

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 11 JUIN 2024**

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 10 SEPTEMBRE 2024

Sommaire

1. Informations du président	6
2. Approbation du compte rendu de la CME du 9 avril 2024	8
3. Intervention de M ^{me} Marine JEANTET et du P ^r Michel TSIMARATOS, directrice générale et directeur général adjoint chargé de la politique médicale et scientifique de l'Agence de biomédecine (ABM)	8
4. Avis sur les comptes clos, l'affectation des résultats et la décision modificative de clôture 2023 (M. Camille DUMAS)	13
5. Avis sur la partie « socle » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'AP-HP et l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) (M. Vincent MICHALOUX)	16
6. Préparation de l'AP-HP aux Jeux olympiques 2024 (P ^r Mathieu RAUX, M ^{me} Christine CAMPAGNAC et M. Grégoire DORÉ)	17
7. Feuille de route <i>Orbis</i> (M. Raphaël BEAUFRET)	20
8. Questions diverses	25

CME du mardi 11 juin 2024

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 9 avril 2024
3. Intervention de M^{me} Marine JEANTET et du P^r Michel TSIMARATOS, directrice générale et directeur général adjoint chargé de la politique médicale et scientifique de l'Agence de biomédecine (ABM)
4. Avis sur les comptes clos, l'affectation des résultats et la décision modificative de clôture 2023 (M. Camille DUMAS)
5. Avis sur la partie « socle » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'AP-HP et l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) (M. Vincent MICHALOUX)
6. Préparation de l'AP-HP aux Jeux olympiques 2024 (P^r Mathieu RAUX, M^{me} Christine CAMPAGNAC et M. Grégoire DORÉ)
7. Feuille de route *Orbis* (M. Raphaël BEAUFRET)
8. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A (titulaires HU)

- Avis sur les demandes de consultanat

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	Béatrix	BARRY	D ^r	Juliette	KAVAFYAN-LASSERRE
P ^r	Anne-Sophie	BATS	P ^r	Hawa	KEITA-MEYER
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Karine	LACOMBE
P ^r	Alexandra	BENACHI	P ^r	Nathalie	KUBIS
P ^r	Bahram	BODAGHI	D ^r	Éric	LE BIHAN
D ^r	Diane	BOUVRY	M.	Jacques	LÉGLISE
P ^r	Pierre-Yves	BRILLET	P ^r	Rachel	LEVY
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	M ^{me}	Marine	LOTY
D ^r	Cyril	CHARRON	M.	Nicolas-Marc	MALAUSSÉ
D ^r	Tristan	CUDENNEC	D ^r	Fabienne	MARTEAU
M.	Arthur	DE BASTARD	M ^{me}	Margot	MARTINEZ
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D ^r	Olivier	MILLERON
M ^{me}	Agathe	DELORME	M ^{me}	Déborah	MONTMEAT
D ^r	Thierry	FAILLOT	D ^r	Nicolas	OBTEL
D ^r	Julien	FONSART	P ^r	Antoine	PELISSOLO
D ^r	Ariel	FRAJERMAN	P ^r	Jean-Damien	RICARD
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Nathalie	RICOMES
P ^r	Vincent	GAJDOS	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Bertrand	GODEAU	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Bernard	GRANGER	P ^r	Marc	SAMAMA
P ^r	Estelle	GANDJBAKHCH	P ^r	Nathalie	SIAUVE
M ^{me}	Ariane	GUDIN DE VALLERIN	D ^r	Farid	SLIMANI
P ^r	Agnès	HARTEMANN	D ^r	Jennifer	SOBOTKA
M ^{me}	Fabienne	HUARD	P ^r	Marianne	ZIOL
D ^r	Anne	JACOLOT			

• ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT)
- M. Yann GUITTIER, représentant du conseil social d'établissement (CSE)

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

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

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

- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, directrice générale adjointe
- MM. Emmanuel RAISON et Kevin MARCOMBE, direction des affaires médicales (DAM)

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{mes} Émilie BAYARD et Sylvie LE GUILLOU (DAM)

- **Membres excusés :**

- M^{me}, M., P^{rs} et D^{rs} Jean-Louis BEAUDEUX, Anne COUVELARD, Marie-Hélène DELFAU-LARUE, Georges ESTEPHAN, Sylvie HAULON, Sandrine HOUZÉ, Fabienne HUARD, Nicolas JAVAUD, Xavier MARIETTE, Claire POYART, Jean-Marc TRÉLUYER

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

1. Informations du président

Le président annonce le report de la séance restreinte qui devait être consacrée à l'examen des demandes de consultanat afin de laisser le temps nécessaire aux rapporteurs pour examiner les dossiers dans de bonnes conditions. Les candidatures seront examinées lors de la CME du 9 juillet.

Organisation des travaux de la CME

Le président informe les membres de la CME que des rapporteurs ont été désignés pour examiner les dossiers ayant fait l'objet de l'engagement d'une procédure disciplinaire à l'encontre de praticiens hospitaliers pour accès illégitime au dossier d'un patient. En effet, le Centre national de gestion (CNG) a requis l'avis de la CME réunie en séance restreinte sur cinq dossiers sur lesquels il envisage de prononcer un blâme ou un avertissement. Le CNG envisage par ailleurs de réunir un conseil de discipline sur un 6^e dossier et souhaite, préalablement à cette saisine, recueillir les observations de la CME. La séance restreinte aux membres titulaires hospitalo-universitaires et praticiens hospitaliers se tiendra ainsi à la suite de la CME du 9 juillet de 18 à 19 heures, uniquement en présence des membres de la CME, sans possibilité de se connecter à distance, pour des raisons de confidentialité.

Le président indique que les réunions du groupe restreint de la CME avec la gouvernance des GHU dédiés à la révision des effectifs 2025 de praticiens hospitaliers se tiendront en septembre. L'accent sera mis sur l'analyse stratégique par discipline et sur une approche territoriale. Ce groupe restreint est composé, outre du président et de la vice-présidente de la CME, des coprésidents des trois sous-commissions *Carrière et formation*, *Territoires* et *Bloc opératoire & plateau technique*, ainsi que des représentants des spécialités, qui seront très prochainement informés du calendrier par la direction des affaires médicales.

Le président informe la CME que le règlement intérieur de l'AP-HP est en cours d'actualisation et qu'il sera soumis à l'avis de toutes les instances centrales, dont la CME, ce qui représente un processus relativement long. En outre, la CME doit se pencher sur l'annexe 17 du règlement intérieur qui définit les principes de fonctionnement des départements médico-universitaires (DMU), des services et des unités fonctionnelles. La sous-commission *Vie hospitalière* est chargée de relire cette annexe avec l'appui de la direction des affaires médicales et de la direction des affaires juridiques. Les membres volontaires de la CME qui souhaitent s'investir dans ce travail sont les bienvenus et peuvent contacter à cette fin M. Emmanuel RAISON.

Le président informe la CME de la constitution d'un groupe consacré aux nominations équilibrées des chefs de service et directeurs médicaux de DMU. Il rappelle qu'une loi de juillet 2023 prévoit que les nominations aux postes de responsabilité dans toute la fonction publique doivent soit les plus équilibrées possible entre les femmes et les hommes. Le groupe de travail fera des propositions sur les moyens d'atteindre ces objectifs désormais imposés, à juste titre, par la loi. Ce groupe sera co-présidé, du côté de la CME, par le P^r Marc SAMAMA et le D^r Juliette PAVIE, et d'autre part, par le directeur des affaires médicales.

Rapport d'activité 2023 de l'AP-HP

Le président informe la CME que le rapport d'activité 2023 de l'AP-HP figure dans le dossier électronique de ses membres, accessible sur le [site de la CME](#).

Accueil d'un nouveau membre de la CME

Le président souhaite la bienvenue à M^{me} Marine LOTY qui remplace M. Emmanuel HAY en tant que représentante des internes.

M^{me} Marine LOTY précise qu'elle représente le syndicat des internes de Paris.

Informations du directeur général

Le directeur général évoque les entrées et les sorties d'infirmiers et infirmières diplômé(e)s d'État (IDE). Le mois de mai 2024 a été moins favorable que les précédents. Il est en effet négatif, le nombre de sorties étant supérieur au nombre d'entrées de 25 infirmiers. En revanche, le solde en mai 2023 était négatif de 60 infirmiers. Le bilan des cinq premiers mois de l'année 2024 s'en trouve légèrement dégradé. Il demeure cependant excellent, avec un solde négatif de 4 infirmiers contre un solde négatif de 276 infirmiers à la même période en 2023. La progression des arrivées (+ 14 % au cours des cinq premiers mois de 2024) et la baisse des départs (- 19 % au cours des cinq premiers mois de 2024) s'équilibrent.

Une autre métrique est intéressante. Elle concerne le nombre d'équivalents temps plein (ÉTP) d'IDE à un instant t en avril 2024. Le directeur général mentionne 324 ÉTP supplémentaires par rapport au mois d'avril 2023, sans prendre en compte les moyens de remplacement (heures supplémentaires et intérim), qui viennent s'ajouter à hauteur environ de 142 ÉTP supplémentaires par rapport au mois d'avril 2023. Les autres catégories, quant à elles, restent malheureusement en tension.

Par ailleurs, grâce à un mois de mai 2024 favorable, l'AP-HP compte 410 lits supplémentaires de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) par rapport à la fin mai 2023. En revanche, le nombre de lits en SLM est stable. De son côté, le nombre de séjours progresse de 2,5 % en hospitalisation complète et de 4, % en hospitalisation partielle, correspondant aux cibles, avec une trajectoire des ressources humaines (RH) plus favorable qu'anticipé et une mobilisation de l'intérim très supérieure à la prévision (65 % de l'enveloppe annuelle ont été consommés sur les cinq premiers mois 2024, soit 110 M€ au total).

Le directeur général évoque trois effets au niveau de l'intérim. Il mentionne en premier lieu un effet prix. Les prix des missions ont été revus à la hausse. Le marché était si peu attractif, en effet, que l'AP-HP devait solliciter des structures en-dehors du marché beaucoup plus coûteux. Aujourd'hui, plus aucune mission n'est commandée en-dehors du marché. L'effet prix est positif, mais permet de s'inscrire dans un cadre maîtrisé. Le deuxième effet est un effet de structure, avec un nombre moindre de missions d'IDE et davantage de missions d'infirmiers et infirmières de bloc opératoire diplômées(e)s d'État (IBODE), créant une déformation du coût moyen des missions. Enfin, fondamentalement, l'AP-HP enregistre une augmentation très forte de 25 % du volume des missions.

Le directeur général confirme les excellents chiffres de la campagne des contrats d'allocation d'études (CAE). Il mentionne déjà 979 CAE signés au 1^{er} juin 2024, c'est-à-dire 200 CAE supplémentaires par rapport au 1^{er} juin 2023. De nombreuses signatures devraient être enregistrées dans les cinq semaines restantes de la campagne.

Au total, la trajectoire RH continue ainsi d'être favorable. En mai 2024, elle a été plus satisfaisante qu'attendu. Le mois de juin 2024 a également vocation à donner satisfaction. Le mois de juillet 2024, en revanche, pourrait souffrir des Jeux olympiques. Il existe, en outre, un sujet relatif à la maîtrise de la masse salariale au niveau de l'intérim.

Le second élément d'actualité a trait au projet de réunir un séminaire sur la question de la fin de vie et sur la mise en œuvre du projet de loi soit au mois de juillet, soit au mois de septembre 2024. L'effet de la dissolution de l'Assemblée nationale est cependant radical, puisque l'ensemble des travaux législatifs qui y ont été engagés, y compris le vote des premiers articles de loi amendés par l'Assemblée, sont annulés. Le séminaire est par conséquent reporté. La première lecture à l'Assemblée nationale est en effet essentielle pour connaître les équilibres principaux du dispositif, notamment sur l'aide active à mourir. Une date appropriée sera ainsi définie ultérieurement.

Enfin, le P^r Frédéric BATTEUX quittera l'AP-HP en septembre 2024, puisqu'il est nommé directeur de l'institut Pasteur de Lille. Son remplaçant, dans la même configuration, sera le P^r Antoine VIEILLARD-BARON. De son côté, M^{me} Stéphanie DECOOPMAN sera nommée au 1^{er} septembre 2024 directrice générale du CHU de Rouen. Le directeur général la félicite vivement.

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

Le compte rendu de la CME du 9 avril 2024 est approuvé à l'unanimité.

3. Intervention de M^{me} Marine JEANTET et du P^r Michel TSIMARATOS, directrice générale et directeur général adjoint chargé de la politique médicale et scientifique de l'Agence de biomédecine (ABM)

M^{me} Marine JEANTET se présente. Elle dirige l'Agence de la biomédecine (ABM) qui prend en charge l'ensemble des produits issus du corps humain, à l'exception du sang. Elle se charge d'encadrer l'utilisation éthique de ces produits spécifiques parce qu'issus du corps humain.

Elle explique qu'il existe trois grands niveaux d'activité, les greffes d'organes et de tissus, les greffes de cellules souches hématopoïétiques (greffes de moelle) et l'aide médicale à la procréation (AMP) (engageant des dons de gamètes). Trois plans ministériels sont en cours. Ils ont été réalisés environ pour moitié.

Aujourd'hui, M^{me} Marine JEANTET souhaite sensibiliser les membres de la CME aux besoins en matière de greffe. Le sujet n'est en effet pas suffisamment investi en France. Actuellement, 20 000 personnes environ sont sur liste d'attente, dont 10 000 à 11 000 personnes en liste d'attente active. Vingt-trois inscriptions sont enregistrées chaque jour en moyenne. Quinze personnes peuvent être greffées. Entre deux et trois personnes sur la liste d'attente meurent faute de greffon. Les six à sept autres personnes viennent grossir structurellement la liste d'attente.

Une personne prélevée peut sauver six à sept vies. Il est rare en médecine de disposer d'une capacité à sauver autant de vies avec un acte unique et gratuit. Après la crise de la COVID-19, actuellement, le nombre de greffes progresse (+ 2,5 % en 2023), même si le niveau d'avant-COVID-19 n'est toujours pas atteint. Parallèlement, cependant, la liste d'attente s'est accrue de 5 %. Comme elle est appelée à grandir encore dans les années à venir, la mobilisation à l'AP-HP doit être générale, indépendamment de la spécialité des personnels. Même si les greffes peuvent paraître une affaire de spécialistes, parler de la culture du don est important. Les Espagnols ont développé ces pratiques depuis plus de 15 ans. Ils ont ainsi enregistré encore une progression de 9 % du nombre de greffes en 2023. Ils ont développé une culture du don qui touche tous les soignants. Le sujet ne concerne pas uniquement les équipes de réanimation, les équipes de prélèvement et les greffeurs. Le sujet doit être partagé par la communauté pour répondre au besoin, d'autant que la pratique est extrêmement efficace en termes médico-économiques pour l'assurance-maladie. En 2 ou 3 ans, en effet, le coût de la greffe est récupéré au niveau de l'impact de la dialyse.

Un prélèvement doit précéder une greffe. Il est inquiétant de constater qu'actuellement, même si chaque personne est un donneur présumé, les familles de défunts s'opposent de plus en plus au prélèvement. En Île-de-France en particulier à l'AP-HP, la situation est devenue catastrophique, avec un taux d'opposition de 55 %. Plus d'une personne ne peut pas être prélevée parce que les familles s'y opposent, du fait d'idées reçues. Cette situation est également le reflet du parcours de soins au sein de l'hôpital. C'est pourquoi chacun est concerné. Certes, il existe d'autres facteurs, relatifs par exemple aux inégalités sociales de santé ou aux questions de religion. Les difficultés sont multifactorielles. En revanche, l'AP-HP peut agir sur le parcours de santé. Les soignants peuvent se mobiliser pour parler du sujet. Il est important de noter, à cet égard, que, dans le cadre des enquêtes sur le positionnement des soignants en sur le don de leurs propres organes, les taux enregistrés à l'AP-HP sont les plus faibles de France. Il existe par conséquent un problème de sensibilisation. L'aide-soignant ou l'infirmier qui parle à la famille n'est pas nécessairement en faveur d'une greffe pour lui-même et n'est pas convaincu de son bien-fondé.

M^{me} Marine JEANTET insiste sur la nécessité d'une mobilisation collective pour parvenir à développer la culture du don. Pour faire face au besoin de greffons, l'ABM a développé les multi-sources, par exemple le *Maastricht 3* (M3), c'est-à-dire les prélèvements sur des personnes dont le cœur s'est arrêté. À ce niveau, l'ABM attend également beaucoup de l'AP-HP. Le don du vivant est l'autre source de greffons. L'AP-HP, dans le domaine, est en pointe et extrêmement dynamique. L'objectif est un taux de 20 % de greffes issues de donneurs vivants à la fin du « plan greffe », contre un taux de 16 % actuellement. L'AP-HP affiche un taux de 16 % aujourd'hui. Il existe par conséquent des marges de progression, en corrélation par exemple avec l'accès au bloc opératoire, l'accès aux réanimations, etc. Les sujets auxquels l'AP-HP est confrontée au quotidien ne sont donc pas à minimiser. L'AP-HP était quelque peu en retrait s'agissant du prélèvement. Elle représentait en effet environ 25 % des greffes au niveau national et entre 12 et 13 % des prélèvements. Il existait par conséquent un décalage. Les organes étaient prélevés en province, pour être greffés à Paris. La mobilisation des personnels depuis quelques mois a permis cependant de progresser.

M^{me} Marine JEANTET espère que cette progression se poursuivra. Elle évoque également la question des greffes de tissus. Chaque personne décédée à l'hôpital peut être prélevée de sa cornée, de la peau, des tissus, des os, etc. Elle mentionne également un besoin en valves cardiaques. Ces sujets sont essentiels, sans être mis en avant. Elle insiste sur le fait qu'il s'agit d'un sujet collectif.

La greffe de cellules souches est également un sujet important. Cette activité concerne environ 2 000 greffes. Elle est en croissance. Quand le prélèvement est impossible au sein de la famille, il est possible de faire appel à des donneurs étrangers. Les greffes se divisent pour moitié environ entre greffes apparentées et greffes non apparentées. Le registre en France comporte 400 000 personnes. L'ABM est également connectée à 73 registres internationaux. L'Agence, en cas de besoin, réalise une recherche dans l'ensemble des registres pour trouver le greffon qui correspond le mieux aux caractéristiques HLA (*human leucocyte antigens*, antigènes des leucocytes humains) du patient en attente de greffe. S'agissant des donneurs non apparentés, 90 % des greffons viennent de l'étranger. La France exporte cependant également des greffons issus de son registre. L'Agence tient ce registre et s'occupe de cette intermédiation pour les établissements, notamment évidemment pour l'AP-HP. L'enjeu principal est de compter davantage de donneurs sur le registre en faisant appel à des hommes jeunes issus de la diversité (il existe en effet une difficulté spécifique de greffons pour les personnes d'origine subsaharienne ou asiatique, sachant qu'il n'existe pas de registre dans les pays concernés). Des campagnes de recrutement sont ainsi menées auprès des jeunes. Un travail est notamment mené auprès des étudiants en médecine pour les sensibiliser.

Un autre enjeu concerne l'accès aux lits d'hématologie. Le nombre de lits est en effet en tension. La force de l'AP-HP est de pouvoir créer des créneaux dédiés pour des activités comme l'irradiation corporelle totale pour les patients drépanocytaires en vue d'une greffe.

Le dernier point concerne l'AMP. La loi de bioéthique de 2021 a ouvert l'AMP aux femmes seules et aux couples de femmes. Depuis lors, l'ABM fait face à un nombre extrêmement élevé de sollicitations. La demande a en effet été multipliée par 8 concernant les AMP au niveau national. À l'AP-HP, la demande a été multipliée par 8,5. Les nouveaux publics (femmes seules et couples de femmes) représentent 80 % de la liste d'attente, avec un taux de 40 % de femmes seules. Par le passé, les demandes émanaient uniquement de couples infertiles hétérosexuels. Désormais, les couples infertiles hétérosexuels deviennent très minoritaires. La ruée de demandes, en tout état de cause, a été extrêmement violente pour les centres, avec en particulier un besoin de don de sperme. L'Agence a tenté d'accompagner cette augmentation avec les associations, en essayant notamment de trouver l'argent nécessaire. L'AP-HP, pour sa part, a produit des efforts supplémentaires. La situation demeure néanmoins globalement en tension et devrait le rester pour quelques années encore.

Le Président de la République lui-même avait annoncé un « plan infertilité ». Il n'est pas possible de savoir s'il sera maintenu. L'ABM, de son côté, a commencé à travailler avec les professionnels pour proposer des créations de postes de coordinateurs du parcours. Il existe en effet un besoin d'organiser et de structurer les parcours des patients concernés. Il existe également un besoin en donneurs. Les stocks s'amenuisent rapidement. La mutualisation des stocks de gamètes reste à envisager.

Parallèlement, la loi a ouvert une possibilité d'autoconservation non médicale des ovocytes. La demande a également fortement augmenté dans le domaine. Les sollicitations devraient devenir quasiment systématiques chez les trentenaires. L'ABM devra par conséquent s'organiser pour mieux répondre à la demande, les femmes se rendant majoritairement à l'étranger actuellement. L'activité est forte en la matière notamment en Espagne. Il s'agit d'un enjeu à relever dans un proche avenir.

Le Pr Michel TSMARATOS complète l'intervention précédente en indiquant que le périmètre de l'ABM inclut également la génétique. Il évoque une collecte de l'ensemble des examens génétiques réalisés en France pour rendre un rapport donnant un état des lieux de l'activité au niveau national. Il mentionne toutes formes de diagnostics, les diagnostics prénatals, les diagnostics préimplantatoires, l'activité des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN). Il précise que l'évolution est extrêmement rapide au niveau du parcours génomique, avec notamment la possibilité de disposer d'un diagnostic avant la symptomatologie de la maladie. De la même façon que pour l'AMP, le périmètre s'ouvre, avec l'obligation d'intégrer l'ensemble des examens génétiques, qu'ils soient effectués dans le cadre d'une recherche de diagnostic ou dans le cadre d'un dépistage. Ainsi, l'année suivante, dès la période néonatale, il sera possible d'avoir recours à un examen génétique. Des nouveau-nés bénéficieront immédiatement de l'édition de leur génome, avec un impact sur les activités amenées à utiliser ces outils, ainsi que sur l'ensemble des autres activités. En effet, par exemple, le fait de consulter aux urgences pour une symptomatologie avec une édition de son génome ou sans édition de son génome induira des parcours qui seront probablement différents.

L'Agence de la biomédecine possède ainsi, sur son périmètre, cet aspect de diagnostic génétique. Pour le moment, il n'existe pas de lien avec l'activité clinique. En revanche, d'autres plans qui concernent l'activité clinique embarquent de la génétique, par exemple le plan national maladie

rare ou le « plan médecine France génomique ». Des intersections et des télescopes de ces plans interviendront. L'ABM travaille activement pour essayer de faire en sorte que ces télescopes se fassent de façon cohérente et coordonnée.

Enfin, l'ABM s'occupe de la collecte du lait maternel à visée thérapeutique. La collecte du lait maternel à visée thérapeutique fait l'objet d'une surveillance et d'une biovigilance confiées à l'Agence de la biomédecine. Il s'agit d'une niche, mais qui peut avoir des impacts notamment dans le développement de nouvelles filières de certaines maladies rares justifiant l'utilisation de lait maternel à visée thérapeutique pendant les premières semaines ou pendant les premiers mois de la vie.

Le président remercie les deux intervenants pour leur présentation et apporte deux commentaires. Le premier porte sur la génomique. Il évoque une phase d'évolution rapide du point de vue technique qui pose des questions éthiques, y compris pour le diagnostic néonatal. Il estime que les impacts ne sont pas négligeables et invite à la prudence en la matière car il ne s'agit pas de ne pas approfondir les nouvelles démarches diagnostiques mais d'y associer une réflexion sur leurs conséquences.

Le président remercie M^{me} Marine JEANTET d'avoir rappelé la nécessité d'un engagement institutionnel pour augmenter à la fois le nombre de prélèvements sur donneurs décédés, le nombre de donneurs vivants et le « Maastricht 3 », qui constituent les différentes sources de prélèvements d'organes. Il partage le point de vue de M^{me} Marine JEANTET selon lequel les soignants eux-mêmes doivent se poser la question du don.

Le Dr Olivier MILLERON demande si la question de la culture du don dans le cadre de la loi sur l'aide à mourir a été étudiée.

M^{me} Marine JEANTET souligne qu'il est important de ne pas mélanger les débats sur l'aide à mourir et le don d'organes, pour éviter un risque d'amalgame.

Le Dr Julien FONSART souhaite formuler une alerte quant à la centralisation du typage HLA des adultes à l'hôpital Saint-Louis. Des exercices de cyber sécurité sont réalisés actuellement. Le logiciel utilisé par le laboratoire d'immunologie tombe instantanément, impliquant la fin du typage HLA en Île-de-France. La réponse de la direction des systèmes d'information (DSI) sur le sujet est qu'elle ne sait pas gérer la difficulté.

M^{me} Marine JEANTET confirme que les laboratoires HLA sont en grande souffrance. L'ABM porte une réforme auprès du ministère de la nomenclature et des typages, qui sont aujourd'hui obsolètes. La réunion programmée la semaine suivante à Matignon sur le sujet est néanmoins menacée. Il n'en demeure pas moins que les importantes fragilités sont identifiées.

Le président explique que le nombre de donneurs vivants est très hétérogène à l'échelle du territoire national. En Île-de-France, du fait d'un nombre moindre de prélèvements, les délais d'accès à la greffe sont moins favorables que dans d'autres régions. Il évoque un délai d'attente moyen de 36 mois sur la liste des adultes, contre 6 à 8 mois dans d'autres régions. Les disparités sont, par conséquent, considérables sur le territoire national.

M^{me} Marine JEANTET juge important d'examiner le délai d'accès à la greffe de manière globale. En Île-de-France, les patients sont en effet inscrits sur la liste d'attente plus rapidement que dans les autres régions. Les patients sont par conséquent greffés, même avec une attente plus longue en liste d'attente, dans des délais corrects.

Le D^r Juliette KAVAFYAN-LASSERRE revient sur l'augmentation des refus de dons en. Elle pense que le facteur culturel en Île-de-France est important. L'ABM a réalisé un travail considérable pour parler de la question du prélèvement. Il n'en demeure pas moins que l'état de mort encéphalique n'est pas nécessairement une question connue du grand public, en particulier, de certaines populations. Les soignants sont parfois confrontés à des situations parfois catastrophiques de ce point de vue. Par une information générale, il serait par conséquent peut-être important de porter l'accent sur la question de l'état de mort encéphalique.

M^{me} Marine JEANTET confirme que, parmi les idées reçues, figure celle selon laquelle le prélèvement a lieu sur une personne vivante, car le cœur bat toujours. La mort encéphalique, en l'occurrence, est difficile à expliquer. Il s'agit d'une piste à explorer pour mettre fin à ce frein parmi les idées reçues.

Le D^r François SALACHAS souhaite savoir si une modélisation a été réalisée sur les véritables besoins en termes de greffe. Il s'interroge sur les moyens nécessaires notamment au niveau des soins intensifs. Quels pourcentages de lits de soins critiques ou de soins intensifs pourront-ils être consacrés à la greffe en imaginant que le nombre de donneurs devienne subitement suffisant ? Par ailleurs, il n'est pas convaincu que l'aide-soignant ou l'infirmier puisse créer les conditions d'une greffe dans un service de réanimation. Il existe des équipes dédiées. En revanche, il a pu observer que des patients qui n'intéressaient pas nécessairement les services de réanimation se révélaient extrêmement intéressants pour une greffe. Les rapports entre ceux qui « fournissent » et ceux qui prélèvent sont susceptibles d'en souffrir.

Le P^r Michel TSMARATOS en convient. Il invoque le thème des relations humaines. S'agissant du besoin réel, il argue du nombre de personnes sur la liste d'attente, correspondant à 6 à 10 greffes supplémentaires à réaliser chaque jour en France. Cette activité supplémentaire lui semble absorbable pour répondre au besoin s'il n'existait pas de limite du nombre de greffons.

Le président souhaite modérer l'argument selon lequel l'accès à la liste est meilleur en Île-de-France car des personnes en dialyse n'avaient pas nécessairement été inscrites dans la liste jusqu'alors. Cela pose la question de l'équité d'accès aux soins qui est un sujet primordial. Ensuite, s'agissant des moyens supplémentaires susceptibles d'améliorer les prélèvements, **le président** évoque la question des compétences des personnes, notamment dans les équipes de coordination. En effet, quand le *turn over* dans une équipe de coordination est élevé, l'activité de prélèvement souffre, car elle nécessite, dans son organisation, une expérience spécifique. Il s'agit d'un enjeu majeur que de disposer d'un personnel fidélisé suffisant.

M^{me} Marine JEANTET motive ainsi la proposition de renommer les « coordinations hospitalières de prélèvement » en « coordinations du don ». Elle évoque également des réflexions en cours sur le possible développement réseaux opérationnels prélèvement. En Espagne, par exemple, tous les établissements de santé participent au prélèvement d'organes. En France, seulement 190 établissements participent au prélèvement d'organes. Un simple élargissement du nombre d'établissements impliqués augmenterait déjà la capacité du prélèvement d'organe.

Le président mentionne un enjeu considérable à la fois sur la qualité de vie et l'espérance de vie, qui est moins favorable en dialyse. Sur le plan économique, en outre, le coût pour la société d'une dialyse chronique sur une longue période est différent du coût d'une greffe.

M^{me} Marine JEANTET évoque un des chapitres du rapport sur les charges et produits de l'assurance-maladie consacré à la maladie rénale chronique, notamment dans l'accès à la greffe. Elle confirme qu'il s'agit d'un objet de modélisation de parcours de soins. L'ABM possède notamment des outils

qui permettent cette modélisation. Par exemple, le registre « réseau épidémiologique et information en néphrologie » (REIN), qui est unique au monde, enregistre tous les patients dialysés, permettant de disposer de cohortes modélisées des impacts de parcours de soins.

Pour conclure, **le président** confirme l'engagement institutionnel de l'AP-HP qui a répondu présente depuis plus d'un an grâce à la mobilisation de tous. Il souligne que la CME suivra le sujet avec attention.

Le directeur général atteste que l'AP-HP a rempli son rôle, comme le dénote la progression observée.

4. Avis sur les comptes clos, l'affectation des résultats et la décision modificative de clôture 2023 (M. Camille DUMAS)

M. Camille DUMAS précise, au préalable, que l'audit du commissaire aux comptes est en cours. Il reviendra sur le sujet en fin de présentation.

Il se concentre sur les évolutions intervenues depuis la présentation de la prévision d'atterrissage réalisée en CME du mois de décembre 2023. Il mentionne un atterrissage avec un déficit de 398 M€ sur le budget principal, à savoir le budget hospitalier, sachant que la cible d'atterrissage était de 406 M€ à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) initial. Cette cible d'atterrissage avait été confirmée lors de la décision modificative numéro 1 aux instances de décembre 2023. L'engagement budgétaire et concernant la performance intrinsèque a donc été tenu, malgré les aléas évoqués lors de la précédente instance.

La circulaire de fin de campagne est arrivée tardivement cette année (mi-mai 2024), générant un certain niveau d'incertitude. Il existait et continue d'exister en outre une incertitude sur le montant de la compensation du plafonnement de l'amortisseur-électricité. Il a été décidé de retenir un montant moyen dans la fourchette estimative la plus prudentielle de ce que pourrait être le montant que l'AP-HP obtiendra dans quelques mois, lorsque le fonds sera mis en place, à rattacher aux produits de l'exercice 2023. Enfin, les objectifs ayant été tenus, les résultats incorporent une aide financière de l'État d'un montant de 250 M€, conformément aux engagements pris par l'État.

Lors de la prévision d'atterrissage, le niveau d'incertitude portait notamment sur les hypothèses de construction retenues (50 % sur la compensation de l'inflation et 100 % sur les mesures salariales). Il était possible que tout ou partie de ces incertitudes ne soient pas confirmées lors de l'atterrissage. C'est pourquoi notamment un atterrissage à 406 M€ avait été maintenu lors de la première décision modificative (DM1), alors qu'une amélioration du résultat était anticipée. Finalement, sur les trois postes identifiés lors des précédentes instances, un écart a généré un sous-financement de 57 M€ par rapport à l'EPRD initial. En d'autres termes, sur ces trois mesures, à savoir le financement des actes du référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie (RIHN), les mesures salariales et l'inflation, les hypothèses de compensation inscrites à l'ÉPRD initial s'étaient vérifiées à 100 %, l'amélioration du résultat aurait été plus importante. L'AP-HP n'a cependant pas bénéficié de l'intégralité des compensations attendues mais a réalisé des efforts de performance intrinsèque pour compenser cet impact sur le résultat.

En 2022, l'atterrissage sur le budget principal avait atteint 303 M€, contre 398 M€ en 2023. Les comptes se sont dirigés par conséquent vers un déficit majoré. La majoration du déficit par rapport à 2022 s'explique principalement par l'effet de non-compensation intégrale de l'inflation pour un reste à charge non couvert de 130 M€. L'effet de la sur-inflation en 2023, principalement au niveau

des dépenses énergétiques dont le montant a doublé entre 2022 et 2023, a généré la hausse du déficit.

M. Camille DUMAS aborde le budget consolidé de l'AP-HP. Le budget de l'AP-HP comprend plusieurs comptes de résultats, dont le budget principal et les budgets annexes. Au global, tous budgets confondus, l'atterrissage s'établit à 369 M€, avec un excédent sur la dotation non affectée (gestion locative et cessions), un léger déficit pour les unités de soins de longue durée (USLD), – sachant que ce poste bénéficie d'un soutien financier de l'agence régionale de santé (ARS) de 6 M€ dégressif pendant 2 ans, – un budget des formations (écoles paramédicales) en excédent de 4 M€, et un budget des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en léger excédent conjoncturel lié à des postes vacants.

La capacité d'autofinancement, indicateur de soutenabilité financière, est en amélioration par rapport à l'ÉPRD, à 84 M€ contre 38 M€ initialement prévus. Il s'agit d'une excellente nouvelle, même si la capacité d'autofinancement reste négative à – 86 M€ après remboursement du capital.

Les réalisations en investissements s'établissent à 504 M€ en 2023. Le montant est proche de celui de 2022. Quelques points majeurs sont à noter. 10 % des dépenses font l'objet de subventions affectées et dédiées à l'investissement. Les opérations majeures représentent un quart de ces investissements. Les investissements courants dont les budgets sont totalement déconcentrés aux groupes hospitalo-universitaires (GHU) représentent un tiers des investissements. Les dépenses consacrées aux systèmes d'information représentent 13 % des investissements. Sur la partie relative aux investissements du quotidien, soutenus notamment par les crédits des départements médico-universitaires (DMU) avec les subventions de l'ARS sur le fonds d'intervention du quotidien (FIQ), le montant atteint 18 M€, du fait d'un effet de rattrapage des années antérieures dans la réalisation.

Le support de présentation, par ailleurs, reprend les faits marquants survenus sur les opérations majeures d'investissement de l'AP-HP.

Les opérations de cession immobilière ont été très faibles et très limitées en 2023

Enfin, la dette progresse. Cette progression était prévue dans l'ÉPRD et dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP). Elle a été autorisée par l'ARS. En 2023, l'AP-HP s'est endettée pour accompagner son plan d'investissement. Le taux d'endettement est de 40,3 % en 2023, en augmentation par rapport à 2022, mais en ligne avec les éléments contractualisés avec l'État. Le plafond, fixé à 45 %, n'est pas atteint. L'augmentation des taux intervenue en 2023 a notamment entraîné une hausse des frais financiers, mais à la hauteur des éléments intégrés dans les prévisions budgétaires.

S'agissant de la certification des comptes, dès lors que l'AP-HP a quitté la garantie de financement en 2023, le commissaire aux comptes est revenu à l'exhaustivité de ses contrôles sur l'ensemble de ces cycles, notamment sur la partie relative aux recettes d'activité. Le commissaire aux comptes est redevenu plus exigeant qu'il ne l'était. Sur ces éléments, il est dans la finalisation de son analyse, par rapport à différents paramètres qui l'amènent à devoir se prononcer sur le maintien de la réserve émise avant la situation de garantie de financement. La question est de savoir si le commissaire aux comptes lèvera ou non cette réserve en 2023. Il confirmera son opinion avant la séance du conseil de surveillance.

Le D^r Julien FONSART demande si les résultats intègrent les dettes des autres établissements vis-à-vis de l'AP-HP. Il a notamment bénéficié d'une présentation extrêmement intéressante, la semaine précédente, sur les dettes de biologie d'un montant d'environ 50 M€.

M. Camille DUMAS précise que, lorsque ces dettes présentent un risque, elles sont provisionnées. Elles sont intégrées dans le résultat. Elles figurent évidemment dans le bilan financier (l'actif et le passif) de l'AP-HP.

Le D^r François SALACHAS s'interroge sur la part de l'intérim par rapport à la masse salariale totale de l'AP-HP, ainsi que sur le nombre d'ÉTP correspondant.

M. Camille DUMAS mentionne environ 1 150 ÉTP soignants en intérim en 2023. Le montant est de 137 M€ sur une masse salariale totale de plus de 5,1 Md€ (dont 4,1 Md€ sur le personnel non médical).

Le D^r Olivier MILLERON demande si, en 2022, les mesures salariales avaient donné lieu à une enveloppe spécifique, tandis qu'elles sont comprises dans l'activité et la tarification à l'activité (T2A) en 2023.

M. Camille DUMAS, à propos du dégel du point d'indice, précise que les mesures salariales sont budgétées dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). En 2022, étant décidées postérieurement à la construction de l'ONDAM initial, elles ont été financées par une nouvelle dotation attribuée en fin d'année par l'État en missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). En 2023, elles ont été réintégrées dans les différents vecteurs de financement de l'AP-HP, dont la part des tarifs liée à l'activité dans les tarifs. Lors de la dissémination dans les différents vecteurs, une sorte de taux de perte se manifeste pour l'AP-HP et les autres CHU dont la part de recettes T2A est plus faible que la moyenne nationale compte tenu des missions distinctives financées par dotation, expliquant l'impossibilité de retrouver le montant à l'euro près. Dans une dotation fléchée au prorata des effectifs, le financement serait sécurisé comme ce fut le cas en 2022.

Le D^r Olivier MILLERON souhaite savoir si les tarifs ont augmenté au prorata des augmentations de salaires.

M. Camille DUMAS le confirme, s'agissant de la part correspondant au secteur MCO financé par l'État.

Le P^r Estelle GANDJBAKHCH s'interroge sur les perspectives 2024 par rapport à 2023.

Le directeur général observe que l'atterrissage s'opère à 398 M€, sous la cible de 406 M€. Une première marche de réduction des déficits d'une centaine de millions d'euros est inscrite dans la trajectoire 2024. Il n'est cependant pas totalement serein, arguant d'aléas externes (la compensation à l'euro d'un certain nombre de dépenses salariales liées à des mesures nationales qui, étant intervenues en cours d'année 2023, produiront leurs effets encore en 2024). Par ailleurs, s'agissant de l'activité propre à l'AP-HP, même si les informations sont globalement satisfaisantes, il subsiste quelques éléments de vigilance. Il sera important de gérer efficacement le second semestre 2024.

Le D^r Emmanuel Bui Quoc observe que la trajectoire de réduction du déficit d'une centaine de millions d'euros s'accompagnerait d'une augmentation de la dette. Il évoque un montant, sur le PGFP 2023-2027, de l'ordre de 700 à 800 M€, comme rappelé à la fin du mois de décembre 2023. La vigilance est par conséquent essentielle. La question se pose en effet de la soutenabilité réelle de la trajectoire. Cette question peut inquiéter quand il s'agit de maintenir l'hôpital en état de fonctionnement.

Le directeur général confirme qu'il s'agit d'un point critique. Dans la trajectoire quinquennale contractée avec l'État, un « curseur » sur lequel un repère a été posé concerne en effet le taux

d'endettement de l'AP-HP. En 2022, il était d'environ 37 %. Compte tenu des nombreux investissements à réaliser, il a été jugé possible de l'augmenter au maximum à 45 %. Pour ne pas excéder le taux de 45 %, en l'occurrence, l'État doit verser à l'AP-HP 750 M€ cumulés. De son côté, l'AP-HP devrait freiner ses investissements en 2025 si le taux de 45 % était menacé d'être dépassé. Le directeur général explique ainsi sa vigilance et sa préoccupation quant au travail à mener.

Il rappelle également qu'il est prévu que la réduction des déficits de 100 M€ en 2024 se répète en 2025 et en 2026. Cette cible sera cependant plus compliquée à atteindre chaque année.

Le D^r Olivier MILLERON s'interroge sur la signification du taux de + 4,2 % au niveau des instituts de formation. Il demande si les personnes qui devaient être formées ne l'ont finalement pas été.

M. Camille DUMAS apporte deux éléments de réponse. Il invoque, en premier lieu, les postes vacants et la problématique de l'attractivité de l'AP-HP pour les ressources humaines au niveau postes de formateurs des instituts de formation paramédicale. Il mentionne en outre le financement rétroactif par la Région Ile-de-France d'un certain nombre de mesures salariales qui n'avaient pas été financées en 2022.

Le D^r Olivier MILLERON souhaite savoir, par ailleurs, si le site complémentaire de l'hôpital Nord sera discuté en fonction du déficit global de l'AP-HP.

Le directeur général précise que le site complémentaire est intégré dans le plan pluriannuel d'investissement (PPI) sur l'acquisition du foncier. Les financements, de ce point de vue, ont été reçus. La construction même du bâtiment, en revanche, n'est pas encore budgétée. La dépense devrait être inscrite dans les comptes 2028, car la construction ne devrait pas débuter plus tôt.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité des voix exprimées sur l'affectation des résultats (avec 2 abstentions).

La CME rend un avis favorable à l'unanimité des voix exprimées sur la décision modificative de clôture 2023 avec alignement sur les comptes clos (avec 2 abstentions).

5. Avis sur la partie « socle » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'AP-HP et l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) (M. Vincent MICHALOUX)

M. Vincent MICHALOUX rappelle que le CPOM vise à décliner à l'échelle de l'AP-HP le contenu du projet régional de santé, à reconnaître les orientations stratégiques de l'établissement, à lister les autorisations de soins, les activités spécifiques et les missions de service public qui sont reconnues à l'AP-HP, et à lister les financements octroyés à l'AP-HP pour la réalisation de ses missions. Il s'agit d'un outil de contractualisation entre l'AP-HP et l'ARS qui fait l'objet d'une négociation, d'un suivi régulier avec des revues de gestion et d'une évaluation finale en fin de période.

Le CPOM contient des clauses contractuelles types qui fixent le périmètre de contrat, les conditions de suivi du contrat et les procédures de conciliation et de sanction en cas de manquement. Il s'agit de procédures standards réglementaires. Ensuite, la partie qui fait l'objet de la négociation concerne les trois annexes. La première annexe porte sur les engagements et les autorisations délivrées par l'ARS, avec un contexte particulier cette année relatif à la remise à plat de l'ensemble des autorisations de soins dans le cadre de la réforme des autorisations finalisée en 2022. De ce fait, cette annexe est appelée à être mise à jour régulièrement au fur et à mesure de la délivrance des nouvelles autorisations de soins par l'ARS, qui s'échelonnent sur 2024 et 2025.

La deuxième annexe liste les reconnaissances contractuelles octroyées à l'AP-HP. Dans le cadre de cet avenant, il est question d'une reconduction des reconnaissances contractuelles au 31 décembre 2023 avec des avenants à prévoir au fur et à mesure de la délivrance des nouvelles autorisations.

Enfin, la dernière annexe est relative aux financements octroyés à l'AP-HP. Cette annexe n'a pas fait l'objet à ce stade de travaux entre l'AP-HP et l'ARS.

M. Vincent MICHALOUX explique qu'il convient de reconduire le CPOM « socle » pour la période 2024-2028, le précédent CPOM étant arrivé à échéance le 31 décembre 2023 en actualisant l'annexe 2 relative aux reconnaissances contractuelles. En effet, l'objectif est de faire la jointure entre la fin du précédent CPOM et la délivrance des nouvelles autorisations qui s'échelonnent sur 2 ans qui s'inscrit dans le contexte de « remise à plat » des autorisations sur 2024 et 2025.

L'AP-HP contractualise uniquement sur la reconduction des activités et reconnaissances contractuelles qui étaient autorisées au 31 décembre 2023 pour permettre notamment le maintien de la valorisation des activités de soins critiques qui font l'objet d'une valorisation de suppléments journaliers qui sont associés à ces séjours. Concernant le périmètre, il concerne l'ensemble des activités soumises à reconnaissance contractuelle à fin 2023 par site géographique et reconduites en l'état. Il n'y a pas eu de négociation avec l'ARS. Il s'agit d'une procédure administrative visant à faire la jonction entre la fin du précédent CPOM dans l'attente de la négociation du futur CPOM avec l'ARS.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité des voix exprimées (avec 2 abstentions) sur la partie « socle » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'AP-HP et l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)

6. Préparation de l'AP-HP aux Jeux olympiques 2024 (P^r Catherine PAUGAM)

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ précise le fonctionnement de la polyclinique du village olympique et paralympique. Il sera ouvert du 12 juillet au 13 août et du 18 août au 17 septembre, avec une direction administrative confiée à M^{me} Florence KANIA, un directeur médical, D^r Alain FREY, et une cadre paramédicale, M^{me} Hélène LACROIX. Autour de cette direction, gravitera l'équivalent de 336 personnes chaque jour pendant les Jeux olympiques, 306 personnes pendant les Jeux paralympiques. La vocation de la polyclinique est de prendre en charge, dans le cadre de soins non programmés, des athlètes, des membres de la « famille olympique » et des professionnels travaillant dans le village olympique.

Trois hôpitaux référents (Avicenne, Bichat et l'hôpital européen Georges-Pompidou [HEGP]) ont été désignés. Ils ont mis en place des parcours pour des patients spécifiques qui ont été travaillés entre les équipes de l'AP-HP et l'ARS. Le travail est en phase de calage du circuit de prise en charge des frais financiers en rapport avec les assurances prises par « Paris 2024 » pour ces financements. De son côté, la mobilisation hospitalière a déjà été présentée à la CME, avec notamment un peu moins de 360 lits supplémentaires et quatre salles d'urgence supplémentaires par rapport à un mois d'août normal.

Le dispositif préhospitalier régional, autour des services de l'État, est placé sous la direction du service d'aide médicale urgente (SAMU) zonal. Le schéma de santé est ainsi couvert en-dehors des sites olympiques.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ fait état de deux hélicoptères médicalisés dans le Val-de-Marne et en Seine-et-Marne. Elle mentionne un système de régulation sur site avec la présence de médecins SAMU dans les postes de commandement des sites et également au centre opérationnel de la

brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) à Champerret. De son côté, la mise en place d'une régulation départementale est habituelle, mais avec une coordination zonale permettant d'assurer l'adaptation des dispositifs des unités mobiles hospitalières (UMH0) en fonction soit de rassemblements de foule, soit de situations particulières nécessitant de déplacer des moyens.

Des équipes pré-hospitalières participent au dispositif « situations sanitaires exceptionnelles » (SSE), avec en particulier la mobilisation de lots de postes sanitaires mobiles de niveau 1 (PSM 1) qui contient un certain nombre d'antidotes. Ces lots ont été mobilisés et prépositionnés, avec des analyses de cartographie et des analyses des risques partagés avec l'ARS, la région de défense. Des unités mobiles de décontamination viendront en outre potentiellement en renfort des établissements de santé, soit au total 63 équipes santé disponibles 24 heures sur 24.

Il convient de ne pas omettre également la mobilisation des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), les unités qui assurent le soutien médico-psychologique.

Le Pr Catherine PAUGAM-BURTZ remercie l'ensemble des personnels du groupe de travail (*task force*) qui ont accepté la mission de préparer les Jeux olympiques depuis presque deux ans. Elle annonce la mise en place, durant les Jeux olympiques, d'un dispositif de veille, qui démarra dès le 20 juillet, avec une cellule centrale et des cellules dans les groupes hospitalo-universitaires (GHU). L'objectif est le suivi quotidien des capacités en lits, en particulier des services mobilisés, le suivi de l'activité des urgences, de l'activité d'hospitalisation en médecine et en chirurgie, de l'activité des blocs opératoires, en particulier au niveau de l'activité chirurgicale urgente, pour s'assurer que les dispositifs mis en place sont cohérents et satisfont les besoins. Elle souligne, à cet égard, l'importance du suivi et du remplissage du répertoire de l'offre et des ressources (ROR). Bien entendu, l'ensemble des statistiques seront analysées dans le cadre de retours d'expérience (RETEX). Elle fait état également d'une veille syndromique et de tout événement, y compris minime, en lien quotidien avec les interlocuteurs régionaux de l'AP-HP. Pendant la période, en particulier, tout événement qui survient, même s'il n'a strictement aucun lien avec les Jeux olympiques, sera rapporté aux Jeux olympiques. Les retours des pays qui ont organisé les Jeux olympiques le démontrent, ce qui suppose une alerte sur l'ensemble des événements, y compris de faible ampleur, avec des réseaux et des services de communication et de réponse particulièrement attentifs et rodés, pour pouvoir systématiquement suivre, apporter les démentis s'il y a besoin ou confirmer.

S'agissant de la préparation sur les situations sanitaires exceptionnelles, le décret sur l'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) a été récemment mis à jour. Il décrit le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. Il existe une différence entre le niveau 1 dit « plan de mobilisation » et le niveau 2 dit « plan blanc », avec, en fonction du type de tension, des modalités de pilotage au niveau hospitalier qui sont adaptées. Le décret, en l'occurrence, fixe les modalités d'organisation des cellules de crise, les procédures de gestion, les modalités de continuité, les modalités de rappel, le recensement des moyens, les plans de formation. Il est relativement prescriptif. L'enjeu est de s'assurer qu'un fonctionnement efficace est en place, avec notamment les établissements de santé référents qui doivent assurer 24 heures sur 24 le diagnostic et la prise en charge clinique et biologique des patients relevant des missions de référence, apporter l'expertise technique à tout établissement de santé sur toute question relative aux sujets de référence, et animer le réseau des acteurs de la prise en charge.

De nombreuses formations ont été proposées, en particulier sur la préparation au pilotage de crise, à destination des directeurs médicaux et des directeurs administratifs référents des Jeux

olympiques. La seconde journée de formation est programmée le lendemain de la présente séance. 120 personnes y sont inscrites. Des formations aux gestes et soins d'urgence sont également prévues notamment les annexes 7 et 8. De nombreux exercices de préparation à la crise se sont déroulés dans les sites avec une mobilisation importante des équipes.

S'agissant du risque de canicule, les procédures de prise en charge médicale ont été revues avec les collégiales. La vérification des équipements spécifiques a été réalisée.

Concernant la prévention du risque infectieux en lien avec les brassages de population, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a émis une recommandation sur le port du masque aux urgences pour les patients, professionnels et accompagnants pendant les Jeux olympiques dans les zones de circulation des SAU.

Un autre risque majeur concerne la cyber-malveillance. Les aspects de cyber-résilience ont été organisés, avec un certain nombre de plans rédigés avec une équipe d'infirmiers et de cadres. Un travail de sensibilisation des personnels a en outre été mené, notamment sur le « hameçonnage » (« *phishing* »). La mauvaise nouvelle est que des personnels continuent de communiquer leur identifiant et leur mot de passe. Dans ce cas, il convient de changer immédiatement de code et d'effectuer un signalement. La double authentification a été mise en place sur plusieurs applications, participant clairement à la sécurisation informatique.

S'agissant de la mobilité aucun site n'est situé directement dans le périmètre d'un site olympique, à l'exception de l'hospitalisation à domicile (HAD) qui, par définition, compte des patients susceptibles d'être présents dans ces zones. Néanmoins, la mobilité sera plus difficile. Une foire aux questions est disponible sur le sujet. Les informations continuant d'évoluer, il est utile de consulter les informations disponibles régulièrement.

La cérémonie d'ouverture des Jeux olympiques de « Paris 2024 », programmée le 26 juillet, constitue un cas particulier. Elle entraînera des difficultés de circulation, outre le 26 juillet, durant la semaine qui précédera la préparation (dès le 18 juillet). L'HAD, Pitié-Salpêtrière et l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) se situent en zone rouge, où la circulation motorisée est interdite, mais reste possible pour les personnels et prestataires moyennant la production de justificatifs. De son côté, l'Hôtel-Dieu se situe en zone grise, c'est-à-dire en zone anti-terroriste. À ce niveau, les contraintes sont majeures. Une adaptation du fonctionnement est par conséquent prévue pendant toute la période, de façon à maintenir les services d'accueil des urgences (SAU) et l'unité médico-judiciaire (UMJ) fonctionnels. Des délocalisations d'un certain nombre d'activités pour pouvoir maintenir l'offre de soins sont en outre prévues. **Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ** mentionne également le recours à la téléconsultation.

Les épreuves sur route posent également difficulté. Elles sont entourées d'une zone rouge, c'est-à-dire avec une interdiction de circulation motorisée autour de l'itinéraire. Pour les exceptions, le laissez-passer numérique n'est pas nécessaire. Il est remplacé par la simple production d'un justificatif. Les piétons, les cyclistes et les transports en commun souterrains ne sont pas concernés.

Le D^r Anne JACLOT signale qu'en Seine-Saint-Denis, une demande consistant à pouvoir dispenser les médicaments pour 3 mois a été adressée à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), afin d'éviter des déplacements difficiles aux patients. Les équipes ont essuyé un refus. Jugeant ce refus absurde, elle sollicite le soutien du P^r Catherine PAUGAM-BURTZ.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ confirme son soutien, puisque le point a d'ores et déjà été remonté. Des discussions sont en cours.

Le D^r Julien FONSAERT affirme, par ailleurs, qu'au centre olympique, les examens biologiques ne seront pas réalisés par l'AP-HP, mais privatisés. Les examens seront par conséquent à réitérer en cas de transfert d'un patient vers un site de recours.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ s'inscrit en faux. En effet, les résultats des patients seront « édités ». Ils disposeront des résultats de leurs examens lors de leur arrivée sur un site de recours.

Le D^r Julien FONSAERT tient ses informations « de source sûre », puisque l'ARS s'en plaint.

Le P^r Estelle GANDJBAKHCH s'interroge sur le coût du dispositif pour l'AP-HP.

Le directeur général répond que la polyclinique est entièrement financée sur un budget pris en charge par le Comité international olympique (CIO). Les patients étrangers sans couverture sociale seront pris en charge au titre de la « famille olympique ». Le CIO a notamment souscrit un contrat d'assurance privé. Les soins courants pour les personnes couvertes par le régime de droit commun, quant à eux, relèvent de l'assurance-maladie. Enfin, la prime JO est prise en charge sur un budget de l'État. Un budget est néanmoins prévu en cas de dépenses supplémentaires au niveau de l'AP-HP.

Le D^r Farid SLIMANI a retenu qu'il était prévu de déployer à la polyclinique du village olympique 336 ÉTP pendant les Jeux olympiques et 306 ÉTP pendant les Jeux paralympiques. Il s'interroge sur les financements prévus.

Le directeur général précise que les personnes sont volontaires et bénévoles. Il s'agit essentiellement de professionnels ne relevant pas de l'AP-HP.

Le P^r Beatrix BARRY précise que les équipes de l'hôpital Bichat ont bénéficié d'une présentation du village olympique. Elle évoque une véritable « machine de guerre », entraînant le fait que l'impact sur l'activité de l'AP-HP devrait être négligeable.

Le D^r Juliette KAVAFYAN-LASSERRE évoque la question du laisser-passer que les personnels soignants doivent obtenir dans certains cas avec une attestation de l'employeur AP-HP. Elle signale que l'hôpital Beaujon a adressé une demande d'attestation plus de deux semaines auparavant, restée sans réponse à ce jour.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ confirme que les directions des ressources humaines sont mobilisées. Cela étant, elle évoque une probable confusion, puisqu'aucun laisser-passer n'est nécessaire pour les personnels de l'hôpital Beaujon, qui ne se situe pas dans une zone de restriction de déplacements.

7. Feuille de route *Orbis* (M. Raphaël BEAUFRET)

M. Raphaël BEAUFRET précise qu'il est accompagné du D^r Christophe VINCENT-CASSY. Il présente en premier lieu une carte d'identité de *Orbis*. Depuis le 1^{er} janvier 2024, 74 000 personnes différentes, professionnels de l'AP-HP, se sont connectées au moins une fois à *Orbis*. Les coûts directs versés à l'éditeur *Dedalus* s'élèvent à 7,5 M€. Il existe cependant également des coûts indirects, relatifs aux équipes projets qui travaillent sur *Orbis*, aux infrastructures, etc. Rapporté au nombre de professionnels utilisateurs, l'ordre de grandeur est de 100 € par an, montant qui, comparé à d'autres outils, n'est pas particulièrement élevé. La différence est parfois significative, par exemple dans la comparaison avec de grands dossiers patients, notamment américains.

Le taux de satisfaction atteint aujourd'hui 70 %. L'identité de dossier médical d'environ 10 millions de patients sont référencés dans *Orbis*. 37 des 38 hôpitaux sont équipés, l'hôpital Georges-Pompidou utilisant toujours le logiciel *DXCare*, édité désormais par le même éditeur *Dedalus*, après rachat de plusieurs sociétés.

Le projet a été lancé 15 ans auparavant. Les trois sites pilotes étaient Ambroise-Paré, Bicêtre et Tenon. Même s'il a beaucoup progressé depuis lors, il n'est pas encore arrivé à son terme.

La douzième enquête de satisfaction sur le dossier patient informatisé *Orbis* a été organisée récemment, avec un taux de participation record de 10,4 %. Les résultats sont plutôt favorables, avec 4 points de satisfaction supplémentaires. Aujourd'hui, 70 % des répondants sont satisfaits, c'est-à-dire soit très satisfaits, soit satisfaits. Le nombre de personnes peu satisfaites ou absolument pas satisfaites, quant à lui, est en diminution. Il s'agit également d'un point positif. De surcroît, les résultats sont homogènes entre les différents groupes hospitalo-universitaires (GHU).

La connaissance, l'utilisation et l'intérêt d'*Orbis et moi* ont également été mesurés. Même si 38 % des utilisateurs évoquent une amélioration au cours des 6 derniers mois, 62 % des utilisateurs évoquent des difficultés techniques, des lenteurs, des problèmes de connexion, etc. Du chemin reste par conséquent à parcourir. Ce point de mesure, à cet égard, apparaît extrêmement intéressant. Certaines disciplines, notamment l'anesthésie réanimation ou la pharmacie, présentent un taux de satisfaction en retrait par rapport au taux de satisfaction moyen.

Un plan d'action pour améliorer l'usage d'*Orbis* à court terme est prévu. Un accord a été trouvé avec la société *Dedalus* sur douze chantiers, dont le chantier sur les prochaines versions, le chantier justement sur les soins critiques, le chantier sur le dossier de soins, etc. L'ambition est d'améliorer la situation en se fixant un certain nombre d'objectifs précis.

Le Dr Christophe VINCENT-CASSY observe que 95 % des consultations pré-anesthésie sont inscrites dans *Orbis* aujourd'hui. Il s'agit d'une réussite. Un prototype a été mis en place à l'hôpital Tenon. L'anesthésie est effectuée au bloc opératoire. Cette prise en charge se diffuse actuellement en endoscopie anesthésique dans les hôpitaux Cochin et Saint-Antoine. La grande majorité des SPI sont en train de basculer les unes après les autres dans *Orbis*. Un travail important est par conséquent mené sur l'ensemble des soins critiques, que ce soit la partie de réanimation médicale, chirurgicale ou l'anesthésie. Un travail est mené avec *Dedalus* pour tenter d'amener la solution au niveau des solutions spécifiques de l'anesthésie et de la réanimation. Un travail dans l'année est prévu pour poursuivre les améliorations en la matière. Sur l'anesthésie, un groupe de travail a été constitué ces dernières semaines pour essayer d'améliorer l'existant.

M. Raphaël BEAUFRET, à propos de la réanimation, mentionne l'objectif pour 2024 de passer de 22 % des lits de l'AP-HP en soins critiques à 30 % des lits de l'AP-HP équipés avec la partie *Orbis* Réanimation. Sur la pharmacie, avec la version 8.5.22, sur laquelle un webinaire a été récemment organisé pour une montée en production prévue dans quelques jours, un important module est attendu. Il est relatif au réassort de médicaments dit « V2 ». Il permettra notamment de débloquent progressivement la partie automatisée, très attendue notamment dans les premiers sites pilotes. Aujourd'hui, M. Raphaël BEAUFRET ne passe pas en revue néanmoins les améliorations de la version 8.5.22.

Il souhaite en revanche partager avec la CME un certain nombre de réflexions internes à l'AP-HP, qu'il est envisagé de partager ensuite avec *Dedalus* pour tenter d'influer sur leur feuille de route. L'AP-HP n'est en effet pas le seul client de *Dedalus*. L'AP-HP tente ainsi de se projeter dans une vision à 5 ans. L'objectif des échanges aujourd'hui est de partager cette réflexion, qui se poursuivra dans le cadre de la commission numérique. L'idée est de travailler sur une vision pour le patient et le soignant qui prévoirait la simplification des soins paramédicaux, la « décomplexification » de l'ambulatoire (avec l'enjeu notamment de reproduire une partie des fonctionnalités qui existaient à l'hôpital Georges-Pompidou dans *DX Planning* pour permettre la gestion des parcours complexes dans *Orbis*, notamment autour de l'ambulatoire). De nombreux travaux portent en outre sur les

produits de santé, avec des marges de manœuvre importantes, permettant probablement aussi de travailler sur la juste prescription. Par exemple, il a été remonté dans des réunions récentes la demande qui avait été effectuée depuis plusieurs années de travailler sur l'affichage de l'empreinte carbone, mais également peut-être également du coût des médicaments au moment de la prescription dans le module qui s'appelle *Medication* qui permet d'effectuer la prescription. Des travaux sont en outre menés sur les soins critiques. Les avancées enregistrées sur le module concerné avaient été évoquées lors d'une précédente CME. Des travaux portent sur la normalisation du dossier médical. Selon certaines remontées, le nombre de documents commence à être élevé. La capacité de filtrage et de visualisation devra par conséquent être améliorée. Enfin, il existe des enjeux stratégiques en termes de télésurveillance, tant pour les patients suivis à leur domicile (avec un enjeu d'interopérabilité pour faire entrer les données de télésurveillance dans *Orbis*) qu'au niveau de l'hôpital (pour des soignants qui ne seraient pas à proximité immédiate d'un patient). Les ambitions sont fortes pour les utilisateurs. *Dedalus* commence enfin à prendre un virage sur l'expérience utilisateurs.

Le D^r Christophe VINCENT-CASSY confirme que *Dedalus* s'inscrit désormais dans une gestion de la prise en charge par parcours de soins et non plus par module, ce qui constitue une véritable avancée en termes d'ergonomie. *Dedalus* a en outre recruté des équipes pour remodeler l'ensemble de l'application, afin de la rendre plus intuitive et de la rapprocher des standards nord-américains.

M. Raphaël BEAUFRET mentionne, par ailleurs, des enjeux de performance. Le lancement d'*Orbis*, selon les ordinateurs, dure entre trente secondes et une minute trente. Un travail est en cours pour s'aligner sur les standards du marché en termes de performance. Même si la situation s'est objectivement améliorée depuis quelques années, du chemin reste à parcourir, dans le cadre d'un chantier de tous les instants avec *Dedalus*.

Sur le sujet particulièrement stratégique des dossiers de spécialité, **le D^r Christophe VINCENT-CASSY** annonce que près de 50 dossiers de spécialité ont été créés à l'heure actuelle dans *Orbis*. Certains sont très utilisés, quand d'autres le sont moins, posant la question de la maintenabilité de ces éléments et de la facilité d'extraction qu'il peut exister ensuite. *Dedalus*, dans sa refonte en cours, proposera un certain nombre de dossiers plus normés. L'AP-HP devra avoir recours à la technologie *web* ou redévelopper un certain nombre de dossiers. Il existe par conséquent un enjeu stratégique de décision avec l'ensemble des collégiales pour entrer, le cas échéant, dans une certaine normalisation. La question est de savoir s'il existe réellement un besoin d'observations extrêmement structurées.

M. Raphaël BEAUFRET souligne la nécessité de définir des éléments de méthode. Le travail commencera par un audit de l'usage de l'existant, c'est-à-dire les 45 dossiers de spécialité et les 14 000 formulaires. Avant de répondre aux questions des membres de la CME, il indique également qu'il existe un programme particulier sur le dossier de soins engagé avec *Dedalus* et des représentants des professionnels. Il s'agit de travailler à une refonte et à une simplification du dossier de soins pour les soignants. Certains éléments sont déjà en place. D'autres éléments seront livrés dans un proche avenir. Le travail sera mené avec l'éditeur au stade de la recherche et développement (R&D) pour ne pas avoir à subir des choix réalisés par des tiers. Il s'agit de s'impliquer dans les choix de *Dedalus*.

Le président demande si la transformation d'*Orbis* en 2025 repose sur la technologie *web*.

Le D^r Christophe VINCENT-CASSY évoque les briques nécessaires pour basculer dans la technologie *web*. Il est possible que certains circuits puissent s'installer dans du *web* avant la cible finale.

Le D^r Cyril CHARRON rapporte que les équipes de la direction des systèmes numériques (DSN) connaissent une accélération depuis 2020 de la structuration et de la professionnalisation, tant dans la mise en place de nouveaux modules que dans la réponse aux utilisateurs ou dans les paramétreurs. Les process sont beaucoup plus clairs. Les process sont plus rapides. Il en va de même chez *Dedalus* en parallèle, avec un nombre croissant de développeurs et une collaboration plus étroite avec les utilisateurs. L'utilisation du logiciel est même devenue secondaire pour *Dedalus*, qui s'intéresse davantage désormais au parcours, à la manière dont une infirmière reçoit un nouveau patient, aux interactions entre médecins et personnel paramédical, etc. La démarche est extrêmement intéressante, car elle permet des analyses aux résultats parfois surprenants. Cela étant, parfois, au-delà du marketing, *Dedalus* déçoit au niveau des résultats obtenus. Les groupes de travail ont précisément pour objectif d'apporter les progrès voulus par l'AP-HP. La démarche est par conséquent positive.

S'agissant du changement de technologie vers le *web*, l'impatience est grande dans les équipes. Cela étant, même si la livraison est rapide, **le D^r Cyril CHARRON** espère ne pas être désagréablement surpris à nouveau par le résultat obtenu. Toujours est-il que les collaborations nécessaires sont mises en place à plusieurs niveaux (anesthésie, dossier de soins, etc.). La situation évolue dans un sens favorable. Le prochain chantier concernera à présent l'hôpital de jour, qu'il est indispensable de réformer et d'améliorer au sein de l'AP-HP. Aujourd'hui, chaque hôpital de jour au sein de l'AP-HP possède son mode de fonctionnement propre. Des concessions seront nécessaires de la part de chaque établissement, le logiciel ne pouvant pas être « œcuménique ». Une normalisation est indispensable à ce niveau. Une conduite du changement sera nécessaire. Chaque établissement doit accepter, y compris au niveau des dossiers de spécialité, en trop grand nombre aujourd'hui, une conduite du changement, une certaine normalisation et un changement de ses habitudes, sous peine que le logiciel ne soit pas fonctionnel.

Le P^r Marc SAMAMA souhaite expliquer les raisons pour lesquelles les anesthésistes ne sont pas satisfaits. Huit ans auparavant, le prédécesseur de M. Raphaël BEAUFRET leur avait annoncé un recueil informatisé de la feuille d'anesthésie grâce à *Orbis*. Aujourd'hui, elle est toujours manuelle, sous format papier. Seul l'hôpital Cochin, au niveau des endoscopies et de la salle de réveil, fonctionne de façon informatisée. Le dispositif démarre en outre à l'hôpital Tenon. Pour des raisons de sécurité, des raisons médico-légales, des raisons de recherche, des raisons d'enseignement, il serait pourtant important de pouvoir récupérer les données des patients grâce à *Orbis*.

Le P^r Vincent GAJDOS s'interroge sur les éléments prévus pour l'amélioration de la qualité des documents produits à l'issue des passages. Actuellement, sauf à voir les médecins réaliser un travail considérable de reprise de la forme, les documents sont de très mauvaise qualité et insupportables à lire. Ils ne sont d'ailleurs probablement pas lus par les correspondants. Le P^r Vincent GAJDOS invoque l'image de marque de l'institution. Il évoque une marge de progression et une réflexion à mener dans une logique d'amélioration.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU évoque la situation de la pédiatrie, qui fonctionne encore sous format papier. Elle mentionne une difficulté médico-légale à ce niveau. Avant l'amélioration des circuits, il est important de permettre à tous d'accéder à l'informatique. Il s'agit d'une priorité. La consultation d'anesthésie, de son côté, est d'une grande médiocrité. Les dysfonctionnements ont été remontés à plusieurs reprises. La pédiatrie a obtenu des modifications peu satisfaisantes. Le D^r Sonia DELAPORTE CERCEAU espère par conséquent que des anesthésistes pédiatres seront inclus dans le groupe de travail. Elle rappelle que tel n'était pas le cas lors du précédent groupe de travail. Elle ne distingue pas davantage la présence des anesthésistes pédiatres au niveau des dossiers de

spécialité. Ils font partie pourtant de l'ambulatoire, de la chirurgie et des plateaux techniques, sans avoir accès à *Orbis*.

Le D^r Olivier MILLERON constate qu'il reste impossible, dans *Orbis*, d'adresser un courriel à un patient, y compris contenant une ordonnance. Il préconise une évolution dans ce sens. Par ailleurs, au niveau médicolégal, il signale ne pas recevoir les comptes rendus des scanners réalisés à l'AP-HP.

M. Raphaël BEAUFRET, sur le dernier point, signale qu'un travail est en cours sur le parapheur numérique. Une dizaine de services testent actuellement le parapheur numérique.

Sur le sujet de l'électrocardiogramme (ECG), un « preuve de concept » s'ouvrira après la rentrée avec *Dedalus* pour un stockage puis une comparaison automatique. Avant la fin de l'année 2024, l'AP-HP aura obtenu une réponse quant à la pertinence de la solution technique envisagée. La stratégie se veut plus ambitieuse pour l'ensemble de l'AP-HP. Le besoin est manifeste pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins.

Sur l'anesthésie, **M. Raphaël BEAUFRET** comprend le besoin d'accélération. Il s'agit cependant d'un des processus les plus complexes à informatiser. Il entend la nécessité de couvrir l'ensemble des besoins, y compris en pédiatrie. Le processus mis en place vise en particulier à améliorer les contenus des concessions pré-anesthésie, même si elles sont effectivement aujourd'hui relativement utilisées. Il reconnaît le travail qu'il reste à réaliser.

Le D^r Christophe VINCENT-CASSY répond à la question sur les envois de courriels. Il existe deux modalités d'envoi. La première modalité consiste à envoyer depuis *Orbis* le document vers « Mon espace santé », où le patient peut la récupérer. L'envoi peut en outre s'opérer par la messagerie sécurisée qui préexistait. La remise des documents aux patients peut donc d'ores et déjà être réalisée.

Le P^r Estelle GANDJBAKHCH mentionne une difficulté fréquente avec *Orbis* relative au fait que les nombreux personnels présents lors du déploiement s'absentent rapidement, tandis que le personnel peut avoir des questions à poser. Pour des ajustements éventuels, par exemple, les personnels n'ont plus d'interlocuteur direct. Il devient alors extrêmement difficile d'obtenir un interlocuteur. La question se pose par conséquent d'améliorer le support.

Le D^r Patrick LÉGLISE reconnaît qu'*Orbis* constitue un réel progrès. Il invoque un dossier patient informatisé (DPI) unique à l'AP-HP. En revanche, les pharmaciens à usage interne subissent une régression depuis 2023. Les dernières évolutions devraient peut-être seulement permettre un retour au niveau de fonctionnalités de 2023. Pour avoir fait partie du groupe de pharmaciens ayant réfléchi aux spécificités techniques nécessaires, il espère à présent une accélération.

Le D^r Anne JACLOT s'interroge sur le nombre de lits informatisés à l'AP-HP. Elle confirme en outre une régression pour les pharmaciens au niveau des requêtes, quand il s'agit de répondre à une demande d'un collègue clinicien pour mieux analyser leurs pratiques de prescription. L'outil, de ce point de vue, est totalement inefficace. **Le D^r Anne JACLOT** souligne que l'interopérabilité est décevante pour les équipes pharmaceutiques.

M. Raphaël BEAUFRET, reconnaît une difficulté au niveau des équipes de déploiement qui repartent immédiatement après la fin des opérations. Le meilleur modèle de déploiement des services numériques en général à l'AP-HP n'a toujours pas été trouvé. La situation est extrêmement variable selon les outils. Il est certain, en revanche, qu'il est indispensable d'associer les équipes locales, notamment de la direction des systèmes d'information (DSI) locale, au moment d'un déploiement. S'agissant de la chaîne de support, en outre, un travail doit être mené dans les équipes sur la

capacité à répondre plus facilement et sur la capacité à mieux flécher les demandes vers les équipes adéquates de niveau 2, qui sont les équipes du centre de solutions applicatives. De niveau 3, il convient de se tourner vers l'éditeur.

M. Raphaël BEAUFRET reconnaît des améliorations possibles dans le domaine. Il ne peut pas répondre à la question sur le nombre de lits informatisés à l'AP-HP. Il ne possède pas l'information. Il admet la possibilité de travailler sur cet indicateur.

Sur la pharmacie, il ne méconnaît pas les difficultés au niveau du circuit du médicament. Un comité de pilotage est organisé régulièrement sur les produits de santé. Une quinzaine de chantiers sont ouverts. Les projets informatiques sont complexes. Une démarche de priorisation a été mise en œuvre. **M. Raphaël BEAUFRET** a bon espoir d'atteindre à des améliorations sur le système d'information du médicament. La tendance de fond, plus globalement, est de réduire le nombre d'applicatifs pour travailler mieux. Il est important également d'améliorer le dialogue entre les logiciels et entre les équipes, en réduisant au maximum le nombre de logiciels. Il s'agit actuellement d'une période de transition de ce point de vue, avec la nécessaire gestion simultanée de logiciels anciens et de logiciels nouveaux. Le chantier de l'interopérabilité, sur la base de standards européens et non pas de standards propres à *Dedalus*, n'en demeure pas moins essentiel. Le travail devrait d'ailleurs apporter une indépendance stratégique vis-à-vis des *Dedalus*. Le chantier est néanmoins difficile.

Le P^r Anne-Sophie BATS rapporte que son établissement travaille avec *DX Care*. Un important travail d'optimisation avait été mené, quelques années auparavant, sur des questionnaires par spécialité, l'objectif étant d'extraire les données dans le cadre des travaux de recherche. Elle a rencontré récemment l'équipe de *Dedalus* pour adapter ces travaux à *Orbis*. Elle s'interroge sur l'état de la réflexion sur le sujet.

Le P^r Hawa KEITA-MEYER reconnaît les qualités d'*Orbis*. Il existe des lacunes au niveau du bloc opératoire dans le parcours patient. Néanmoins, la partie relative aux consultations d'anesthésie s'est améliorée. Des ajustements ont été réalisés selon les spécialités, en particulier au niveau de l'anesthésie obstétricale. Pour la pédiatrie, des points sont à revoir. Il reconnaît cependant la possibilité de réaliser des comptes rendus d'anesthésie facilement grâce à *Orbis*.

M. Yann GUITTIER s'interroge sur la façon de rendre anonyme le passage des personnels dans *Orbis*. Il évoque un sujet de protection des données. À l'AP-HP, ni les médecins, ni les secrétaires n'ont la solution.

Le D^r Christophe VINCENT-CASSY entame ses réponses par une digression sur la concession de pré-anesthésie. L'équipe est parvenue à l'exporter dans l'espace santé, dans le dossier médical partagé (DMP), dans un souci de sécurisation en cas de cybercrise. Pour les patients qui ont une identité nationale de santé (INS) qualifiée, bien évidemment, l'exportation est désormais possible. **Le D^r Christophe VINCENT-CASSY** adressera une note sur ce point. Sur l'HEGP, il existe 7 000 formulaires actuellement. Dans la convergence, un travail de normalisation est à réaliser. Le travail est complexe, en lien notamment avec les dossiers existants et des choix réalisés par les collégiales à l'intérieur des spécialités. Le travail se poursuit.

M. Raphaël BEAUFRET revient sur la confidentialité de l'accès aux données des professionnels de l'AP-HP qui s'y font soigner. Les professionnels qui les prennent en charge ont légitimement accès à leurs données. En revanche, il existe à un enjeu pour éviter que d'autres professionnels aient accès aux informations par le biais d'*Orbis*. Le sujet est particulièrement suivi par la déléguée à la protection des données qui remettra prochainement son rapport annuel au directeur général.

Le D^r Cyril CHARRON juge illusoire de penser qu'*Orbis* ou *Care for you* sera un jour un requêteur pour rechercher nos données. Ce sujet ne figure pas dans la feuille de route de *Dedalus*. Ce point ne facilitera par conséquent aucunement la recherche. En réalité, les efforts doivent porter sur l'entrepôt de données de santé (EDS) et la capacité des soignants et des professionnels à aller effectuer de la recherche sur son service. Ce point passe par la simplification de Cohorte360 et par la définition des datas à remonter (travail à mener par les collégiales, les chercheurs et, éventuellement, les groupes de travail).

Le président observe que le sujet est majeur, que la tâche immense mais que les moyens limités. Il salue les efforts des équipes de la direction des systèmes numériques.

8. Questions diverses

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU souhaite sensibiliser la direction sur les différents appels à projets (de l'agence régionale de santé [ARS] ou de la direction générale de l'offre de soins [DGOS]) réalisés dans les équipes. Ces appels à projets entraînent des financements complémentaires. Ils nécessitent du temps et la mobilisation des différents professionnels impliqués. Il existe, en l'occurrence, une difficulté pour récupérer les financements. Elle demande s'il est possible de mettre en place des filières pour savoir qui prévenir lors du dépôt d'une réponse à un appel à projets et qui contacter en cas de succès pour récupérer les fonds.

Le directeur général s'engage à examiner le sujet.

M. Yann GUITTIER signale qu'il revient du ministère, où il a accompagné les préparateurs en pharmacie dans leurs revendications. Il lui apparaît que, à mi-mot, M^{me} Sophie BARON, directrice adjointe du cabinet de la ministre, a fait comprendre que l'ensemble des dossiers étaient suspendus. Il préconise au contraire qu'avant le second tour des élections législatives, le ministère et l'AP-HP répondent favorablement aux revendications des personnels. Il regrette l'absence d'écoute de la part des dirigeants depuis plusieurs années, qui a conduit à la situation politique actuelle.

La séance plénière est levée à 18 heures 45.