme les NDM, voire qui sont associées entre elles. Ces gènes de résistance sont enfin extrêmement transmissibles par plasmides, avec une diffusion rapide de la résistance au sein des bactéries du microbiote.

Des mesures de contrôle sont recommandées en France par le Haut-Conseil de la santé publique. Il s'agit donc, dès le premier jour de son admission, de repérer un patient à risque, de limiter la transmission croisée en mettant les patients à risque en chambre individuelle tout en insistant sur la désinfection des mains, etc., et dépister les patients pris en charge par la même équipe pour identifier au plus vite une transmission et donc un début d'épidémie. Plus une épidémie est prise en charge tôt, moins le risque qu'elle dure dans le temps sera élevé. Cela repose sur une limitation des transferts qui a considérablement été allégée depuis la mise à jour des mesures en 2019, et autant que possible, par le regroupement des porteurs et des contacts dans des secteurs distincts avec des personnels dédiés. Il est cependant de plus en plus difficile de mettre ces secteurs en place, notamment lorsque le nombre de patients est faible.

En ce qui concerne la position de la France par rapport aux autres pays européens, la proportion de souches d'hémocultures résistantes aux glycopeptides est restée stable entre 2009 et 2022 et meilleure que d'autres. S'agissant de la proportion de souches d'entérobactéries résistantes aux carbapénèmes, la France reste en vert avec 1 % de bactéries résistantes alors que l'Espagne, l'Italie, la Grèce, etc., basculent dans des proportions beaucoup plus importantes de résistance.

À l'AP-HP, près de 1 200 nouveaux patients ont été identifiés porteurs d'une BHRE, ce qui reflète une augmentation constante depuis plus de dix ans, à l'exception de la période COVID. L'évolution de la proportion d'épidémies montre toutefois que le risque de transmission au sein des hôpitaux est limité par les mesures mises en place. En revanche, comme le nombre de cas augmente et que la proportion des épidémies est stable, le nombre d'épidémies augmente, avec 133 épidémies identifiées en 2023 et 342 cas secondaires (patients ayant acquis une BHRE au sein des hôpitaux de l'AP-HP).

La proportion de cas secondaires acquis à l'hôpital est très différente selon les mesures de prévention mises en place à l'arrivée des patients. Dans le cas d'une épidémie d'EPC VIM, les mesures de contrôle ont tardé à être mises en place, notamment la sectorisation et le regroupement des cas. Mais même dans cette situation, avec une épidémie qui a atteint 76 cas, il a été possible de contrôler la transmission, au prix cependant d'un temps assez long. Cela illustre l'importance d'identifier les patients à risque dès leur admission. Lorsqu'un cas index est isolé d'emblée, il faut quand même dépister les patients autour de lui pour identifier l'épidémie au plus tôt et en cas d'épidémie, il faut regrouper les cas.

En ce qui concerne le lien du cas index avec l'étranger, jusqu'à la période COVID, les patients nouvellement identifiés porteurs d'une entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC) avaient le plus souvent un lien avec l'étranger (hospitalisation, voyage ou résidence à l'étranger). Or, pendant les années COVID, la proportion de porteurs d'EPC n'ayant aucun lien avec l'étranger a nettement augmenté en raison de la diminution extrême des séjours à l'étranger au moment du COVID. Aujourd'hui les voyages ont repris, la nombre de patients porteurs d'une EPC ayant un lien avec l'étranger augmente, mais le nombre de patients porteurs d'une EPC n'ayant pas de lien avec l'étranger augmente également, ce qui reflète le signe d'une acquisition soit à l'hôpital soit dans la communauté.

Il n'existait jusqu'à présent que peu de données sur le nombre d'infections dans les hôpitaux de l'AP-HP. Grâce à un travail réalisé avec la direction des systèmes numériques, une requête sera disponible dans *Pilote* par exploitation des données de l'entrepôt de données de santé, pour suivre les infections à EPC. Le nombre de patients ayant une hémoculture positive à EPC a ainsi augmenté entre 2020 et 2023, avec 74 patients ayant eu une bactériémie à EPC en 2023.

Au vu de l'importance de la désinfection des mains pour éviter la transmission, le nombre de frictions hydroalcooliques a considérablement diminué depuis la crise COVID et revient à un niveau proche de celui de 2019. Ce nombre est cependant estimé très en dessous de ce qui devrait être fait, à savoir 25 frictions par patient et par jour, contre 15 actuellement.

La consommation des antibiotiques continue à augmenter alors qu'il s'agit d'un facteur de pression de sélection et que si cette consommation d'antibiotiques diminuait, les risques seraient limités.

En conclusion, le nombre de patients avec une BHRE augmente. Les mesures de contrôle sont efficaces et permettent de limiter les épidémies et les cas secondaires, mais elles sont très contraignantes, avec un suivi des dépistages des contacts très chronophage pour les équipes opérationnelles d'hygiène (ÉOH). Ces mesures ont aussi un impact sur le parcours de soins du

patient porteur. Il convient donc d'insister sur l'importance de dépister les patients à risque (patients ayant un lien avec l'étranger et contacts d'un cas). Pour limiter la transmission, il convient de renforcer la désinfection des mains par friction hydroalcoolique et de limiter les antibiotiques.

Le Pr Jean-François TIMSIT observe que ces BHRE sont responsables d'une mortalité non négligeable qui ne semble pas s'arranger. Il faudra fournir un effort global sur la friction hydroalcoolique et l'opportunité de l'hygiène des mains. La proportion de cas augmente et il conviendra d'engager quelque chose de fort et d'intense pour essayer d'améliorer la situation.

Le président souligne que l'évolution au cours des dix dernières années en Europe orientale et du Sud est préoccupante. Celle-ci est notamment liée aux mauvais usages des antibiotiques notamment par la médecine vétérinaire, même si à cet égard, la France a fait des efforts importants depuis quinze ans. La France se situe aujourd'hui plutôt parmi les pays où l'usage des antibiotiques en médecine vétérinaire est beaucoup plus vertueux qu'il ne l'était. Toutefois, cela ne se vérifie pas dans tous les pays. Il s'agit d'un problème planétaire qui impacte fortement l'organisation des services avec une charge de travail importante en cas de patient porteur de BHRE.

Le Dr Christophe TRIVALLE note que la gériatrie croule sous les alertes, parfois excessives, de cas contacts auxquels il faut faire des prélèvements sans arrêt. Il semble, en outre, que tant qu'un patient ayant été porteur n'a pas eu trois prélèvements successifs négatifs, l'alerte reste ouverte. Or, certains patients ayant été porteurs cinq ans auparavant sont toujours considérés comme positifs si l'alerte n'a pas été refermée, ce qui nécessite la mise en place de précautions et de faire de multiples prélèvements.

Le Dr David OSMAN se demande si l'AP-HP est aussi efficace que les autres acteurs. Il observe par ailleurs que cette politique est extrêmement chronophage pour les équipes opérationnelles et s'interroge sur l'existence d'outils informatiques à même de libérer les équipes opérationnelles d'hygiène de ce travail très compliqué (car manuel) d'élaboration de listes de patients contacts.

Le Dr Cyril CHARRON observe que chaque patient entrant à l'hôpital n'est pas prélevé, sauf dans certains services, et que davantage de patients n'ayant pas de facteurs de risque connus sont aujourd'hui porteurs. Il se demande s'il faut redéfinir les facteurs de risque.

Le Dr Sandra FOURNIER convient que l'écouvillon rectal peut paraître un peu agressif et signale qu'un écouvillon trempé dans les selles est tout aussi efficace. Il est vrai que la gestion des contacts est chronophage et qu'il manque de moyens informatiques pour automatiser cette gestion. De fait, les équipes d'hygiène sont obligées de vérifier que les dépistages sont faits, ce qui leur prend un temps considérable aux dépens d'autres actions de prévention des infections. Il est également envisageable de penser que les équipes s'auto-disciplinent et qu'elles dépistent elles-mêmes, plutôt que de passer du temps à vérifier que les dépistages ont été faits, d'autant que les recommandations futures seront allégées en la matière au vu du nombre.

Par ailleurs, il ne faut pas confondre une alerte posée sur un patient contact, qui peut se lever assez rapidement, et une alerte posée sur un patient qui a été identifié porteur et qui a tous les risques de rester porteur pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, surtout s'il lui est redonné un antibiotique qui aura un effet de sélection et le rendra de nouveau porteur. Les alertes sur les porteurs ne sont donc levées que si cinq dépistages négatifs ont été faits pendant une période de 1 an.

En ce qui concerne la comparaison avec les données nationales, il n'existe plus de données nationales, car Santé publique France (SPF) ne suit plus ces données et que la mission nationale « surveillance et prévention de l'antibiorésistance en établissement de santé » (SPARES) est

interrompue pour le moment. Quand ces données étaient disponibles, l'AP-HP a toujours été exemplaire et eu de meilleurs résultats que d'autres régions.

S'agissant enfin des facteurs de risque, **le D^r Sandra FOURNIER** convient qu'il était facile de repérer les patients à risque auparavant (tous ceux ayant un lien avec l'étranger), mais remarque que la situation est en train de changer. Des études épidémiologiques sont en cours à Bichat pour repérer les facteurs de risque des nouveaux patients identifiés porteurs de BHRE. Il s'agit possiblement d'une acquisition à l'hôpital qui n'a pas été repérée ou de la prise d'antibiotiques en ville. Un facteur de diffusion communautaire doit en outre probablement commencer à émerger. Il existe cependant des possibilités pour limiter la transmission à l'hôpital et il convient donc d'insister sur la désinfection des mains et sur la limitation au maximum des antibiotiques.

Le D^r Juliette KAVAFYAN-LASSERRE observe que depuis la disparition des dossiers papier, des problèmes apparaissent pour la transmission de l'information d'un service à l'autre et d'un hôpital à l'autre. De nombreux patients font l'objet de transferts hospitaliers avec le risque de transmission aux ambulanciers qui ne prennent pas de précautions ... et à d'autres patients et c'est seulement en cliquant sur le petit onglet d'*Orbis* que le personnel découvre parfois que le patient est BHRE, sans savoir nécessairement s'il est contact ou porteur et depuis quand. Il conviendrait dès lors de réfléchir à la transmission de l'information.

Le D^r Sandra FOURNIER en convient.

Le P^r Jean-François TIMSIT estime que la situation deviendra prochainement endémique et qu'un effort global sera dès lors probablement plus efficace que les dépistages, la *screening* et la prévention de la transmission croisée.

Le président s'étonne de l'absence de financement de la surveillance épidémiologique à l'échelle nationale et espère que Santé publique France (SPF) sera rapidement en mesure de reprendre une surveillance épidémiologique.

6. L'office de l'intégrité scientifique de l'AP-HP (P^r Marc SAMAMA)

Le P^r Marc SAMAMA signale qu'il a dû attendre quatre mois pour obtenir l'adresse e-mail de l'office de l'intégrité scientifique (OIS) de l'AP-HP (integrite-scientifique@aphp.fr) qui n'a toutefois pas encore reçu de correspondance pour une saisine ou une information.

L'AP-HP est juridiquement soumise à la réglementation française applicable en matière d'intégrité scientifique, en tant qu'établissement public contribuant au service public de la recherche, depuis la loi du 24 décembre 2020 (décret du 3 décembre 2021). Ces textes imposent à l'AP-HP de désigner un « référent intégrité scientifique » (RIS) (P^r Marc SAMAMA) dont les missions sont fixées par les textes (notamment la sensibilisation, la prévention et le traitement des signalements). Le RIS, à l'AP-HP, assure les missions de président de l'OIS. L'installation préfiguratrice de l'OIS de l'AP-HP s'est déroulée en avril 2022 avec la nomination des membres désignés pour trois ans à compter de janvier 2024. Les membres sont les suivants :

- Les six référents universitaires intégrité scientifique proposés par les six présidents d'université partenaires de l'AP-HP
 - P^r Catherine ADAMSBAUM
 - P^r Christian FUNCK-BRENTANO
 - P^r Frédéric LOFASO
 - P^r Émilie SBIDIAN
 - P^r Philippe BEAUNE

- P^r Laurent ZELEK
- Les trois vice-présidents recherche du directoire de l'AP-HP
 - P^r Gabriel STEG
 - P^r Tabassome SIMON
 - P^r Éric VICAUT
- Les deux représentants de la CME désignés par son président
 - P^r Sandrine HOUZÉ
 - P^r Karine LACOMBE
- La présidente du collège de déontologie de l'AP-HP
 - M^{me} Françoise TOMÉ
- La directrice de l'Office français de l'intégrité scientifique (OFIS)
 - M^{me} Stéphanie RUPHY
- La représentante de l'intégrité scientifique de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
 - M^{me} Ghislaine FILLIATREAU
- Des personnalités qualifiées
 - P^r Bruno FALISSARD
 - P^r Marc SAMAMA
 - D^r Hervé MAISONNEUVE
- Un représentant des usagers de l'AP-HP
 - M. Jacques WALCH
- Une journaliste de *France Info*
 - M^{me} Solenne LE HEN
- Une représentante de la direction des affaires juridiques (DAJ)
 - M^{me} Claire CHEDRU-BONHOMME
- Deux représentants de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI)
 - M. Serge BUREAU
 - M^{me} Lauren DEMERVILLE
- Le chargé de la mission de préfiguration de l'office
 - P^r Nicolas DANCHIN

L'OIS s'occupe de la fraude, les protocoles inappropriés, les protocoles non enregistrés, le non-respect des protocoles d'études, la dissimulation des conflits d'intérêts, le non-respect des règles d'auteur, le plagiat, la non-communication des données, la présentation biaisée des résultats, la non-publication des résultats, etc. Tous ces sujets sont à la frontière de l'éthique.

Les missions de l'office en découlent. Il s'agit de :

- contribuer à assurer la sensibilisation et la formation des professionnels au respect des exigences de l'intégrité scientifique ;
- proposer des mesures permettant que l'organisation des travaux de recherche soit menée dans le respect des exigences de l'intégrité scientifique ;
- participer à promouvoir la diffusion des publications en accès ouvert et la mise à disposition des méthodes et protocoles, des données et des codes sources associés aux résultats de la recherche afin d'en garantir la traçabilité et la reproductibilité, dans le respect de la réglementation applicable ;
- inciter à la publication des résultats de recherche y compris des résultats dits « négatifs » ;

- participer à la prévention des manquements à ces exigences et favoriser la détection de ces manquements ;
- contribuer, sur sollicitation du président, au traitement des signalements.

La direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) assure le secrétariat de l'OIS de l'AP-HP. Le président de l'office est nommé par le directeur général. Il est également le référent intégrité scientifique (RIS) nommé par le directeur de l'établissement. L'office tient quatre réunions plénières par an, dont une en présentiel au siège de l'AP-HP. Le travail se fait en groupes de travail thématiques et un rapport sur les actions entreprises doit être communiqué à l'Office français de l'intégrité scientifique tous les deux ans.

Les membres de l'OIS sont tenus au secret professionnel et soumis à une obligation de confidentialité. Ils ne peuvent faire état de façon nominative des situations individuelles dont ils ont connaissance dans le cadre de leurs attributions ni prendre de position publique, à titre personnel, concernant l'activité de l'OIS et les informations dont ils sont à ce titre destinataires. Les membres de l'OIS sont par ailleurs indépendants et ne peuvent recevoir ou solliciter d'ordres, de consignes ou d'instructions de la part d'aucune autorité. Si, enfin, la participation à l'OIS est susceptible de générer une situation de conflits d'intérêts, il faut en informer immédiatement le président et le membre se retire des échanges. Si cela concerne le traitement d'un signalement, le membre concerné se retire également des échanges.

S'agissant des modalités de saisine, les saisines de l'OIS sont centralisées vers une adresse unique, gérée par la DRCI et garantissant la traçabilité des demandes : integrite-scientifique@aphp.fr. Le site internet de la DRCI comprend en outre une page dédiée à l'intégrité scientifique et un lien pour une saisine via l'adresse électronique générique depuis le site internet. Tout professionnel de l'AP-HP peut saisir l'office d'une question ou signaler un manquement à l'intégrité scientifique. Le président de l'office est averti de toute saisine et décide des suites à y donner pour l'instruire. Si le signalement est réalisé ou concerne un professionnel hospitalo-universitaire, le RIS de l'université concernée est informé par le président de l'office. Le cas échéant, si le sujet le requiert, le Président de l'OIS informe le président du collège de déontologie de l'AP-HP.

Quatre webinaires ont été mis en ligne sur le site internet, sur l'introduction générale, la perception, le plagiat, les revues prédatrices, l'atorat, le suivi des études, etc. Avec l'aide du groupement interrégional pour la recherche et l'innovation (GIRCI), une centaine de quiz sera proposée fin juin sur l'intégrité scientifique, afin d'aboutir à la remise d'un certificat. Plusieurs textes ont été écrits sur l'atorat (P^r Frédéric LOFASO), le suivi des travaux promus par l'institution et de leur publication (P^r Émilie SBIDIAN), les liens d'intérêt (P^r Marc SAMAMA) et la légitimité des revues (P^r Christian FUNCK-BRENTANO). Une charte a été écrite par les membres de l'office et est en cours de validation à la direction des affaires juridiques. Enfin, un travail est en cours d'écriture sur l'*open science*, l'*open source* et l'*open data* (M. Oliver LE GALL).

L'OIS avance par ailleurs sur la Coalition pour l'avancement de l'évaluation de la recherche (*Coalition for advancing research assessment*, COARA) lancée par la Commission européenne et qui vise à modifier complètement la façon d'évaluer la recherche. Un texte a été écrit en juillet 2022, remettant en question notamment les *metrics* comme l'impact facteur ou le facteur H. Au 3 mai 2024, 724 organisations ont signé cet accord dans 49 pays, dont, en France, l'Agence nationale de recherche (ANR), le Centre national de recherche scientifique (CNRS), le Haut-Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRÈS), l'INSERM, l'Institut national du cancer (INC), ainsi que toutes les universités partenaires de l'AP-HP. Il serait dès lors logique que l'AP-HP signe également cette déclaration COARA.

L'office participe également à la liste des revues recommandables ou honorables, initiée par la conférence des doyens et le conseil national des universités (CNU) Santé et gérée par le P^r Christian FUNCK-BRENTANO. La liste, qui comprend 3 400 revues actuellement, est mise à jour tous les trois mois. Malgré cette liste, les pratiques frauduleuses des « usines à papier » (*paper mills*) et des éditeurs achetés continuent à être rapportés.

En conclusion, l'OIS comprend des pairs identifiés et indiscutables sur la thématique et doit devenir un outil connu et installé dans le paysage pour les professionnels de l'AP-HP conduisant ou participant à des activités de recherche. L'objectif consiste à ce qu'il devienne incontournable et légitime pour les chercheurs de l'AP-HP, au lieu d'être uniquement légal. Il ne doit pas être vécu comme une police de la pensée et doit promouvoir une image de service, pas d'autorité négative. Il soutient une vision moderne de la recherche avec la proposition de l'adhésion de l'AP-HP à COARA et participe à la liste nationale des revues recommandables.

Le P^r **Marc SAMAMA** exprime son inquiétude quant à l'augmentation à venir des cas d'atteinte à l'intégrité.

En réponse au président, le P^r **Marc SAMAMA** confirme que les conflits d'intérêts figurent bien dans le champ de l'office. En réponse au D^r François SALACHAS, il confirme que l'utilisation et la captation des données de santé entrent également dans le champ de compétence de l'OIS, mais que l'office est démuné en la matière et que ces sujets sont souvent très délicats. En réponse à une intervenante sur le lien avec l'INSERM dans la mesure où un certain nombre de publications de l'AP-HP sont rédigées en partenariat avec l'INSERM, il explique que l'INSERM est plutôt en avance en matière d'intégrité scientifique.

7. Bilan carbone & présentation de l'outil *Carebone* (D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU, M. Ayden TAJAHMADY, M^{mes} Cécile KLINGUER et Inès DE MAISONCELLE)

Le D^r **Sonia DELAPORTE-CERCEAU** indique que ce sujet a été engagé par le D^r Christian GUY-COICHARD et est le fruit de trois ans de travail.

M. Ayden TAJAHMADY précise que la présentation se fera à plusieurs voix par des membres du département *Transformation écologique et santé environnementale* de la direction de la stratégie et de la transformation (DST), mais reflète le travail qui a été réalisé avec de nombreuses équipes de l'AP-HP. En ce qui concerne les deux premières parties relatives à la mesure du bilan carbone de l'AP-HP pour 2022 et aux feuilles de route de décarbonation de chacun des GHU, la plupart des membres de la CME ont été associés à ces travaux dans leur GHU à l'occasion notamment des conférences stratégiques et budgétaires en début d'année. Le troisième point portera sur un outil développé avec des équipes cliniques de l'AP-HP pour faire la mesure de l'impact carbone d'un parcours de soin.

Mme Cécile KLINGUER indique que le bilan carbone constitue aujourd'hui la seule manière d'estimer l'impact de sa structure sur le dérèglement climatique en chiffrant son empreinte en termes d'émissions de gaz à effet de serre (GES). Il s'agit d'une obligation réglementaire pour toutes les personnes morales publiques de plus de 250 personnes qui doivent mettre à jour à minima tous les trois ans leur bilan carbone et le partager au grand public sur la plateforme dédiée. L'AP-HP souhaite aller plus loin et mettre à jour son bilan tous les ans pour s'engager dans une démarche de pilotage plus fréquente et plus pertinente de son empreinte. Chiffrer l'empreinte carbone permet également d'identifier les postes d'émissions principaux afin de lancer des plans de décarbonation pertinents. Le calcul des émissions de GES s'appuie sur des données d'activité (kilogrammes, kilowattheures, euros, etc.) multipliées par des facteurs d'émission dont l'unité est le kilogramme de CO₂ équivalent

par kilogramme ou kilowattheure ou euro. La difficulté consiste à chercher les données d'activité et les facteurs d'émission et d'associer le bon facteur d'émission à la bonne donnée d'activité.

Pour l'année 2022, les émissions de GES de l'AP-HP s'élèvent environ à 2 millions de tonnes de CO₂, avec une incertitude autour de 9 %, C'est une incertitude acceptable pour ce type d'exercice et cette information permet de garder en tête que cela reste des estimations. L'important est de voir l'évolution année après année à iso-périmètre. Ce bilan carbone a permis de mettre en évidence que 60 % des émissions de GES sont liés aux soins (achats de médicaments, de dispositifs médicaux, de consommables de laboratoire, de produits de soin à usage unique et de gaz médicaux). Une petite partie des émissions de GES est classiquement liée aux consommations d'énergie, une partie est liée aux déplacements et aux transports (notamment les déplacements domicile-travail des agents et les déplacements des patients et des visiteurs), une partie est liée à l'alimentation (3 %) et une partie liée à tous les autres achats (mobilier, équipements divers, services) et une partie est liée au numérique (ordinateurs, imprimantes, services numériques et stockage). Les déchets représentent quant à eux 1 % des émissions de GES et ne sont donc pas un poste significatif d'émissions de GES même s'ils représentent d'autres enjeux environnementaux (pollution, etc.)

Une analyse a été faite par type d'établissement. La répartition et le poids absolu des émissions changent considérablement selon que l'établissement est MCO ou non MCO. La répartition pour les établissements MCO est globalement similaire à celle de l'AP-HP, car ce sont eux qui portent au global la majorité des émissions de l'AP-HP. Pour tous les établissements non MCO en revanche, la part du soin est très réduite. Cela signifie que décarboner un établissement non MCO ne se fait pas de la même manière que pour un établissement MCO.

Un bilan carbone a été calculé sur l'année 2019 et sur l'année 2022 avec la même méthodologie et il en ressort une augmentation de + 6 % des émissions de GES, portée par les soins. Les autres postes (énergie, transport, déplacements, alimentation, déchets) diminuent sur la période 2019-2022, mais le poste des soins augmente. Il existe donc un double enjeu à travailler sur la décarbonation des soins, car ils représentent la majorité des émissions de GES de l'AP-HP et qu'ils portent l'augmentation des émissions de GES sur la période 2019-2022.

Il existe quelques limites méthodologiques, notamment le manque de données en matière de transport sanitaire et de déplacements professionnels (intégrés pour 2023, mais qui représentent peu d'émissions de GES). Une semi-automatisation du processus est en cours afin d'alléger la charge de travail, mais cela fera nécessairement augmenter le risque d'erreurs et de mauvaises associations entre les articles SAP et les facteurs d'émission. Enfin, il n'existe pas de facteur d'émission pour les médicaments et les produits de soin de manière générale, ce qui contraint à s'appuyer sur des ratios monétaires en kilogrammes de CO₂ par euro, ce qui signifie que les émissions d'un médicament sont considérées comme étant proportionnelles à son prix, ce qui est faux. Un outil a donc été développé, permettant de pallier ce problème en créant des facteurs d'émission par médicament ou par dispositif médical.

Une fois que ce bilan carbone a été établi, il s'agit de mettre en place une feuille de route de décarbonation. Une méthodologie a été développée au niveau de l'AP-HP pour répondre à une ambition du gouvernement qui a proposé une feuille de route de décarbonation du secteur de la santé dont l'ambition vise à diminuer de 5 % par an les émissions du secteur (comme tous les secteurs d'activité). Le secteur de la santé comprend non seulement les hôpitaux, mais également les laboratoires pharmaceutiques, la médecine de ville, etc. Pour le secteur hospitalier uniquement, cet objectif de - 5 % par an équivaut environ à - 2,5 % par an.

Un travail a été réalisé avec tous les GHU pour définir un plan d'action qui soit pertinent, adapté à leurs contraintes. À partir des actions de décarbonation fixées, les GHU se sont engagés sur un objectif, ce qui a permis d'estimer l'impact potentiel par GHU et pour l'AP-HP. Seules ont été prises en compte les actions quantifiables en termes de GES. Les actions de formation et de sensibilisation, même si elles ont un effet sur les émissions de GES, ne sont pas chiffrables et n'ont pas été intégrées. Les actions définies sont assez générales et un travail sera initié pour les préciser. Au global, l'objectif pour 2024 vise à diminuer les émissions de GES de 2,17 %.

Pour le soin, les actions doivent être précisées. Dans ce cadre, des groupes de travail ont été initiés sur la décarbonation du soin par spécialité. Des professionnels de différents établissements, de différents GHU et différents métiers (médecins, pharmaciens, aides-soignants, IBODE, techniciens de laboratoire, etc.) sont réunis pour réfléchir à des actions possibles de décarbonation, les chiffrer en termes d'émissions de GES potentielles évitées, les expérimenter dans différents services et partager les retours d'expérience entre ces services qui auront participé à cette expérimentation. L'idée consiste à mutualiser les expériences et proposer un espace de partage des bonnes pratiques.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU précise que les groupes de travail ne sont pas fermés : ils sont ouverts à toutes les spécialités et à tous les corps de métier. Le projet *Carebone* est le fruit du travail entre la commission développement durable de la CME et le département Transformation écologique et santé environnementale de la DST. L'objectif de cet outil est d'estimer l'empreinte carbone d'un parcours de soins. Plusieurs parcours pilotes ont été choisis initialement pour refléter la diversité des activités de l'AP-HP et parce qu'ils étaient plus faciles à cerner, car relativement limités : le parcours chirurgical de l'amygdalectomie et l'ethmoïdectomie pour l'adulte. L'idée était de calculer l'empreinte carbone d'une intervention ou d'une prise en charge. Un troisième parcours, celui du diabète, a ensuite été pris en compte dans le calcul. Cet outil a d'abord été conçu pour les soignants de l'AP-HP, l'ambition étant de l'élargir par la suite afin qu'il soit utilisé par tous les professionnels de santé. Il doit permettre de les aider à guider leurs décisions sur le terrain, comme, par exemple, comparer plusieurs dispositifs médicaux pour choisir le plus vertueux d'un point de vue environnemental.

M^{me} Inès DE MAISONCELLE indique que le périmètre du parcours de soins retenu dans l'outil *Carebone* prend en compte tous les actes hospitaliers (consultations, chirurgies, examens biologiques, imagerie, hospitalisation). Au sein de chacun de ces actes, plusieurs flux transverses sont pris en compte (personnel, déplacement, alimentation, énergie, médicaments, dispositifs médicaux, stérilisation, nettoyage, désinfection, blanchisserie). Les fonctions support et les immobilisations n'ont pas été prises en compte, car il n'existe pas vraiment de levier à ce sujet au niveau d'un professionnel de santé. De même, tout ce qui relève de la médecine de ville n'a pas été pris en compte dans le périmètre. En revanche, le traitement du patient après son hospitalisation est pris en compte. L'outil est un tableau *Excel* accompagné d'un guide méthodologique reprenant toutes les hypothèses et choix méthodologiques utilisés dans l'outil. L'outil *Carebone* est composé de quatre onglets de travail permettant de calculer l'empreinte carbone d'un dispositif médical, celle d'un médicament et celle d'un acte, pour ensuite calculer l'empreinte carbone d'un parcours patient.

La méthodologie utilisée dans l'outil est qualifiée d'analyse de cycle de vie simplifiée. Contrairement à une analyse de cycle de vie complète, un seul critère est mesuré dans l'outil : les émissions de GES. Les cycles de vie qui ont été modélisés dans l'outil sont des cycles de vie standardisés et simplifiés. Par exemple, sur le cycle de vie des médicaments représenté ici, les étapes sont standardisées et ont été conçues pour représenter un grand nombre de médicaments donc ne sont

pas toujours adaptées à un médicament donné. De plus, pour certaines étapes du cycle de vie, nous n'avons pas toujours accès aux données d'activité permettant d'estimer l'empreinte carbone. Par exemple, les données relatives aux consommations d'énergie pendant la production sont rarement accessibles car confidentielles. Nous avons donc proposé dans l'outil *Carebone* des hypothèses par défaut pour combler les informations non disponibles. Elles s'appuient sur des recherches et des publications afin d'essayer de proposer des estimations les plus robustes et fiables possibles. À tous ces calculs est associée une estimation de l'incertitude. Lorsque des hypothèses par défaut sont utilisées, l'incertitude augmente automatiquement dans l'outil. Enfin, une dernière limite de l'outil repose sur l'utilisation de bases de données de facteurs d'émissions uniquement publiques ou institutionnelles et donc pas nécessairement exhaustives.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU observe que cet outil est le plus performant qui existe actuellement. De nombreux projets de recherche utilisent *Carebone* au sein de différents GHU avec des spécialités aussi différentes que la chirurgie, des pneumologues, des biologistes, des pharmaciens, des services de stérilisation, etc.

Le président rappelle que la question climatique est très inquiétante. Toutefois, il estime que la capacité d'agir diminue un peu le niveau de stress et d'angoisse. Pour les acteurs du soin, cette action a un double sens, à la fois en raison de l'importance de l'impact du changement climatique sur la santé et en raison de l'empreinte carbone forte du secteur de la santé. Tous les professionnels sont donc engagés et ce sujet permet, en outre, de créer du lien entre les différents professionnels d'un hôpital. S'agissant du médicament, **le président** considère qu'il est nécessaire d'avoir davantage de transparence sur toute la chaîne de valeur et d'encourager le bon usage des médicaments car la consommation des médicaments est bien trop importante.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU précise que la calculatrice *Carebone* peut être téléchargée par tous, mais que la méthode de calcul est un peu complexe. Des cours pourraient ainsi être proposés pour s'approprier l'utilisation de *Carebone*. Des prestataires privés proposent déjà à des soignants d'utiliser *Carebone* pour calculer leur bilan carbone.

Un intervenant suggère d'imposer dans les marchés de l'AP-HP, du moins sur le parc automobile, que les camions utilisés soient électriques. Il demande par ailleurs si les bâtiments sont tous isolés.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite savoir si la plantation d'arbres permettrait de compenser le bilan carbone.

Le D^r David OSMAN demande si l'outil est utilisé par l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), dans le cadre notamment des appels d'offre.

M. Ayden TAJAHMADY répond que des critères de développement durable sont intégrés dans les marchés dans le cadre de la commande publique. Le critère de développement durable n'est cependant pas pris en compte dans l'autorisation des médicaments ni dans la fixation et leur prix. Cet outil n'a pas encore pu être utilisé dans les marchés existants et ne serait pas nécessairement l'outil le plus pertinent pour sélectionner des produits dans le cadre d'un appel d'offres de l'AGEPS. En revanche, prendre en compte des critères de développement durable dans les marchés est tout à fait envisageable et commence à se développer.

Le P^r Nathalie SIAUVE signale que les aimants des IRM seront désormais conservés.

Le directeur général note la suggestion concernant l'électrification des camions qui desservent les sites à partir de l'AGEPS.

8. Priorité de la direction des services numériques (M. Raphaël BEAUFRET)

M. Raphaël BEAUFRET constate que le numérique est en train de bouleverser le domaine de la santé comme de nombreux autres secteurs et qu'il peut aider à résoudre un certain nombre d'enjeux. Il présente cependant également des risques et des difficultés. Il faut donc construire le numérique au service de la santé, ce qui passe par des enjeux de souveraineté et par le fait de ne pas être en situation de dépendance excessive face à certains prestataires tout en faisant des choix. Il s'agit par ailleurs de développer un numérique plus soutenable du point de vue du développement durable.

Le numérique a fait des progrès remarquables à l'AP-HP en dix ans, avec notamment le déploiement d'un dossier patient informatisé unique quasiment partout (des travaux sont en cours à l'hôpital Georges-Pompidou pour faire converger la solution *DXCare* vers la solution *Orbis*). La constitution d'une véritable direction des services numériques (DSN) s'est opérée par le biais d'une centralisation et a donné lieu à la création d'un support unifié et à la structuration d'un entrepôt de données.

La DSN regroupe environ 500 professionnels au niveau central et 300 directions du système d'information (DSI) dans les GHU. Des milliers de services numériques sont pilotés par la DSN dans le domaine du système d'information (SI) clinique, mais également dans le domaine de la gestion et dans le domaine des systèmes pour les patients directement. L'un des enjeux consiste d'ailleurs à réduire le nombre de ces systèmes, car il n'est pas possible de gérer correctement un trop grand nombre de systèmes. Il existe ainsi une volonté d'unification du SI de l'AP-HP : le nombre de systèmes doit être réduit pour mieux adresser les nouveaux enjeux de transformation.

Les moyens de la DSN sont particulièrement contraints : 2 % des moyens de l'AP-HP sont consacrés au numérique, contre 8 % dans les hôpitaux américains ou 10 à 15 % dans d'autres secteurs de l'économie. Il convient donc d'apprendre à faire mieux avec moins, probablement dans une trajectoire qui, sans être drastiquement haussière, ne sera probablement pas baissière, car le numérique coûte de l'argent.

La DSN gère ses propres infrastructures numériques, avec deux centres de données (*datacenters*), un loué à la mairie de Paris à La Chapelle et l'autre loué à un groupe privé basé à Clichy. Quasiment toutes les applications se trouvent dans ces *datacenters*, à l'exception de quelques applications ponctuelles qui sont dans le cloud (la DSN essaie de travailler sur des *clouds* souverains dans la mesure du possible, même s'il faut faire quelques exceptions parfois).

La DSN gère 70 000 postes de travail, avec un critère de vétusté de sept ans pour les ordinateurs fixes et de six ans pour les ordinateurs portables, sachant que de plus en plus de personnes veulent un ordinateur portable, ce qui va à l'inverse du sens écologique, car plus vite le parc informatique est renouvelé, plus l'empreinte carbone est importante. Cependant, plus les ordinateurs sont anciens, plus ils sont lents et moins ils répondent aux critères de sécurité. Des équilibres doivent donc être trouvés et pour le moment, cet équilibre se situe à six ou sept ans. Un objectif de 0 % du parc informatique de l'AP-HP ayant une ancienneté supérieure à six ou sept ans a été fixé, cette proportion se situant aujourd'hui à 30 % et l'objectif étant d'atteindre 20 % de vétusté d'ici fin 2024.

La DSN gère un réseau avec environ 900 équipements en central et plus de 5 000 équipements en local qu'il convient de moderniser, ce qui nécessite de réaliser des travaux dans les services.

La DSN gère en outre le support unifié (*75). Si un certain nombre d'insatisfactions sont encore remontées, les chiffres corroborent une amélioration dans la dynamique.

La DSN s'inscrit dans un schéma directeur et un document a été élaboré, présentant les priorités de la DSN pour 2024, dont trois sont particulièrement importantes.

En ce qui concerne le risque cyber, des incidents dramatiques sont récemment survenus dans des hôpitaux à Cannes, Armentières, Corbeil ou Versailles. Entre le contexte géopolitique infernal et les Jeux olympiques qui approchent, la période est propice aux cyberattaques qui vont commencer à croître. Une mobilisation générale est nécessaire pour y faire face. Des exercices sont notamment organisés dans les GHU, avec des retours particulièrement utiles. Un grand exercice AP-HP est en cours de préparation pour mi-juin 2024. L'objectif consiste à s'entraîner, car les petites décisions dans les premières heures peuvent parfois être déterminantes sur le cours d'une cyberattaque. Sachant que les hôpitaux mettent parfois trois mois, voire des années à se remettre d'une cyberattaque, il est primordial de se préparer pour savoir adopter les bons réflexes dès les premières minutes ou les premières heures après une attaque. Des courriels de sensibilisation vont par ailleurs être prochainement diffusés pour rappeler un certain nombre de « cyber-gestes » importants. Récemment, un exercice de faux *phishing* a été réalisé auprès de cadres dirigeants et le taux de clics a été supérieur à 15 %. Un antivirus est par ailleurs installé sur tous les postes de l'AP-HP et sur tous les serveurs. Outre cet antivirus puissant qui permet de couper automatiquement une machine ou un serveur dès lors qu'une activité est détectée sur un poste (cela a permis d'éviter une attaque majeure aux Hospices civils de Lyon en décembre 2023), des plans de continuité et de reprise de l'activité (PCRA) métiers ont été élaborés et doivent maintenant être adaptés par les services. Par ailleurs, il convient de renforcer la sécurité technique. Enfin, l'AP-HP a un rôle régional, confié par l'ARS, pour intervenir auprès d'autres établissements cyber-attaqués dans la région, comme elle l'a fait « par sympathie » lors des précédentes crises. Un stock de postes propre a ainsi été constitué afin d'être en mesure d'en livrer un certain nombre à des établissements cyber-attaqués. La période à venir pourrait être extrêmement compliquée : le directeur de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) a expliqué que jusqu'à présent, les attaques contre les hôpitaux n'étaient pas ciblées, mais qu'elles pourraient l'être dorénavant.

En ce qui concerne la modernisation du système d'information clinique, la DSN comprend un centre de solutions applicatives (CSA) qui suit les différents applicatifs, notamment les applicatifs cliniques. Il existe d'importants enjeux sur *Orbis* avec le déploiement de modules ayant donné satisfaction dans plusieurs domaines. Au premier semestre 2024, une enquête de satisfaction *Orbis* a été menée et il en est ressorti une amélioration de la satisfaction progressive (+ 4 points). L'objectif consiste à améliorer en continu les performances d'*Orbis*. Un nouveau dossier patient informatisé (DPI) succèdera à *Orbis*, *Care4U*. L'éditeur *Dedalus* est en train de faire un certain nombre de choix technologiques qui semblent être les bons pour faire en sorte que l'AP-HP ne conserve pas un DPI basé sur des technologies obsolètes. Outre le dossier patient informatisé, d'importants enjeux existent sur les systèmes de gestion de laboratoires, avec notamment sur la création de fusion en quatre instances. Dans certains domaines, la situation est un peu plus complexe, comme pour le SI des produits de santé. Un virage important a été pris avec une nouvelle gouvernance sur les SI sur ces enjeux, impliquant étroitement la communauté des pharmaciens et l'agence générale des équipements et des produits de santé. Un autre domaine souffre aujourd'hui de difficultés, celui du codage des séjours et des actes externes, sur lesquels un travail important est en cours pour moderniser les outils. S'agissant de l'usage secondaire des données, de la réutilisation des données de soins pour la recherche, les indicateurs de pilotage et l'innovation, des réalisations très importantes sont réalisées sur les indicateurs de pilotage. Une mission d'écoute client a été lancée et plus de 130 professionnels ont été interrogés sur les améliorations à apporter sur l'entrepôt

données de santé. Une démarche de transparence a enfin été engagée sur les indicateurs de disponibilité des outils, les indicateurs de performance, les indicateurs de satisfaction et le portefeuille de projets de la DSN.

En ce qui concerne enfin la gouvernance, chaque projet dispose de sa propre gouvernance. Il existe par ailleurs des comités de pilotage transverses sur différents secteurs.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate une dépendance assez forte vis-à-vis du prestataire *Dedalus* et se demande s'il ne serait pas pertinent pour l'AP-HP d'être propriétaire de son centre de données.

M. Raphaël BEAUFRET juge important de préserver une continuité par rapport à la stratégie adoptée par l'AP-HP de choisir un dossier patient informatisé unique. Il reste encore quelques chantiers pour atteindre la maturité du dossier patient informatisé. L'éditeur *Dedalus* est une société européenne qui a effectué de nombreux rachats et est devenue un acteur majeur en matière de SI de santé en Europe. L'ambition est de construire un partenariat stratégique durable avec *Dedalus*, même si dans l'idéal, il faudrait toujours avoir deux produits du marché sur un même segment pour conserver une forme d'indépendance stratégique et de prémunir des défaillances. Quant aux centres de données, l'AP-HP loue des espaces dans un premier centre de données à la Mairie de Paris et un second à un acteur privé. Les contraintes techniques sont très fortes et il n'est pas certain que l'AP-HP soit en mesure de construire son propre centre de données, métier très spécifique. En revanche, l'AP-HP va plus loin que la majorité des acteurs, puisqu'elle gère elle-même ses serveurs (achats, installation, paramétrage, supervision, etc.), alors qu'un certain nombre d'hôpitaux français utilisent désormais l'informatique en nuage (*cloud*), y compris sur ces aspects.

Le D^r Julien FONSART signale que la satisfaction énoncée sur la montée de version système informatique de laboratoire GLIMS vers la version 9 ne correspond pas du tout au ressenti de ces utilisateurs principaux que sont les biologistes médicaux et personnels des six laboratoires de biologie médicale de l'AP-HP concernés. Il souhaite savoir où en est l'alimentation automatique de l'ENS sur les résultats de biologie médicale en compte rendus comme en données structurées, comme l'impose la loi.

Le D^r Jean-François HERMIEU souligne que la dictée numérique ou la dictée vocale n'a pas été évoquée alors qu'aujourd'hui, frapper sur un clavier ou faire frapper par les secrétaires relève d'un autre temps d'autant qu'il existe des logiciels tels que *VocalSoft* sur lequel il existe beaucoup de licences mais que personne n'utilise car ce logiciel est peu performant. Il aimerait savoir où en est la DSN sur ce sujet car il y a des essais qui sont réalisés sur d'autres produits comme *Dragon Medical* ou *Nabla*.

Le D^r François SALACHAS s'interroge sur le double système d'authentification sur le portail de l'AP-HP avec le *wi-fi* qui reste actif entre trois et vingt minutes et qui requiert de constantes reconnexion.

Le D^r David OSMAN revient sur le déploiement d'un outil permettant d'améliorer la transparence au niveau de la DSN et souhaite savoir si cet outil permettra aux équipes de voir si les demandes d'évolution d'*Orbis* sont prises en compte.

M. Raphaël BEAUFRET assure avoir conscience de l'insatisfaction liée à GLIMS même si celle-ci s'est réduite grâce aux efforts engagés, notamment dans les opérations sur la performance conduite en début d'année dans les GHU Nord et Centre. La réduction du nombre d'instances à quatre et le passage en version 10 permettra d'améliorer le service rendu, notamment en termes de performances. S'agissant de l'alimentation de « Mon espace santé » avec les comptes rendus de biologie médicale, il a fallu brancher huit instances de GLIMS et rattraper le stock des documents.

Les flux sont branchés sur la biologie externe, et viennent également de l'être sur la biologie interne, avec des exceptions (réanimation, etc.)

En revanche, l'AP-HP reste en retard sur l'alimentation à cause de taux de qualification des identités nationales de santé (INS) trop faibles. Les comptes rendus ne sont envoyés sur « Mon espace santé » que pour un patient sur deux environ, mais c'est en progression.

De nombreux médecins considèrent que la dictée vocale de *VocalSoft* fonctionne bien, mais d'autres remontent leurs insatisfactions. La réalité est complexe et il faudra retravailler cette question ensemble.

M. Raphael BEAUFRET rappelle que 10 000 bornes *wi-fi* sont installées à l'AP-HP, ce qui coûte très cher. Depuis le téléphone portable personnel, il n'est pas possible de se connecter au *wi-fi* professionnel. Il existe en revanche un *wi-fi* public/patients, accessible aux personnels également avec un code provisoire qui fonctionne pour 72 heures : il s'agit d'une infrastructure ancienne qui va être modernisée. Le besoin d'accessibilité au *wi-fi* professionnel depuis des postes personnels est toutefois bien entendu.

9. Questions diverses

Le Dr Christophe TRIVALLE souhaite qu'un point soit fait sur le PU-PH qui avait été suspendu à Henri-Mondor et qui vient d'être réintégré.

Le directeur général répond qu'il s'agit d'un chirurgien cardiaque de Henri-Mondor qui avait été suspendu par un arrêté de son prédécesseur fin juin 2022 en raison de 441 accès illégitimes à des dossiers patients non pris en charge par ce médecin et d'une détérioration de l'ambiance au sein du service qui avait conduit la CME à demander un rapport au Conseil national des universités (CNU), rapport qui avait fait apparaître une ambiance délétère dans le service, avec des faits de harcèlement imputables à ce professeur. La suspension devait s'accompagner d'une demande faite aux ministères pour confirmer la décision, ce que les ministères ont fait quelque mois plus tard. L'AP-HP a appris *a posteriori* que l'affaire avait été audenciée le 15 décembre 2023 sans que ni l'université Paris Est – Créteil (UPEC) ni l'AP-HP n'aient été appelés à présenter leurs observations. Après avoir entendu le professeur et ses témoins, l'instance a dès lors considéré qu'il n'y avait pas lieu de prendre une sanction. Les ministères ont formé recours de cette décision et la procédure est en cours. Ce recours n'est pas suspensif. Le professeur a donc été réintégré au service, il aura un accès *Orbis* et pourra faire des consultations. La question de savoir s'il pourra opérer a été posée au CNU, sachant qu'il n'opérait déjà plus avant même sa suspension. Il conviendra de rester attentif à la situation dans le service au cours des prochaines semaines.

Le Pr Jean-Damien RICARD alerte l'instance sur les refus de prise en charge des ambulances et même sur les annulations de prise en charge après un accord initial. Il s'inquiète de l'augmentation exponentielle de ces refus, notamment à l'aune des Jeux olympiques et des conditions de circulation. Des rendez-vous extrêmement importants pour les patients sont annulés de ce fait, par exemple, pour commencer une chimiothérapie. Sur le terrain, cette augmentation massive des refus de prises en charge met les services en difficulté, tant pour les rendez-vous des patients que pour les transferts des patients d'un hôpital à un autre.

Le directeur général indique qu'aujourd'hui, 11,5 % des demandes donnent lieu à un refus de prise en charge ou à un décalage de plus de deux heures, soit une augmentation significative de 31 % sur l'année 2023. En 2023, un certain espoir existait dans la mesure où un nouveau marché avait été conclu, avec une meilleure rémunération des trajets longs et une ouverture aux taxis

conventionnés. **Le directeur général** explique avoir demandé au service central des ambulances (SCA) de présenter un état des lieux, par GHU et par entreprise, pour comprendre quels transports sont les plus problématiques et pour prendre contact avec les sociétés de taxi. Une équipe travaillera sur le sujet d'ici l'été pour dresser un état des lieux et trouver des solutions. Pendant les Jeux olympiques, une crainte existe de ne pas pouvoir accéder à certains sites dans Paris *intra-muros*. Un travail est mené avec la préfecture et une communication sera adressée aux entreprises de transport sanitaire. Le nombre d'établissements impactés est très modeste.

Le Pr Catherine PAUGAM affirme que les transports sanitaires régulés auront bien accès aux voies prioritaires.

La séance est levée à 18 heures 45.