COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 11 MARS 2025

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 8 AVRIL 2025

C1 - Interne

Sommaire

1. Informations du président 6
2. Approbation des comptes rendus des CME des 14 janvier et 11 février 2025 8
3. Bracelet rouge 9
4. Synthèse des conférences stratégiques et budgétaires – Volet investissements 12
5. Services numériques : bilan des priorités 2024 et nouveaux projets 2025 14
6. Projet de transformation de l'hospitalisation à domicile 22
7. Avis sur trois protocoles de coopération 25
8. Questions diverses 27

C1 - Interne

CME du mardi 11 mars 2025

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation des comptes rendus des CME des 14 janvier et 11 février 2025
3. Avis sur trois protocoles de coopération :
   - « Élargissement des missions du diététicien- nutritionniste prenant en charge des patients souffrant de maladie rénale chronique stade 4 et 5 : prescription d'une alimentation thérapeutique, renouvellement des prescriptions d'examens, et de mélanges d'acides aminés essentiels / cétoanalogues, en lieu et place du médecin néphrologue »
   - « Radiologues interventionnels et manipulateurs en électroradiologie médicale pour la pose des PICC-line et *Midline* en secteur de radiologie Interventionnelle »
   - « Surveillance, ajustement et prescription des apports alimentaires pour les patients atteints de maladies héréditaires du métabolisme, traités par un régime hypoprotidique, hypolipidique et contrôlés en glucides, par un diététicien en lieu et place d'un médecin »
4. Bracelet rouge (Dr David OSMAN)
5. Synthèse des conférences stratégiques et budgétaires – Volet investissements (M. Camille DUMAS)
6. Projet de transformation de l'hospitalisation à domicile – nouveau processus d'admission de patients (M. Florent BOUSQUIÉ et Dr Clément LECLAIRE)
7. Services numériques : bilan des priorités 2024 et nouveaux projets 2025 (M. Pierre BLONDÉ, Dr Cyril CHARRON, Pr Sandrine HOUZÉ)
8. Questions diverses

- Assistent à la séance :

- ***Avec voix délibérative :***

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

			P	V	A				P	V	A
M.	Marwan	AMMAR			X	Pr	Jean-Marie	JOUANNIC		X	
Pr	Philippe	ANRACT			X	Dr	Juliette	KAVAFIAN-LASSERRE		X	
Pr	Béatrix	BARRY	X			Pr	Hawa	KEITA-MEYER		X	
Pr	Anne-Sophie	BATS		X		Pr	Nathalie	KUBIS	X		
Pr	Alexandra	BENACHI		X		Pr	Karine	LACOMBE			X
Dr	Fadi	BDEOUI	X			Dr	Éric	LE BIHAN		X	
Pr	Thomas	BLANC	X			Pr	Éric	LE GUERN			X
Pr	Bahram	BODAGHI		X		Dr	Patrick	LÉGLISE	X		
Mme	Maïssa	BOUKERROU	X			Pr	Rachel	LÉVY		X	
Dr	Diane	BOUVRY	X			Mme	Marine	LOTY	X		
Pr	Sophie	BRANCHEREAU				M.	Redwan	MAATOUG			X
Pr	Pierre-Yves	BRILLET		X		M.	Nicolas-Marc	MALAUSSE			X
Dr	Emmanuel	BUI QUOC	X			M.	Edan	MALET			X
Pr	Yves-Hervé	CASTIER			X	Pr	Xavier	MARIETTE			X
Dr	Marina	CHARBIT		X		Dr	Fabienne	MARTEAU		X	
Dr	Cyril	CHARRON	X			Pr	Emmanuel	MARTINOD		X	
Dr	Sylvain	CHOQUET			X	Dr	Olivier	MILLERON		X	
Dr	Caroline	COLAS			X	Mme	Déborah	MONTMÉAT			X
Pr	Anne	COUVELARD		X		Dr	Vianney	MOURMAN	X		
Dr	Tristan	CUDENNEC			X	Dr	Nicolas	OBTEL			X
M.	Arthur	DE BASTARD			X	Dr	David	OSMAN	X		
Dr	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	X			Pr	Yann	PARC	X		
Pr	Marie-Hélène	DELFAU-LARUE			X	Dr	Juliette	PAVIE	X		
Mme	Agathe	DELORME		X		Pr	Antoine	PÉLISSOLO	X		
Pr	Loïc	DE PONTUAL			X	Dr	Patrick	PELLOUX	X		
Pr	Nicolas	DE ROUX		X		Pr	Philippe	PIRNAY			X
Dr	Georges	ESTÉPHAN		X		Pr	Claire	POYART		X	
Dr	Thierry	FAILLOT		X		Pr	Jean-Damien	RICARD	X		
Dr	Julien	FONSART	X			Dr	Nathalie	RICOME			X
Dr	Vincent	FROCHOT			X	Dr	François	SALACHAS			X
Pr	Vincent	GAJDOS	X			Pr	Rémi	SALOMON	X		
Pr	Estelle	GANDJBAKHCH	X			Pr	Marc	SAMAMA	X		
Pr	Sophie	GEORGIN-LAVIALLE		X		Pr	Nathalie	SIAUVE	X		
Pr	Bertrand	GODEAU	X			Pr	Virginie	SÉGURET-DEPASSE		X	
Dr	Jean-Marc	GORNET			X	Dr	Farid	SLIMANI			X
Pr	Bernard	GRANGER		X		Dr	Jennifer	SOBOTKA	X		
Mme	Ariane	GUDIN DE VALLERIN			X	Pr	Laurent	TEILLET		X	
Pr	Agnès	HARTEMANN	X			Pr	Dominique	THABUT			X
Dr	Sylvie	HAULON	X			Dr	Briac	THIERRY			X
Dr	Jean-François	HERMIEU		X		Dr	Samir	TINE			X
Pr	Patrick	HINDLET		X		Pr	Jean-Marc	TRÉLUYER			X
Pr	Sandrine	HOUZÉ	X			Dr	Valérie	TROSINI-DESERT			X
Mme	Fabienne	HUARD	X			Dr	Noël	ZAHR			X
Dr	Anne	JACOLOT	X			Pr	Marianne	ZIOL		X	
Pr	Nicolas	JAVAUD	X								

- ***Avec voix consultative :***
  - M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
  - M. Loïc MORVAN, président de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSMIRT)
  - Pr Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
  - M. Yann GUITTIER, représentant du comité social d'établissement (CSE)
  - Mme Julie ROUPRET-SERZEC, représentante des pharmaciens hospitaliers
- ***En qualité d'invités permanents :***
  - Dr Lynda BENSEFA-COLAS, médecin responsable de la médecine du travail
  - 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 Étienne GAYAT, directeur général adjoint
  - MM. Raphaël BEAUFRET et Pierre BLONDÉ, directeur et directeur-adjoint des services numériques
  - MM. Emmanuel RAISON et Kévin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)
  - M. Florent BOUSQUIÉ, directeur de l'hospitalisation à domicile (HAD)
  - Mme Nsuni MET, direction de la stratégie de transformation (DST)
  - Dr Guillaume HÉBERT, direction de la qualité
- ***Secrétariat de la CME :***
  - Mme Sylvie LE GUILLOU (DAM)
- ***Invités :***
  - Dr Clément LECLAIRE, président du comité consultatif médical (CCM) de l'HAD

Membres excusés :

Prs, Drs, Mmes et MM. Joël ANKRI, Jean-Louis BEAUDEUX, Aurore BREGEON, Nathalie CHARNAUX, Vianney DESCROIX, Édouard DEVAUD, Sandra FOURNIER, Bruno RIOU, Sabine SARNACKI, Namik TARIGHT.

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

1. Informations du président

Représentation de la CME dans les instances centrales

Le président explique qu'il est nécessaire de désigner un nouveau représentant de la CME au conseil de surveillance de l'AP-HP, en remplacement du Dr Christophe TRIVALLE. Il propose la candidature du Dr Juliette PAVIE, soulignant qu'elle serait la première femme à représenter la CME au conseil de surveillance de l'AP-HP.

Le Dr Juliette PAVIE présente sa candidature. Praticienne hospitalière (PH) en maladies infectieuses, elle exerce actuellement son deuxième mandat à la CME. Elle rend hommage au Dr Christophe TRIVALLE, soulignant son engagement pour la défense de l'hôpital public, en particulier de l'AP-HP et sa capacité à relayer les problématiques du terrain. Elle s'engage à poursuivre dans cette voie et à jouer un rôle de relais entre la CME et le conseil de surveillance.

La CME désigne à l'unanimité le Dr Juliette PAVIE pour la représenter au conseil de surveillance de l'AP-HP.

Le président poursuit en indiquant qu'il conviendra également de désigner un représentant à la commission de concertation des usagers (3CU) où le Dr Christophe TRIVALLE représentait également la CME. Il invite les volontaires à manifester leur candidature auprès de lui avant la prochaine réunion de la CME.

Conférence nationale des présidents de CME de CHU

Le président informe la CME que le Pr Isabelle LAFFONT, doyenne de la faculté de santé de Montpellier, a été élue présidente de la conférence nationale des doyens de santé et le Pr Marc HUMBERT, doyen de la faculté Paris-Saclay, vice-président de cette conférence.

Il dresse ensuite un bref compte rendu de la rencontre de la conférence des présidents de CME avec le nouveau ministre de la Santé, le Pr Yannick NEUDER, qui a eu lieu le 3 mars et a porté, pour l'essentiel, sur les problèmes soulevés par la réforme de la 4e année d'études des internes en médecine générale, sur le partage de la permanence des soins en établissement de santé entre secteurs public et privé et sur la situation budgétaire des CHU.

Projet médical de l'AP-HP

Le président fait le point sur les représentants de la CME désignés pour travailler sur les 11 thématiques prioritaires. La direction de la stratégie et de la transformation (DST) a déjà désigné un référent pour chaque GHU sur ces thématiques. Les personnes déjà désignées pour représenter la CME sont les suivantes :

- Pr Estelle GANDJBAKHCH, pour la cardiologie médico-chirurgicale et interventionnelle ;
- Pr Marianne ZIOL pour l'anatomopathologie ;
- Pr Nathalie SIAUVE pour la radiologie interventionnelle ;
- Pr Nicolas JAVAUD pour l'aval urgences et courts séjours ;
- Pr Rachel LEVY pour l'assistance médicale à la procréation ;
- Pr Antoine PELISSOLO pour la psychiatrie ;
- Pr Sylvie HAULON pour la gériatrie ;
- Pr Anne-Sophie BATS pour la chirurgie ;
- Pr Loïc DE PONTUAL pour la pédiatrie ;

- Pr Pierre-Laurent PUIG pour la cancérologie ;
- Pr Vincent GAJDOS pour la néonatologie.

Le Dr Julien FONSART demande s'il y a un représentant pour la biologie dans le projet médical.

Le président confirme qu'il y a bien un représentant pour la biologie, ainsi que pour la pharmacie. Il précise que les onze thématiques mentionnées sont prioritaires, mais que le projet médical sera rediscuté.

Le directeur général indique qu'un travail sur la biologie est en cours depuis septembre 2023.

Charte des accompagnants des patients dans les services d'accueil des urgences (SAU)

Le président informe la CME qu'un projet de charte des accompagnants dans les services d'accueil des urgences a été approuvé par la collégiale des urgentistes et que le bureau de la CME du 25 février a exprimé son soutien à cette démarche, qui mériterait d'être étendue à l'ensemble des services, notamment en gériatrie, en l'adaptant si nécessaire.

Informations du directeur général

Le directeur général présente un point sur les ressources humaines, en particulier sur les deux premiers mois de l'année 2025. Il souligne une nouvelle amélioration significative concernant les infirmiers diplômé d'État (IDE) par rapport aux années précédentes. Le solde entrées-sorties est presque à l'équilibre (- 2) contre - 52 l'année précédente, - 75 en 2023 et - 131 en 2022. Cette amélioration est principalement due à une augmentation des recrutements (+ 29 % par rapport à l'année précédente) plutôt qu'à une diminution des départs.

Pour les autres métiers, le directeur général rapporte :

- un solde positif pour les sage-femmes ;
- un solde positif (+ 11) pour les préparateurs en pharmacie, marquant une nette amélioration ;
- un solde positif (+3) pour les assistantes sociales ;
- un solde stable (-1) pour les infirmières et infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) ;
- un solde encore négatif (- 13) pour les manipulateurs radio, bien que légèrement amélioré par rapport à l'année précédente.

Le directeur général conclut en soulignant que, malgré les efforts pour améliorer l'attractivité, le recrutement des manipulateurs radio reste un défi important tout autant que leur fidélisation, notamment au terme d'une période de 3 à 6 ans lors de laquelle on observe des départs très importants vers le privé où les conditions notamment salariales sont clairement encore plus attractives.

Concernant les statistiques capacitaires, **le directeur général** indique une stabilité par rapport au mois précédent, avec environ 580 lits de plus qu'il y a un an. Le taux de fermeture en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) est descendu à 11 %, contre 18 % auparavant, et en soins médicaux et de réadaptation (SMR) à 18 %.

En ce qui concerne l'activité, le mois de janvier a été fort en volume, ce qui est probablement lié à l'activité post-service d'accueil des urgences SAU), mais les chiffres pour février ne sont pas encore disponibles.

Concernant la situation financière, le déficit prévu pour 2024 reste autour de 460 M€. Plus de 80 % de ce déficit sont liés à des facteurs exogènes liés à la compensation des augmentations salariales et de l'impact de l'inflation exceptionnelle des années 2023 et 2024.

Pour la campagne 2025, **le directeur général** attend les arbitrages sur la traduction du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) en termes d'évolution des dotations et des tarifs. Il souligne deux enjeux majeurs à ce titre : obtenir une compensation dédiée pour couvrir l'augmentation des cotisations à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) ; s'assurer que la marge de manœuvre dégagée sur l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) soit répartie entre l'augmentation de la tarification à l'activité (T2A) et celle des dotations.

Le directeur général anticipe une évolution positive, mais modérée des tarifs. L'hypothèse d'évolution des volumes d'activité est estimée à 1,9 %, mais le directeur général estime que la progression réelle sera supérieure. Il craint que les crédits mis en réserve en début d'année (coefficient prudentiel) ne soient pas débloqués en fin d'année 2025 en raison de cette hypothèse de volume jugée trop optimiste. Par ailleurs, une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) est en cours pour évaluer le sous-financement hospitalier et la compensation des mesures salariales. Une rencontre avec la mission est fixée le 31 mars. Il espère une conclusion avant fin avril, tout en soulignant le contexte mouvant des finances publiques et des priorités en termes de politique publique.

Le directeur général évoque le déploiement de la nouvelle version de *Chronos*. Il rappelle que la première version déployée il y a deux ans n'avait pas laissé un bon souvenir. Une version améliorée de cet outil a été déployée le 28 janvier. Malgré quelques dysfonctionnements initiaux (lenteurs, difficultés de connexion, instabilités sur les compteurs de congés), cette nouvelle version apporte des améliorations significatives : navigation plus fluide, accès via *smartphone* et tablette, possibilité pour les chefs de service de valider les plannings sur leur *smartphone*, saisie facilitée des tableaux de service, et bientôt la possibilité pour les praticiens d'échanger leurs gardes directement dans l'outil. Cet outil est perfectible et évolutif et des groupes d'utilisateurs ont été mis en place pour faire remonter les évaluations et les besoins en vue de futures versions.

Concernant la validation des plannings, **le directeur général** exprime sa préoccupation face aux observations des commissaires aux comptes. Le manque de validation des plannings constitue une faille de sécurité dans les processus, risquant d'entraîner une réserve dans la certification des comptes. De telles réserves auraient des conséquences notables, notamment sur les conditions d'accès aux financements externes. Pour résoudre ce problème, un objectif de 66 % de plannings validés avait été fixé, mais n'a pas été atteint. Une nouvelle stratégie ciblant les 10 % de services les plus critiques parce que générant un volume élevé d'éléments variables de paye (116 services) a été mise en place, mais seuls 37 services ont réalisé le travail demandé. Le directeur général mentionne des cas de refus de validation par certains chefs de service, ce qu'il considère comme problématique. Il abordera ce sujet avec le président de la CME, soulignant l'importance pour les chefs de service de remplir leurs obligations, malgré la complexité de leur tâche.

2. Approbation des comptes rendus des CME des 14 janvier et 11 février 2025

Le compte rendu de la CME du 14 janvier est approuvé à l'unanimité.

Le compte rendu de la CME du 11 février 2025 n'étant pas prêt dans les temps, son approbation est reportée.

3. Bracelet rouge

Le Dr David Osman présente la démarche « bracelet rouge » et sa place dans la prévention de l'allergie médicamenteuse. Cette initiative, validée en CME il y a quelques années, est déployée sur toute l'AP-HP. Il faut en premier lieu comprendre que l'objectif du bracelet rouge n'est pas d'améliorer la pertinence du diagnostic d'allergie, mais la visibilité des allergies connues. De manière parallèle néanmoins un travail doit être engagé pour améliorer la qualité des enquêtes allergologiques menées dans les services et le parcours diagnostique en cas d'allergie suspectée. Un travail est en cours pour répondre à ces deux objectifs avec mené pour le moment avec les cinq centres de pharmacovigilance adossés à l'AP-HP et le service de dermatologie de Tenon. Un enjeu particulier est celui de la dé-labellisation des allergies à la pénicilline.

Le Dr David Osman évoque ensuite les raisons de cette initiative, citant des déclarations régulières d'anaphylaxie chez des patients connus comme allergiques, avec quatre événements indésirables graves en 2023 et deux en 2024. Les données de la littérature montrent que 3 % à 12 % des erreurs médicamenteuses sont à le fait de la réintroduction d'un médicament chez un patient allergique.

La traçabilité des allergies à l'AP-HP repose actuellement sur le module « allergie Orbis » dans le dossier médical. Son remplissage permet d'alimenter un « *post-it* Orbis », dont la visibilité reste insuffisante. Depuis peu, le remplissage des allergies aux produits de contraste dans le module « allergie Orbis » alimente aussi automatiquement les demandes d'examens radiologiques.

Le Dr David Osman explique ensuite la méthode de mise en place du bracelet rouge, impliquant dans une phase initiale personnel paramédical qui doit poser « largement » s'il juge utile et si le patient l'accepte puis une phase de validation par un médecin, qui peut décider du retrait du bracelet rouge pour la mise en place d'un bracelet blanc. Il insiste sur le fait que la phase de validation est encore insuffisamment menée par les prescripteurs. Ce dispositif présente évidemment des risques potentiels, de faux négatifs (absence de bracelet rouge chez un patient allergique) et de faux positifs (bracelet rouge chez un patient qui n'est pas allergique). Ces risques inhérents à toute démarche de sécurité doivent être acceptés et inciter à avoir tout le temps un regard critique

Le Dr David Osman insiste sur les principes fondamentaux de cette démarche : il ne s'agit que d'une barrière de sécurité, elle est donc faillible, l'information produite doit toujours être remise en question ; enfin elle vise à interroger plus fréquemment les patients et donc à les rendre plus acteurs de leur propre sécurité. En conclusion, il réaffirme que l'objectif principal de ce dispositif est de donner une meilleure visibilité à des informations connues, tout en renforçant la démarche diagnostique. Il mentionne néanmoins la nécessité d'améliorer la capacité d'alerte pour le prescripteur dans « Orbis prescription » et d'améliorer la pertinence des diagnostics d'allergie médicamenteuse.

Le Pr Beatrix Barry exprime son soutien à cette initiative, la qualifiant d'extrêmement louable. Elle souligne l'utilité du bracelet rouge, notamment dans les blocs opératoires, le considérant comme une sécurité supplémentaire précieuse au quotidien. Elle félicite l'équipe pour ce travail.

Le Pr Nathalie Siauve fait part d'une expérience de terrain concernant l'allergie aux produits de contraste. Elle fait état de la difficulté d'obtenir des consultations d'allergologie pour les patients ayant eu des réactions à ces produits, en raison du faible nombre d'allergologues spécialisés dans ce

domaine. Elle estime que le problème est particulièrement aigu dans les groupes hospitaliers et s'interroge sur les solutions possibles.

Le Dr Guillaume HEBERT souligne l'importance du sujet, notamment dans le cadre du suivi des cancers où les scanners injectés sont fréquents. Il explique que la moindre suspicion d'allergie aux produits de contraste iodé perturbe considérablement les protocoles de surveillance, avec des délais de consultation en allergologie pouvant atteindre six mois, ce qui est problématique pour le suivi oncologique. Il évoque ensuite l'expérience d'un échec avec le bracelet rouge, citant le cas d'une patiente ne parlant pas français. Il insiste sur la nécessité de rester vigilant, notamment dans les situations d'urgence comme les scanners injectés en cas d'hémorragie. Il conclut en soulignant que le bracelet rouge n'est pas encore entré dans les mœurs et qu'il y a un véritable enjeu de communication interne pour sensibiliser le personnel, notamment les manipulateurs radio.

Le Dr David OSMAN reconnaît la nécessité d'améliorer le parcours des patients suspectés d'allergie. À l'AP-HP c'est essentiellement l'équipe de dermatologie de Tenon qui est sollicitée. Pour améliorer les choses, il faudra trouver des ressources supplémentaires, et sans doute être aidé des centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV).

Le Dr David OSMAN confirme qu'en situation d'urgence peuvent la transmission rigoureuse d'informations est difficile. Il souligne cependant que le bracelet est plus visible qu'une information dans ORBIS. Il évoque des situations à risque, au cours desquelles il faut par exemple évaluer rapidement le rapport bénéfice-risque d'une injection de produit de contraste chez un patient dit allergique. Il mentionne les pratiques aux États-Unis où les patients peuvent porter jusqu'à cinq bracelets, dont un bracelet violet indiquant l'ordre de ne pas réanimer.

Le Dr Julien FONSART s'interroge sur la possibilité d'étendre l'approche développée pour la radiologie aux produits injectés lors des tests dynamiques en biologie. Ces produits peuvent également provoquer des allergies et devraient être considérés comme des médicaments. Il suggère que la prescription de l'acte devrait être associée à cette information.

M. Patrick LÉGLISE salue l'initiative, reconnaissant qu'il s'agit d'un problème constant dans les établissements. Il pose ensuite une question sur la gestion des allergies alimentaires, se demandant si elles ne posent pas le même type de problème.

Le Dr David OSMAN explique qu'il a été décidé que les allergies alimentaires ne soient pas gérées de la même manière, afin de simplifier le message mais aussi parce que la prise en compte des allergies alimentaires aurait compliqué la démarche en impliquant d'autres métiers, comme les diététiciens dans le circuit de pose du bracelet. Il reconnait que le sujet des allergies alimentaires n'est sans doute pas assez sécurisé pour le moment et qu'un travail doit être mené.

Le Dr Patrick PELLOUX aborde la question du préhospitalier au niveau du service d'aide médicale urgente (SAMU), notamment concernant les réactions allergiques dans les cabinets de radiologie. Il demande s'il serait utile de poser le bracelet rouge dans ces situations ou s'il faut continuer la prise en charge habituelle du choc anaphylactique sans inclure le bracelet rouge.

Le Dr David OSMAN admet ne pas avoir de réponse précise et s'interroge sur l'extension de la démarche au SAMU, car si la pose d'un bracelet est à ce moment possible, le SAMU ne produit pas d'étiquette d'identification.

Le Dr Guillaume Hébert estime que cette procédure s'applique à tous. Il précise qu'en dehors de l'hôpital, les patients pris en charge par le Samu ne portent pas de bracelet actuellement.

Le Dr Patrick Pelloux s'interroge sur le moment opportun pour mettre le bracelet rouge, notamment dans les situations d'urgence en radiologie où le patient présente déjà des symptômes.

Le Dr David Osman confirme que dans ces cas, la question du bracelet ne se pose plus. Mais il suggère plus généralement une réflexion possible pour voir si la procédure pourrait être adaptée à la prise en charge préhospitalière.

Le Pr Pierre-Yves Brillet soulève la question de la différence entre la déclaration et la confirmation de l'allergie. Il s'interroge sur les personnes habilitées à remplir Orbis et sur la manière dont l'information est matérialisée, particulièrement pour les produits de contraste.

Le Dr David Osman explique que, dans Orbis, l'allergie est documentée dans un onglet spécifique, ce qui permet sa visibilité dans tout le système. Il souligne l'importance de noter également l'absence d'allergie dans cet onglet. L'information dans Orbis fait partie des éléments qui conduisent à la décision de poser un bracelet rouge, principalement par le personnel paramédical. Un diagnostic excessif d'allergie n'est pas nécessairement problématique si une évaluation critique suffisante est réalisée au moment de la prescription du médicament.

Le Pr Yann Parc fait état d'études montrant que l'allergie à la pénicilline, qu'elle soit avérée ou non, a une incidence sur le pronostic et les complications chez les patients.

Le Dr David Osman souligne l'importance d'une évaluation critique suffisante pour mesurer le rapport bénéfice-risque. Il insiste sur la nécessité d'améliorer le parcours de diagnostic d'allergie et de traiter la question de la dé-labellisation des allergies à la pénicilline, un sujet jugé majeur par les CRPV consultés.

Le Dr Juliette Pavie demande une précision sur la personne responsable du remplissage de l'onglet allergie dans Orbis, suggérant que c'est une tâche médicale.

Le Dr David Osman confirme que l'onglet allergie est rempli par le personnel médical. Il ajoute que le personnel paramédical est chargé de tracer la pose du bracelet rouge dans le dossier paramédical.

Le Pr Vincent Gajdos soulève deux points importants concernant la pédiatrie. Premièrement, il insiste sur la nécessité d'accorder une attention particulière à l'aspect alimentaire, notamment pour les enfants dépendants d'une tierce personne pour leur alimentation, qu'il s'agisse de lait maternel ou de formules spéciales. Deuxièmement, il évoque un problème de matériel en pédiatrie, plus précisément l'absence de bracelets spécifiques pour les enfants sur le marché actuel, qui expire en juin 2025. Il souligne l'importance d'inclure différentes tailles dans le cahier des charges du nouveau marché en discussion, considérant cela comme un enjeu majeur pour les enfants qui ne peuvent pas toujours exprimer leurs besoins.

Le Dr Guillaume Hébert apporte des réponses aux deux sujets évoqués précédemment. Concernant le marché des bracelets, il informe que des essais ont été effectués la veille et que la notification devrait intervenir dans le mois. Le nouveau marché inclura des bracelets rouges en mousse pour les nouveau-nés, ainsi que des bracelets en plastique classiques de deux formats, hydrophobes et standards. Sur la question des allergies alimentaires, il confirme que le sujet est pris en compte et que le comité de liaison en alimentation et nutrition (Clan) central a été saisi. Il précise qu'aucun signal d'alerte grave lié aux allergies alimentaires n'a été détecté dans les bases de données Osiris. Le

circuit pour les allergies alimentaires diffère et nécessite de revoir l'ingénierie et les enquêtes alimentaires. La solution pour les allergies alimentaires pourrait être différente de celle pour les autres types d'allergies.

4. Synthèse des conférences stratégiques et budgétaires – Volet investissements

Le président rappelle qu'un cycle de conférences par groupe hospitalo-universitaire (GHU) a eu lieu fin 2024 concernant l'exploitation, suivi d'un second cycle au début de l'année 2025 pour le volet investissement.

Le directeur général présente un retour sur les conférences annuelles organisées avec chaque GHU. Cette présentation se concentrera principalement sur les investissements, car les informations sur l'exploitation ont déjà été communiquées lors de la présentation du budget 2025. L'objectif est de réduire le déficit de l'AP-HP de 103 M€ pour 2025, le ramenant à 357 M€.

Le directeur général détaille ensuite les perspectives des ressources humaines et les trajectoires capacitaires contractualisées avec chaque GHU. Il présente un tableau montrant les hypothèses d'ouverture de lits par GHU, avec 327 lits en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) supplémentaires et 140 lits de soins médicaux et de réadaptation (SMR), services psychiatriques et unités de soins de longue durée (USLD) prévus pour 2025. Il mentionne également les hypothèses d'augmentation d'activité par GHU, avec une moyenne de 4,3 % en hospitalisation complète et 4,1 % en hospitalisation partielle, principalement en hôpital de jour. Ces taux de progression sont supérieurs aux prévisions du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS).

M. Camille Dumas apporte des précisions sur les taux d'évolution d'activité présentés. Il explique que ces taux tiennent compte des effets annuels des ouvertures de l'année précédente, ce qui explique leur importance. Concernant les investissements, il décrit une séquence en deux étapes, incluant la déclinaison des plans d'action et des objectifs des GHU sur la transition écologique. Il mentionne une diapositive en annexe détaillant le bilan carbone de chaque GHU et leurs objectifs pour 2025. L'objectif principal était de revoir les projets d'investissement et de prioriser les nouveaux besoins dans le respect des crédits inscrits à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD). Les « opérations individualisées » correspondent à des opérations qui ne sont des opérations majeures, mais financent des projets pour les GHU. Il s'agit également de crédits de paiement, permettant de financer les opérations en cours, déjà validées, ainsi que la part d'opérations nouvelles sur 2025 et les années suivantes.

Une enveloppe de 58 M€ par an est inscrite au plan pluriannuel d'investissement (PPI), sanctuarisée dans l'ÉPRD, dans le contexte de contraintes sur la soutenabilité du PPI. Sur les 650 M€ d'investissements prévus en 2025, 344 M€ sont destinés aux investissements courants, 30 M€ aux projets subventionnés et 218 M€ aux opérations majeures déjà engagées. Les 58 M€ restants, soit 9 % de l'enveloppe totale, sont alloués aux opérations individualisées.

M. Camille Dumas souligne deux spécificités contextuelles des conférences 2025 : une forte saturation des crédits de paiement sur les opérations en cours, nécessitant un travail de lissage et de priorisation avec les GHU et le report de l'examen du plan global de financement pluriannuel (PGFP) à juin 2025, impliquant un arbitrage différé pour les nouveaux projets d'envergure. Il détaille ensuite les caractéristiques principales de la campagne : une enveloppe de 58 M€, une priorisation accrue

des projets, un lissage des chroniques de crédit de paiement, et une densité plus importante de projets liés aux schémas directeurs des GHU et aux obligations de mise en conformité.

M. Camille Dumas présente les quatre catégories d'arbitrage :

1. Les projets validés et engagés, pour des autorisations d'engagement de 46 M€, avec des pré-engagements pour 2026 et 2027 ;
2. Douze projets d'envergure dont l'arbitrage est reporté aux conférences de mi-année ;
3. Les projets reportés aux conférences de l'année suivante par manque de maturité ou de crédits ;
4. Les projets orientés vers des subventions ou du mécénat pour obtenir des co-financements.

La grande majorité des projets correspondent à des projets stratégiques, les projets médicaux, les projets immobiliers, stratégiques des GHU issus des schémas directeurs et des projets médicaux des GHU (51 % des projets cette année et 40 % l'année dernière). Les mises en conformité correspondent à la deuxième catégorie de projets et la troisième, à l'accroissement de parc et l'évolution, l'innovation ou la mise à jour d'équipements médicaux (11 % de l'enveloppe en 2025 contre 26 % l'année dernière). Il s'agit de scanners, de robots de stockage, de robots de chimiothérapie, de robots de chirurgie, de robots de biologie, de plateaux techniques assez lourds et importants. Il ne s'agit pas de renouvellements, mais de nouveaux équipements, de nouvelles modalités supplémentaires adossées à des projets d'activité supplémentaires. La dernière enveloppe passe de 8 % à 5 % en 2025. Il s'agit de l'accompagnement par de petits travaux pour des projets ambulatoires et l'hospitalisation à domicile (HAD). Cette répartition n'est pas homothétique pour les GHU.

Le président souhaite que les opérations majeures soient à nouveau être évoquées à mi-année, lorsque nous disposerons de plus de visibilité sur le budget.

Le directeur général observe que s'il fallait envisager une hypothèse de freinage massif des investissements, y compris portant sur les opérations majeures, cela n'impacterait pas 2025, mais les années suivantes.

Le Dr Emmanuel Bui Quoc espère que la soutenabilité financière évoquée sera effective. Il demande des précisions concernant les perspectives du PGFP pour les années 2026 et suivantes.

Le directeur général répond que les ministères de la Santé et des Finances ont évoqué la perspective d'arrêter un PGFP 2025-2029 à l'été prochain. Ce décalage de six mois s'explique par l'impasse de financement liée à la sous-compensation de charges externes et une mission de l'IGAS qui doit pouvoir éclairer ce sujet et, le cas échéant, appeler des décisions de financement en réponse. Au regard de ces décisions, les hypothèses initiales pourraient être revues.

Le Dr Cyril Charron fait part de sa satisfaction de constater que l'AP-HP continue d'investir. Il s'étonne cependant qu'aucun projet d'investissement ne soit lié au domaine numérique. Or, de nombreux projets demandés par la direction des services numériques sont refusés par manque de financement. Dans ces opérations d'investissement, il pourrait être intéressant de ne plus considérer le numérique comme une fonction support. De nombreux projets, non stratégiques au sens de l'AP-HP peuvent être stratégiques au niveau d'un département médico-universitaire (DMU) ou d'un site.

Le directeur général apporte des précisions sur les investissements prévus pour 2025. Sur les 650 M€ d'investissement, 96 M€ sont dédiés aux systèmes d'information et au numérique. Concernant les opérations d'investissement bâtimentaire, la partie équipement est parfois isolée. La partie système

d'information n'était souvent pas intégrée dans le budget initial, ce qui nécessitait de solliciter la direction des services numériques (DSN) pour des financements supplémentaires. Pour corriger cette situation, à partir de 2025, toute nouvelle opération immobilière incluant une dimension « système d'information » (SI) devra l'intégrer dès la programmation budgétaire initiale. Le budget de la DSN, correspondant à 6 ou 7 M€ par an, permettant de prendre en charge une vingtaine de projets annuellement. Certains sujets sont en outre au croisement du médical et de l'intelligence artificielle, comme la lecture des examens en endoscopie, qui peuvent se retrouver sans financement clair. Il semble ainsi nécessaire de trouver des solutions pour ces cas particuliers, tout en tenant compte des limites de la capacité de financement globale.

5. Services numériques : bilan des priorités 2024 et nouveaux projets 2025

M. Pierre Blondé indique que le détail complet des 35 priorités de la direction des services numériques (DSN) pour 2024 est accessible en ligne. La présentation couvre environ 90 priorités et sous-priorités, incluant une quinzaine de priorités déployées dans les groupes hospitaliers universitaires.

M. Raphaël Beaufret met l'accent sur le système d'information clinique, notamment Orbis, à propos duquel une discussion approfondie est prévue lors de la prochaine CME, le 8 avril. Il souligne le déploiement réussi de la version 8.5.22 en juin 2024, avec une meilleure communication et des améliorations significatives, notamment pour le réassort du médicament. Il détaille ensuite les avancées dans le déploiement d'Orbis réanimation, passant de 20 % à 30 % des lits de soins critiques équipés. Il mentionne également des expansions dans la partie anesthésie peropératoire et des discussions en cours, notamment à Avicenne. Il évoque aussi le déploiement réussi d'Orbis nouveau-nés, complément d'Orbis maternité, dans de nombreuses maternités, ainsi que les modules Orbis acte et Orbis décès, ce dernier étant déployé dans presque tous les champs mortuaires de l'AP-HP.

M. Raphaël Beaufret fait le bilan de l'année 2024 concernant le système d'information clinique. Il souligne les réussites, notamment l'avancement des projets relatifs au système d'information de laboratoire Glims, avec la mise en route à venir de la version 10 pour les instances de AP-HP. Paris-Sorbonne, Henri-Mondor – Paris-Saclay, ainsi que la structuration d'Orbis odontologie dont les premiers lots seront bientôt disponibles. Cependant, un trop grand nombre de projets ont été lancés, entraînant des difficultés pour certains, comme l'expérimentation sur l'affichage du temps d'attente aux urgences et la visualisation des électrocardiogrammes (ÉCG) depuis Orbis. Ces problèmes seront traités dans les années à venir.

Des améliorations significatives doivent être évoquées concernant le système d'information pour les patients, avec le lancement d'une nouvelle version de l'espace patient mon.aphp.fr et d'une application mobile associée. De nouveaux services ont été ajoutés, comme la possibilité pour les patients de choisir leurs repas pendant leur séjour dans certains hôpitaux de l'AP-HP.

Concernant la cybersécurité, **M. Raphaël Beaufret** évoque les nombreux exercices de préparation aux Jeux olympiques, notamment l'exercice *Cryptex 4* et six exercices dans chaque GHU, impliquant plus de 1 500 participants. Ces exercices ont permis de progresser dans la préparation à la cybersécurité, ce qui s'est avéré utile lors de l'incident d'août 2024. Il faut encore évoquer le déploiement réussi

d'une offre de services de l'AP-HP pour aider les hôpitaux de la région à obtenir des postes de travail sécurisés.

Sur le plan des infrastructures, **M. Raphaël BEAUFRET** souligne les progrès réalisés dans la réduction de l'obsolescence des postes de travail, avec un objectif de ne pas dépasser sept ans d'âge des postes de travail. Il évoque aussi les améliorations du réseau, avec le passage de nombreux tronçons de 10 à 100 gigabits par seconde, et les travaux de câblage dans les bâtiments hospitaliers pour améliorer le débit pour les professionnels.

Enfin, certains projets ont pris du retard suite à l'incident du 3 août 2024, ce qui a également entraîné une réévaluation des priorités pour certains chantiers.

M. Pierre BLONDÉ poursuit le bilan des travaux de 2024, en commençant par l'organisation de la DSN. Il mentionne un important chantier de gestion de projets, comprenant un inventaire complet des projets du système d'information et la préparation d'un outillage de gestion de projets pour 2024. L'objectif est de rationaliser et de mieux prioriser le portefeuille de projets.

Concernant le support informatique, **M. Pierre BLONDÉ** note une amélioration du service rendu, confirmée par les retours positifs dans l'enquête annuelle et les enquêtes à chaud.

Dans le domaine de la gestion, il évoque plusieurs avancées :

- Le développement de la plateforme de recrutement avec des solutions *Talentsoft* ;
- Le cadrage de la migration SAP vers S/4HANA ;
- La mise en place de la V10 de *Chronos* ;
- Le déploiement de *Saphir* dans la plupart des établissements ;
- Des évolutions fonctionnelles sur la GAM, notamment pour la copie des droits et la fluidification des parcours ;

Des axes d'amélioration apparaissent, notamment concernant les décommissionnements. Des difficultés ont été rencontrées, particulièrement pour l'archivage de certaines données anciennes, qui ne peuvent pas être facilement intégrées dans les nouvelles solutions.

Par ailleurs, il faut mentionner un certain nombre de projets spécifiques :

- Les travaux autour de la polyclinique des Jeux olympiques ;
- La poursuite de la convergence *Care4U* autour du SI-hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) ;
- Le nouveau dossier patient informatisé *DomiLink*, dont la mise en production est prévue pour le 12 mars ;
- Des changements d'infrastructures ;
- Des travaux en cours sur la cardiologie à la Pitié-Salpêtrière, en particulier concernant les ÉCG.

À la suite d'une alerte en matière de cybersécurité en début d'année, certaines infrastructures ont été retirées, accélérant ainsi la mise en place de la double authentification. Une solution nommée *Ivanti* a été déployée, permettant une avancée significative dans l'authentification à double facteur, notamment pour la connexion à la messagerie *web*. Malgré l'incident industriel survenu en août 2024, la gestion de crise est considérée comme une réussite, en partie grâce aux travaux préparatoires en matière de cybersécurité.

Concernant l'organisation interne à la DSN, un travail important a été mené en 2024 pour refondre les structures de financement. De nouveaux managers ont pris leurs fonctions, avec de surcroît une réorganisation physique et un réaménagement des locaux. Ces changements visent à répondre aux exigences de sécurisation liées aux certifications, notamment pour l'hébergement de données de santé et la certification des comptes. La sécurisation des zones où se trouvent les administrateurs sensibles, ayant des droits sur l'ensemble des systèmes d'information, a été renforcée dans les locaux du bâtiment du boulevard Picpus.

M. Raphaël Beaufret souligne l'effort de transparence dans la présentation du bilan, y compris pour les projets rencontrant des difficultés. Concernant les enjeux budgétaires, le numérique représente environ 2,5 % des ressources collectives de l'AP-HP, soit un pourcentage un peu plus haut que la moyenne des autres établissements français, mais inférieur à celui d'organisations similaires à l'international ou dans d'autres industries. Pour 2025, face à une impasse budgétaire due aux projets déjà engagés (environ 330), un travail de revue du portefeuille a été lancé pour réévaluer, décaler ou arrêter certains projets. Une décision positive concerne la sanctuarisation de fonds, pour maintenir les postes de travail, passant ce budget de 8,5 à 13,5 M€ par an. Environ 4 M€ sont également dégagés pour le lancement de nouveaux projets. **M. Raphaël Beaufret** annonce une volonté d'améliorer le processus d'étude et de priorisation des projets, en se concentrant sur moins de projets, mais en étudiant mieux leur valeur et leur retour sur investissement. La répartition budgétaire a été clarifiée, entre ce qui relève du numérique et du biomédical immobilier. Pour 2025, le budget global se monte à 70 M€ d'investissement et à 75 M€ d'exploitation, permettant le lancement d'une trentaine de nouveaux projets choisis parmi les environ 100 demandes cadrées et en attente.

M. Pierre Blondé détaille le processus de sélection des nouveaux projets pour 2025. Sur 91 nouvelles demandes présentées, 35 projets ont été retenus, représentant un investissement d'environ 8 M€. Deux projets majeurs consomment plus de 3,5 M€ : SAP et la convergence *Care4U* Parmi les projets d'intérêt pour la CME, M. Pierre Blondé met en avant la préparation du nouveau dossier patient informatisé (DPI) avec l'évolution vers *Care4U*. Ce projet implique un important travail sur les infrastructures, avec un passage de la version 8.5.22 à 8.5.26, nécessitant la révision de près de 3 000 formulaires développés dans la version actuelle d'Orbis. L'objectif est d'optimiser et de rationaliser ces formulaires lors de la migration.

M. Pierre Blondé souligne également le lancement du projet d'aide aux prescriptions médicamenteuses, matérialisé par *Pharmaclass*, dont la réunion de lancement est prévue pour le jeudi suivant. Différents chantiers sont prévus pour 2025 concernant le système d'information, notamment le projet *files actives*. Ensuite, différents chantiers sont liés au système d'archivage et de communication d'images « Pacs », notamment le projet *Drim box*. Ce dispositif vise à interconnecter les différents Pacs au niveau national, permettant ainsi d'accéder aux informations d'examens préalables réalisés dans d'autres établissements sans centraliser toutes les images. L'expression des besoins est en cours, et un appel d'offres sera lancé avec pour objectif de sélectionner une solution d'ici la fin de l'année. Plusieurs leçons ont été tirées de la panne survenue en août dernier. Un travail sur les modes dégradés est en cours, visant à améliorer l'homogénéité et la sécurisation des solutions de secours.

M. Pierre Blondé mentionne également le développement d'un dossier spécifique à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans Orbis. Concernant l'imagerie, la solution de système d'information de radiologie (RIS) arrivant en fin de vie, un chantier de sélection pour leur remplacement est prévu pour fin 2025.

M. Raphaël Beaufret souligne que ces 30 nouveaux projets s'ajoutent aux 300 projets déjà en cours dans le portefeuille. Le document des priorités de 2025 a été élaboré en commission numérique et identifie les 30 principales priorités pour l'année à venir. Ce document vise à aligner les équipes en cas de conflits de priorité et sera plus ciblé que celui de l'année précédente.

Voici les priorités principales :

1. la migration d'Orbis vers *Care4U*, qui sera discutée lors de la séance CME du 8 avril ;
2. la mise en place d'une solution de gestion des lits, un projet pluriannuel avec des enjeux importants, notamment pour la gestion des urgences ;
3. le renouvellement du système d'information radiologique ;
4. la poursuite du déploiement d'Orbis réanimation et Orbis anesthésie, avec l'objectif de couvrir 10 % des lits supplémentaires ;
5. l'amélioration de l'espace patient, visant à simplifier l'expérience utilisateur ;
6. l'extension de la solution de traçabilité des dispositifs médicaux implantables ;
7. une mission d'amélioration du dossier de soins pour optimiser le travail des soignants ;
8. l'amélioration des systèmes de secours informatiques ;
9. l'adaptation d'Orbis pour la recherche clinique ;
10. l'amélioration de l'accès aux données via l'entrepôt de données de santé ;
11. le projet Roc, qui devrait se concrétiser en 2025 sur le GHU Nord avant d'être étendu aux autres GHU en 2026.

M. Raphaël Beaufret évoque des améliorations infrastructurelles, notamment la mise à niveau du Wifi pour les patients, le public et les étudiants prévue fin mars. Une page Intranet sera également publiée pour permettre aux professionnels de l'AP-HP de consulter en temps réel l'état de santé du système d'information. Il est important d'augmenter le nombre de services disposant d'un plan en cas d'indisponibilité prolongée du SI, notamment en cas d'attaque cyber.

M. Raphaël Beaufret présente les améliorations prévues pour le support informatique en 2025. Une nouvelle offre sera mise en place pour les nouveaux arrivants, permettant aux cadres de service de faire toutes les demandes en une seule fois, ce qui optimisera le temps de tous. D'autres projets importants sont spécifiques à certains GHU ou pôles d'intérêts communs, comme *DomiLink*. L'année 2025 marquera aussi le début du bilan du schéma directeur précédent et l'élaboration du suivant pour les quatre prochaines années, s'intégrant dans le plan d'établissement de l'AP-HP.

Le président souligne l'importance qu'a prise le numérique dans la vie hospitalière. Il rappelle que le budget numérique de l'AP-HP, bien qu'important, reste inférieur à celui d'autres établissements, notamment en Amérique du Nord et en Europe du Nord, où il peut atteindre 5 % voire 10 % dans certaines entreprises. Il insiste sur la nécessité d'investir dans les infrastructures, la cybersécurité et l'amélioration des conditions de travail pour assurer des soins de qualité et sécurisés. Il met en avant l'importance de l'inter-opérabilité avec d'autres acteurs du soin, de l'analyse des données produites,

et de l'adaptation aux innovations comme l'intelligence artificielle (IA). Il remercie la direction des services numériques et la sous-commission *Numérique* pour son travail sur ces dossiers cruciaux.

Le Dr Cyril Charron, coprésident de la sous-commission *Numérique*, exprime sa fierté et sa satisfaction de travailler avec une équipe motivée et compétente. Il salue les réussites de 2024, notamment l'amélioration significative du support utilisateur, tout en notant des difficultés persistantes dans les services informatiques locaux, particulièrement pour les interventions de proximité. Certains projets coûteux, comme la préparation du changement de SAP (2 M€ en 2025), seront peu visibles pour les utilisateurs au quotidien, mais sont nécessaires pour l'infrastructure. Il indique que de nombreuses propositions sont refusées malgré leur potentiel d'amélioration du quotidien des soignants. Les raisons de refus incluent la redondance avec des solutions existantes, un périmètre trop restreint ou des contraintes budgétaires. Le financement par les services ou le département médico-universitaire (DMU) est en effet très important pour la réalisation des projets, comme lors de l'achat de *Viewpoint* pour centraliser les images d'échocardiographie d'Ambroise-Paré et de Bicêtre. Lorsque les périmètres sont trop restreints, il faut trouver des financements auprès des DMU, des sites ou de la direction de l'hôpital. La DSN n'aura pas ces fonds, sauf pour des éléments stratégiques, de sécurité majeure ou réglementaires.

Le Dr Cyril Charron aborde ensuite le déploiement des soins critiques, qui concerne environ 2 900 lits à l'AP-HP. Un décret impose que, dans trois ans, tout soit déployé avec un système informatisé de suivi du patient. Cela représente des coûts humains importants, environ 8 M€ par an, avec des prestataires extérieurs spécialisés. **Le Dr Cyril Charron** exprime son inquiétude concernant la réduction des moyens annoncée par la direction des services numériques, qui pourrait compliquer les déploiements. Il souhaite que le déploiement continue au même niveau, avec la même équipe, et que les GHU, les sites ou les DMU contribuent financièrement pour maintenir ce niveau de service. Il souligne l'importance de ces déploiements pour des activités critiques fonctionnant 24h heures sur 24 et impliquant des patients graves. Il met en garde contre une approche trop axée sur l'efficience pour ce type de projets. Il conclut en mentionnant que des déploiements sont prévus jusqu'en 2027, mais que, sans moyens supplémentaires, ils pourraient être ralentis ou compromis.

Le président souligne l'importance de trouver un équilibre entre les projets individuels et les projets collectifs au sein de l'institution. Il reconnaît la pertinence des projets individuels lorsqu'ils sont justifiés, mais insiste sur la nécessité de promouvoir des projets collectifs pour une plus grande efficacité et une meilleure harmonisation des pratiques. Il estime que l'institution a parfois trop morcelé les projets, notamment dans Orbis, ce qui a conduit à la création de centaines de modules. Actuellement, un effort d'homogénéisation des pratiques permet à la fois de réaliser des économies et d'améliorer la qualité des soins en comparant et en uniformisant les pratiques. Dans le domaine de l'onco-hématologie, une approche collective a permis d'harmoniser les traitements à l'échelle nationale. Cette démarche de convergence et d'utilisation d'outils communs peut s'appliquer à d'autres domaines, comme la mise en place de protocoles thérapeutiques ou l'interrogation des cohortes de patients.

Le Dr Cyril Charron illustre le propos précédent avec l'exemple d'un logiciel de suivi pour la décontamination des endoscopes en gastroentérologie. Initialement demandé pour un seul service, il a été décidé de le développer et de le déployer dans toute l'institution. Bien que cela ait pris plus de temps (deux ans et demi au lieu de six mois), cette approche a permis de créer un projet

institutionnel avec des coûts globaux moindres. Il est cependant regrettable que les endoscopes de pneumologie aient été oubliés dans ce processus.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU exprime sa frustration concernant la numérisation inégale dans les blocs opératoires. Si la chirurgie, la biologie et la radiologie sont entièrement numérisées, les anesthésistes travaillent encore avec des documents papier. **Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU** critique la lenteur du déploiement des solutions numériques, estimant qu'à ce rythme, il faudrait dix ans pour informatiser tous les hôpitaux. Elle insiste sur l'importance de la numérisation dans les blocs opératoires, notamment pour la gestion des événements indésirables graves et des aspects médico-légaux. Dans les cliniques privées, la numérisation est complète. Il est anormal que le financement de ces équipements soit à la charge des DMU. Cela devrait constituer une priorité institutionnelle. **Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU** conclut son intervention en demandant une accélération du processus de numérisation pour l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP.

Le directeur général demande des précisions concernant le calendrier exact de développement d'ORBIS pour les soins critiques.

M. Raphaël BEAUFRET précise que l'AP-HP dépense environ 4 M€ par an pour déployer 10 % des 2 900 lits de soins critiques cibles, pas uniquement de réanimation. Jusqu'à présent, le déploiement est considéré comme une réussite, en réanimation mais aussi en anesthésie. Plusieurs blocs ont été déployés avec succès, notamment à Saint-Antoine, Tenon, une partie de Cochin et plus récemment Avicenne, malgré quelques difficultés en cours de résolution. Le programme de déploiement pour 2025 vise à maintenir ce rythme de 10 % de lits déployés chaque année, tout en cherchant à optimiser le processus pour éviter un déploiement s'étalant sur dix ans. De nouveaux modèles de déploiement sont recherchés sans compromettre la qualité, en réduisant légèrement le budget de 4,1 M€ à 3,6 ou 3,7 M€ pour 2025. Il nous semble possible de faire mieux avec moins de ressources, par exemple en mobilisant des équipes de déploiement sur plusieurs services à la fois, en faisant intervenir plus de ressources locales permettant au passage d'apporter une continuité post-déploiement, ou encore de concentrer plus les formations, en privilégiant l'acquisition de premières connaissances par des ressources en ligne. L'objectif est d'optimiser ce processus sans sacrifier la qualité, afin de répondre au besoin urgent d'informatisation, particulièrement dans le domaine du péri-opératoire, qui est une priorité pour 2025.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU exprime sa compréhension face à cette situation, mais souligne que la réalité sur le terrain est différente. Il n'y a plus de personnel pour gérer le circuit papier, ce qui crée une impasse. Le personnel s'est adapté à de nouvelles méthodes, comme les *webinaires* CHRONOS, et est prêt à faire des efforts importants pour faciliter le déploiement, car il n'y a pas d'alternative.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU aborde ensuite les petits projets de service quotidiens proposés par certains praticiens pour résoudre des problèmes irritants. Elle critique la pratique de faire participer le personnel à des appels à projets de l'agence régionale de santé (ARS) sans suivi institutionnel adéquat de la part de l'institution, faute de moyens. Elle demande d'arrêter de proposer des projets qui mobilisent beaucoup d'énergie et de travail, pour finalement être rejetés ou mis de côté après des années d'attente, ce qu'elle juge illusoire et démotivant.

Le directeur général remarque, concernant ORBIS soins critiques, que les 4 M€ sont destinés à l'accompagnement du déploiement dans les services représentant 280 lits, et non au développement

du logiciel. Il constate un montant élevé dédié à l'intervention des prestataires, consultants et accompagnement des équipes. La DSN a ainsi été missionnée pour réfléchir à des moyens de déployer *Orbis*-soins critiques de manière plus économique. Il est nécessaire de trouver un moyen d'optimiser les coûts sans pour autant repousser la fin du déploiement à dix ans. L'objectif consiste à capitaliser sur l'expérience acquise au fur et à mesure du déploiement pour réduire les coûts d'accompagnement. Concernant les appels à projets de l'ARS, il n'existe pas actuellement de système de validation centrale préalable à la candidature. Le directeur général admet la contradiction potentielle entre l'obtention d'un financement partiel et le manque de ressources internes pour compléter le projet. Ces situations sont le résultat d'arbitrages budgétaires complexes et peuvent effectivement conduire à des situations inconfortables et pénibles.

Le Dr Julien FONSART commence par évoquer brièvement GLIMS, présenté comme une réussite, mais indique que le vécu du côté laboratoire est différent. Il se concentre ensuite sur la priorité 6 du document. Lors de la revue de direction de son laboratoire accrédité ce matin, la DSN a été pointée pour ses réponses apportées lors de la déclaration d'incidents. **Le Dr Julien FONSART** relate une anecdote personnelle survenue samedi matin : alors qu'il travaillait sur son projet de service, sa collègue l'a appelé en urgence, car aucun résultat ne remontait sur *Orbis*. Il a signalé ce problème et reçu une réponse indiquant que le problème serait résolu dans trois jours, ce qui interroge sur la pertinence des délais mentionnés dans le point 6.2 du document, estimant qu'un délai de trois jours pour un problème de remontée de résultats sur ORBIS n'est pas adapté. Cette situation questionne la méthode d'évaluation utilisée pour établir la « météo » de certains points dans le document et le Dr Julien FONSART se demande si les utilisateurs ont été consultés, car leur ressenti semble différent. Cette expérience n'est pas isolée, mais représentative de la situation à l'échelle du laboratoire.

M. Pierre BLONDÉ reconnaît que le délai de résolution du problème de trois jours mentionnés est trop important pour des cas de ce type. Concernant l'évaluation de la satisfaction des utilisateurs, un sondage annuel est réalisé. Le nombre de réponses est en augmentation et l'appréciation des utilisateurs s'améliore globalement. Sur les 320 000 appels annuels au support, certains ne sont pas traités correctement, mais il est positif de montrer également ce qui ne fonctionne pas bien.

Le directeur général explique les mesures mises en place pour améliorer le support informatique. Une cartographie des motifs d'appel a été réalisée, avec définition de délais cibles pour chaque motif. Ces délais sont communiqués aux utilisateurs et leur respect est mesuré mensuellement. Un bilan trimestriel est ensuite publié. Pour renforcer les équipes locales, une vingtaine de postes ont été créés dans le cadre du « levier 11 ». Pour les dysfonctionnements majeurs d'applications critiques, un mode de gestion de crise est activé, distinct du processus standard.

M. Pierre BLONDÉ détaille les différents niveaux de support informatique, du support de premier niveau aux lignes d'astreinte le week-end, jusqu'à l'escalade vers des experts en cas de blocage majeur. Il indique ne pas avoir eu connaissance d'une escalade particulière le samedi précédent concernant le problème GLIMS évoqué, mais s'engage à étudier la situation pour vérifier d'éventuelles anomalies dans le traitement de l'incident [1].

[1] *A posteriori*, il apparaît que l'incident sur GLIMS Nord du samedi 8 mars a duré entre 6h10 et 9h15 (résolution), sans escalade nécessaire.

Le Dr Julien FONSART évoque un problème de communication avec le support de premier niveau. En l'occurrence, l'interlocuteur du support ne connaissait pas l'application GLIMS, pourtant cruciale. Cette situation a engendré des difficultés pour expliquer le problème et obtenir une assistance efficace. Le Dr Julien FONSART s'interroge donc sur la formation des agents de première ligne concernant les applications les plus importantes.

Le directeur général propose d'examiner l'enregistrement de l'échange téléphonique mentionné pour comprendre exactement la situation. Il conteste l'idée que les professionnels du support informatique central ignoreraient les applications métiers. Les indicateurs publiés et les enquêtes de satisfaction à chaud et à froid ne correspondent pas à l'image négative dépeinte du support informatique, même si, effectivement, des améliorations sont toujours possibles.

Le Dr Anne JACOLOT souligne l'absence de mention de la numérisation des services d'anatomopathologie dans la présentation, ce qui était pourtant positif. Elle évoque ensuite des problèmes liés aux mises à jour du logiciel chimio, en particulier la version 6, attendue depuis longtemps et qui pose des difficultés sur plusieurs sites.

Le Pr Vincent GAJDOS aborde la problématique de l'adaptation du logiciel ORBIS, notamment ses modules vis-à-vis aux spécificités de la pédiatrie. Il souligne l'importance de cette adaptation malgré le faible volume de patients concernés, en raison des risques élevés. Un important travail a été effectué par la collégiale et le groupe des services d'accueil des urgences (SAU) pédiatrie pour formuler des demandes cohérentes et communes. **Le Pr Vincent GAJDOS** insiste sur la nécessité de poursuivre ce travail sur les points critiques restants et d'établir un calendrier pour rassurer les utilisateurs.

Le Pr Estelle GANDJBAKHCH constate les améliorations apportées, tout en soulignant certains dysfonctionnements persistants. Elle s'interroge sur la priorisation des projets et leur arrivée sur la table de la DSN. Elle note l'existence de projets transversaux et de projets spécifiques aux spécialités et suggère d'impliquer davantage les spécialités, notamment les collégiales trans-GH, dans la réflexion en amont. Cette approche permettrait aux médecins de comprendre les contraintes budgétaires et de prioriser au sein de leur spécialité avant que les projets n'atteignent la DSN. Cela éviterait les conflits entre services pour des logiciels similaires. Il est proposé d'articuler les priorités de la DSN avec les projets médicaux de chaque spécialité.

M. Raphaël BEAUFRET aborde plusieurs points en réponse aux interventions précédentes. Concernant le projet ORBIS-soins critiques, une réunion est prévue pour faire le point sur les difficultés rencontrées lors du dernier déploiement au bloc d'Avicenne.

Plusieurs défis sont liés au passage du papier au numérique, notamment dans le domaine de l'anesthésie. L'anatomopathologie n'a pas été intégrée dans les priorités, car ce chantier est bien avancé, et suit son cours. Il se poursuit avec des développements attendus, notamment en lien avec l'IA, ainsi que sur le regroupement des instances du système de gestion des laboratoires. **M. Raphaël BEAUFRET** évoque la collaboration très efficace entre la collégiale d'anatomopathologie, les équipes de la DSN et de la direction de la stratégie de transformation (DST) dans la numérisation de cette fonction. Il mentionne également l'importance de la migration *Chimio V6* dans le portefeuille de projets, bien que cette migration ne figure pas dans les priorités principales.

Concernant la pédiatrie, **M. Raphaël Beaufret** exprime sa volonté de poursuivre le travail avec les différentes collégiales pour identifier les points prioritaires. Il décrit le processus de développement de nouveaux projets, qui commence par la rédaction d'une expression de besoin, suivie d'une « collégialisation » du sujet pour s'assurer qu'il répond à un besoin partagé.

M. Raphaël Beaufret reconnaît la nécessité d'améliorer les échanges avec les collégiales pour mieux prioriser les projets. Il mentionne des domaines comme la cardiologie et l'endoscopie où il reste encore beaucoup à faire en matière de numérisation.

Le Pr Nicolas Javaud demande des précisions sur le déploiement de la nouvelle solution de gestion de lits. Il demande si des médecins ont été inclus dans ce déploiement, qui est concerné, et si cela s'applique aux urgences ou aux médecins d'aval. Il souligne l'intérêt potentiel de cette solution pour une meilleure gestion des lits d'aval, pas uniquement pour les urgentistes.

M. Raphaël Beaufret propose de transmettre une présentation détaillée sur la gestion des lits, n'ayant pas en tête les identités précises des médecins associés à ces réflexions. Le projet est passé d'une phase de conception à une phase de marché public, avec l'implication de médecins, qui seront également fortement sollicités pour les phases pilotes et de déploiement. Le déploiement opérationnel est prévu à partir de 2026 sur un premier site pilote. **M. Raphaël Beaufret** suggère de partager une présentation plus complète lors d'une prochaine CME.

6. Projet de transformation hospitalisation à domicile (HAD) en 2025

M. Florent Bousquié signale que le nombre de patients pris en charge quotidiennement par l'HAD est passé de 750 à 850 en moyenne en 2024, soit une augmentation d'une centaine de patients par jour. Dans une perspective d'augmentation plus forte de l'activité, l'HAD doit faire face à plusieurs rigidités structurelles, qui font l'objet d'un travail intense en interne depuis plusieurs mois. Premièrement, le dossier patient, jusqu'alors principalement en format papier, sera remplacé par un nouveau dossier patient informatisé (DPI) *DomiLink*. Deuxièmement, le processus logistique, essentiel au bon fonctionnement de l'HAD, sera le prochain grand chantier, dans l'objectif de permettre une livraison de l'ensemble des médicaments et dispositifs médicaux directement chez le patient, comme nos concurrents. Il remercie le siège de l'AP-HP, qui a permis d'investir sur ces deux premiers sujets. Troisièmement, concernant la force de travail, deux axes sont développés : les recrutements en interne et le travail avec les libéraux, ces derniers assurant environ la moitié des interventions infirmières pour les patients adultes.

M. Florent Bousquié souligne la nécessité de modifier également l'organisation interne de l'HAD pour gagner en réactivité. Il mentionne également l'importance d'améliorer les liens avec les prescripteurs. L'objectif général est de porter la capacité de prise en charge à 1 200 patients par jour dans les prochaines années, soit une hausse de 60 % par rapport à janvier 2024. Pour y parvenir, l'accent est mis sur les recrutements et la libération de temps de soin, alors qu'entre deux et trois heures par jour sont actuellement consacrées à des tâches administratives ou logistiques.

Le Dr Clément Leclaire souligne l'importance de la date du 12 mars, qui marque le déploiement du dossier patient informatisé, accessible en mobilité pour tous les professionnels de santé, y compris les libéraux, sur l'ensemble du territoire. Cela devrait améliorer le travail tout en restant transparent pour les interlocuteurs. Par ailleurs, ce déploiement « en big-bang » s'accompagne d'un changement

important dans nos organisations, et notamment dans le processus d'admission. L'HAD est consciente que notre processus actuel de demande d'admission manque de clarté et de réactivité. Pour y remédier, une cellule d'admissions médicalisées, dédiée au traitement de l'ensemble des demandes d'HAD, sera mise en place dès le 12 mars. Cette équipe pluriprofessionnelle comprendra trois médecins (dont un pédiatre), un pharmacien, quatre infirmières et deux secrétaires qui analyseront tous les dossiers de demande et y répondront en fonction de leur typologie. L'objectif de cette nouvelle approche vise à fournir des réponses plus rapides et claires, ainsi qu'à proposer des solutions adaptées.

Le Dr Clément LECLAIRE souligne l'importance de la compétence spécifique dans le domaine du soin à domicile et son rôle pour éviter les ruptures entre l'hôpital et le retour à domicile. Pour illustrer l'efficacité de cette nouvelle cellule, il présente un exemple récent. Une demande d'HAD a été reçue pour une patiente de 90 ans vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD), nécessitant des soins palliatifs, une nutrition parentérale et un traitement antibiotique pour six semaines. Le Dr Clément LECLAIRE a rapidement contacté le médecin demandeur, ce qui a permis de discuter du projet de soins et d'envisager des alternatives. Grâce à l'accès au dossier médical, il a pu proposer un traitement antibiotique simplifié, validé par l'infectiologue. Cette collaboration a permis d'optimiser la prise en charge : la patiente, initialement prévue pour six semaines d'HAD avec trois passages quotidiens, a pu rentrer plus tôt avec un traitement allégé (en passant de trois passages par jour, dont un la nuit, à un passage par jour). Cette approche permet d'offrir des soins de qualité, plus confortables pour la patiente, tout en optimisant les ressources de l'HAD. **Le Dr Clément LECLAIRE** conclut en insistant sur l'importance de la collaboration entre les différents intervenants (chirurgiens, infectiologues, HAD) pour améliorer la prise en charge des patients.

M. Florent BOUSQUIÉ poursuit en détaillant les changements à venir dans le processus de demande d'HAD. À partir du 24 mars, une synthèse médicale quotidienne sera automatiquement intégrée dans le dossier ORBIS des patients confiés à l'HAD, offrant ainsi aux prescripteurs une mise à jour régulière des éléments de leur prise en charge en HAD. Il insiste sur l'importance d'utiliser désormais exclusivement la demande d'avis ORBIS pour les demandes d'HAD. Il formule plusieurs demandes aux équipes hospitalières :

1. Utiliser systématiquement ORBIS pour les demandes d'HAD ;
2. Anticiper au maximum les demandes de prise en charge et les prescriptions de sortie pour améliorer la réactivité et la fluidité du parcours patient.

Il évoque également un souhait à moyen terme visant à mieux travailler les parcours de soins en amont avec les médecins prescripteurs de spécialité, notamment pour les patients actuellement considérés comme « non programmés ». L'objectif est d'atteindre un délai de réactivité nul pour ces situations.

M. Florent BOUSQUIÉ demande de l'indulgence pendant la période de transition, prévoyant une stabilisation du capacitaire au printemps, et des améliorations significatives à l'automne. Enfin, il présente un exemple de collaboration réussie entre un service de chirurgie cardiaque et l'HAD au CHU de Strasbourg. Cette expérience a permis de réduire la durée moyenne de séjour postopératoire de trois semaines à six jours, avec 73 % des patients sortant en HAD et seulement 4 % de ré-

hospitalisations. Ce modèle pourrait être appliqué à d'autres spécialités, démontrant ainsi le potentiel d'amélioration des parcours de soins grâce à une collaboration étroite entre l'hôpital et l'HAD.

M. Florent Bousquié évoque une réflexion en cours sur l'extension du périmètre d'intervention de l'HAD, incluant notamment l'activité des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services d'accompagnement à domicile (SAD). Cette approche vise notamment à améliorer les parcours gériatriques, en facilitant le maintien à domicile des patients âgés. Enfin, il mentionne des projets en télésurveillance et télémédecine, soulignant l'importance de travailler en collaboration avec les partenaires.

Le président souligne l'importance du système d'information dans les activités de l'HAD. Il confirme le développement significatif de l'HAD, citant une croissance de 53 % sur les dix dernières années en France et une perspective de croissance de 40 % dans les quatre ans à venir. Il mentionne la présence d'autres prestataires importants à côté de l'AP-HP, notant que les établissements publics détiennent au niveau national 40 % des autorisations, mais seulement 23 % de l'activité. Le président insiste sur la nécessité de construire des parcours de soins coordonnés entre l'hospitalisation conventionnelle et l'HAD. La mise en place du nouveau système ralentira temporairement la capacité de prise en charge, mais devrait l'augmenter à terme et améliorer la réactivité. Le président insiste sur l'importance d'anticiper les demandes via le système *Orbis*.

Le Dr Clément Leclaire confirme l'importance de passer par le système Orbis pour les demandes d'HAD. Cette procédure donne accès à l'ensemble du dossier actuel du patient, y compris le plan d'administration des traitements en cours à l'hôpital. Cela permet d'anticiper les besoins en médicaments et en matériel, même si l'ordonnance de sortie n'est pas encore finalisée. L'HAD implique une forte composante logistique en plus de l'aspect médical, qui est donc très sensible à notre faculté collective d'anticiper en amont. L'utilisation d'Orbis améliore considérablement la capacité d'anticipation, permettant une meilleure coordination entre la logistique et la disponibilité des soignants.

Le Pr Bertrand Godeau exprime une préoccupation concernant la dépendance excessive aux outils informatiques. Il insiste sur l'importance du contact verbal direct, qui permet de gagner du temps et d'obtenir des informations plus précises que par des échanges de courriels. Il déplore la perte progressive de cette compétence, particulièrement chez les jeunes professionnels. Un contact direct entre médecins serait plus efficace que le remplissage de formulaires électroniques. **Le Pr Bertrand Godeau** appelle à une réflexion sur la nécessité de réintroduire et de valoriser la communication verbale dans les pratiques professionnelles.

Le président approuve cette intervention concernant l'importance de la communication verbale. Il rappelle une expérience durant la période de la pandémie de Covid-19 où l'abandon temporaire du système *Trajectoire* au profit d'appels téléphoniques s'est révélé plus efficace. Malgré les avantages des outils informatiques, le téléphone reste un moyen de communication précieux. Le président estime que les rencontres physiques entre professionnels pourraient encore améliorer la collaboration, citant l'exemple de chefs de service de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui ont exprimé ce besoin.

Le Pr Bertrand GODEAU soulève la question de la couverture géographique limitée de l'HAD, notant que certaines zones, comme le département 77, ne sont pas couvertes. Il demande s'il est envisageable d'étendre la couverture de l'HAD au-delà des départements actuellement desservis dans un avenir proche.

M. Florent BOUSQUIÉ aborde cette intervention en confirmant que l'HAD partage ce constat sur l'importance du contact direct entre confrères. C'est bien d'ailleurs un des objectifs majeurs de la cellule d'admission médicalisée qui se met en place, et qui contactera les prescripteurs pour un échange sur les cas des patients. Il souligne l'importance pour l'HAD de se réorganiser avant d'étendre son territoire d'intervention. Une période de deux à trois ans est jugée nécessaire pour achever cette réorganisation, qui va mobiliser ses ressources. À l'issue, l'HAD sera en état de consacrer ses efforts à une extension à l'ensemble des départements d'intérêt pour l'AP-HP. M. Florent BOUSQUIÉ évoque cependant la possibilité, en cours d'étude, d'interventions dans le département 77, pour les chimiothérapies à domicile, en impliquant des infirmiers libéraux du territoire.

Le Dr Patrick PELLOUX félicite l'équipe pour son travail avec le SAMU dans le cadre de l'HAD. Il souligne la différence de qualité entre l'HAD de l'AP-HP et d'autres structures moins performantes. Il salue particulièrement l'engagement de l'équipe dans des zones défavorisées, comme le 19e arrondissement. Il met en avant l'amélioration significative apportée par le lien avec le dispositif de soins palliatifs à domicile (PALLIDOM). **Le Dr Patrick PELLOUX** insiste sur l'importance de la continuité des soins, facilitée par l'utilisation du système ORBIS, et encourage le développement de ces pratiques modernes qui répondent aux attentes des patients.

Le Pr Vianney MOURMAN dénonce les pseudo-HAD qui agissent comme de simples prestataires de services, vendant du matériel et recrutant des infirmiers libéraux. Il souligne la différence de qualité avec l'HAD de l'AP-HP, tout en notant que les délais d'intervention de cette dernière peuvent parfois être problématiques, surtout pour les patients en fin de vie.

Le directeur général reconnaît que le nouveau système pourrait ne pas être immédiatement aussi performant que l'actuel, mais souligne l'important travail de refonte du processus d'admission et de médicalisation.

M. Florent BOUSQUIÉ observe que la période de démarrage pourra connaître effectivement une phase de turbulences.

Le président appelle à l'indulgence pendant la phase de démarrage. Il souligne l'importance pour l'AP-HP d'améliorer la réactivité et la coordination entre les services. Il encourage la construction conjointe du projet médical et du projet de soins pour une meilleure efficacité et propose la présentation d'un futur point d'étape à la CME dans quelques mois.

7. Avis sur trois protocoles de coopération

Le Pr Agnès HARTEMANN explique que le premier protocole concerne la délégation aux manipulateurs en électroradiologie médicale pour la pose de cathéters centraux à insertion périphérique (*PICC-lines*, *peripherally inserted central catheter*) et de *midlines* en radiologie interventionnelle. La deuxième porte sur la surveillance, l'ajustement et la prescription des apports alimentaires pour les patients atteints de maladies héréditaires du métabolisme par un diététicien. Le troisième élargit les missions

du diététicien-nutritionniste pour les patients souffrant de maladies rénales chroniques de stades 4 et 5. Ces protocoles n'ont pas soulevé de problèmes particuliers lors de leur élaboration.

Le Dr Sonia Delaporte-Cerceau exprime des réserves concernant le protocole sur les manipulateurs radio et la pose de *Picc-lines* et de *midlines*. Les manipulateurs radio sont déjà en tension à l'AP-HP et elle s'interroge sur la pertinence de leur attribuer ces nouvelles tâches, comparant cette situation à celle des infirmiers anesthésistes, qui ont une meilleure culture de la perfusion et de l'asepsie, et sont moins en tension. Il serait plus judicieux de déléguer ces actes à des spécialités moins en tension que les manipulateurs radio.

Le Pr Agnès Hartemann signale qu'une formation exigeante est requise pour appliquer ces protocoles. La participation se fait en outre sur la base du volontariat. Elle reconnaît la préoccupation concernant le temps que les manipulateurs radio consacreraient à ces protocoles au détriment d'autres tâches. Cependant, elle souligne que ces protocoles rendent les postes plus attractifs. Cette opportunité pourrait constituer un moyen d'attirer et de retenir les manipulateurs radio en leur offrant la possibilité d'une meilleure rémunération et d'un travail plus varié.

Le Dr Sonia Delaporte-Cerceau comprend l'argument de l'attractivité des postes, mais exprime des réserves. Elle estime qu'il serait préférable de trouver des champs de compétences propres aux manipulateurs radio, dans leur domaine de prédilection, plutôt que de leur attribuer des tâches pouvant être effectuées par d'autres professionnels. Elle soulève également la question de l'utilisation des ressources humaines. La mise en place d'une telle unité nécessiterait la mobilisation de deux à trois manipulateurs radio pour assurer une permanence des soins. Cette situation est problématique dans un contexte de pénurie de manipulateurs radio.

Le Dr Éric Le Bihan intervient au sujet du protocole particulier discuté. Le protocole *Picc-lines* existe déjà pour les manipulateurs et il a fallu créer un nouveau protocole pour les *midlines*, qui est une procédure similaire, mais plus simple. Son application dépend de l'organisation de chaque hôpital. Le protocole *Picc-lines* avait déjà été approuvé depuis longtemps.

Le Dr David Osman exprime son avis favorable sur les protocoles protocole *Picc-lines* et *midlines* et sur l'extension de cette compétence aux manipulateurs. Il note une augmentation significative des indications pour ces dispositifs et souligne l'importance d'évaluer leur pertinence, notamment en termes de perception des risques, avec notamment un nombre important de déclarations d'événements indésirables liés à ces dispositifs. Il s'interroge également sur l'impact potentiel de ce protocole sur les compétences des IDE pour la pose de voies périphériques dans le futur.

Le Pr Nathalie Siauve souligne l'évolution de la radiologie, notamment avec la radiologie interventionnelle qui devient un deuxième métier et implique également les manipulateurs. Le protocole en question provient de Beaujon et de Saint-Louis. Il existait déjà pour les *Picc-lines*, le nouveau protocole ajoutant simplement les *midlines*. Tous les manipulateurs ne sont pas intéressés par ce type de tâches. **Le Pr Nathalie Siauve** insiste sur l'importance de favoriser cette branche de la radiologie, qui selon elle deviendra prépondérante dans les années à venir.

Le protocole de coopération « Élargissement des missions du diététicien- nutritionniste prenant en charge des patients souffrant de maladie rénale chronique stades 4 et 5 : prescription d'une alimentation thérapeutique, renouvellement des prescriptions d'examens, et de mélanges d'acides

aminés essentiels / cétoanalogues, en lieu et place du médecin néphrologue » est approuvé à la majorité des votants (1 voix défavorable, 4 abstentions).

Le protocole de coopération « Radiologues interventionnels et manipulateurs en électroradiologie médicale pour la pose des PICC-lines et Midlines en secteur de radiologie Interventionnelle » est adopté à l'unanimité.

Le protocole de coopération « Surveillance, ajustement et prescription des apports alimentaires pour les patients atteints de maladies héréditaires du métabolisme, traités par un régime hypoprotidique, hypolipidique et contrôlés en glucides, par un diététicien en lieu et place d'un médecin » est adopté à l'unanimité.

8. Questions diverses

Le Dr Cyril CHARRON fait état de difficultés à augmenter le temps de psychologue dans les services de réanimation. Il souligne plusieurs obstacles : la gestion complexe des psychologues, l'absence de cadre spécifique pour cette profession et les réticences des ressources humaines à utiliser le temps infirmier disponible pour ce recrutement. Il sollicite l'intervention du directeur général pour résoudre cette situation, soulignant l'importance des psychologues tant pour les patients que pour le personnel.

Le directeur général confirme l'existence de certaines rigidités. Il prend note de la situation et s'engage à transmettre le message qui vient d'être évoqué.

La séance est levée à 18 heures 15.