

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 24 MARS 2026**

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 21 AVRIL 2026

CME du mardi 24 mars 2026

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 24 février 2026
3. Avis sur trois protocoles de coopération :
 - « Réalisation de consultations clinico-biologiques d'hémostase par des biologistes médicaux pharmaciens en lieu et place du médecin » (P^r Rachel LEVY)
 - « Interprétation d'un holter ECG cardiaque par un infirmier diplômé d'État (IDE) en lieu et place d'un médecin cardiologue avant validation médicale définitive. » (P^r Agnès HARTEMANN)
 - « Prescriptions déléguées à un ou une IDE pour le suivi post opératoire des patients transplantés hépatiques (+/- rénaux), dans le cadre d'une prise en charge coordonnée IDE/médecin » (P^r Agnès HARTEMANN)
4. Point sur le nouveau Lariboisière (P^{rs} Anne COUVELARD, et Patrick HENRY, M. Guillaume DU CHAFFAUT et Marion BEETSCHEN)
5. Structuration de la démarche éthique à l'AP-HP (P^r Marie-France MAMZER, M^{me} Bénédicte LOMBART, D^r Jean-François ALEXANDRA)
6. Avis sur le schéma directeur numérique (M. Raphaël BEAUFRET, D^r Cyril CHARRON)
7. Dispositifs de temps protégé pour la recherche (M^{me} Sorya LANFRANCHI)
8. Plan 2026-2028 de l'AP-HP pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (M^{me} Albane TRIHAN)
9. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A (PU-PH)

- Avis sur l'intégration d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH

- Assistent à la séance :

• **Avec voix délibérative :**

P = présent, V = en visio-conférence, A = absent

			P	V	A				P	V	A
M.	Marwan	AMMAR			X	P ^r	Jean-Marie	JOUANNIC			X
P ^r	Philippe	ANRACT			X	D ^r	Juliette	KAVAFIAN-LASSERRE	X		
P ^r	Béatrix	BARRY	X			P ^r	Hawa	KEITA-MEYER			X
P ^r	Anne-Sophie	BATS	X			P ^r	Nathalie	KUBIS		X	
D ^r	Fadi	BDEOUI	X			P ^r	Karine	LACOMBE	X		
P ^r	Alexandra	BENACHI			X	D ^r	Éric	LE BIHAN		X	
D ^r	Amélie	BENBARA			X	P ^r	Éric	LE GUERN		X	
P ^r	Thomas	BLANC	X			D ^r	Patrick	LÉGLISE		X	
P ^r	Bahram	BODAGHI		X		P ^r	Rachel	LÉVY	X		
D ^r	Diane	BOUVRY				M ^{me}	Louise	LIMES			X
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU		X		M.	Nicolas-Marc	MALAUSSÉ			X
P ^r	Pierre-Yves	BRILLET	X			M.	Edan	MALLET			X
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	X			P ^r	Xavier	MARIETTE			X
P ^r	Yves-Hervé	CASTIER			X	D ^r	Fabienne	MARTEAU		X	
D ^r	Marina	CHARBIT			X	P ^r	Emmanuel	MARTINOD			X
D ^r	Cyril	CHARRON		X		D ^r	Eve	MAUBEC	X		
D ^r	Sylvain	CHOQUET			X	D ^r	Olivier	MILLERON			X
D ^r	Virginie	COINTAT		X		D ^r	Gita	MOTAMED	X		
P ^r	Anne	COUVELARD	X			D ^r	Vianney	MOURMAN			X
D ^r	Tristan	CUDENNEC			X	M.	Cédric	MWAMBA			X
M.	Arthur	DE BASTARD			X	D ^r	Nicolas	OBTEL	X		
P ^r	Loïc	DE PONTUAL			X	D ^r	David	OSMAN	X		
P ^r	Nicolas	DE ROUX		X		P ^r	Yann	PARC			X
P ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU		X		M.	Amaury	PARING	X		
P ^r	Marie-Hélène	DELFAU-LARUE		X		D ^r	Juliette	PAVIE			X
M ^{me}	Agathe	DELORME	X			P ^r	Antoine	PÉLISSOLO	X		
D ^r	Georges	ESTÉPHAN	X			D ^r	Patrick	PELLOUX			X
D ^r	Thierry	FAILLOT		X		P ^r	Claire	POYART		X	
D ^r	Julien	FONSART		X		P ^r	Jean-Damien	RICARD	X		
D ^r	Vincent	FROCHOT			X	D ^r	Nathalie	RICOME			X
P ^r	Vincent	GAJDOS	X			M.	Thibault	ROQUES	X		
P ^r	Estelle	GANDBAKHCH	X			D ^r	François	SALACHAS	X		
P ^r	Sophie	GEORGIN-LAVIALLE		X		P ^r	Rémi	SALOMON	X		
P ^r	Bertrand	GODEAU	X			P ^r	Marc	SAMAMA	X		
D ^r	Jean-Marc	GORNET			X	P ^r	Nathalie	SIAUVE	X		
P ^r	Agnès	HARTEMANN	X			P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSE	X		
D ^r	Sylvie	HAULON	X			D ^r	Jennifer	SOBOTKA			X
D ^r	Jean-François	HERMIEU		X		P ^r	Dominique	THABUT			X
P ^r	Patrick	HINDLET		X		D ^r	Briac	THIERRY			X
P ^r	Sandrine	HOUZÉ			X	P ^r	Jean-Marc	TRÉLUYER			X
M ^{me}	Fabienne	HUARD	X			D ^r	Valérie	TROSINI-DESERT			X
D ^r	Anne	JACOLOT		X		P ^r	Marianne	ZIOL			X
P ^r	Nicolas	JAVAUD	X								

• **Avec voix consultative :**

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Loïc MORVAN, président de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M^{me} Aurore BREGEON, représentante de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSMIRT)

- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
 - D^r Julie ROUPRET-SERZEC, représentante des pharmaciens hospitaliers
 - M. Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'Université Paris-Descartes
- **En qualité d'invités permanents :**
 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
 - M. Baptiste BOISSINOT, directeur adjoint de cabinet du président de la CME
- **Les représentants de l'Administration :**
 - M^{me} Laetitia BUFFET, directrice générale adjointe de l'AP-HP
 - MM. Emmanuel RAISON et Kévin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)
- **Secrétariat de la CME :** M^{mes} Sylvie LE GUILLOU et Prisca RAKOTONIAINA (DAM)
- **Invités :**
 - M. Guillaume DU CHAFFAUT, directeur du GHU APHP. Nord – Université Paris-Cité
 - M^{me} Marion BEETSCHEN, directrice de l'hôpital Lariboisière
 - P^r Patrick, responsable médical du projet du nouveau Lariboisière
 - P^r Marie-France MAMZER, , hôpital Necker-Enfants-malades
 - M^{me} Bénédicte LOMBART, cadre supérieur de santé, GHU APHP. Sorbonne université
 - M. Raphaël BEAUFRET, directeur des services numériques (DSN)
 - M^{me} Caroline GERMAIN, directrice du pôle innovation et données (DSN)
 - M^{me} Sorya LANFRANCHI, directrice-adjointe de la recherche et de l'innovation (DRCI)
 - M^{me} Albane TRIHAN, direction des ressources humaines (DRH)

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

1. Informations du président

Le président ouvre la séance en souhaitant la bienvenue au D^r Gita MOTAMED, gériatre à l'hôpital Émile-Roux, élue vice-présidente de la commission médicale d'établissement locale (CMEL) du GHU Henri-Mondor en remplacement du D^r Caroline COLAS, qui a quitté l'AP-HP.

Projet médical AP-HP

Le président informe la CME que la version du projet médical de l'AP-HP, présentée au bureau de la CME du 10 mars est en cours de relecture par les membres du bureau et les référents de la CME ayant participé aux groupes de travail. Il remercie les contributeurs et confirme que leurs observations seront intégrées autant que possible. La présentation d'une version finale du projet médical à la CME est prévue le 26 mai, au lieu du 21 avril. Au préalable, le texte du projet sera transmis aux membres de la CME pour recueillir leurs observations. Le projet médical s'inscrit dans un projet d'établissement comportant plusieurs volets, dont un projet de recherche et un projet social. L'ensemble du projet d'établissement devrait être soumis aux instances en juin.

Universitarisation du territoire francilien

Le président évoque le sujet du renouvellement des conventions hospitalo-universitaires et de l'universitarisation des territoires qui a été débattu au directoire du 17 mars. Il explique qu'il faut distinguer les conventions constitutives du CHU conclues entre l'AP-HP et chaque université de santé, les conventions d'association avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT), au nombre de 10 en grande couronne et 6 en petite couronne, et les conventions passées avec des établissements hors GHT, par exemple avec les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC). Au total, on compte 186 hospitalo-universitaires affectés dans des établissements hors AP-HP, 243 postes d'assistants partagés. Plus de 2 000 internes et 2 000 externes sont, par ailleurs, accueillis dans ces établissements hors AP-HP.

Le président rappelle l'importance de la place qu'il accorde à la dimension territoriale du projet médical et insiste sur l'importance d'une réflexion globale sur la répartition des moyens entre les hôpitaux de l'AP-HP situés en *intra-muros* et *extra-muros*, et sur la manière dont le CHU peut contribuer à l'offre territoriale de soins, notamment en grande couronne.

Le président précise que les conventions constitutives de CHU seront soumises à la CME, après avoir été présentées à la sous-commission *Territoire*, pilotée conjointement par les P^{rs} Nicolas JAVEAU et LOÏC DE PONTUAL.

Le président poursuit en faisant état de deux projets de convention-cadre, présentés aussi au directoire, qui visent à répondre aux critères d'activités requis par la réforme des autorisations des activités de soins en psychiatrie : l'un avec le groupe hospitalo-universitaire « Paris - Psychiatrie et neurosciences », l'autre avec le pôle femme-enfant de l'hôpital de la Croix Saint-Simon.

Le P^r Antoine PELUSSO estime que d'autres conventions relatives à la psychiatrie devront probablement être conclues tout en s'interrogeant sur le fait qu'elles puissent être limitées au niveau de chaque territoire. À cet effet, Il cite en exemple la signature à venir d'une convention entre le centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) et Henri-Mondor pour la pédopsychiatrie.

Assistants socio-éducatifs

Le président évoque le sujet des assistants socio-éducatifs abordé lors du même directoire. Des mesures d'attractivité, telles que les contrats d'allocation d'études et l'accès au logement, ont été mises en place pour ce métier en tension à l'AP-HP. Malgré ces mesures, et même si les effectifs ont retrouvé leur niveau d'avant la crise sanitaire après la baisse observée entre 2022 et 2023, le

turn over et le taux d'absentéisme demeurent élevés. La direction des ressources humaines travaille sur un plan d'actions spécifiques pour favoriser l'attractivité sur ces postes.

Budgets de service

Le président informe la CME qu'à la suite de la réduction du déficit de l'AP-HP en 2025, le montant moyen alloué pour les budgets de service augmentera de 2 000 à 4 000 € par service au prorata des effectifs.

Le directeur général confirme la décision d'étendre les possibilités de dépenses pour des petits travaux, l'acquisition d'équipements hôteliers, la formation ou l'organisation de séminaires. En revanche, les investissements plus importants restent exclus de ce dispositif.

Intégrité professionnelle

Le président indique avoir été auditionné par l'Agence française anti-corruption (AFA). L'audition, à laquelle il s'était fait accompagner par le P^r Marc SAMAMA au titre de ses fonctions à la tête de [l'Office-l'office](#) d'intégrité scientifique, a porté sur les mesures de prévention en matière de probité, couvrant des sujets variés comme la déontologie, les conflits d'intérêt dans le cadre des marchés publics et de l'activité libérale, les liens d'intérêt dans la prise de parole publique, l'intégrité pour les partenariats de recherche scientifique, la pertinence des actes de soins ou l'accès aux données de santé.

Cumul d'activité

Le président informe la CME qu'un groupe de travail piloté par la direction des affaires médicales a été constitué avec des membres de la CME, qu'il remercie de leur participation : les P^{rs} Sophie GEORGIN-LAVIALLE et Marc SAMAMA et les D^{rs} Vianney MOURMAN et Sylvain CHOQUET. L'objectif est de clarifier et d'actualiser le guide de la réglementation sur le cumul d'activités destiné aux personnels médicaux datant de 2017.

Office de l'intégrité scientifique (OIS)

Le président explique que le mandat, d'une durée de trois ans, des membres de l'office de l'intégrité scientifique (OIS) arrive à échéance le 31 mars. La direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) est en train de préparer son renouvellement. Outre le P^r Marc SAMAMA qui y siège en tant que personnalité qualifiée et qui le préside, le président de la CME y désigne deux représentants. Il a proposé de renouveler le P^r Karine LACOMBE, en tant que co-présidente de la sous-commission *Recherche*, et d'y participer personnellement.

Informations du directeur général

Le directeur général précise le calendrier de présentation des différentes conventions aux instances. La convention-cadre avec l'INSERM devrait être finalisée d'ici l'été. Le travail relatif aux conventions avec les six universités partenaires se poursuivra jusqu'à l'automne 2026, avec un objectif de finalisation avant la fin de l'année. S'agissant des groupes hospitaliers de territoire (GHT), le directoire souhaite clarifier la palette des modes de coopération qui ne se limitent pas aux enjeux d'universitarisation mais doivent aussi porter sur l'activité clinique. L'AP-HP prendra contact avec chacun des GHT pour évaluer les besoins de coopération.

Le directeur général présente ensuite un bilan des ressources humaines, du capacitaire, de l'activité et des finances. Il corrige une erreur communiquée précédemment sur les effectifs infirmiers de janvier 2026 : le solde était positif de 7 infirmières et infirmiers diplômés d'État (IDE) et non négatif de 45 IDE. En revanche, le mois de février 2026 affiche un solde négatif de 36 IDE, portant le bilan des deux premiers mois à - 29 IDE. Cette tendance, moins favorable que l'année précédente, s'explique par une augmentation des départs plutôt que par une baisse des recrutements. Pour les autres métiers en tension, le bilan est contrasté : déficitaire pour les manipulateurs en

électroradiologie médicale (MERM), stable pour les infirmiers de bloc opératoire (IBO), et positif pour les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH), les sages-femmes et les assistantes sociales. Il détaille ensuite la situation des assistantes sociales de l'AP-HP, confrontées à la concurrence des conseils départementaux qui proposent des conditions de recrutement plus avantageuses. Pour favoriser une meilleure attractivité du métier d'assistante sociale, l'AP-HP envisage de tester la semaine de quatre jours. Quant aux effectifs des cadres de santé, il apparaît un solde négatif (- 6 cadres), ce qui constitue néanmoins une amélioration par rapport aux années précédentes.

Sur le plan capacitaire, l'AP-HP comptait fin février 2026, 263 lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) de plus que l'année précédente à la même date. Le taux de fermeture de lits est de 9 % en MCO et 12 % en soins médicaux et de réadaptation (SMR). Le taux d'occupation en MCO, descendu en dessous de 90 %, constitue un signal d'alerte.

Concernant l'activité médicale, après un mois de janvier 2026 peu satisfaisant, on constate une amélioration pour le mois de février 2026, une activité médicale en hospitalisation complète d'un niveau conforme et une activité médicale d'hospitalisation de jour supérieure aux attentes. **Le directeur général** souligne un fait positif : l'activité de l'hospitalisation à domicile (HAD) pour adultes est en forte croissance de + 10 %, atteignant près de 900 patients par jour grâce notamment à une meilleure anticipation dans l'accompagnement des parcours de sortie d'hospitalisation.

Enfin, **le directeur général** revient sur l'activité médicale globale de l'AP-HP pour l'ensemble des hospitalisations partielles et complètes, avec une progression de 3,6 % en 2025, soit un volume légèrement inférieur à la moyenne des CHU français (+ 4,1 %). En revanche, les recettes liées à l'activité hospitalière ont augmenté (+ 4,6 %), un chiffre comparable à la moyenne nationale des autres CHU. Le déficit global des CHU devrait se réduire d'environ 100 M€, la baisse constatée pour l'AP-HP représentant environ 75 % de ce montant.

Le directeur général note que la faible réduction du déficit global des hôpitaux, malgré une activité soutenue, interroge la soutenabilité du modèle économique actuel qui a été fortement déséquilibré par l'importance des nouvelles charges sous-compensées depuis 2022 liées à l'inflation et aux revalorisations salariales. Il conclut en rappelant que l'amélioration du niveau de déficit budgétaire de l'AP-HP a permis de doubler les budgets de service.

Le Pr Jean-Damien RICARD se réjouit de l'augmentation des budgets de service et demande qu'un bilan de leur utilisation soit présenté. Il souligne des disparités importantes entre les GHU et un manque de souplesse dans le cadre de leur redistribution sur le terrain, générant de la frustration au sein des équipes médicales. Il relève également la qualité parfois insuffisante des prestations fournies par certains prestataires imposés, ce qui fragilise un dispositif pourtant destiné à valoriser les équipes. En conséquence, il plaide pour une plus grande transparence et une utilisation plus flexible de ces budgets.

Le directeur général confirme que l'élargissement du champ des dépenses a fait l'objet d'un débat en directoire. Il précise que ces budgets resteront limités aux dépenses de fonctionnement et ne pourront pas financer des investissements, notamment en raison de la charge de gestion que représentent ces micro-dépenses. S'agissant du respect des règles des marchés publics, il indique qu'il n'est pas possible de s'en affranchir même si une « micro-souplesse » est actuellement à l'étude.

Le Pr Bertrand GODEAU s'interroge sur trois points. Le premier point porte sur les disparités régionales d'activité médicale de grands CHU, comme Lyon et Marseille. Le deuxième point concerne les raisons de la répartition inégale du déficit entre les CHU (900 M€) et les hôpitaux généraux (1,4 Md€). Enfin, pour le troisième point, il commente le déficit global des hôpitaux, estimé à 2,5 Md€, le jugeant relativement faible par rapport au budget total de 110 Md€.

Le directeur général indique ne pas détenir les résultats d'activité hospitalière 2025 par CHU et confirme qu'il existe effectivement des écarts d'activité entre les CHU. S'agissant des déficits, les données provisoires de la Fédération hospitalière de France (FHF) révèlent une amélioration, plus marquée pour les CHU que pour les autres centres hospitaliers (200 M€). Enfin, il conteste l'idée selon laquelle le déficit serait anodin. Il rappelle qu'un tel niveau de déficit n'a jamais été atteint et qu'il entraîne des conséquences directes sur la capacité d'autofinancement, la trésorerie et la capacité d'investissement des établissements. Une telle situation ne peut donc être considérée comme soutenable à long terme.

Le président ajoute que le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) montre une plus grande hétérogénéité des déficits dans les établissements de petite taille. Il invite à la lecture de ce rapport, qui contient des analyses intéressantes sur la gradation des soins et la productivité médicale.

Le D^r François SALACHAS revient sur l'utilisation des budgets de service, et plaide pour qu'ils puissent financer des petits travaux, citant par exemple le montage d'une cloison. Selon lui, ce type d'intervention rapide et peu coûteuse lorsqu'elle est réalisée hors procédure appels d'offres, permettrait de créer des espaces supplémentaires pour accueillir du personnel nouvellement recruté qui ne peut être installé, faute de bureau disponible.

Le directeur général réaffirme que les travaux, même mineurs comme le déplacement d'une cloison, relèvent de l'investissement, et sont donc par conséquent hors du cadre des budgets de service. Il insiste sur le respect impératif du code des marchés publics, rappelant que s'en affranchir mettrait en péril le principe même de ces budgets, qui doivent rester flexibles mais conformes à la réglementation.

Le président souhaite la bienvenue, à M. Thibault ROQUES, interne en psychiatrie en 5^e semestre à l'hôpital Avicenne, qui remplace M^{me} Marine LOTY en tant que représentant des internes de spécialités médicales à la CME.

M. Thibault ROQUES se présente à la suite de sa nomination en tant que nouveau représentant des internes à la CME et remercie l'assemblée pour son accueil.

Le président félicite aussi le P^r Antoine PELISSOLO pour son élection comme maire-adjoint de Créteil aux élections du dimanche 22 mars.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 24 février 2026

Le compte rendu de la CME du 24 février 2026 n'ayant pas pu être produit dans le temps imparti, son approbation est reportée.

3. Avis sur trois protocoles de coopération

- **« Réalisation de consultations clinico-biologiques d'hémostase par des biologistes médicaux pharmaciens en lieu et place du médecin » (P^r Rachel LEVY)**

Le P^r Rachel LEVY présente un protocole de coopération porté par l'unité fonctionnelle (UF) d'hémostase clinique de Bichat-Beaujon. Elle rappelle que ce projet s'inscrit dans un contexte de pénurie de médecins biologistes spécialisés en hémostase, discipline à forte composante clinico-biologique, entraînant des difficultés d'accès aux consultations pour les patients. Les objectifs du protocole sont de remédier à ce manque de ressources médicales, d'assurer la pérennité de l'activité, de maintenir une offre de soins satisfaisante et de proposer une formation clinique attractive aux jeunes pharmaciens biologistes. La population concernée regroupe les adultes et enfants atteints de pathologies thrombotiques ou hémorragiques. Les délégants sont des médecins biologistes ou cliniciens expérimentés en hémostase, tandis que les délégués sont des pharmaciens biologistes titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES) de biologie médicale et d'un diplôme

universitaire (DU) d'hémostase, ayant suivi une formation théorique et pratique rigoureuse. Les actes dérogoires incluent la réalisation de consultations, l'annonce de diagnostics, la gestion de traitements anticoagulants, la prescription d'examen biologiques et d'imagerie, le renouvellement de traitements ainsi que l'inclusion de patients dans des protocoles de recherche.

Le P^r Rachel LEVY alerte ensuite les membres de la CME sur une décision récente et préoccupante du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), qui a refusé le remboursement des actes de consultation réalisés par des médecins biologistes. Cette décision, qui touche plusieurs spécialités médicales (hématologie, génétique, biologie de la reproduction), est jugée incompréhensible au regard de la pénurie de médecins et de la loi L.162-13-4 du Code de la sécurité sociale. Elle menace l'attractivité de la biologie médicale et l'équilibre financier des structures concernées. Le P^r Rachel LEVY demande l'appui de la direction afin d'évaluer juridiquement cette mesure et d'examiner les possibilités d'obtenir son annulation.

Le directeur général note cette demande et propose un échange ultérieur hors cadre de la CME.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc soulève une question sur la valorisation financière des actes délégués. Il observe que malgré le développement de la pharmacie clinique, les consultations externes réalisées par des pharmaciens, bien que codées, ne sont souvent pas facturées, ce qui entraîne un défaut de recettes pour l'établissement. Il s'interroge plus largement sur la cotation des actes lorsqu'ils sont réalisés, par délégation, par un pharmacien ou une infirmière.

Le président reconnaît la pertinence de cette interrogation, mais rappelle qu'elle dépasse le cadre de l'avis sur le protocole de coopération précédemment présenté, sur lequel il souhaite recentrer les échanges.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc répond qu'il se déclare favorable au protocole de coopération présenté précédemment.

Le P^r Virginie SIGURET-DEPASSE précise que les cohortes de patients spécifiques, telles que les personnes atteintes d'hémophilie, sont exclues du champ de prescription de médicaments dérivés du sang dans le cadre de ce protocole. Elle salue par ailleurs la qualité de la rédaction du protocole, que le P^r Marc SAMAMA a eu l'occasion de relire. Elle indique partager l'inquiétude exprimée par ses confrères, face aux récentes décisions de certaines caisses d'assurance maladie, qu'elle juge particulièrement préoccupantes pour la prise en charge des patients.

Le président rappelle que le directeur général a pris note de ce problème de remboursement et recentre le débat sur le protocole de coopération.

Le P^r Jean-Louis BEAUDEUX exprime son soutien total à ce protocole. Il ajoute que le ministère de la Santé mène actuellement une réflexion sur les consultations réalisées par les pharmaciens biologistes, à laquelle il participe. Il indique également que l'Ordre national des médecins s'est récemment prononcé en faveur du maintien de la rémunération des consultations effectuées par les médecins biologistes.

Le P^r Marie-Hélène DELFAU-LARUE demande si les heures de formation requises par la mise en place de ce protocole de coopération peuvent être effectuées durant l'internat, avant la prise de fonction en tant que praticien hospitalier.

Le P^r Virginie SIGURET-DEPASSE confirme cette possibilité, notamment par le biais de la formation spécialisée transversale (FST) en hématologie bioclinique, une filière déjà suivie par plusieurs internes chaque année.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité au protocole de coopération « Réalisation de consultations clinico-biologiques d'hémostase par des biologistes médicaux pharmaciens en lieu et place du médecin biologiste ».

- **« Interprétation d'un *holter* ECG cardiaque par un infirmier diplômé d'État (IDE) en lieu et place d'un médecin cardiologue avant validation médicale définitive. » (P^r Agnès HARTEMANN)**

Le P^r Agnès HARTEMANN présente un protocole élaboré par l'hôpital Necker et validé par les collégiales. Face à l'augmentation du nombre d'enregistrements *holters* et au manque de cardiologues, ce protocole vise à déléguer la pré-interprétation des tracés à des infirmiers. La population concernée couvre les patients de la naissance à l'âge adulte. Les délégants sont des cardiologues ou cardio-pédiatres, tandis que les délégués sont des infirmiers disposant d'au moins deux ans d'expérience en rythmologie et ayant suivi une formation spécifique. À l'aide d'un logiciel réalisant un premier classement automatique, l'infirmier vérifie et trie les événements cardiaques (fréquences, pauses, troubles de la conduction). Ce travail préparatoire permet d'alerter le cardiologue en cas d'anomalie urgente nécessitant une intervention rapide. Pour les cas médicaux non urgents, il facilite et accélère de manière significative la validation finale des résultats par le cardiologue, dont l'intervention est attendue dans un délai de 72 heures.

Le P^r Estelle GANDJBAKHCH observe que ce protocole s'inscrit dans la continuité des délégations déjà existantes en cardiologie pour la télésurveillance, le test d'effort ou l'échographie. Elle précise que les logiciels de lecture d'*holter*, désormais aidés par l'intelligence artificielle, permettent un tri des événements beaucoup plus fiable qu'auparavant.

*La CME émet un avis favorable à l'unanimité au protocole de coopération « Interprétation d'un *holter* ECG cardiaque par un infirmier diplômé d'État (IDE) en lieu et place d'un médecin cardiologue avant validation médicale définitive. »*

- **« Prescriptions déléguées à un ou une IDE pour le suivi post opératoire des patients transplantés hépatiques (+/- rénaux), dans le cadre d'une prise en charge coordonnée IDE/médecin » (P^r Agnès HARTEMANN)**

Le P^r Agnès HARTEMANN présente un protocole déposé par l'hôpital Paul-Brousse pour le suivi précoce des patients transplantés hépatiques. Il s'agit de compléter un protocole existant qui ne débute qu'à partir du sixième mois post-greffe. Dans ce nouveau cadre, un infirmier en hôpital de jour assurerait les cinq visites de suivi qui précèdent la consultation avec l'hépatologue. Les délégants sont des hépatologues spécialisés en transplantation, et les délégués sont des infirmiers expérimentés au sein de l'unité, ayant bénéficié d'une formation théorique et pratique dédiée. Le rôle de l'infirmier consiste à réaliser un premier interrogatoire, à sélectionner les bilans biologiques pertinents parmi une liste prédéfinie, à assurer l'éducation thérapeutique du patient notamment sur des problématiques telles que le diabète cortico-induit, et à recueillir les résultats. Il peut également alerter l'hépatologue en cas de situation d'urgence ou valider certaines prescriptions simples. En fin de journée, un point complet est fait avec l'hépatologue, qui valide l'ensemble des décisions.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité au protocole de coopération « Prescriptions déléguées à un ou une IDE pour le suivi post opératoire des patients transplantés hépatiques (+/- rénaux), dans le cadre d'une prise en charge coordonnée IDE/médecin. »

4. Point sur le nouveau Lariboisière (P^{rs} Anne COUVELARD et Patrick HENRY, M. Guillaume DU CHAFFAUT et M^{me} Marion BEETSCHEN)

M. Guillaume DU CHAFFAUT précise que la présentation portera sur deux points principaux : l'état d'avancement du projet, dont la mise en service est prévue dans quelques mois, et les orientations de la phase 2 du projet, qui concerne l'avenir des parties du site non intégrées au nouveau bâtiment.

Le P^r Patrick HENRY souligne l'imminence de la réception du bâtiment, prévue dans un mois, et l'accueil des premiers patients cinq mois plus tard, marquant l'aboutissement de quinze années de

travail. Il décrit l'intégration architecturale du nouveau bâtiment végétalisé, qui, malgré sa modernité, reste invisible depuis la cour historique de l'hôpital Lariboisière, conformément aux exigences des Bâtiments de France. Il rappelle les caractéristiques de l'hôpital actuel, qui compte 700 lits, dont 78 en soins critiques, et qui est associé à l'hôpital Fernand-Widal. Il souligne que l'environnement de l'hôpital Lariboisière est marqué par une grande précarité, générant des flux d'urgence très importants, avec des patients n'ayant parfois jamais consulté de médecin. Il mentionne également les spécialités de grande garde, les axes stratégiques de l'établissement, l'obtention d'un institut hospitalo-universitaire (IHU) il y a deux ans ainsi que la dynamique très soutenue de l'activité ambulatoire, qui a augmenté de 65 % depuis 2017. La reconfiguration de l'offre de soins était devenue indispensable, le site classé n'ayant pas été rénové depuis de nombreuses années. Le projet vise non seulement à moderniser l'hôpital Lariboisière, mais également à renforcer la synergie avec le futur hôpital Grand-Paris-Nord de Saint-Ouen. Il a également pour but de fluidifier les parcours de soins pour les patients, souvent dispersés en raison de l'architecture du site. Le nouveau bâtiment regroupera des secteurs d'hospitalisation et des plateaux techniques, ce qui améliorera significativement les conditions de prise en charge.

Pour conclure, le **P^r Patrick HENRY** présente un plan du site qui met en évidence le nouveau bâtiment, les ailes dédiées aux activités ambulatoires, le bâtiment Galien et les zones réservées à la phase 2 du projet.

M. Guillaume DU CHAFFAUT détaille ensuite le niveau de financement consacré à l'opération, qui constitue un investissement majeur pour l'AP-HP, appuyée d'un soutien de l'État. La première phase, en cours d'achèvement, représente 380 M€. La phase 2 du projet, consacrée au réaménagement du reste du site, dispose d'une enveloppe de 109 M€. Il met en perspective ces montants avec le projet complémentaire du campus Nord à Saint-Ouen, dont le coût actualisé s'élève à 1,341 Md€ pour le site principal et plus de 220 M€ pour le site complémentaire. Il souligne la nécessité de structurer la programmation de ces investissements de manière cohérente et complémentaire afin de répondre aux besoins de la population et d'améliorer les conditions de travail des équipes du nord de Paris.

Le P^r Patrick HENRY décrit ensuite l'agencement du nouvel hôpital, qui comportera 495 lits. Le sous-sol accueillera la pharmacie à usage intérieur (PUI), les services techniques ainsi que ceux dédiés à la stérilisation. Le rez-de-chaussée bas sera dédié aux urgences (structure mobile d'urgence et de réanimation [SMUR], service d'accueil des urgences [SAU], urgences céphalées et ORL), tandis que le rez-de-chaussée haut se concentrera sur l'ambulatoire, les admissions et les salles de naissance. Le premier étage accueillera les unités de réanimation et de soins intensifs, les deuxième et troisième étages des unités médicales, le quatrième étage des unités chirurgicales, et le cinquième étage la maternité. Enfin, le sixième étage assurera l'interface avec l'héliport.

M. Guillaume DU CHAFFAUT présente ensuite des images du nouveau bâtiment, mettant en avant la lumière naturelle dans les blocs opératoires et les palettes de couleurs choisies pour les unités d'hospitalisation. Il explique que le projet a été conçu comme un accélérateur du « plan patient » de l'AP-HP, avec des circuits optimisés, une signalétique repensée, une accessibilité renforcée pour les personnes en situation de handicap, et des espaces d'accueil et de sortie améliorés. Le confort des patients constitue une priorité, avec 88 % de chambres individuelles, toutes équipées de sanitaires. La logistique sera largement automatisée, tout comme l'évacuation des déchets. Le réseau numérique performant marquera la fin de l'usage du fax. La sécurité du site, enjeu majeur à l'hôpital Lariboisière, a été entièrement revue. Les conditions de travail du personnel sont également améliorées grâce à l'installation de lève-malades plafonniers et à la présence dans chaque unité, de chambres adaptées aux patients obèses.

Il confirme que la livraison du bâtiment est prévue pour la fin du mois d'avril 2026, permettant une installation durant l'été et un accueil des premiers patients à la fin du mois d'août 2026. Il aborde

ensuite les enjeux de la programmation des travaux de phase 2 : le nouveau bâtiment accueillant l'hospitalisation complète et les plateaux techniques, les activités ambulatoires et les bureaux médicaux resteront dans les anciens bâtiments, emportant la libération globale du bâtiment Devraigne.

La programmation des travaux de cette phase 2, définie en 2017, a dû être entièrement révisée. Les besoins en surface sont passés de 25 000 à 34 000 m², tandis que les coûts de construction ont fortement augmenté, portant le budget prévisionnel de 109 à plus de 163 M€. Parallèlement, les recettes attendues de la cession de l'hôpital Fernand-Widal ont diminué de moitié à la suite d'une modification du plan local d'urbanisme (PLU). Ainsi, face à la contrainte budgétaire, et pour tenir dans l'enveloppe qui lui était allouée dans le plan pluriannuel d'investissement de l'AP-HP, le projet a été repensé pour respecter l'enveloppe de 109 M€.

Le nouveau plan intègre la rénovation complète du bâtiment Galien destiné à accueillir les activités de rhumatologie des hôpitaux Lariboisière et Bichat, pour un coût de 55 M€ et d'autres activités d'hospitalisation à définir. La décision a été prise de conserver l'hôpital Fernand-Widal, sa cession étant moins rentable que prévu. Enfin, la partie ouest du site, notamment l'actuelle maternité (bâtiment Devraigne), fera l'objet d'une cession, et une opportunité se dessine pour construire un pôle de recherche financé par l'université et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sur le site bâtiment Viggo Petersen.

M. Guillaume DU CHAFFAUT conclut en expliquant l'articulation de cet important projet d'investissement avec le campus Nord. La conservation de Fernand-Widal réduit les besoins de construction du site complémentaire Victor Hugo à Saint-Ouen. Cependant, l'opération globale permettra un gain net de 125 lits de soins de suite et de réadaptation (SMR) pour le nord de Paris, territoire actuellement sous-doté, grâce à un transfert de lits actuellement inexploités dans le sud de Paris.

M^{me} Agathe DELORME demande si les travaux concernent uniquement la modernisation des locaux de la maternité ou s'ils prévoient également une augmentation de sa capacité. Elle rappelle que la question de la répartition de l'activité entre les différents sites du GHU Paris nord-Université Paris Cité a déjà été soulevée.

M. Guillaume DU CHAFFAUT confirme que la capacité de la maternité de Lariboisière augmentera de manière significative, passant d'environ 2 100 accouchements par an à un potentiel de 3 400 accouchements annuels. Cette évolution s'inscrit dans une stratégie globale pour le nord de Paris, en articulation avec le futur campus Nord et les maternités de type 3 des hôpitaux Louis-Mourier et Robert-Debré. Il exprime l'espoir que l'amélioration des conditions hôtelières contribuera à attirer de nouvelles parturientes, malgré la tendance actuelle de la natalité.

Le Pr Patrick HENRY ajoute que les conditions actuelles du secteur médical de la maternité sont difficiles et que le nouvel emplacement au dernier étage, avec une vue magnifique, devrait effectivement attirer davantage de patientes.

Le directeur général confirme que le nombre d'accouchements à l'hôpital Lariboisière a connu une inflexion négative au cours des douze derniers mois. Il espère que l'emménagement dans des locaux neufs permettra d'inverser cette tendance, même si les évolutions démographiques générales demeurent pour l'instant durablement défavorables.

Le D^r François SALACHAS sollicite une clarification sur la décision de maintenir des chambres doubles dans un projet d'une telle envergure.

M. Guillaume DU CHAFFAUT présente deux arguments concernant le maintien des chambres doubles : d'une part, les contraintes liées au programme de construction qui ne permettraient pas d'atteindre 100 % de chambres individuelles. D'autre part, la présence de quelques chambres

doubles est une condition nécessaire pour permettre la facturation des chambres individuelles, afin de permettre le libre choix des patients.

Le D^r François SALACHAS juge la réponse extrêmement claire. Il s'interroge sur le pourcentage des recettes hospitalières provenant de cette source de revenus.

M. Guillaume DU CHAFFAUT répond qu'il ne peut fournir des éléments de réponse pour cette question financière à l'échelle de l'AP-HP.

Le D^r Julien FONSART apporte une précision : les bâtiments historiques n'abriteront pas uniquement du tertiaire, mais continueront à héberger l'ensemble des laboratoires de biologie avec des locaux, en particulier techniques désormais insuffisants, qui nécessitent tout autant des besoins en surfaces dans le cadre de cette restructuration.

Le P^r Patrick HENRY confirme que ce point a effectivement été pris en compte et que le projet vise à améliorer les surfaces et l'organisation des laboratoires, actuellement très contraintes. Il précise que des discussions ont eu lieu avec chaque laboratoire à ce sujet.

Le P^r Virginie SIGURET-DEPASSE, déplore les conditions de travail dans les locaux en sous-sol pour les personnels concernés, souvent sans fenêtre. Tout en soulignant la qualité du projet, elle regrette qu'aucun chef de service de biologie n'ait été associé à sa conception.

Le D^r Nicolas OBTEL sollicite une estimation de la surface qui restera disponible en 2032, lorsque le transfert de la rhumatologie et les projets de recherche seront achevés. Il interroge également sur le taux d'occupation de la surface globale.

M. Guillaume DU CHAFFAUT explique qu'il serait prématuré de communiquer un chiffre précis, car la réponse dépendra de l'agencement final des différents secteurs d'activité médicale. Il estime qu'il restera probablement une petite surface disponible, mais la priorité est de réorganiser les moyens de fonctionnement et de permettre la croissance des activités, notamment dans le secteur ambulatoire, qui sont aujourd'hui contraintes par le manque de place.

Le P^r Patrick HENRY ajoute que le départ de l'hôpital Bichat rend l'évolution de la population locale incertaine. Il préconise la prudence et suggère de ne pas se précipiter pour vendre l'ancien pavillon de la maternité, car de nouveaux besoins pourraient émerger. La question de l'adéquation de la capacité d'accueil à l'horizon 2032 reste donc entière.

Le directeur général rappelle que le plan de financement de l'opération repose sur des recettes de cessions immobilières. Le bâtiment de l'actuelle maternité est désormais pressenti pour être vendu. Il ajoute que le financement du projet de bâtiment de recherche n'est pas encore assuré, ce qui constitue une autre incertitude. Il est donc possible qu'à terme, l'AP-HP dispose à la fois de produits de cession et de quelques espaces disponibles.

La P^{re} Anne COUVELARD formule une remarque sur le regroupement des activités. Elle rappelle que le projet initial, qui prévoyait de transférer tous les lits de SMR à l'hôpital Nord, était jugé peu pratique en raison de l'éloignement. Elle estime donc que la nouvelle proposition, qui permet de conserver des lits de SMR à proximité de l'hôpital Lariboisière, constitue un gain de confort appréciable, tant pour les médecins que pour les patients.

Le P^r Patrick HENRY abonde dans ce sens, affirmant que ce sentiment est partagé par l'ensemble de la communauté médicale locale. Il évoque une excellente nouvelle pour les patients nécessitant des besoins sanitaires en service de soins de suite ou de longue durée.

Le D^r Nicolas OBTEL demande si, compte tenu de la proximité des lignes ferroviaires de la gare du Nord et de l'*Eurostar*, il a été envisagé d'utiliser les mètres carrés qui pourraient rester disponibles en 2032 pour créer un incubateur de *start-up* en santé, dont les locaux pourraient être loués. Il

poursuit sa réflexion en suggérant l'utilisation des locaux qui seront disponibles à Fernand-Widal ou à Lariboisière.

Le directeur général répond par la négative. Il indique que, sur le site de l'hôpital Fernand-Widal, les espaces libérés par les transferts vers le bâtiment Galien seront probablement utilisés pour développer l'offre de soins en fonction des besoins du territoire. Sur le site de l'hôpital Lariboisière, entre les besoins de la recherche et ceux des activités médicales, il ne restera que peu de mètres carrés disponibles. Par ailleurs, il rappelle que l'AP-HP développe déjà un projet d'incubateur de grande envergure à l'Hôtel-Dieu, sur 9 000 m² avec l'opérateur *Biolabs*, dans un lieu qu'il juge beaucoup plus attractif pour des *start-up* que les hôpitaux Lariboisière ou Fernand-Widal.

Le président remercie les intervenants pour leur présentation et s'engage à être présent lors de l'inauguration du nouveau bâtiment.

5. Structuration de la démarche éthique à l'AP-HP (P^r Marie-France MAMZER, M^{me} Bénédicte LOMBART)

Le P^r Marie-France MAMZER présente un projet de structuration institutionnelle de la démarche éthique à l'AP-HP, issu d'un travail mené sur deux ans. Cette démarche fait suite à la désorganisation causée par la crise COVID, qui a rendu inopérante la précédente « commission d'orientation de la démarche éthique (CODE) ». Des enquêtes conduites en 2023 ont mis en évidence une forte hétérogénéité entre les comités d'éthique locaux, un manque de moyens et une insuffisance de coordination entre eux. Ces enquêtes ont également révélé un besoin marqué de clarification et de redynamisation de ces structures, exprimé tant par les soignants que par les usagers. Par ailleurs, l'éthique dans le domaine de la recherche n'a pas été intégrée dans cette étude.

Le P^r Marie-France MAMZER présente ensuite le projet qui s'articule autour de trois axes : l'organisation, la communication et la formation. La proposition centrale est une structuration en trois niveaux, une organisation familière à l'AP-HP. L'accent est mis sur le niveau local avec la création de comités locaux d'éthique (CLÉ) sur chaque site. Ces CLÉ, intégrés à la gouvernance locale, conserveront une indépendance fonctionnelle. Il est recommandé que ces structures soient animées par un binôme médecin – non-médecin pour favoriser la parité et le partage des réflexions. Pour assurer leur pérennité, il est jugé important d'allouer du temps dédié aux professionnels qui s'y engagent. L'objectif est de favoriser un questionnement éthique concret et de terrain, en articulation avec la commission des usagers (CDU) et les autres comités existants.

Un échelon au niveau des groupes hospitalo-universitaires (GHU) est prévu afin d'impulser la dynamique et d'assurer la coordination, notamment grâce à l'allocation d'un mi-temps par GHU. Ce niveau intermédiaire pourra également se substituer à un CLÉ en cas de défaillance, garantissant ainsi la continuité de la démarche éthique au niveau central de l'AP-HP. Au niveau central, un centre d'appui à la réflexion éthique (CARE) sera créé. Pilotée par la direction générale et présidée par la CME locale, sa composition assurera la représentation de tous les CLÉ. Ses missions incluront le pilotage global de la démarche éthique, la diffusion de recommandations déontologiques, la liaison avec les instances nationales comme le comité consultative national d'éthique (CCNE), et le soutien à la formation aux règles déontologiques. Ce dispositif vise à promouvoir une éthique située et partagée, en s'appuyant sur l'existant et en renforçant la transparence institutionnelle, sans imposer un modèle unique. La communication autour de cette nouvelle organisation sera assurée par divers canaux, et un effort particulier sera également consacré à la formation des référents déontologiques.

Le P^r Marie-France MAMZER ajoute que la participation des représentants des usagers sera modulée en fonction des spécificités de chaque site, certains exprimant une demande plus forte que d'autres. Quoi qu'il en soit, elle confirme que l'implication des représentants des usagers est garantie au niveau des GHU et au niveau du siège de l'AP-HP. Concernant la communication, des outils « clés

en main » sont déjà disponibles pour accompagner le déploiement de ce nouveau dispositif. S'agissant de la formation, en complément des formations diplômantes, il est proposé de maintenir des formations internes, d'organiser des journées annuelles dédiées aux référents, et de développer des modules courts et accessibles, en collaboration avec l'Espace de réflexion éthique d'Île-de-France (ERÎF) et la chaire de philosophie de l'AP-HP à l'Hôtel-Dieu.

Le Pr Bertrand GODEAU s'interroge sur l'utilité concrète de ces comités d'éthique. Il indique que des lois relatives à des règles déontologiques s'appliquent pour des situations comme le refus ou la limitation de soins. Il ne discerne pas clairement le rôle de ces structures au-delà de veiller au respect de la loi. Il sollicite par conséquent des exemples concrets.

Le Pr Marie-France MAMZER répond que le rôle d'un comité d'éthique n'est pas de faire appliquer la loi, mais de favoriser des échanges face à des situations complexes qui mettent les professionnels médicaux en difficulté. Elle cite l'exemple d'un refus par une famille d'accepter une limitation de traitements médicaux, jugée par l'équipe médicale comme une obstination déraisonnable. Dans un tel cas, se contenter d'appliquer la loi en arrêtant les traitements contre l'avis des proches est déraisonnable et cause des difficultés pour les soignants. Les comités d'éthique permettent une discussion argumentée qui, tout en s'appuyant sur le cadre légal, prend en compte les dimensions humaines et relationnelles. Elle souligne que ces discussions peuvent également porter sur l'aspect temporel et qu'il peut être décidé que le moment n'est pas approprié pour appliquer la loi.

M. Thibault ROQUES souligne que les internes sont souvent en première ligne face à des situations éthiques difficiles. Il s'interroge sur la possibilité pour les internes de recourir à ces nouvelles structures, sur les modalités de leur saisie éventuelle, ainsi que sur la manière de leur présenter l'intérêt et la valeur ajoutée de cette démarche.

M^{me} Bénédicte LOMBART confirme que ces instances ont vocation à aider tous les professionnels, en particulier ceux qui sont au plus près des questionnements, comme les internes. L'objectif du projet est justement d'accroître la transparence de ce dispositif en mettant en place des référents locaux identifiés sur chaque site. Elle reconnaît la nécessité d'améliorer la communication pour faire mieux connaître la cellule éthique afin que chaque catégorie de personnel, y compris les internes ou les aides-soignants, puisse s'approprier ces outils.

Le Pr Jean-Damien RICARD cite un exemple de situation où la loi ne régit pas tout : l'interruption médicale de grossesse pour cause psychiatrique maternelle, où le fœtus est viable. Il explique que cette situation, prévue par la loi, suscite beaucoup d'interrogations. Elle s'est produite à Louis-Mourier et a nécessité la réactivation du comité local d'éthique, parce qu'engendrant de larges discussions entre les différents professionnels concernés : sages-femmes, psychologues, psychiatres, néonatalogistes, obstétriciens et anesthésistes. Il s'interroge ensuite sur le temps médical dédié à l'éthique, sur la difficulté de trouver des moyens de financement du temps de travail et de remplacer les postes manquants (par exemple, 0,2 ou 0,3 équivalents temps plein [ÉTP]) pour se consacrer à l'animation de ces structures, que ce soit pour un médecin ou un autre professionnel.

Le Pr Marie-France MAMZER répond que l'identification des besoins n'est pas liée nécessairement au temps médical dédié à l'éthique. De manière générale, les praticiens s'organisent pour participer à des commissions d'éthique. Le temps médical dédié est important surtout pour les professionnels médicaux concernés par des sujets d'éthique et dont le besoin d'investissement est important.

Le Pr Marie-France MAMZER précise que le temps dédié vise surtout les professionnels non-médecins, dont les emplois du temps sont souvent plus rigides et qui doivent justifier de leur activité auprès de leur hiérarchie. Pour les médecins, la participation à de telles commissions s'intègre plus facilement dans l'organisation du travail. Elle ajoute qu'il n'est pas envisagé d'allouer une fraction d'ÉTP à chaque membre du comité. L'intention est plutôt que cette participation soit reconnue et mentionnée dans les fiches de poste. Le temps dédié, sous forme de mi-temps, est prévu au niveau

du GHU pour la personne chargée de la coordination et de l'animation, afin de garantir la pérennité de la structure face aux aléas du quotidien.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc s'interroge sur le lien entre cette nouvelle organisation et le centre d'éthique clinique de l'AP-HP, qui existe déjà. Il évoque des souvenirs de dissensions passées entre différents groupes d'éthique et souligne l'importance d'éviter les conflits internes

Le P^r Marie-France MAMZER explique que le centre d'éthique clinique assure des missions clairement définies avec une activité reconnue basée sur des méthodologies spécifiques, notamment la réalisation de consultations d'éthique clinique pour des cas singuliers de patients, ce qui est une activité distincte de celle des CLÉ. Les CLÉ auront un champ d'action plus large, traitant des questions éthiques liées à l'organisation, à la mise en place de dispositifs ou à la communication sur des évolutions législatives. Les deux structures sont donc complémentaires. Elle précise que le centre d'éthique clinique a été consulté et sera représenté au sein de la nouvelle instance centrale (CARE).

Le président souligne que l'éthique est un domaine où le débat, même s'il est parfois difficile ou polémique comme sur les lois de fin de vie, est indispensable. Il juge essentiel d'organiser ces espaces de concertation, de se donner le temps nécessaire et de former les acteurs pour que les débats soient les plus éclairés possible.

Le P^r Sophie BRANCHEREAU s'interroge sur l'articulation entre une activité d'éthique menée localement, au sein même de l'équipe soignante qui doit garder une certaine distanciation, et la nécessité d'une intervention extérieure, pour répondre à une question éthique concernant un patient pris en charge localement. Elle souligne qu'il peut être difficile pour les professionnels directement impliqués dans la prise en charge d'un patient de conduire une analyse éthique. Elle sollicite les membres de la CME sur ce point.

M^{me} Bénédicte LOMBART indique que les cellules éthiques locales n'interviennent pas uniquement face à des tensions liées à une situation clinique spécifique. Dans ce cadre, le centre d'éthique clinique conserve toute la pertinence de son périmètre d'intervention. Les CLÉ ont vocation à traiter des situations de terrain plus quotidiennes, qui ne sont pas forcément que cliniques. Elle cite l'exemple de la gestion de refus de soins par des patients, qui peuvent générer de la violence dans la relation avec les équipes médicales. Dans ces cas précis, le rôle du CLÉ consiste à soutenir les équipes médicales et de favoriser la réflexion collective, plutôt que de recourir à une médiation ou une décision extérieure à l'établissement.

Le P^r Marie-France MAMZER ajoute que l'objectif de ces structures vise à diffuser quotidiennement une culture de la réflexion éthique, tandis que le centre d'éthique clinique intervient dans le cadre de situations éthiques complexes.

Le P^r Sophie BRANCHEREAU établit un parallèle avec l'application des règles de laïcité, pour lesquelles les professionnels reçoivent des formations. Elle se demande si la démarche ne devrait pas passer par davantage de formation pour tous les professionnels, plutôt que par la création de postes dédiés au sein des services pour cette activité d'éthique.

Le P^r Marie-France MAMZER rappelle qu'une réflexion antérieure, menée lors la première réunion avec les représentants des comités d'éthique de l'AP-HP, avait mis en évidence la difficulté de pérenniser l'activité éthique au quotidien. Le constat porte sur l'insuffisance de développement de cette culture éthique, car elle est peu reconnue et la fonction absente des fiches de poste. Cette problématique est apparue au premier plan dans le cadre de la mission qui leur a été confiée. Elle établit un parallèle sur le défaut de reconnaissance du rôle des référents dans le domaine de l'hygiène ou de la transfusion sanguine, et s'interroge sur la pertinence de créer des postes de référents dédiés à l'éthique. L'enjeu n'est pas de dédier un faible pourcentage de temps à cette tâche, mais de leur apporter la reconnaissance sur leur utilité et leur nécessité d'intervention,

correspondant au cadre de leur mission. Elle réfute l'idée selon laquelle l'éthique se ferait au détriment du temps de soin, en rappelant que la réflexion éthique est intrinsèquement liée aux pratiques médicales. Cette dimension d'existence de cette fonction rendue plus visible permettrait de libérer la parole et de structurer un débat collectif aboutissant à des conclusions partageables et applicables.

6. Avis sur le schéma directeur numérique (M. Raphaël BEAUFRET, D^r Cyril CHARRON)

Le président rappelle que le point a déjà été présenté lors d'une sous-commission *Numérique* élargie aux membres de la CME, auprès desquels il a suscité un vif intérêt. Il demande donc à M. Raphaël BEAUFRET de faire une présentation concise et précise que l'ensemble des diapositives est disponible sur le [site de la CME](#).

M. Raphaël BEAUFRET présente les priorités annuelles du schéma directeur pour les services numériques pour les cinq années à venir. Il débute son intervention par la présentation de quatre documents. Le premier document porte sur le bilan des priorités de l'année 2025. Ce document évalue les 30 projets numériques les plus importants sur un portefeuille de plus de 300 projets, suivant des indicateurs d'avancement et des descriptions littéraires des réalisations. Un document similaire a été élaboré pour les projets numériques de l'année 2026, offrant une perspective des nouveautés dans le domaine du numérique à l'AP-HP et des chantiers spécifiques localisés sur certains GHU (exemple : volet numérique du nouveau Lariboisière, etc.) Il salue la contribution de M^{me} Caroline GERMAIN et des deux autres porteurs au nouveau schéma directeur prévu pour les quatre prochaines années, qui s'intégrera avec le plan d'établissement de l'AP-HP en cours de construction. Il mentionne également le bilan du schéma directeur précédent (2021-2025), qui souligne de nombreuses réussites et la réalisation de progrès notables du système d'information. Le document principal soumis pour avis en séance est le projet de schéma directeur des services numériques (SDSN) 2026-2030.

M. Raphaël BEAUFRET précise que son objectif n'est pas de dresser une liste exhaustive de projets à venir, mais plutôt de définir les grands enjeux stratégiques (7 axes identifiés) qui guideront les actions futures, sans que la planification en soit figée. Néanmoins, les grands programmes structurants sont mentionnés dans le schéma directeur des systèmes numériques (SDSN), comme la convergence du dossier patient informatisé vers *Care4You*[®], incluant la migration de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) depuis *DxCare*, ou encore le programme de gestion des lits. Les projets médicaux spécifiques nécessitant un appui numérique seront détaillés dans le projet médical du plan d'établissement.

M^{me} Caroline GERMAIN expose la méthode d'élaboration du schéma directeur. Une double approche a été adoptée. D'une part, un bilan du précédent schéma directeur des systèmes informatiques (SDSI) a permis de tirer des enseignements sur le fond et sur la forme, notamment en ce qui concerne l'articulation organisationnelle entre la direction des services numériques (DSN) et les directions des systèmes d'information (DSI) des GHU. D'autre part, l'analyse a intégré les enjeux géopolitiques et technico-réglementaires, en particulier le cadre européen sur la gouvernance des données de santé. À partir de cette analyse ont découlé de grandes dimensions stratégiques, qu'il s'agisse de contraintes externes à intégrer (financières, écologiques et juridiques) ou enjeux importants d'investissement pour l'AP-HP. Le processus a débuté l'été 2025 par des ateliers de filière numérique avec une soixantaine de cadres de la filière, afin d'engager une réflexion sur les évolutions du domaine numérique. Cette vision a ensuite été confrontée à celle des représentants des filières métiers, puis partagée avec les DSI de GHU pour une animation locale. Après consolidation des retours, un document de référence a été diffusé auprès d'un panel de 700 personnes. Les 25 contributions recueillies ont été intégrées. Le document final ayant fait l'objet de travaux avec le D^r Cyril CHARRON et la commission numérique a été soumis en séance, puis présenté en directoire et en comité de direction.

M. Raphaël BEAUFRET informe également de la participation de la DSN à des sessions de formation lors du séminaire de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) portant notamment sur les modalités d'alimentation semi-automatisée depuis *Orbis* des cahiers de recherche clinique électroniques, qu'ils soient issus de l'AP-HP ou des promoteurs industriels. Il signale également une évolution du dossier patient informatisé vers *Care 4U*, et la gestion des lits avec le logiciel *SILBO* déployé en première phase sur le GHU Saclay d'ici la fin de l'année 2026. Il projette également des travaux sur les files actives et le suivi du patient à domicile.

M. Raphaël BEAUFRET détaille ensuite les sept dimensions stratégiques du schéma directeur. La première priorité consiste à engager une transition d'un modèle centré sur les applications vers une approche centrée sur la donnée. Cette évolution vise notamment à améliorer la maîtrise du cycle de vie des données et éviter les ressaisies d'une même information dans de multiples applications. Cette transition, qualifiée de « révolution copernicienne », s'appuiera notamment sur l'intelligence artificielle avec des projets comme *ChatDPI* pour l'interrogation agentique des données du dossier patient ou le projet d'assistant privé d'intelligence artificielle (APIA), un équivalent de *ChatGPT* en environnement maîtrisé.

La deuxième dimension vise à renforcer l'association des professionnels avec la DSN perçue parfois comme éloignée de leurs réalités. À cet effet, il est prévu d'impliquer plus étroitement des médecins, et plus généralement les soignants, dans la conception et le déploiement de projets numériques complexes.

La troisième dimension est de réaffirmer les principes fondamentaux du système d'information hospitalier : l'unicité du système d'information (à une fonction répond un outil à l'AP-HP) et la sécurité comme priorité absolue, ce qui impliquera de renforcer les méthodes d'authentification multi-facteurs.

La quatrième dimension concerne la souveraineté numérique. Face à une dépendance jugée excessive envers des éditeurs non européens, voire européens, qui appliquent des hausses tarifaires significatives, l'objectif est de réduire cette exposition, notamment en développant et s'appuyant sur des solutions alternatives et libres, et en diversifiant nos approvisionnements.

La cinquième dimension porte sur la performance, à la fois économique et écologique. L'objectif du numérique doit être une source de gains en termes de qualité des soins et d'efficacité de résultats. Cela passe par un meilleur cadrage des projets et une maîtrise de l'empreinte écologique, dans un contexte où les ressources électriques des data centers de l'AP-HP sont fortement mobilisés.

La sixième dimension est la scalabilité, c'est-à-dire la capacité des solutions numériques à s'adapter au dimensionnement de l'AP-HP. Cet objectif implique un travail étroit avec les éditeurs afin de concevoir des systèmes robustes et dimensionnés pour un large déploiement et d'automatiser davantage les tâches au sein de la filière numérique.

Enfin, la septième dimension porte sur la maîtrise des risques liés au numérique en propre et le développement de partenariats stratégiques. Il s'agit ainsi de garantir l'inclusion numérique pour n'écarter aucun professionnel sur l'usage du numérique, et de multiplier les partenariats avec des acteurs externes (l'Institut national de recherche en informatique et en automatique [INRIA], INSERM, universités, entreprises comme OVH) pour encourager une culture d'amélioration numérique continue.

Le président souligne le caractère indispensable de l'implication des professionnels, qui demeure insuffisante. Il estime que les professionnels doivent dépasser leur rôle de simples « clients » des solutions numériques pour comprendre les enjeux sous-jacents, qu'ils soient liés à la souveraineté, à l'écologie ou à la cybersécurité.

Le D^r Cyril CHARRON juge le cadre présenté très pertinent, mais ne se prononce pas sur la liste des projets présentés. Il souligne que la principale difficulté pour mobiliser les professionnels ne se

limite pas à leur volonté, mais à leur disponibilité en raison de leurs contraintes liées au temps de travail, notamment pour le personnel paramédical. Il considère que la résolution de ce problème est cruciale, notamment pour la refonte du dossier de soins dans *Orbis*, qui constitue un volet défaillant du système actuel. Il insiste sur la nécessité d'impliquer des soignants de terrain afin d'éviter de reproduire les erreurs passées où la conception avait été confiée à des personnels trop éloignés de la pratique, entraînant de vraies difficultés opérationnelles.

Le D^r Juliette KAVAFYAN-LASSERRE s'interroge sur la sécurisation des téléconsultations. Elle signale que depuis plusieurs mois, il est nécessaire de fournir de multiples mots de passe pour accéder à une plateforme qui, de surcroît, ne fonctionne pas systématiquement, obligeant les médecins à effectuer des consultations par téléphone, qui ne sont pas du tout sécurisées.

M. Raphaël BEAUFRET précise que l'outil de téléconsultation majoritairement utilisé à l'AP-HP est l'outil régional de télésanté d'Île-de-France (ORTIF), une solution fournie par l'organisme régional groupement de coopération sanitaire (GCS) Service numérique de santé (SESAN). Une migration récente vers une nouvelle version a engendré des difficultés d'authentification et d'instabilité de la plateforme, tant pour les patients que pour les professionnels, conduisant souvent à terminer les consultations par téléphone. Il assure que ce problème est bien identifié et qu'un plan d'action est en cours. Les améliorations prévues incluent la mise en place d'un système d'authentification unifié pour les professionnels de l'AP-HP et la résolution des problèmes de stabilité. Un point sur les avancées sera communiqué à la CME.

Le D^r Julien FONSART souhaite savoir si la prescription connectée figure parmi les priorités qui ont été exposées.

M. Raphaël BEAUFRET indique que la prescription connectée de biologie médicale a fait l'objet de longs débats. Actuellement, quatre sites l'utilisent au moins en partie, selon des modèles différents, mais aucune décision structurante n'a encore été prise. Le projet est toujours en phase de cadrage en collaboration avec la direction de la stratégie et de la transformation (DST) et les communautés des biologistes et des cliniciens pour définir la stratégie de déploiement. Bien que le sujet ait beaucoup avancé en phase d'étude, il n'a pas été cité comme une priorité immédiate en attente de ces décisions.

Le D^r François SALACHAS revient sur la question du dossier de soins. Il s'inquiète du fait qu'il ne soit parfois pas utilisé, notamment par le personnel de nuit, ce qui engendre un risque important de rupture dans la transmission d'informations. Concernant la méthode de conception, il souhaite savoir à quel moment les soignants de terrain pourront être impliqués à la révision du dossier de soins. Il propose de pouvoir personnaliser les transmissions par thématique pour éviter d'avoir à chercher parmi 200 items des transmissions ciblées, arguant que l'outil actuel constitue une régression par rapport aux transmissions papier.

Le président souligne l'importance du problème des transmissions.

Le directeur général confirme que ce sujet a été pris en compte. La réflexion des professionnels a permis d'aboutir à un cahier des charges pour la refonte du dossier de soins, en se basant sur les retours d'expérience et les attentes des soignants.

M. Loïc MORVAN confirme qu'un travail a été mené avec la DST et la DSN, incluant des observations de terrain. Les utilisateurs jugent le dossier de soins peu ergonomique mais indispensable, et ne souhaitent pas revenir au papier. Leurs attentes portent sur une meilleure organisation des soins, une identification des priorités et une vision globale des interventions des différents acteurs. Ce projet, nommé « programme soins numériques », a fait l'objet d'un dialogue avec l'éditeur *Dedalus*.

Le directeur général ajoute que l'éditeur *Dedalus* a proposé des ateliers de travail et que du temps est consacré à ce projet tant à la DSN qu'à la DST. Il confirme que la difficulté de retrouver des éléments récurrents dans de longues listes déroulantes a été identifiée comme une priorité absolue.

M. Raphaël BEAUFRET souligne qu'une analyse de terrain a abouti à une cinquantaine de recommandations. Il précise que tous les problèmes ne relèvent pas de l'éditeur, certains étant liés à l'organisation interne ou au paramétrage de l'outil par l'AP-HP. Un suivi de ces priorités est en place. Le nouveau contrat avec *Dedalus* inclut des bonus financiers conditionnés à la réalisation de ces évolutions. Le nouveau module de l'éditeur, *Nursing U*, devrait intégrer une grande partie de ces améliorations et permettre un gain de temps pour les professionnels paramédicaux. Il exprime l'espoir que cette démarche permettra de corriger certaines erreurs passées, où la complexité avait été privilégiée.

Le P^r Vincent GAJDOS soulève le problème de l'extraction de l'intégralité du dossier d'un patient à sa demande. Il explique que cette opération, surtout pour des séjours longs incluant les transmissions narratives, est extrêmement chronophage et quasiment impossible à réaliser, pouvant mobiliser une personne à temps plein pendant un mois. Il demande si les futurs développements prévoient un outil permettant d'extraire l'intégralité du dossier dans un format compréhensible pour l'utilisateur, en un seul clic.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU s'étonne de ne pas voir le terme « bloc opératoire » mentionné dans le document des priorités numériques, alors que les soins critiques y figurent. Elle insiste sur ce point, rappelant que la moitié des équipes du bloc, à savoir les anesthésistes, travaillent encore sans support numérique. Elle souligne que le bloc opératoire est un lieu où se produisent plus de 50 % des événements critiques et que la persistance du format papier, avec les difficultés logistiques que cela implique, est une source de préoccupation majeure.

Le P^r Estelle GANDJBAKHCH remercie les intervenants et soulève trois points. En premier lieu, face à l'ampleur des chantiers, elle se demande s'il ne serait pas utile d'investir davantage dans le numérique, qui est un outil de travail essentiel. En outre, elle comprend l'importance de la souveraineté, mais juge compliquée une doctrine trop stricte, étant donné la dépendance à des logiciels non souverains sans alternative. Enfin, elle suggère de compléter l'approche transversale par une remontée des besoins spécifiques à chaque spécialité, afin de mieux impliquer les utilisateurs.

Le président exprime son désaccord partiel avec le P^r Estelle GANDJBAKHCH sur la question de la souveraineté, qu'il juge primordiale d'un point de vue non seulement géopolitique mais également économique. Il estime qu'il faut parfois accepter une performance légèrement inférieure au profit d'une plus grande robustesse, et se méfier des solutions attractives mais plus fragiles. En revanche, il partage entièrement le point de vue du P^r Estelle GANDJBAKHCH sur la nécessité d'investir davantage dans le système d'information.

M. Raphaël BEAUFRET répond aux différentes questions. Concernant l'extraction des dossiers patients, il explique que des discussions ont eu lieu avec M. Pascal DE WILDE, qui avait été missionné sur le sujet, ainsi qu'avec la filière qualité et la filière juridique, qui coordonnent les demandes. Une mesure préventive a été mise en place : la transmission proactive de documents de synthèse vers « Mon espace santé » a été massivement augmentée, passant de 100 000 à près d'un million de documents par mois. Cette démarche permet de réduire une partie des demandes. Pour les demandes nécessitant un accès intégral au dossier, un tutoriel a été réalisé, même s'il reconnaît que cette solution est insuffisante. La conception d'un « bouton d'extraction » est à l'étude. Toutefois, la principale difficulté réside dans la capacité à générer un document lisible et compréhensible pour le patient, au vu de la masse des informations dans le dossier patient informatisé.

Au sujet du bloc opératoire, il assure que même si le terme n'est pas explicitement cité, il s'agit d'une priorité essentielle. Bien que 42 % de la cible de lits de soins critiques soit déployée, il reste beaucoup à faire pour l'anesthésie. Des solutions AP-HP pour le compte rendu d'anesthésie

arriveront en 2026 (dossier jaune, etc.) Une communication sera faite au collège d'anesthésie et un professionnel médical rejoindra l'équipe de la DSN pour suivre ce dossier.

Sur l'investissement, il rappelle que le budget numérique de l'AP-HP s'élève à 250 M€ par an ce qui représente 2,5 % du budget total, un chiffre supérieur aux autres CHU français mais inférieur à des institutions comme la *Mayo Clinic* (8 %) ou le CHU de Lausanne (4 %). Malgré une augmentation de 20 % en quatre ans, les ressources restent limitées et obligent à faire des choix. Quant à la souveraineté, la position n'est pas dogmatique mais pragmatique, évaluée au cas par cas. L'objectif est de réduire la dépendance lorsque des solutions alternatives européennes existent, moins performantes mais bien moins chères. Enfin, il reconnaît les nombreux chantiers en cardiologie (gestion des ECG et *holters*, déploiement de cardio-report) et assure que cette spécialité est un enjeu majeur de collaboration, même s'il n'est pas possible de définir un nombre fixe de projets par spécialité.

Le D^r Patrick LÉGLISE déplore une régression des fonctionnalités du circuit du médicament depuis l'arrivée d'*Orbis*. Il signale que le déploiement actuel de la 2^e version de *Orbis Medication* pose des difficultés considérables, notamment dans le calcul des doses, ce qui engendre un risque réel d'erreur médicamenteuse et constitue une véritable régression pour les pharmaciens. Il s'interroge également sur les problèmes d'interopérabilité, demandant quand un flux au format FHIR (*fast healthcare interoperability resources*) sera disponible pour connecter d'autres applications et quand une restitution fiable des activités pharmaceutiques sera possible depuis *Orbis*.

M. Raphaël BEAUFRET annonce des échanges à venir avec la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) sur le sujet du médicament. Il n'a pas dans *Orbis* connaissance du problème de calcul de doses sur la 2^e version de *Orbis Medication* mais s'engage à se renseigner sur ce sujet et trouver des solutions pour régler cette problématique. Concernant l'interopérabilité, il souligne que des investissements importants ont déjà été réalisés. Cependant, pour le transfert de prescriptions au format HL7 FHIR, la feuille de route de l'éditeur *Dedalus* ne prévoit une sortie que pour fin 2027. Pour ce qui est des tableaux de bord, il reconnaît que ce n'est pas le point fort d'*Orbis*. En attendant de meilleures performances sont attendues avec le logiciel *Care4You*, le projet *PharmaClass* peut pallier certaines insuffisances en aval d'*Orbis*. Il conclut en affirmant que le dialogue se poursuivra avec l'Agence générale des équipements et des produits de santé (AGEPS) pour travailler sur ces sujets.

La CME approuve à l'unanimité le schéma directeur numérique.

7. Dispositifs de temps protégé pour la recherche (M^{me} Sorya LANFRANCHI)

M^{me} Sorya LANFRANCHI présente un panorama des dispositifs de soutien à la recherche, axé sur la libération de temps et les opportunités de mobilité. Pour libérer du temps, quatre dispositifs principaux existent : la coordination de projets européens qui alloue du temps pour le montage de ces dossiers complexes ; le dispositif « praticien hospitalier recherche », qui permet à un praticien hospitalier de se consacrer à la recherche à mi-temps pendant deux ans ou à temps plein pendant un an ; et les contrats d'interface avec l'INSERM et l'Institut Pasteur, qui offrent du temps de recherche au sein d'un laboratoire partenaire. Elle détaille pour chacun les objectifs, l'éligibilité et les échéances des appels à candidatures.

Concernant la mobilité, **M^{me} Sorya LANFRANCHI** cite l'appel de l'Alliance européenne des hôpitaux universitaires (EUHA), permettant à un praticien de moins de 45 ans d'effectuer une mobilité d'un an dans un hôpital partenaire comme *Vall d'Hébron* ou *Karolinska* par exemple. Elle mentionne également les postes d'accueil financés par l'AP-HP pour réaliser un projet dans un laboratoire partenaire. Enfin, elle rappelle l'appel à manifestation d'intérêt pour participer au congrès de la Société européenne d'oncologie médicale (ESMO, *european society for medical oncology*), destiné aux praticiens de moins de 40 ans.

M^{me} Sorya LANFRANCHI conclut en soulignant que l'objectif est de maximiser la visibilité et l'accès à ces dispositifs. Les informations sont diffusées via divers canaux, tels que des webinaires, des supports de communication (lettres d'information, guide du chercheur) et une veille mensuelle des appels à projets.

Le président met l'accent sur la richesse du dossier présenté par M^{me} Sorya LANFRANCHI. L'ensemble de ces éléments seront publiés sur [le site de la CME](#).

Le Pr Karine LACOMBE engage chacun à soumettre des dossiers, car certains mécanismes de financement ne sont pas massivement sollicités.

8. Plan 2026-2028 de l'AP-HP pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (M^{me} Albane TRIHAN)

M^{me} Albane TRIHAN rappelle que 59 % des médecins à l'AP-HP sont des femmes et que l'égalité professionnelle concerne les droits et les chances en matière de formation, de qualification, de promotion et de rémunération. Concernant le bilan du plan précédent 2023-2025, la principale avancée pour le personnel médical a porté sur l'adoption d'un règlement intérieur en 2025 garantissant la transparence dans les nominations des chefferies de service. Douze femmes supplémentaires ont été élues à la CME en 2023, portant leur nombre à 48 sur 124 membres, soit 39 %.

M^{me} Albane TRIHAN détaille le processus d'élaboration du nouveau plan, auquel ont été associés les organisations syndicales et les référents égalité des GHU. Malgré plusieurs réunions de négociation, le projet a reçu un avis défavorable lors du comité social d'établissement (CSE) du 4 décembre 2025, et l'accord n'a été signé que par deux organisations syndicales, l'UNSA et la CFTC.

Elle expose ensuite les enjeux majeurs du plan, particulièrement pour le personnel médical. Le premier enjeu découle de la loi du 19 juillet 2023 sur les nominations équilibrées. À partir de 2026, 50 % des primo-nominations aux postes de chefferie de service et de direction médicale de département médico-universitaire (DMU) devront concerner des femmes. De plus, à partir de 2027, les femmes devront représenter au minimum 40 % de l'ensemble des responsables médicaux. Le deuxième enjeu est d'atteindre une composition paritaire de la CME lors de la mandature de décembre 2027. Enfin, le troisième enjeu est lié à la certification de la Haute Autorité de santé (HAS), dont l'un des critères exige que tout encadrant médical et paramédical soit formé à la prévention des « violences sexistes et sexuelles ».

Pour répondre à ces défis, le plan s'articule autour de cinq axes :

- 1) axe « carrières et rémunération » : il prévoit de former l'encadrement du personnel médical ou non médical aux biais inconscients susceptibles d'influencer leur décision en matière de recrutement, évolution ou rémunération et de constituer des viviers de talents féminins pour les postes à responsabilité à court, moyen et long termes. L'objectif consiste également à tendre vers une égalité femmes/hommes au niveau des instances de la gouvernance.
- 2) axe « articulation des temps de vie » : il introduit des mesures de soutien pour les familles monoparentales et les professionnels aidants.
- 3) axe « santé des professionnelles » : avec des actions de sensibilisation sur la santé des femmes, des consultations de prévention en gynécologie et un accompagnement pour les professionnelles de nuit atteintes d'un cancer du sein.
- 4) axe « prévention des violences sexistes et sexuelles » en incitant les professionnels au signalement de cas de violences.
- 5) L'axe 5 prévoit l'élaboration de feuilles de route locales transmises au niveau de chaque GHU intitulé « Mes 10 engagements en faveur de l'égalité professionnelle 2026-2028 »

Le Pr Marc SAMAMA, tout en jugeant nécessaire de voter ce plan, déplore le retard accumulé concernant les nominations de femmes en qualité de chefs de service.

Le Dr Emmanuel Bui Quoc s'enquiert des motifs du vote défavorable du CSE.

Le directeur général indique qu'après une phase préparatoire marquée par un dialogue constructif, les partenaires sociaux ont refusé d'approuver le projet, sans préciser sans donner des raisons très précises sinon que nous ne ferions pas encore assez.

M. Thibault ROQUES se réjouit de la mise en place de ce plan qui aborde de nombreux sujets, notamment pour les internes. Il annonce toutefois que son groupe s'abstiendra, car plusieurs points ne sont pas encore jugés pleinement satisfaisants. Il précise que cette abstention ne vise pas à entraver le plan, mais à exprimer une insatisfaction quant au traitement actuel de ces questions.

La CME approuve à l'unanimité des voix exprimées et 2 abstentions le plan 2026-2028 de l'AP-HP pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

9. Questions diverses

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 18 heures 20.