COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 10 SEPTEMBRE 2024

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 8 OCTOBRE 2024

Sommaire

1. Informations du président 6
2. Approbation des comptes rendus de la CME des 11 juin et 9 juillet 2024 9
3. Désignation de praticiens dans les commissions locales d'activité libérale (CLAL) (suite des désignations faites lors de la CME du 9 juillet) 9
4. Avis sur un protocole de coopération « Évaluation et décision d'administration du traitement IV par biothérapie par l'IDE en lieu et place du médecin » 9
5. Retour sur la panne informatique du 3 août 9
6. Point sur l'activité, les lits et les effectifs, et orientations stratégiques et budgétaires pour 2024 (M. Camille DUMAS, Mme Vannessa FAGE-MOREEL) 13
7. Avis sur la charte éthique des blocs opératoires 17
8. Nouveau module d'*Orbis* relatif aux personnes de confiance, aux directives anticipées et aux décisions collégiales de limitation thérapeutique 18
9. Avis sur un avenant à la convention d'association hospitalo-universitaire entre le groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Paris-Saclay et l'établissement public de santé Barthélémy-Durand 21
10. Questions diverses 21

CME du mardi 10 septembre 2024

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation des comptes rendus des CME des 11 juin et 9 juillet 2024
3. Désignation de praticiens dans les commissions locales d'activité libérale (CLAL) (suite des désignations faites lors de la CME du 9 juillet)
4. Avis sur un protocole de coopération « Évaluation et décision d'administration du traitement IV par biothérapie par l'IDE en lieu et place du médecin » (Pr Agnès HARTEMANN)
5. Point sur l'activité, les lits et les effectifs, et orientations stratégiques et budgétaires pour 2025 (M. Camille DUMAS, Mme Vanessa FAGE-MOREEL)
6. Avis sur la charte éthique des blocs opératoires (Pr Marc SAMAMA)
7. Nouveau module d'*Orbis* relatif aux personnes de confiance, aux directives anticipées et aux décisions collégiales de limitation thérapeutique (Drs Jean-François ALEXANDRA et Fabien LE BRAS, Pr Didier DREYFUSS)
8. Avis sur un avenant à la convention d'association hospitalo-universitaire entre le groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Paris Saclay et l'établissement public de santé Barthélémy-Durand (Pr Vincent GAJDOS, M. Thibault ROBERT)
9. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A (HU titulaires)

- Avis sur les demandes de titularisation des MCU-PH (pour régularisation)

- Assistent à la séance :

- ***Avec voix délibérative :***

Pr	Béatrix	BARRY	Pr	Sandrine	HOUZÉ
Pr	Anne-Sophie	BATS	Mme	Fabienne	HUARD
Dr	Fadi	BDEOUI	Pr	Nicolas	JAVAUD
Pr	Alexandra	BENACHI	Pr	Jean-Marie	JOUANNIC
Pr	Thomas	BLANC	Dr	Juliette	KAVAFYAN-LASSERRE
Pr	Bahram	BODAGHI	Pr	Hawa	KEITA-MEYER
Mme	MaïssaEmmanue	BOUKERROU	Pr	Nathalie	KUBIS
Dr	Diane	BOUVRY	Pr	Karine	LACOMBE
Pr	Pierre-Yves	BRILLET	Dr	Éric	LE BIHAN
Dr	Emmanuel	BUI QUOC	Pr	Éric	LE GUERN
Pr	Yves Hervé	CASTIER	Pr	Rachel	LEVY
Pr	Cyril	CHARRON	Mme	Marine	LOTY
Pr	Anne	COUVELARD	Pr	Emmanuel	MARTINOD
Pr	Nicolas	DE ROUX	Dr	Fabienne	MARTEAU
Dr	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	Dr	Olivier	MILLERON
Pr	Marie-Hélène	DELFAU-LARUE	Mme	Déborah	MONTMEAT
Mme	Agathe	DELORME	Dr	Vianney	MOURMAN
Dr	Georges	ESTEPHAN	Dr	Nicolas	OBTEL
Dr	Thierry	FAILLOT	Dr	David	OSMAN
Dr	Julien	FONSART	Dr	Juliette	PAVIE
Dr	Ariel	FRAJERMAN	Pr	Antoine	PELISSOLO
Pr	Vincent	GAJDOS	Pr	Claire	POYART
Pr	Bertrand	GODEAU	Dr	François	SALACHAS
Pr	Bernard	GRANGER	Pr	Rémi	SALOMON
Pr	Sylvie	HAULON	Pr	Marc	SAMAMA

- ***Avec voix consultative :***
- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT)
- Pr Jean-Louis BEAUDEUX, directeur d'UFR de pharmacie

- ***En qualité d'invités permanents :***
- Pr Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)

- Mme Aurore BREGEON, représentante de la CSMIRT
- Mme 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 :***
- Pr Catherine PAUGAM-BURTZ, directrice générale adjointe
- MM. Emmanuel RAISON et Kevin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)

- **Secrétariat de la CME :**

- Mmes Émilie BAYARD et Sylvie LE GUILLOU (DAM)

- **Membres excusés :**

- Mme, M., P^{rs} et Drs Sandrine HOUZÉ, Patrick LÉGLISE, Xavier MARIETTE, Jean-Damien RICARD, Sabine SARNACKI, Virginie SIGURET-DEPASSE, Laurent TEILLET

La séance s'ouvre à 15 heures sous la présidence du Pr Rémi SALOMON.

I. Séance plénière

La CME a rendu hommage au Pr Michel GOOSSENS, décédé le 4 août à l'âge de 77 ans après avoir exercé l'essentiel de sa carrière à l'hôpital Henri-Mondor, où il a été chef du service de biochimie et génétique de 1993 à 2013, puis de rejoindre Cochin jusqu'en 2015.

1. Informations du président

Ordre du jour de la CME

Le président informe la CME qu'un point supplémentaire a été inscrit à l'ordre du jour pour que M. Raphaël BEAUFRET fasse un retour sur la panne informatique qui a touché l'AP-HP le 3 août. Il rappelle, par ailleurs, que la séance plénière sera suivie d'une brève séance restreinte aux hospitalo-universitaires titulaires pour donner l'avis de la CME sur les titularisations de MCU-PH.

Composition de la CME

Le président informe la CME de l'élection le 8 juillet du Pr Sabine SARNACKI, comme doyenne de l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine de Paris-Cité. Elle succède au Pr Philippe RUSZNIEWSKI et siégera donc désormais comme invitée permanente à la CME. Informée avec retard, elle n'a toutefois pas pu se rendre disponible aujourd'hui.

Le président accueille deux autres nouveaux membres de la CME :

- **le Pr Thomas BLANC** (chirurgie infantile viscérale, Necker) qui a été élu par la CME locale du groupe hospitalo-universitaire (GHU) AP-HP. Paris-Centre du 2 septembre comme représentant hospitalo-universitaire à la CME, en remplacement du Pr David FUKS, qui a quitté l'AP-HP pour le CHU de Lausanne ;
- **Mme Maïssa BOUKERROU,** présidente du syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale (SRP-IMG), qui remplace Mme Margot MARTINEZ, laquelle a fait part de sa démission à la CME du 9 juillet.

École de chirurgie

Le président explique qu'un appel à candidatures a été lancé pour pourvoir le poste de directeur médical de la nouvelle école de chirurgie, laissé vacant par le Pr David FUKS. Il indique que trois candidats se sont manifestés : les Prs Marc-Olivier TIMSIT (transplantation rénale, hôpital européen-Georges Pompidou [HEGP], Laurent GENSER (transplantation hépatique, Pitié-Salpêtrière) et François SIMON (ORL pédiatrique, Necker). Ils seront auditionnés avant la fin septembre par un comité d'audition composé des Prs Bruno RIOU (président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France), Sabine SARNACKI (doyenne de l'UFR de médecine d'UPC), Yann PARC (président du syndicat des chirurgiens), Catherine PAUGAM (direction générale) et de lui-même.

Qualité et sécurité des soins

Le président rappelle que la « semaine nationale de sécurité des patients » se tiendra du 16 au 20 septembre sur le thème, choisi par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'erreur diagnostique. À cette occasion aura lieu le 17 septembre à Bicêtre la 4e journée des facteurs organisationnels et humains (FOH) de l'AP-HP.

Le Dr David OSMAN indique qu'il a été surpris par le choix de ce sujet de l'erreur diagnostique mais qu'il le considère finalement très pertinent. L'erreur de diagnostic est en effet liée aux organisations, aux collaborations et à la manière de communiquer. La connaissance et la compréhension des biais cognitifs qui s'exercent sur la communauté médicale lorsqu'elle travaille, la capacité dans les services à oser dire et contredire sont intéressants à analyser lorsque survient une erreur de prise en charge. C'est pourquoi la journée sur les facteurs organisationnels et humains (FOH) du 17 septembre à Bicêtre sera l'occasion d'un partage d'expérience autour de l'erreur de diagnostic, mais également d'assister à une conférence sur l'intelligence artificielle. À cette même occasion, le médecin-chef des Jeux olympiques sera présent pour évoquer son action. Des tables rondes réuniront soignants, représentants des usagers et représentants de la direction des affaires juridiques. En outre, un séminaire en ligne sera organisé le 19 septembre sur le dossier médical partagé (DMP), outil insuffisamment connu et utilisé.

Le président rappelle que l'erreur diagnostique, ce n'est pas seulement se tromper de diagnostic, mais aussi passer à côté d'un diagnostic ou le faire trop tard, ou bien encore « sur-diagnostiquer », en générant des examens et des traitements parfois inutiles voire néfastes. Le problème de l'erreur diagnostique concerne le processus cognitif lui-même, la façon dont nous formons un jugement, les grilles de lecture que nous employons, y compris inconsciemment. C'est pourquoi il est essentiel de développer l'esprit critique, dès la formation mais aussi tout au long de la carrière. À l'hôpital, il ne s'agit pas d'un exercice individuel reposant seulement sur le médecin ; c'est pourquoi l'amélioration du travail en équipe et de la communication entre tous les professionnels, la qualité de l'organisation des soins, la facilité d'accès au dossier informatique, l'utilisation pertinente des examens complémentaires et la meilleure prise en compte de la voix des patients, contribuent à améliorer la performance diagnostique.

Informations du directeur général

Le directeur général se félicite que la période estivale se soit passée sans difficulté particulière, la préparation des Jeux olympiques avait donné lieu à un travail approfondi qui a porté ses fruits et les deux olympiades se sont déroulées sans qu'il ait été besoin d'activer des dispositifs.

La panne du 3 août est intervenue en plein période olympique mais dans une période de week-end avec des équipes médico-soignantes renforcées, ce qui a permis d'en limiter les conséquences sur les conditions de prise en charge des patients. Un grand sang-froid a été observé au sein des services, d'autant que chacun a eu rapidement la confirmation qu'il ne s'agissait pas d'une cyberattaque. C'est aussi le signe que tous les exercices préparatoires à un telle attaque ont porté leurs fruits. Pour autant, il est anormal qu'une panne ait pu survenir avec des conséquences à une aussi large échelle. Au-delà des explications détaillées qui nous seront données au cours de la réunion de la CME, il sera très important d'en tirer toutes les conséquences utiles.

S'agissant de la situation des ressources humaines, la campagne de recrutement menée au cours de l'été a donné des résultats très efficaces s'agissant de la profession infirmière, avec 1500 contrats d'allocation d'études (CAE) signés, soit 25 % de plus que l'été précédent. La situation capacitaire en septembre est plus favorable qu'en septembre 2023 avec une meilleure réouverture post vacances estivales et de bonnes perspectives de d'ouvertures de lits supplémentaires dans les trois prochains mois.

Sur les dépenses d'intérim, un effort de meilleure maîtrise est engagé pour respecter les nouvelles cibles budgétaires recalées en juin dernier pour 2024. Rappelons qu'en 2022, 100 M € avaient été dépensés, puis 135 M€ en 2023 ; pour 2024, nous avions prévu une dépense initiale de 110 M€ qui

a été recalée à 140 M€ à mi-année au vu de la consommation du 1er semestre. Il est fondamental de tenir cette cible, ce d'autant que nos recrutements ont été dynamiques au cours de l'été.

Il en va de même pour les heures supplémentaires qui progresse en 2024 par rapport à l'année précédente. Il convient de maîtriser également ce poste même si cela vient plutôt en 2e rang par rapport au sujet de l'intérim.

De façon générale, l'AP-HP doit tenir sa trajectoire budgétaire, qui dépend à la fois de notre gestion propre mais aussi d'éléments que nous maîtrisons moins et tiennent au niveau de compensation financière par l'État des charges exceptionnelles liées à la fois à l'inflation et à l'impact des mesures salariales nationales. Les hypothèses posées dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP) sur le niveau de compensation attendu risquent cependant de ne pas être respectées, ce qui conduira à un risque de dérapage important, accru par notre propre dérive sur la consommation des moyens de remplacement, liés essentiellement à l'intérim. L'installation d'un nouveau gouvernement et la perspective du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) à l'automne 2024 seront évidemment des échéances à suivre, car elles impacteront la feuille de route déjà lancée.

Enfin à la suite de la nomination de Mme Stéphanie DECOOPMAN comme directrice générale du CHU de Rouen, la direction générale de l'AP-HP se resserre et s'organisera autour de deux adjointes : Mme Laetitia BUFFET et le Pr Catherine PAUGAM-BURTZ. Enfin, Mme Bénédicte ISABEY actuellement directrice de Lariboisière est nommé directrice générale du GHU Paris Seine-Saint-Denis.

Le président confirme que le sujet budgétaire fera l'objet d'une discussion en CME d'ici la fin de l'année. Il rappelle que le déficit actuel de l'hôpital public atteint 2 Md€ et que de nombreux hôpitaux se trouvent dans une grande difficulté. Dans ce contexte, il explique que les nouvelles orientations données par le prochain Gouvernement sont donc très attendues.

2. Approbation des comptes rendus de la CME des 11 juin et 9 juillet 2024

Les comptes rendus de la CME des 11 juin et 9 juillet 2024 sont approuvés à l'unanimité.

3. Désignation de praticiens dans les commissions locales d'activité libérale (CLAL) suite aux désignations faites lors de la CME du 9 juillet (M. Emmanuel RAISON)

Le président rappelle que la CME du 9 avril a renouvelé les mandats des praticiens médicaux siégeant à la commission centrale de l'activité libérale (CCAL). Puis, la CME du 9 juillet a désigné des praticiens dans les commissions locales d'activité libérale (CLAL), soit pour chaque CLAL un praticien sans activité libérale exerçant au sein du GHU concerné et un praticien exerçant une activité libérale n'exerçant pas dans le GHU concerné. Il manquait toutefois encore deux praticiens exerçant une activité libérale hors du GHU pour les CLAL des GHU AP-HP. Paris-Saclay et AP-HP. Paris-Seine-Saint-Denis. Il propose de valider les deux noms présentés aujourd'hui par la direction des affaires médicales qui a remonté les propositions des GHU : le Dr Nicolas LELLOUCHE (Henri-Mondor) pour la CLAL de AP-HP. Paris-Saclay, et le Dr Manon BACHY-RAZZOUK (AP-HP. Sorbonne-Université) pour la CLAL de AP-HP. Paris-Saint-Denis,

La CME approuve à l'unanimité ces nominations sous réserve de vérifier que la proposition du GHU AP-HP. Paris-Saclay remplit bien les critères de nomination.

4. Avis sur un protocole de coopération « Évaluation et décision d'administration du traitement intra-veineux (IV) par biothérapie par l'IDE en lieu et place du médecin » (Dr Diane BOUVRY)

En l'absence du Pr Agnès HARTEMANN, le **Dr Diane BOUVRY** rappelle que le protocole a été approuvé par le comité du 23 juillet dernier et qu'il concerne l'évaluation et la décision d'administration du traitement IV par biothérapie chez les patients suivis pour un traitement impératoire et connus comme tolérants au traitement. La réalisation est le fait d'une infirmière de rhumatologie ayant moins un an d'expérience.

La CME adopte le protocole à l'unanimité.

5. Retour sur la panne informatique du 3 août 2024 (M. Raphaël BEAUFRET)

M. Raphaël BEAUFRET fait état d'une panne informatique sans précédent à l'AP-HP, dont la portée ne saurait être méconnue.

L'architecture informatique de l'AP-HP est constituée de deux centres de données (*data centers*), dont l'un à Clichy hébergé par *Global Swift*, et un centre de données secondaire encore incomplet géré par la mairie de Paris. Le troisième centre de données est logé à Bicêtre, pour des applications moins productives. Un quatrième centre de données est logé dans le nuage (*cloud*).

La majorité des applicatifs de l'AP-HP (300 applicatifs) sont hébergés en centre de données (*Orbis*, HRA…), de même que les applications locales progressivement migrées dans les centres de données centraux. Les investissements liés à ces centres de données sont très coûteux, ce qui conduit à rassembler les infrastructures, dans des endroits avec une sécurité physique, climatique et électrique professionnelle. La téléphonie est conservée en local, de même que certaines applications telles que les services d'aide médicale urgente (SAMU). D'autres applications sont hébergées dans le nuage, à l'instar de *Teams*.

Le samedi 3 août à 11 heures 25, une succession de dysfonctionnements s'est produite dans le centre de données principal de l'AP-HP à Clichy, affectant de nombreux clients. En premier lieu, un faux positif de coupure d'électricité a conduit à passer sur les groupes électrogènes. Ensuite, les batteries de l'étage de l'AP-HP n'avaient plus que deux minutes d'autonomie, de sorte qu'à 11 heures 27, une grande partie des systèmes d'information (SI) de l'AP-HP sont tombés dans le noir. De surcroît, 40 minutes plus tard, les groupes électrogènes sont tombés à leur tour.

L'entreprise *Global Switch*, qui gère le centre de données de Clichy, a clairement commis des défaillances. C'est pourquoi l'AP-HP a engagé des procédures judiciaires, contre son intermédiaire contractuel, *Kyndryl*, afin d'éclairer l'ensemble des dysfonctionnements et d'obtenir réparation face au préjudice subi. Le même centre de données de Clichy avait subi un démarrage d'incendie l'an dernier, mais sans aucune conséquence pour l'AP-HP, avec uniquement un risque de coupure, qui ne s'est jamais matérialisé.

Des tests de bascule sont régulièrement effectués pour déménager les applications du centre de données principal de Clichy au centre de données de secours à La Chapelle, mais ne sont réalisables proprement qu'avec prévenance.

Lors de cette coupure électrique, des équipements ont été endommagés physiquement, les maintenant hors de fonctionnement même après le rétablissement de l'électricité. Des corruptions logiques peuvent également se produire lors de pannes électriques sur des serveurs, ainsi que des anomalies dans les configurations, avec un diagnostic très complexe. En l'espèce, ces

dysfonctionnements ont affecté l'intégralité des systèmes, ce qui a donné lieu à de longs redémarrages.

L'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), qui héberge la quasi-totalité de ses applications, a connu une avarie similaire le dimanche 4 août en raison d'une cause indépendante. Il s'agit donc d'une malchance particulière pendant l'été et pendant les Jeux olympiques.

La filière numérique a assuré des périodes de travail très intenses, parfois par des personnels en congés, pour parvenir à remettre en place *Orbis* en un jour et demi, pour le lundi matin.

L'un des composants ayant posé des problèmes est un composant réseau, qui n'a jamais redémarré après la panne malgré l'intervention des experts.

Le samedi 10 août, une semaine plus tard, le gestionnaire du centre de données a fait part de l'information selon laquelle les batteries de l'étage de l'AP-HP n'avaient que deux minutes d'autonomie, ce que l'AP-HP ignorait. De ce fait, en cas de coupure réelle par l'entreprise *Enedis*, les difficultés auraient pu recommencer à l'identique. L'AP-HP a alors focalisé ses efforts sur une bascule de ses services critiques à La Chapelle. Fort heureusement, cette deuxième coupure n'est jamais survenue. L'électricité à Clichy depuis pu être sécurisée, avec 100 % des applicatifs aujourd'hui redémarrés. En particulier, les liens réseau qui avaient été défaillants entre les centres de données ont été sécurisés.

Il reste qu'à la suite de l'ensemble de ces évènements, les équipes informatiques sont épuisées, d'où un retard probable sur certains projets. Le préjudice de l'AP-HP est en cours d'évaluation, en vue de la procédure juridique. Enfin, un retour d'expérience est en cours pour tirer les leçons et s'améliorer pour l'avenir.

Dans ce retour d'expérience, seront notamment abordés : le contrôle renforcé des prestataires, la résilience des infrastructures, la gestion de la crise et la rationalisation de notre parc applicatif.

Ces éléments seront partagés devant la CME dès qu'ils seront disponibles.

Le président remercie l'ensemble des équipes qui ont travaillé sans relâche au rétablissement des systèmes, ainsi que les professionnels et les soignants qui ont dû exercer leurs missions dans des conditions très dégradées. Il demande confirmation que la carte produite par l'entreprise *Schneider Electrics* est en cause.

M. Raphaël BEAUFRET explique que cette carte dite RIO est bien en cause, et qu'elle a envoyé un signal défaillant à l'automate chef d'orchestre des systèmes de résilience d'électricité. La responsabilité du fonctionnement des équipements est celle de *Global Switch,* qui les achète et doit en vérifier la maintenance. Le premier dysfonctionnement technique, très exceptionnel, ne pouvait sans doute pas être prévu par *Global Switch*.

Le deuxième élément tenant à l'insuffisance des batteries ne semble pas être le fait du constructeur de ces batteries mais plutôt celui de *Global Switch*, qui n'a pas vérifié la capacité de charge de ces batteries pour les remplacer si nécessaire, à une fréquence suffisante.

Le troisième sujet tient aux groupes électrogènes, qui ont impacté les autres étages au bout de 40 minutes, et qui auraient affecté l'AP-HP de la même façon si son système n'était pas déjà en panne du fait des batteries. L'expertise judiciaire dira si *Global Switch* a insuffisamment maintenu et investi sur ces groupes électrogènes.

Le Pr Karine LACOMBE observe que les services ont pu, à cette occasion, constater s'ils étaient bien formés à toute éventualité de panne ou d'attaque informatique. Cela étant, le contrat passé avec l'hébergeur de centre de données est plus ou moins onéreux en fonction des prestations attendues. Par conséquent, il serait intéressant de savoir si en l'espèce, le contrat liant l'AP-HP à l'hébergeur prévoyait des solutions de sauvegarde suffisantes.

La Pr Anne COUVELARD se félicite de l'efficacité des moyens de communication mis en place vers les services à l'occasion de la crise, et souligne l'importance des échanges au sein de « boucles *WhatsApp* » lorsque les transmissions par messagerie électronique sont interrompues.

Le Pr Claire POYART constate que le dysfonctionnement a finalement eu moins d'impact qu'une cyber-attaque, et qu'en cela il pouvait constituer un véritable exercice grandeur nature. L'exercice a donc été instructif lorsque les équipes sont en nombre restreint le week-end, alors que généralement les exercices de cyber-attaque sont menés principalement en semaine.

Le Dr Anne JACOLOT salue la mobilisation extraordinaire des équipes des GH. L'évènement devrait être l'occasion d'acquérir une meilleure connaissance des architectures, certains applicatifs étant logés en central et d'autres en local. En particulier, le redémarrage de l'outil de chimiothérapie a été très lent. Une nécessaire priorisation des outils est compréhensible, mais il existe également d'autres outils qu'*Orbis* et dont les services ont l'utilité. S'ils sont déclarés non prioritaires, il convient donc de s'y préparer.

M. Raphaël BEAUFRET répond que le contrat avec *Global Switch* prévoit un taux de disponibilité électrique, qui en l'occurrence n'a absolument pas été respecté par le prestataire. En tout état de cause l'AP-HP loue auprès de ce prestataire des mètres carrés d'espaces climatisés électrifiés, mais sans souscrire à des prestations de cloud. Par conséquent, l'AP-HP opère elle-même ses sauvegardes grâce à ces systèmes propres, en particulier *Orbis*. Il sera peut-être envisageable un jour de passer à un système plus intégré, avec tous les risques que comportent la confiance totale à des professionnels de l'hébergement cloud. En tout état de cause, le niveau maximum de résilience comporte un coût beaucoup plus élevé que les investissements numériques envisageables actuellement

Le directeur général considère que l'indisponibilité de la messagerie interne a évidemment limité la capacité à diffuser l'information. Pour autant, toute la chaîne managériale a fait son maximum pour diffuser l'information de manière très régulière, notamment via les boucles *WhatsApp* et de manière régulière par les visites des administrateurs de garde et des cadres d'astreinte dans les services… Il est prévu un retour d'expérience sur la manière dont la crise a été gérée à tous les niveaux de notre organisation, de l'échelle de chaque service de soin à celle de l'AP-HP sous la responsabilité du siège et de la direction générale. Ainsi, à titre d'exemple, la priorisation des remises en service devra être reprise et mieux partagée en amont. Il ne faut surtout pas perdre les bonnes pratiques mises en place au sein des services.

Le Pr Catherine PAUGAM-BURTZ rappelle qu'un certain nombre de services et de GHU avaient déjà participé à un exercice de simulation de cyber-attaque, ce qui a sans doute amélioré la capacité de résilience collective à l'incident du 3 août. Concernant les priorisations qui ont été effectuées, il s'agit d'un mélange de contraintes techniques et de préconisations des services. La formalisation de ces préconisations sera communiquée car les grands principes pourront en être repris en cas de crise.

Le directeur général confirme qu'une procédure contentieuse est en cours, qui donnera lieu à une procédure indemnitaire après expertise.

Le Dr Ariel FRAJERMAN s'enquiert de la possibilité que les boîtes à courriels de l'AP-HP soient indépendantes d'*Orbis* afin de maintenir la communication interne, notamment entre collègues, en cas d'attaque ou de panne informatique.

Le Pr Sophie GEORGIN LAVIALLE qui était en poste en salle le jour de la panne a souligné la rapidité de la réaction dans les services cliniques et de la communication avec la direction locale, notamment grâce à l'utilisation des groupe *WhatsApp* constitués pendant le COVID et réactivés à cette occasion.

Le Dr Julien FONSART demande si des audits externes sont envisagés concernant le prestataire.

Le Pr Bernard GRANGER s'étonne de la confiance aveugle faite jusqu'à présent au prestataire hébergeant le centre de données. Par ailleurs, il ressort des échos parus dans la presse à propos de l'incident, que le prestataire vient d'être acquis par une société chinoise. Il serait intéressant d'en savoir davantage à cet égard. En tout état de cause, il convient une nouvelle fois de féliciter les équipes administratives et informatiques, qui ont démontré une capacité de réaction formidable face à la crise.

Le Dr François SALACHAS se demande si des exercices de simulation de panne électrique auraient dû être réalisés plus en amont, et ce afin de ne plus systématiquement débrancher les appareils alors que ce n'était pas nécessaire. Par ailleurs, il serait intéressant de savoir si la possibilité de sanctuariser *Orbis* en local existe, pour disposer au moins pour le mois à venir de la mémoire des programmations de consultation et d'hospitalisation du mois suivant ainsi que des rendez-vous sur les plateaux techniques. Ainsi, la sauvegarde de ce parc informatique « non connecté » et contenant les informations indispensables pour fonctionner a minima pendant une panne, ne dépendrait pas de la connexion au système général.

M. Raphaël BEAUFRET assure que les systèmes locaux, avec un hébergement dans des salles machines dans l'hôpital, ne sont pas une garantie de résilience du fait de la complexité et le coût d'assurer un niveau de sécurité physique, électrique et climatique professionnel. Les fréquents incidents sur les salles machines locales en témoignent, tout comme l'incident dans la salle de l'AGEPS le même week-end. Certaines applications sont néanmoins maintenues dans des configurations locales, ou hybrides locales/centrales, du fait de leur sensibilité aux perturbations réseau. D'autres applications sont dans le nuage et une diversification de ces modalités d'hébergement sera à étudier.

Les messageries sont gérées par une application indépendante d'*Orbis* et hébergées dans les centres de données de Clichy et de La Chapelle. En revanche, l'hébergement de la messagerie dans le nuage n'est pas envisagé pour le moment, même si le sujet pourra se poser dans le futur. Les tests de bascule de la messagerie d'un centre de données à l'autre prennent environ dix minutes, tandis que celle d'*Orbis* prend trois heures. Les tests de coupure complète ne sont pas prévus pour le moment.

Il est exact que la société *Global Switch* a été rachetée pour partie par un fonds chinois. Pour autant, les conséquences d'un tel rachat doivent être tempérées car l'AP-HP n'achète que des mètres carrés et de l'électricité, et non la gestion effective des données dans un modèle cloud. Le contrat liant l'AP-HP à *Global Switch* a été conclu pour une durée de douze ans, et il est très onéreux de changer de centre de données. Néanmoins, l'AP-HP a prévu de pratiquer des audits à la suite de l'évènement du 3 août, et questionnera dans des études, l'opportunité de prévoir des changements à moyen / long terme.

Le directeur général recommande de ne débrancher aucun appareil tant que le caractère cyber de l'attaque n'a pas été confirmé.

M. Raphaël BEAUFRET confirme que ces débranchements manuels, qui ne doivent concerner que le réseau et pas l'alimentation électrique des équipements, peuvent apporter de la confusion, et qu'il est envisagé, en cas de propagation cyber, d'isoler la majorité des postes par des actions à distance, lorsque c'est possible.

Enfin pour répondre à la question relative au fonctionnement des modes dégradés, deux applications sont proposées en local : *SOUPAP-Web* pour les services cliniques et le *SOUPAP-Urgences* pour les urgences. Leurs usages sont présentés sur « *Orbis* et moi ». Un autre dispositif concerne les situations complexes où les *SOUPAP* seraient inaccessibles à cause de problèmes locaux, avec des copies locales des données d'*Orbis* sur des postes de travail. Le délai de rafraîchissement est de quinze minutes, avec une accessibilité par les services et par les directions des systèmes informatiques (DSI) locales pour redonner accès à certaines données en cas d'extrême urgence. L'accès au dossier médical partagé est également un atout précieux dans ces situations, pour avoir le contexte médical du patient pris en charge. À terme, l'amélioration de ces modes dégradés est un chantier qui sera à prioriser.

6. Point sur l'activité, les lits et les effectifs, et orientations stratégiques et budgétaires pour 2024 (M. Camille Dumas, Mme Vannessa FAGE-MOREEL)

Mme Vannessa FAGE-MOREEL indique que, concernant les personnels non médicaux, le niveau d'août 2024 a rattrapé celui d'août 2022, soit près de 550 équivalents temps plein (ÉTP) supplémentaires. Les données sont encourageantes, ce qui incite à poursuivre les efforts d'intégration des nouveaux professionnels et de développement des espaces de discussion. Comme l'an dernier, l'augmentation du rythme des entrées est un signal positif (+ 7 %). Les effectifs sont consolidés par la diminution des sorties pour la deuxième année consécutive. La campagne de recrutement est portée par une campagne sur les contrats d'allocations d'études, soit 1 500 contrats d'étudiants de troisième année en soins infirmiers (1 200 contrats l'an dernier). Tous les GHU connaissent une augmentation de leurs effectifs, sauf Henri-Mondor qui avait déjà consolidé ses effectifs l'an dernier.

M. Camille DUMAS précise que le recours aux crédits de remplacement au premier semestre progresse de + 11 % sur les huit premiers mois de l'année. Cependant, on constate une déformation de ce recours, avec une forte mobilisation de l'intérim (+ 17 %) et une moindre mobilisation des heures supplémentaires. Par conséquent, il existe un sujet de soutenabilité budgétaire par rapport aux objectifs fixés.

Mme Vannessa FAGE-MOREEL indique que, en ce qui concerne les métiers en tension, deux secteurs qui restent très problématiques : les manipulateurs en radiologie et les préparateurs en pharmacie. Pour leur part, les effectifs d'infirmiers et infirmières de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) sont globalement stabilisés, de même que les effectifs des sages-femmes et assistantes sociales. Enfin concernant les cadres infirmiers, la situation est en voie d'amélioration.

M. Camille DUMAS ajoute que les métiers hors tension, la tendance aux recrutements est également importante. Il est rappelé que cette tendance est pilotée et incluse dans les objectifs stratégiques et budgétaires et dans le plan « 30 leviers », y compris sur les métiers hors tension. Pour mémoire, sur les 1 000 ÉTP prévus dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD), un tiers concernaient les métiers en tension, notamment pour le capacitaire et les infirmiers, tandis que les

deux autres tiers (soit 664 ÉTP) étaient prévus pour les métiers hors tension dont la moitié prévue pour l'appel à manifestations d'intérêt (AMI) « libérer du temps soignant », l'autre moitié pour l'accompagnement de la dynamique capacitaire et la mise en œuvre de l'expérimentation de nouveaux schémas horaires innovants sur les aides-soignants en appui des infirmiers.

Concernant la dynamique de réalisation des objectifs, une progression plus rapide que prévue a été constatée au cours du premier semestre, dans la mesure où il n'avait pas été tenu compte, dans l'ÉPRD initial, d'un certain nombre de crédits notifiés postérieurement. Des emplois supplémentaires ont donc été rajoutés du fait de cet ajustement notamment sur l'intéressement recherche (« levier 25 ») et sur les centres de référence maladies rares (CRMR) (nouveaux centres labélisés en 2024). Malgré cela, les mois de juillet et août sont restés dynamiques, avec un léger dépassement en août sur les catégories d'emplois d'aides-soignants et auxiliaires de puériculture, d'agents de service hospitaliers et les assistants médico-administratifs.

Les effectifs médicaux ne donnent lieu à aucune alerte. L'affectation de praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) à l'AP-HP en formation de stage en cabinet libéral sera remboursée.

L'activité et les recettes de la tarification à l'activité (T2A) sont en ligne avec les objectifs.

S'agissant du champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), à fin août, 264 lits supplémentaires ont été ouverts par rapport à la même période en 2023, avec un total légèrement supérieur de 25 lits par rapport aux objectifs. La traduction en nombre de séjours démontre que ces lits sont occupés, avec une stabilité des taux d'occupation. Sur les sept premiers mois de l'année, la dynamique se poursuit en hospitalisation complète (+ 2,5 %), y compris pendant la période des Jeux olympiques. Dans le domaine de l'hospitalisation partielle, les tendances sont quelque peu similaires, mais avec des taux de progression légèrement plus faibles (toujours en ligne avec les objectifs).

S'agissant des recettes d'activité à fin juin, la progression est valorisée économiquement (hospitalisation partielle et hospitalisation complète) de 1,4 % en corrigeant les effets de tarifs. Le périmètre tarifaire est donc constant entre 2023 et 2024, en corrigeant les effets jours ouvrés. La progression de 4,6 % des tarifs entre 2023 et 2024 accompagne le financement des mesures salariales réglementaires. Les données sont positives sur les recettes externes, qui constituaient un point de vigilance. Pour le mois de septembre, contrairement à ce qui avait été constaté l'année dernière avec un effet long de remise à niveau du capacitaire fermé pendant l'été, les projections venues du terrain sont positives avec 143 lits restant à rouvrir au mois de septembre (contre 500 lits l'an dernier à la même période).

En synthèse, la situation s'améliore sur l'emploi soignant et la dynamique est positive, malgré la persistance d'emplois en tension notamment sur les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) et les préparateurs en pharmacie (PPH).

Le Dr Emmanuel BUI-QUOC procède à une comparaison des ÉTP entre 2018-2019 et 2024, qui se traduit par un différentiel important par rapport la période antérieure au COVID. En effet, en juillet 2019, 16 980 infirmiers et infirmières diplômés d'État (IDE) étaient dénombrés tandis qu'en juillet 2024, leur nombre avait été ramené à 15 450. Cela étant, si l'augmentation du nombre de lits représente en effet un élément positif, on constate un différentiel entre l'augmentation des recettes correspondant à cette augmentation des ÉTP, et la moindre augmentation de l'activité en volume et ce, malgré l'augmentation des tarifs. Il existe donc un sujet de soutenabilité financière des objectifs. En troisième lieu, le décrochage estimé de 15 % entre activité et ressources nécessite des explications. Il s'agit d'un sujet de productivité, même si ce terme peut être discuté.

Le directeur général reconnaît que pour retrouver le niveau d'effectif soignant d'avant COVID, des marches devront encore être franchies. Il est déjà satisfaisant que la baisse des départs se confirme en 2024, alliée à une bonne campagne de recrutements. Cette capacité à renforcer nos effectifs et ainsi à rouvrir du capacitaire a vocation à se maintenir en 2025 et en 2026, ce qui permettrait de remplir nos objectifs, notamment dans nos blocs.

Sur la question de la qualité de vie au travail et du niveau de la charge de travail, un ajustement s'est opéré depuis la crise COVID et cela a indéniablement compter dans notre capacité à mieux attirer et fidéliser les professionnels. S'il ne semble pas assurer que nous puissions aller plus loin en termes d'allègement de la productivité, il est souhaitable que nous puissions préserver notre dynamique actuelle, a fortiori au cœur d'une région qui a connu des problématiques de fidélisation et d'attractivité beaucoup plus aigües que les régions littorales bretonnes et aquitaines.

Le président espère que cet appel sera entendu au plus haut niveau de l'État.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU constate que des modifications sur l'hospitalisation traditionnelle et l'hospitalisation ambulatoire ont été présentées. Or, pendant les Jeux olympiques, l'ambulatoire a été fermé plus tôt tandis que davantage de lits ont été ouverts. Ces chiffres sont donc le reflet de l'organisation demandée aux services pendant les Jeux olympiques.

Le directeur général confirme un très probable « effet Jeux olympiques » positif sur l'activité pendant la dernière semaine de juillet alors que les prévisions tablaient sur un ralentissement voire un arrêt total.

Le Dr Christophe TRIVALLE constate que l'analyse macro est très positive mais il souhaiterait également qu'il soit procédé à une analyse micro par spécialité. Ainsi, en gériatrie, le déficit d'assistantes sociales est abyssal alors que les chiffres macro mettent plutôt en avant une amélioration du recrutement d'assistantes sociales. De même, le déficit en personnel infirmier est considérable, ce qui nécessite de recourir aux heures supplémentaires et à l'intérim. S'agissant des aides-soignantes, dont il est indiqué que le plein emploi est atteint, une analyse plus fine est attendue, notamment pour déterminer les personnels absents ou en arrêt maladie depuis des mois, ou encore les aides-soignantes affectées à des postes autres tels que celui de secrétaires ou archivistes. Finalement, ces personnels fléchés comme des aides-soignantes, et qui exercent sans doute une activité très utile, ne sont pas au lit du malade. Le déficit est donc bien plus important qu'annoncé. Il convient en outre de rappeler que le message passé avant l'été était de restreindre les heures supplémentaires et l'intérim, ce qui s'avère extrêmement difficile pour les services de gériatrie.

Le président souligne que d'autres disciplines en tension que la gériatrie font l'objet d'une attention soutenue.

Le Pr Estelle GANDJBAKHCH a un sentiment de décalage entre les chiffres présentés et la réalité du terrain. L'AP-HP peut sans doute travailler sur des leviers de recrutement. L'intérim doit certes être restreint, mais un grand nombre de services compte encore dessus. La vision macro ne peut faire l'économie de la vision micro, et donc de recommandations service par service.

Le Dr François SALACHAS insiste sur l'importance des remontées de terrain. La réouverture de lits avec les ratios antérieurs qui ont fait fuir les équipes pose un véritable problème. Lorsqu'une équipe doit faire face à des départs massifs, il faut prendre le temps de l'intégration des nouveaux embauchés, au risque de les décourager immédiatement. Ce type d'information n'est pas visible sur un tableau *Excel* ni sur un planning, qui doit tenir compte de l'accueil des nouvelles infirmières

et de leur nécessaire montée en compétence et en expérience. Il est donc nécessaire de faire preuve de discernement et de dialogue dans la mise en place du capacitaire. Concernant les manipulateurs radio, dont les deux tiers ont été perdus en radiologie interventionnelle à la Pitié-Salpêtrière, aucun plan d'attractivité ne semble prévu à l'AP-HP. Or tous les services sont impactés par le fait qu'un service de radiologie interventionnelle ne peut plus fonctionner.

Le Pr Bernard GRANGER regrette de ne pas avoir reçu les documents en amont de la séance. Il s'enquiert de l'impact que l'on peut prévoir sur le déficit 2024 à partir de ces données.

Le directeur général reconnaît que les chiffres macro, qui traduisent une amélioration du nombre d'ÉTP soignants, ne reflètent pas la réalité de chaque service. Dans certains d'entre eux, des lits sont rouverts, ce qui n'est pas le cas dans d'autres. Bien entendu, une analyse plus fine sera nécessaire car l'amélioration se joue à tous les niveaux, tant à l'échelle de l'AP-HP qu'à celle des services. L'ambiance dans un service est en effet également importante pour l'attractivité. Dans quelques grands hôpitaux intra-muros, les dynamiques sont encore différentes, ce qui nécessite de travailler à des réponses complémentaires. Enfin, il est incontestable que le discernement et le dialogue sont nécessaires.

Le sujet des manipulateurs radio est travaillé avec la collégiale, ce qui se traduit par des recrutements mais dont l'effet a été annulé par un grand nombre de départs. Il conviendra par conséquent de réfléchir à des mesures complémentaires, étant précisé qu'une revalorisation indiciaire n'est pas prévue à date au niveau national.

Concernant les assistantes sociales, il n'est pas non plus prétendu que la situation est optimale puisque nous avons encore beaucoup de postes vacants.

Le déficit prévu pour 2024 devrait se traduire par un décalage par rapport à la prévision compris entre 20 et 40 M€, mais il existe un aléa complémentaire et d'un poids potentiel bien plus important concernant les hypothèses de compensation économique liées à l'inflation et la couverture des mesures salariales nationales. Les décisions attendues sur ces deux points du prochain Gouvernement seront déterminantes sur notre niveau de déficit 2024.

Le déficit prévu pour 2024 devrait se traduire par un décalage modéré avec les prévisions, d'entre 20 et 40 M€, mais la trajectoire est encore longue. Il existe aussi un gros aléa sur les hypothèses de compensation économique liées à l'inflation, ayant donné lieu à une compensation exceptionnelle en janvier 2024. Le gouvernement avait alors insisté sur le fait que cette possibilité ne serait pas reconduite l'année suivante, malgré l'inflation. Toutefois, il conviendra que les nouvelles équipes gouvernementales s'installent. L'exécution 2024 dépendra largement de la réponse à cette question.

7. Avis sur la charte éthique des blocs opératoires (Pr Marc SAMAMA)

Le Pr Marc SAMAMA déplore que la charte éthique de comportement au sein des blocs opératoires soit un texte nécessaire en 2024, et doive être validé par la CME. Il procède à la lecture de la charte. Ce texte devra être signé par tous les nouveaux arrivants au bloc opératoire.

Le Pr Estelle GANDJBAKHCH s'interroge sur la raison pour laquelle cette charte n'est limitée qu'aux blocs opératoires.

Le Pr Vincent GAJDOS suggère que cette charte s'applique à toutes les structures de l'AP-HP et à tous ses personnels, y compris les étudiants.

Mme Agathe DELORME souligne que le texte devrait également inclure les sages-femmes.

Le Pr Hawa KEITA-MEYER prend note des remarques émises. Il est vrai que la charte pourrait être étendue à l'ensemble des professionnels, y compris les sages-femmes, et qu'elle devrait également être signée par tous les professionnels déjà en poste.

Le Pr Anne-Sophie BATS observe que les règles de bonne conduite existent déjà dans certaines chartes de bloc opératoire, mais que ces dernières ne sont signées que par les chefs de service. Étendre la signature de la charte éthique de comportement à l'ensemble des intervenants du bloc opératoire semble essentielle. L'étendre à l'ensemble de l'AP-HP est également une excellente idée.

Le Dr Nathalie RICOME préconise d'insérer une mention reconnaissant être informé qu'il existe un dispositif de déclaration des dysfonctionnements.

Le directeur général fait observer que la charte pourrait se lire comme semblant autoriser les relations sexuelles, y compris violentes dès lors qu'elles sont consenties, au sein des blocs opératoires. Il est donc nécessaire de corriger la formulation employée dans le document.

Le Pr Bernard GRANGER appelle qu'une charte est du "droit mou". Il souhaite que les articles du code pénal mentionnant les délits concernés soient rappelés. Cela devrait être fait pour l'ensemble des agents de l'institution.

Le Dr Emmanuel BUI-QUOC suggère d'insérer les intervenants au bloc opératoire dans l'ordre alphabétique, pour ne pas commencer la liste par les chirurgiens.

Le président a bien noté la proposition d'étendre la charte à toute l'AP-HP.

8. Nouveau module d'*Orbis* relatif aux personnes de confiance, aux directives anticipées et aux décisions collégiales de limitation thérapeutique (Drs Jean-François ALEXANDRA, Fabien LE BRAS, Pr Didier DREYFUSS)

Le Dr Jean-François ALEXANDRA précise le contexte de justifiant la création d'un nouveau module : Un réanimateur peut être appelé en pleine nuit pour un malade souffrant d'une maladie chronique sans savoir s'il serait pertinent d'aller plus loin dans les soins à engager et sans que le dossier ne l'en informe.

Il explique que l'activité de consultanat du Pr Didier DREYFUSS avait abouti à la rédaction d'une fiche comprenant une quinzaine d'items destinés à aider à la réflexion en amont sur l'intensité de l'engagement thérapeutique chez ce type de patient. En parallèle l'hôpital Bichat avait lancé pendant la crise COVID une fiche qui permettait de convenir au préalable pour tout patient entrant à l'hôpital d'une intensité de l'engagement thérapeutique maximaliste, à exposer aux patients Une culture s'est ainsi mise en place à Bichat, aboutissant à une demande (notamment de la part des urgentistes) de « sécularisation » de ce processus hors COVID. Tout ceci nous a conduit à proposer une fiche synoptique faisant la synthèse des documents élaborés par le Pr Didier DREYFUSS et le Dr Jean-François ALEXANDRA pour donner un canevas à la structuration de l'engagement thérapeutique.

Cette fiche a été rédigée avec le concours des collégiales de médecine intensive et réanimation (MIR), d'anesthésie- réanimation et de soins palliatifs. Elle a été validée par la direction des affaires juridiques et a été mise en œuvre par la direction des services numériques. Il est d'emblée prévu de la promouvoir via des visioconférences de présentation.

Enfin, un projet de suivi de ce module sera déposé avec des axes qualitatifs et quantitatifs, pour vérifier la satisfaction des utilisateurs, l'impact sur la relation de soin et la planification anticipée des soins.

Le Dr Fabien Le Bras, hématologue à Henri-Mondor, indique également travailler à la direction des services numériques (DSN). Le projet a été déployé grâce au recours à un groupe d'utilisateurs.

Un tableau de bord est présenté et son fonctionnement commenté en séance.

La partie « droits des patients » proposera une historicisation complète de toutes les actions accomplies, ainsi qu'une stratégie d'aide à la prise de décision. Le nouveau module mettra en évidence les tiers de confiance désignés par le patient ainsi que l'état des dernières décisions prises. L'objectif est de rassembler toutes les informations au même endroit, notamment dans l'optique d'un contentieux.

Le Dr Jean-François Alexandra confirme que trois grandes trames narratives ont été travaillées afin d'homogénéiser l'information Cependant, il sera toujours possible d'utiliser les trames existantes de chaque service qui en possèdent déjà.

Le Pr Didier Dreyfuss confirme que l'objectif primaire est celui de l'intérêt du patient. Les bénéfices secondaires visent à faciliter la traçabilité, notamment en cas de contentieux, ainsi qu'à aider les soignants dans leurs démarches.

Le président souligne l'importance de cette traçabilité, d'où l'intérêt de ce dossier informatisé.

Le Dr François Salachas demande si ce module est bâti pour faire tracer les décisions collégiales de limitations thérapeutiques d'un patient, dans les situations ou la famille décide de s'y opposer.

Le Dr Fabien Le Bras explique que lors des groupes de travail, l'hétérogénéité des niveaux de connaissance a été constatée. C'est pourquoi l'objectif premier est d'aider à la traçabilité et à aider les équipes à prendre sereinement leurs décisions. Dans les conflits avec les familles, la peur d'une mise en cause personnelle peut aussi être paralysante. Bien entendu, l'outil ne réglera pas toutes les situations.

Le Dr Jean-François Alexandra considère que le référé liberté est une procédure qui juge avant tout le respect des formes, en particulier si une réunion de prise de décision a été annoncée au patient et/ou sa personne de confiance. C'est pourquoi le système vient en aide aux équipes dans cette mesure.

Le Dr Christophe Trivalle regrette que cette présentation n'ait été faite que sous l'axe juridique, en insistant peu sur le patient, même si Pr Didier Dreyfuss l'a rapidement mentionné.

Le Pr Didier Dreyfuss assure que l'intérêt du patient est pris en compte en premier lieu et que l'outil est uniquement destiné à améliorer la protection de la prise de décision.

Le Dr Cyril Charron estime qu'une information tracée et centralisée est essentielle, y compris pour le patient.

Mme Fabienne Huard indique qu'à Necker, compte tenu de la difficulté d'aborder le sujet des directives anticipées avec des femmes enceintes, le choix a été fait de communiquer largement sur le site « Mon espace santé », avec notamment la possibilité d'indiquer la personne de confiance et les directives anticipées qui peuvent être remplies « à froid ». Il conviendrait donc de préciser quel outil prendra le pas sur l'autre ou comment ils collaborent, sachant que nous pouvons appeler le dossier médical partagé (DMP) depuis *Orbis*.

Le Dr Fabien Le Bras répond que, pour l'heure, la reprise de l'information du dossier médical personnalisé (DMP) n'est pas redescendue dans le dossier patient. La situation décrite est celle de l'entre-deux, de sorte qu'il sera nécessaire de vérifier dans le DMP si des informations sont

disponibles et de mentionner dans le système que cette information écrite. En pareil cas, l'équipe de réanimation présente à 2 ou 3 heures du matin décidera plus facilement.

Le Dr Vianney MOURMAN s'étonne de ne pas avoir été avisé de l'existence de ce module alors qu'il fait partie de la collégiale des soins palliatifs. Par ailleurs, il est nécessaire de rappeler que les directives anticipées ne doivent pas être utilisées lorsque le patient est en mesure de s'exprimer et donc de consentir. D'ailleurs, il s'agit d'un message générique à diffuser très largement : il convient d'utiliser les directives anticipées uniquement quand le patient n'est pas en mesure de s'exprimer. Il est en outre important d'établir que la procédure n'est valable que pendant la durée de l'hospitalisation. Enfin, le médecin de garde, qui est le médecin en charge du patient, a la faculté de faire ce qu'il veut quant à la prise en charge du patient, même si cela n'est pas ce qui est indiqué dans la procédure : il est libre de sa prescription, de ses actes et de ses décisions. Pour conclure sur une question de rhétorique, il estime qu'il est souhaitable de cesser d'employer l'expression « limitation à l'arrêt du traitement actif » (LATA). En effet, ce n'est pas parce que patient cesse d'être intubé que le traitement ne sera pas actif. Pour aller plus loin dans le raisonnement, une procédure collégiale aurait tout intérêt à s'appeler « projet de soin » plutôt que de revêtir cet aspect péjoratif de « limitation de traitement ».

Le Pr Didier DREYFUSS assure que l'esprit du dispositif est très différent de celui décrit par le Dr Vianney MOURMAN. De plus, le terme « LATA» n'est jamais employé. Enfin, aucune décision médicale n'est incontestable par un collègue ou une famille.

Le Dr Vianney MOURMAN insiste sur la vigilance à conserver sur le fait que la décision n'est plus d'actualité en dehors de l'hôpital.

Le Dr Jean-François ALEXANDRA assure que la limitation temporelle de l'engagement thérapeutique est évidente et consubstantielle du module, car elle ne va pas au-delà de l'hospitalisation en cours. La seule différence tient à la possibilité de proposition anticipée pour les patients qui viennent pendant un an en hôpital de jour.

Le Pr Bertrand GODEAU considère que les vertus pédagogiques du module sont évidentes. Il est difficile pour un réanimateur ou un urgentiste de prendre une décision à 3 heures du matin sur un malade qu'il ne connaît pas. Pour autant, rien ne lui interdit d'appeler le médecin qui le suit depuis des années. Le document, de façon générale, paraît très riche avec force détails. Or, un réanimateur qui a la responsabilité du patient, pourrait être mis en position de difficulté.

Le Dr Fabien LE BRAS souligne que le contenu du document est issu d'un groupe de travail et validé par la direction juridique. Le module sera ensuite à disposition des utilisateurs, pour être encore amendé autant de fois que nécessaire. Concernant la granularité, la conception générale prévoit que les réponses ne sont pas obligatoires systématiquement pour chaque élément de décision. Des cases de décision libre sont en outre prévues. Une nouvelle présentation en CME pourrait être intéressante d'ici quelques mois.

9. Avis sur un avenant à la convention d'association hospitalo-universitaire entre le groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Paris Saclay et l'établissement public de santé Barthélémy-Durand (Pr Vincent GAJDOS)

Le Pr Vincent GAJDOS présente l'avenant en rappelant que la première convention, qui portait sur l'addictologie, avait pour objectifs de consolider les collaborations déjà existantes entre les deux structures et de permettre d'intégrer un PU-PH, le Pr Alain DERVAUX. Cette convention a bien fonctionné puisque les collaborations se sont renforcées, notamment avec le service d'addictologie

de Paul-Brousse. Cela a contribué à la volonté d'élargir cette convention afin d'optimiser les parcours de soins pédopsychiatriques et de psychiatrie périnatale sur trois axes : périnatalité, maladies rares et pédopsychiatrie. S'agissant de la filière périnatale, la structure existante à Bicêtre est insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins du territoire. L'objectif est donc de consolider cette offre. Concernant l'axe « maladies rares et la manifestation psychiatrique de la maladie rare », la collaboration est naturelle entre les équipes et les différents centres de maladies rares du GHU et l'expertise développé par le Pr Olivier BONNOT, PU-PH de l'UFR de médecine Paris Saclay recruté à Barthélemy-Durand. Enfin, la pédopsychiatrie est un sujet majeur dont l'importance (nombre de patients et gravité) a considérablement augmenté depuis la pandémie.

Il s'agit donc de favoriser le travail et les collaborations sur ces trois thématiques, tant du point de vue de l'évaluation que du point de vue thérapeutique, d'évoquer les filières de soins intersectorielles et d'enrichir la collaboration universitaire qui s'est nouée à la faveur de la première convention entre les deux établissements.

Pour ce faire, il est prévu une implication forte des PU-PH de Barthélemy-Durand dans les deux structures de recherche du GHU dédiées à ces thématiques et dirigées respectivement par le Pr Amine BENYAMINA et le Pr Emmanuelle CORRUBLE. L'établissement Barthélemy-Durand représente enfin une opportunité de terrains de stage et de formation des étudiants importante pour l'avenir.

La CME exprime un avis favorable à l'unanimité sur l'avenant.

10. Questions diverses

Le Dr Christophe TRIVALLE souhaite savoir quelles mesures ont été prises pour éviter que ne se reproduise l'incident survenu le 26 juillet à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) qui a vu un homme se faire passer pour un médecin aux urgences et qui a examiné trois patientes.

Le directeur général confirme qu'une plainte a été déposée. Davantage d'éléments de détail sur cet incident seront communiqués.

La séance plénière est levée à 18 heures.