

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 21 AVRIL 2026

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 16 JUIN 2026

CME du mardi 21 avril 2026

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation des comptes rendus des CME des 24 février et 24 mars 2026
3. Avis sur le protocole de coopération « prescription d'électrostimulation transcutanée effectuée par une infirmière ressource douleur, en lieu et place du médecin » (P^r Agnès HARTEMANN)
4. Nouvel hôpital Garches – Ambroise-Paré (P^{rs} Xavier MARIETTE, Marie ESSIG et Hélène PRIGENT, D^r Tristan CUDENNEC, M^{mes} Hélène GILARDI et Céline WASMER)
5. Bilan du « levier 25 » visant à simplifier et accélérer la réalisation des projets de recherche (M. Milan LAZAREVIC)
6. Intégrité scientifique (P^r Marc SAMAMA)
7. Directives anticipées (M^{me} Marie-Charlotte DALLE)
8. Rapport d'activité 2025 sur les équipements matériels lourds d'imagerie médicale (M. Arnaud POUILLOT, P^{rs} Pierre-Yves BRILLET et Fabien HYAFIL, M. Emmanuel LEONIAN)
9. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

- Avis sur les candidatures aux postes de MCU-PH et PU-PH offerts à la mutation

- Assistent à la séance :

• **Avec voix délibérative :**

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

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

• **Avec voix consultative :**

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Yann GUITTIER, représentant du comité social d'établissement (CSE)
- P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'Université Paris-Descartes

- **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. Baptiste BOISSINOT, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

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

- M^{me} Laetitia BUFFET, Directrice générale adjointe
- MM. Emmanuel RAISON et Kévin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)
- M. Julien GALLAUD, directeur du département du statut et de la rémunération (DAM)

Secrétariat de la CME :

- M^{mes} Sylvie LE GUILLOU et Prisca RAKOTONIAINA (DAM)

- **Invités :**

- P^r Marie ESSIG, doyenne de l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ) et chef du service de néphrologie de l'hôpital Ambroise-Paré
- P^r Hélène PRIGENT, PU-PH, cheffe du service de physiologie et explorations fonctionnelles de l'hôpital Raymond-Poincaré
- M^{me} Hélène GILARDI, directrice du GHU AP-HP. Université Paris-Saclay
- M. Cédric ZOLEZZI, directeur-adjoint du GHU AP-HP. Université Paris-Saclay
- M^{me} Céline WASSMER, directrice des hôpitaux Ambroise-Paré et Raymond-Poincaré
- M. Milan LAZAREVIC, directeur de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI)
- M. Arnaud POUILLOT, directeur du département médico-technique, direction de la stratégie de transformation (DST)
- P^r Fabien HYAFIL, PU-PH, président de la collégiale de la médecine nucléaire, chef du service de médecine nucléaire de l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP)
- M. Emmanuel LEONIAN, cadre de santé paramédical, président de la collégiale des cadres manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) (hôpital Bicêtre)

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

1. Informations du président

Le président remercie le directeur général de s'être connecté pour participer à la CME malgré son absence de Paris. Il informe la CME que le calendrier 2027 des réunions de la CME a été publié sur le [site de la CME](#). Par ailleurs, il informe qu'à la suite des élections municipales, M. Emmanuel GRÉGOIRE, nouveau maire de Paris, a été élu président du conseil de surveillance de l'AP-HP lors de la séance de l'instance, le vendredi 17 avril.

Le président informe la CME qu'un questionnaire de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) relatif au temps de travail des médecins a été adressé à l'ensemble du personnel médical rattaché aux établissements hospitaliers et à la médecine de ville. Ce questionnaire, très succinct, porte principalement sur la nature du temps de travail (posté ou continu) et le temps de travail additionnel. La date limite de retour de ce questionnaire est fixée au 7 mai.

M. Emmanuel RAISON précise que le questionnaire a été envoyé aux adresses électroniques professionnelles du personnel médical de l'AP-HP. Il indique l'envoi d'un second questionnaire, destiné à la direction de l'AP-HP et à la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS).

Le président mentionne ensuite la réforme de l'accès aux études de santé, qui vise à homogénéiser les parcours d'études de médecine. Sa mise en œuvre est prévue pour la rentrée 2026-2027.

Consultanat 2027

Le président évoque la présentation des candidatures pour le consultanat lors de la CME du 16 juin. Il rappelle que les postes de consultant hospitalier sont financés par l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF). Le nombre de demandes a fortement diminué (8 en 2025 contre plus de 50 dans les décennies précédentes) en raison des possibilités de prolongation d'activité. Les candidatures seront examinées en séance restreinte de la CME, une fois les rapporteurs désignés. Il insiste sur deux thématiques qu'il juge prioritaires pour les postes de consultant : la qualité et la sécurité des soins, et l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Attractivité

Le président informe de la tenue d'un échange informel, tenu à l'initiative du directeur général, avec une dizaine de jeunes médecins en début de carrière, exerçant sous différents statuts : chefs de clinique, praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires. Cet échange, jugé très intéressant, a permis d'aborder des problématiques portant sur les délais des circuits de décision qui ralentissent le développement de projets, des difficultés pour suivre des formations, telles que les congrès ou conférences, et la valorisation du temps de travail effectivement réalisé. Concernant la valorisation du temps de travail, une divergence de point de vue est d'ailleurs apparue entre les hospitalo-universitaires, qui sollicitent plus de temps pour la recherche clinique, et certains praticiens hospitaliers, qui déplorent un manque de visibilité sur les activités des hospitalo-universitaires.

Le président informe la CME que la direction des affaires médicales a mis en place un comité de pilotage sur la formation médicale, auquel ont été associés les membres de la sous-commission *Carrière, attractivité et formation* de la CME. Il convie les autres membres de la CME intéressés par ce sujet à se faire connaître pour les intégrer aux échanges.

Directoire du 14 avril 2026

Enfin, **le président** rapporte deux sujets évoqués à l'occasion du directoire du 14 avril. Le premier concerne l'état des lieux des travaux menés sur la pédiatrie, présenté par le Pr Antoine VIEILLARD-BARON, co-directeur de la stratégie de transformation (DST) et qui sera également présenté

prochainement à la CME dans le cadre du projet médical. Ce travail sera suivi d'un séminaire sur la stratégie pédiatrique, qui aura lieu le 18 juin, et sera organisé autour de quatre thèmes : les urgences, la pédopsychiatrie, la fin de la prise en charge pédiatrique pour les patients âgés de 16 à 17 ans, enfin, la chirurgie, l'oncologie et les maladies rares. **Le président** ajoute que la situation des services pédiatriques hospitaliers de l'AP-HP qui ne sont pas implantés dans les principaux hôpitaux pédiatriques, soit ceux d'Antoine-Béclère, Jean-Verdier, Louis-Mourier et Ambroise-Paré, devra également être évoquée au vu des enjeux de gradation de soins et de leur implication dans l'offre territoriale de soins.

Le président évoque ensuite le second sujet abordé lors du directoire du 14 avril qui concerne la réforme de la profession et de la formation infirmières. Cette réforme repose sur l'élargissement du champ de compétences du professionnel infirmier (consultation infirmière, diagnostic infirmier, prescription autonome pour certains produits et examens complémentaires) alors que ces interventions sont actuellement réalisées dans le cadre de protocoles de coopération. Il ajoute que cette réforme modifie la maquette de formation, qui reste de trois ans, mais passe de 4 200 à 4 600 heures et rend obligatoire la participation à des stages d'au moins cinq semaines en santé mentale et en santé de l'enfant. Les doyens ont exprimé leur réserve sur la possibilité de mettre en œuvre la réforme dans un calendrier aussi serré et en l'absence des financements nécessaires.

Le président estime toutefois nécessaire la mise en œuvre de cette réforme. Il souligne que la mise en œuvre de cette réforme pose un certain nombre de questions, notamment parce que les nouvelles compétences cliniques attribuées aux personnels infirmiers demandent une expérience professionnelle plus importante que trois ans de formation initiale, et parce que chaque service va devoir réfléchir à son organisation des soins. Il rappelle également le besoin d'impliquer le personnel infirmier à la prise en charge des maladies chroniques, ce qui nécessitera d'assurer une formation complémentaire dans ce domaine. Les enjeux sont donc importants et le président souhaite qu'une présentation de ce sujet soit faite à la CME très prochainement.

Informations du directeur général

Le directeur général revient sur les travaux menés par la DST sur les services de pédiatrie relevant des hôpitaux de l'AP-HP. Il indique que le document final présentant les résultats de ces travaux couvrira l'ensemble des établissements disposant d'un service de pédiatrie, outre les établissements disposant d'une offre très large en pédiatrie tels que les hôpitaux Necker, Robert-Debré, Armand-Trousseau et Bicêtre.

Le directeur général revient sur le temps d'échange qu'il a organisé avec des médecins au début de leur parcours hospitalier. Dans le cadre de cet échange, ils ont confié leurs aspirations personnelles et leur analyse des difficultés rencontrées dans leur exercice professionnel. Cette initiative a permis d'identifier des pistes pour y répondre et les prochains mois permettront d'y travailler de manière plus précise.

Le directeur général évoque le nouveau texte réglementaire concernant le personnel infirmier, qui élargit leur socle de compétences dans leur exercice, aussi bien en ville qu'en établissement. Il conviendra d'attendre d'autres textes d'application pour bien en mesurer la portée, s'agissant par exemple des possibilités de prescription. S'y ajoute une réforme des études infirmières qui répond aux demandes des établissements hospitaliers afin d'améliorer le contenu pédagogique des enseignements théoriques et d'élargir la durée des stages en imposant des passages obligatoires dans les services de psychiatrie et de pédiatrie.

Le directeur général attire cependant l'attention sur le fait que cette réforme du contenu des études infirmières s'accompagne d'une autre réforme sur la gouvernance des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) afin de leur permettre de délivrer des diplômes universitaires. Ce volet qui doit entrer en vigueur dès la prochaine rentrée de septembre 2026 constitue un point d'alerte pour

les doyens qui ont fait part lors du dernier directoire de ce que ce transfert de gestion, même partiel, leur semblait très risqué dans un délai aussi court. Des démarches ont été entreprises auprès des ministères pour dissocier le calendrier des volets pédagogique et administratif.

Le directeur général présente ensuite un point de conjoncture sur les effectifs, le capacitaire, l'activité et la situation financière. Pour les professionnels infirmiers, après un début d'année marqué par un solde négatif (- 40 sur février), le mois de mars marque une amélioration avec un solde arrivées/départs redevenu positif (+ 25), correspondant au même niveau qu'en 2025 (+ 24). Au total, sur ce premier trimestre de l'année, le solde arrivées/départs reste légèrement négatif (- 8), en raison d'un nombre plus important de départs. Cette situation devra être analysée plus finement. Pour autant, les perspectives de recrutement restent bonnes, avec 910 contrats d'allocation d'études (CAE) déjà signés. S'agissant des autres métiers en tension, la situation des effectifs reste difficile pour les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) au premier trimestre 2026 (-15) mais moins dégradée qu'en 2025-2024. Pour les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), le solde arrivées/départs (- 2) demeure stable pour le 1^{er} trimestre 2026. En revanche, l'évolution des effectifs de préparateurs en pharmacie est positive. Concernant les assistants sociaux, on assiste à une évolution positive des effectifs en mars 2026 (+ 8). L'effectif total du personnel non médical (PNM) s'élève à 67 745 équivalents temps plein (ÉTP), soit + 1 065 ÉTP par rapport à mars 2025, mais qui nous situe légèrement en dessous de la cible projetée à la fin du premier trimestre 2026. L'effectif des médecins seniors s'élève à 8 345 ÉTP soit + 214 ÉTP comparativement à mars 2025. Quant à l'intérim, il se réduit (- 32 %) par rapport à mars 2025 à laquelle s'ajoute une baisse de - 16 % sur les heures supplémentaires. Les postes pourvus via l'intérim restent cependant importants puisqu'ils représentent toujours l'équivalent de 735 ÉTP et les heures supplémentaires l'équivalent de 1 000 ÉTP. La forte baisse de l'intérim paramédical pour le 1^{er} trimestre 2026, s'explique également par la tension observée sur la réponse des sociétés d'intérim dans les blocs opératoires, avec un retour à la normale observé depuis quelques semaines.

Le taux de fermeture des lits est de 9 % en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et 11 % en soins médicaux et de réadaptation (SMR), avec + 257 lits en MCO comparativement à l'année 2025, même si on est en dessous du capacitaire attendu évalué à une quarantaine de lits. L'activité médicale progresse de 2,8 %, inférieure à la cible trimestrielle 2026 projetée (+ 4 %), en raison d'un taux d'occupation plus faible que prévu (90,5 %), moindre qu'en 2024. Sur le plan financier, le déficit de recettes s'élève à 10 M€ pour les mois de janvier et février 2026, mais reste compensé par la sous-exécution de la masse salariale. Si l'on revient sur l'exécution 2025, le résultat final du déficit sur le budget principal s'établit à 372 M€, soit une baisse de ce déficit de 89 M€, ce qui représente - 19 % pour l'année 2024-2025, constituant une meilleure performance que prévu. L'AP-HP va représenter une grande part de la baisse du déficit des CHU.

Le directeur général revient sur la nomination du nouveau maire de Paris en tant que président du conseil de surveillance de l'AP-HP lors du précédent conseil de surveillance du vendredi 17 avril. Il évoque également le plan global de financement pluriannuel (PGFP) qui a été approuvé à l'unanimité par le conseil de surveillance, à l'exception du représentant syndical de la CGT qui a émis un vote contre.

Le directeur général évoque le baromètre interne de l'AP-HP. Il montre une participation de 41 %, avec des résultats en légère progression sur l'ensemble des thématiques. **Le directeur général** insiste sur l'importance de partager les résultats de l'analyse du baromètre au niveau des équipes. Il souligne que les scores d'enquête de l'AP-HP se rapprochent désormais des moyennes nationales observées pour les enquêtes réalisées dans les hôpitaux publics.

Enfin, **le directeur général** mentionne quelques avancées récentes concernant les grands projets d'investissements immobiliers :

- l'achèvement proche du nouveau bâtiment construit à l'hôpital Lariboisière, avec une mise en exploitation prévue à l'automne 2026 ;
- le début du chantier pour la construction du bâtiment « Bac » du projet du nouveau Garches à l'hôpital Ambroise-Paré ;
- la pose de la première pierre du pavillon femme-enfant à l'hôpital Avicenne ;
- le démarrage du chantier de l'institut de l'enfant à l'hôpital Robert-Debré ;
- le démarrage des travaux du futur grand hôpital nord à Saint-Ouen ;
- l'obtention du permis de construire pour la reconstruction de l'Hôtel-Dieu avec des fouilles archéologiques en cours.

2. Approbation des comptes rendus de la CME des 24 février et 24 mars 2026

Les comptes rendus de la CME des 24 février et 24 mars 2026 sont approuvés à l'unanimité.

3. Avis sur le protocole de coopération « prescription d'électrostimulation transcutanée effectuée par une infirmière ressource douleur, en lieu et place du médecin » (P^r Agnès HARTEMANN)

Le P^r Agnès HARTEMANN précise qu'actuellement, seuls les centres de prise en charge de la douleur, qui sont surchargés, peuvent prescrire le TENS (*transcutaneous electric nerve stimulation*). Le protocole vise à permettre au médecin délégué du centre de la douleur de valider la prescription du TENS pour un patient adressé par un médecin de ville ou un confrère médical. Un infirmier formé, titulaire d'un diplôme universitaire douleur ou ayant au moins deux ans d'expérience en centre de la douleur, pourra alors recevoir le patient, prescrire le TENS et assurer l'éducation thérapeutique. De plus, l'infirmier assurera également le suivi du patient. Cette organisation permettra de réduire les délais de prise en charge, d'éviter des déplacements pour le patient et de libérer du temps médical.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité des votes exprimés sur le protocole de coopération « prescription d'électrostimulation transcutanée effectuée par une infirmière ressource douleur, en lieu et place du médecin ».

4. Nouvel hôpital Garches – Ambroise-Paré (P^{rs} Xavier MARIETTE, Marie ESSIG et Hélène PRIGENT, D^r TRISTAN CUDENNEC, M. Cédric ZOLEZZI et M^{me} Céline WASMER)

Le P^r Xavier MARIETTE souligne la complexité de ce projet hospitalier liée à la fusion des deux hôpitaux Ambroise-Paré et Raymond-Poincaré, dont les premières réflexions remontent à plus de dix ans. Ce projet avait été soumis pour avis au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) en 2017. L'objectif du projet consistait à sécuriser l'expertise relative aux services médicaux de l'hôpital Raymond-Poincaré, dédiée au handicap et de la regrouper autour des spécialités médico-chirurgicales de pointe de l'hôpital Ambroise-Paré. Après une étape où les communautés médicales ont travaillé de manière indépendante, l'arrivée d'une nouvelle gouvernance il y a un an a permis de lancer un véritable projet intégratif. Il salue le rôle majeur du D^r Tristan CUDENNEC, représentant médical de l'hôpital Ambroise-Paré et chef du service de gériatrie de l'hôpital Ambroise-Paré, du P^r Hélène PRIGENT, représentante de l'hôpital Raymond-Poincaré et chef du service de physiologie et explorations fonctionnelles de l'hôpital Raymond-Poincaré, et du P^r Marie ESSIG, doyenne de l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ) et chef du service de néphrologie de l'hôpital Ambroise-Paré, pour avoir mobilisé la communauté médicale autour de cette nouvelle vision du projet.

Le D^r Tristan CUDENNEC présente les grandes étapes du projet. Après la validation en COPERMO en 2017, une phase de discussion a eu lieu durant la période comprise entre juin et novembre

2025 pour revoir un projet jugé très complexe, impliquant dix ans de travaux en site occupé. L'objectif était de simplifier le projet, de renforcer les filières d'excellence et de construire un projet médico-soignant cohérent, tout en redimensionnant le capacitaire.

Le projet se décompose en plusieurs phases. La première phase concerne le bâtiment « Bac », dont les travaux ont débuté en mars 2026 pour une livraison prévisionnelle en 2029. Cette structure abritera les laboratoires, le self et les services administratifs. La deuxième phase, plus conséquente, sera orientée vers la construction des bâtiments sud, nord et entrée sur le site central. Cela représente 52 000 m² de construction. L'objectif des réflexions menées entre juin et novembre 2025 a été de simplifier le projet, de le rendre cohérent avec l'évolution des pratiques professionnelles, tout en tenant compte de l'évolution du capacitaire. Ce travail de révision a été mené autour d'un projet médical hospitalo-universitaire piloté par le Pr Marie Essig, doyenne de l'UVSQ, et par les représentants des deux sites hospitaliers, en collaboration avec les équipes médicales de chaque site : Raymond-Poincaré et Ambroise-Paré. Six groupes de travail ont été constitués sur les plateaux techniques interventionnels, les soins critiques, le parcours neuro-locomoteur, la filière pédiatrique et l'ambulatoire. Ce travail collaboratif a permis de valider un nouveau capacitaire et de rechercher des moyens de mutualisation en faveur de certaines activités pour optimiser l'agencement des espaces. Un nombre important de professionnels médicaux a été associé à ce projet afin que les communautés médicales des deux hôpitaux puissent contribuer à cette révision du programme capacitaire.

Le Pr Marie Essig présente le projet hospitalo-universitaire issu de réflexions menées depuis 2018, et structuré autour de cinq axes médicaux prioritaires adossés aux unités de recherche.

1. Déficience, autonomie et innovation thérapeutique : cet axe élargit l'expertise de l'hôpital Raymond-Poincaré à Garches sur le handicap, à la gériatrie et à d'autres services confrontés aux déficiences, comme l'ophtalmologie. L'objectif est de maximiser l'autonomie des patients et d'agir par le biais d'innovations thérapeutiques ;
2. Infection-inflammation : il couvre le champ du sepsis dans les services des deux hôpitaux (en lien avec l'institut hospitalo-universitaire (IHU) Sepsis) et les maladies inflammatoires, avec notamment l'expertise rhumatologique et en médecine interne ;
3. Oncologie : cet axe s'inscrit dans le projet de centre de cancer intégré (*comprehensive cancer center*) du GHU AP-HP Paris-Saclay. Cette structure est en lien notamment avec les services de dermato-oncologie, pneumologie, chirurgie digestive et viscérale, et les unités de recherche de proximité ;
4. Cardiovasculaire-métabolique-nutrition : il s'agit des services de cardiologie, de chirurgie vasculaire, de l'expertise neuro-vasculaire, et des services de néphrologie et de métabolique-nutrition, adossés aux équipes travaillant au centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) ;
5. Santé-publique-parcours-territoire : cet axe original vise à réaliser des interventions de santé publique dans les territoires. L'idée est de construire un hôpital tourné vers les territoires, favorisant les parcours ville-hôpital et la prévention des hospitalisations.

Cette vision prospective à l'horizon 2040 a conduit à une révision du nombre de lits en hospitalisation, avec une diminution de l'hospitalisation conventionnelle au profit d'une offre ambulatoire et à domicile renforcée. Il ne s'agit pas d'une contrainte, mais d'un changement de paradigme souhaité. L'objectif consiste à former un hôpital universitaire de recours qui réponde aux besoins de son territoire. Le projet consolide les expertises (déficiences, médecine hyperbare, innovations thérapeutiques, etc.) de l'hôpital Raymond-Poincaré et réaffirme une offre de soins de recours dans le domaine de l'oncologie, avec un service de pharmacie capable de gérer les thérapies innovantes. Il réorganise également la chirurgie et les activités interventionnelles dans une logique ambulatoire. Le projet est pleinement intégré au GHU AP-HP Paris-Saclay et au territoire, renforçant

les liens avec d'autres sites pour le recours au PET-scan ou à la thrombectomie, afin d'éviter les redondances. À ce titre, la solution envisagée est plutôt celle d'une fédération de neurologie de l'ouest parisien permettant d'avoir une filière optimisée en médecine nucléaire ou en neuroradiologie, en partenariat avec l'hôpital Bicêtre.

Le Pr Hélène PRIGENT explique que ce travail collaboratif a permis de remettre en question le capacitaire de façon collective. La diminution de lits d'hospitalisation complète a été décidée en anticipant l'évolution des pratiques, l'optimisation de l'offre de soins dans les services de réanimation et de soins intensifs, et la mutualisation des moyens pour permettre le rapprochement de certains services. Corrélativement, le projet vise à développer la prise en charge médicale en ambulatoire, ce qui nécessite une augmentation du nombre de places en hôpital de jour et une réorganisation des unités de médecine et de chirurgie ambulatoires. Les plateaux techniques d'explorations fonctionnelles et les laboratoires de biologie seront également optimisés et adaptés à cette nouvelle orientation.

M^{me} Céline WASMER détaille les prochaines étapes de la programmation des opérations liées à ce projet. D'avril à juillet 2026, le déroulement des opérations sera affiné avec l'aide d'un programmiste et des groupes d'utilisateurs élargis aux équipes médicales et paramédicales afin de s'assurer de la cohérence du programme des opérations proposées. L'objectif est de finaliser le programme des travaux d'ici le 10 juillet 2026, puis de réaliser le programme technique détaillé d'ici fin 2026, condition préalable au lancement du concours d'architecte prévu dans le courant du premier trimestre 2027. Pendant cette phase, l'enjeu principal est de parvenir à associer le plus grand nombre d'acteurs hospitaliers, afin de définir collégialement un projet intermédiaire qui permette de maintenir l'attractivité hospitalière en faveur de ces deux sites, de favoriser la communication entre les services, et de renforcer la connaissance mutuelle des deux communautés médico-soignantes. Enfin, elle souligne que la ligne directrice de ce projet repose sur des objectifs de simplification, de réduction des délais de réalisation et d'éléments de faisabilité du projet. Parallèlement, des réflexions sont engagées pour dédensifier l'opération immobilière comportant des contraintes particulièrement fortes sur le site d'Ambroise-Paré. Trois hypothèses sont à l'étude :

- le lieu d'implantation du service d'aide médicale d'urgence (SAMU) – service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), l'unité de formation et de recherche (UFR) en santé, institut de formation en soins infirmiers (IFSI) / institut de formation des aides-soignants (IFAS), l'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- la délocalisation de l'institut médico-légal (IML) et de l'unité médico-judiciaire (UMJ) à l'hôpital Antoine-Béclère ;
- la délocalisation de l'unité de production de la cuisine.

Enfin, les travaux liés au projet du bâtiment dénommé « Bac 2 », destiné à accueillir l'institut hospitalo-universitaire (IHU) *Sepsis* et l'école régionale d'enseignement adapté (ÉREA) implantée sur le site hospitalier de Garches, sont engagés en lien avec les partenaires et financeurs.

Le directeur général se félicite du travail mené par les communautés médicales relevant de ces deux sites hospitaliers, car ce projet élaboré il y a plus de dix ans avait besoin d'être repris et actualisé, au regard de l'évolution des besoins sanitaires, des techniques médicales, des modalités de prise en charge et des organisations médicales afin de sortir d'une logique de juxtaposition de deux hôpitaux et d'évoluer pour faire émerger un hôpital réellement nouveau. C'est ce qui l'a conduit il y a presque un an, à inviter le groupe hospitalo-universitaire (GHU) et les deux communautés médicales à retravailler le projet, en lien avec le Siège. Ce travail a été mené avec une rapidité et une ouverture d'esprit qu'il faut saluer, ce qui a permis de donner plus de force et de cohérence à ce projet. De plus, il estime que les solutions trouvées pour dédensifier le site par la relocalisation du SMUR, des locaux de formation et de l'unité médico-judiciaire (UMJ) lui semblent

adaptées. Bien que le chantier reste complexe, il considère que le projet a gagné en cohérence et en pertinence et est beaucoup mieux approprié par les communautés médicales.

Le président partage ce constat, se remémorant la fusion plus difficile entre les hôpitaux Saint-Vincent-de-Paul et Necker, où les équipes médicales étaient insuffisamment préparées. Il demande aux intervenants si des collaborations concrètes entre les deux sites ont déjà existé, au-delà de la rédaction du projet.

Le P^r Hélène PRIGENT confirme que les représentants des deux communautés médicales ont collaboré mutuellement pour ce projet de façon assez concrète. Elle cite par exemple l'adaptation de l'offre de soins dans les services d'ophtalmologie et de dermatologie de l'hôpital Ambroise-Paré pour les patients en situation de handicap, ou encore du service du sommeil de l'hôpital Raymond-Poincaré à Garches.

Le D^r Tristan CUDENNEC confirme cette approche, en soulignant que les nombreux groupes de travail sont désormais co-pilotés par un porteur médical relevant de chaque site, ce qui témoigne de cette nouvelle dynamique collaborative.

Le D^r Olivier MILLERON s'interroge sur la méthodologie déployée pour ce projet. Il s'étonne de la réduction du capacitaire en hospitalisation complète face à l'augmentation du nombre de patients avec des maladies chroniques et s'inquiète d'un possible transfert des urgences liées à ces maladies chroniques vers le secteur privé. Il demande si le projet repose sur l'évaluation des besoins sanitaires de la population ou sur les souhaits exprimés par la communauté médicale. Par ailleurs, on sait que le développement de l'ambulatoire concentrera les cas les plus lourds en hospitalisation complète, ce qui doit engendrer une réflexion sur la planification et l'adaptation des ratios de personnel non médical.

Le D^r Tristan CUDENNEC répond que le travail a été mené en lien avec le département d'information médicale (DIM) et que l'un des objectifs a été de préserver l'aval des urgences dans de bonnes conditions opérationnelles. La réduction de lits concerne davantage le secteur post-opératoire chirurgical plutôt que la médecine. Il n'existe pas encore d'éléments précis sur la question des effectifs relatifs au personnel non médical.

Le P^r Xavier MARIETTE précise que la réduction du capacitaire a été validée par l'ensemble des chefs de service dans les groupes de travail, mais non imposée par la direction. La gestion de l'aval des urgences pour la gériatrie aiguë ou la médecine interne a été totalement respectée. La souplesse restera nécessaire pour s'adapter à l'évolution des besoins. Concernant les effectifs du personnel non médical, la charge de travail pourrait être plus lourde et les discussions actuelles sur les ratios d'effectif aideront certainement à calibrer les moyens humains de manière adéquate.

Le directeur général confirme qu'il était indispensable de projeter les besoins à un horizon de 10 à 15 ans au vu de l'évolution des modes de prise en charge sanitaire. Il ajoute que l'hôpital de jour représente une modalité de soins à part entière et ne doit pas être considéré comme une forme dégradée de l'offre de soins. Il ajoute que la réduction du nombre de lits conventionnels est *in fine* très modérée. Concernant la situation des effectifs soignants, il lui semble prématuré de fixer des ratios définitifs. Toutefois, la politique de l'AP-HP tend vers l'ajustement des effectifs au regard des réels besoins des services. À cet effet, les travaux engagés par la Haute Autorité de santé (HAS) sur les ratios d'effectifs constitueront un repère très utile.

Le P^r Marie ESSIG revient sur le concept de « santé publique parcours territoire » avec une réflexion de fond sur la nécessité de modifier les modes de prise en charge. L'objectif est de passer d'un modèle centré sur l'hospitalisation complète à une approche favorisant le maintien à domicile. Un groupe de travail a été lancé pour concrétiser cette transformation. L'adaptation du capacitaire qui en découle ne constitue pas une contrainte, mais un choix stratégique visant à réinventer l'hôpital.

Ce travail collaboratif, qui s'appuiera sur des réseaux de partenariats étendus, a d'ores et déjà été initié sans attendre l'année 2035.

Le D^r François SALACHAS s'interroge sur la vision de ce projet hospitalier à un horizon de dix ou quinze ans. Il demande s'il est envisagé d'intégrer des unités « accordéon », à l'image de ce qui se pratique dans les services de pédiatrie, afin de faire face aux épidémies, notamment en période hivernale. Une telle organisation, qui imposerait d'équiper ces unités pour des longues périodes, pourrait s'avérer complexe. Néanmoins, dans une logique de flexibilité et d'innovation pour l'hôpital, cette piste pourrait être envisagée.

Le P^r Marie Essig répond qu'une réflexion est en cours sur le sujet, en lien avec M^{me} Céline WASMER, mais pas encore finalisée. Le dispositif lié à ce projet repose sur l'adaptation des moyens mobiliers et des ressources humaines. Elle indique que le personnel hospitalier pourrait s'engager vers une mobilité professionnelle plus importante, alternativement à l'hôpital et la médecine de ville. Cette démarche s'inscrit totalement dans la recherche de nouvelles organisations.

Le P^r Hélène PRIGENT précise que la réflexion n'est pas menée du point de vue du capacitaire, mais plutôt en matière d'organisation de l'activité médicale au niveau du service de maladies infectieuses et tropicales. Une des pistes envisagées est la mise en place d'équipes modulaires, capables d'apporter l'expertise en infectiologie directement auprès des patients concernés, quels que soient les services dans lesquels ils se trouvent. Il s'agit également d'envisager une activité transversale au sein du futur établissement pour prendre en charge des populations spécifiques, comme les patients handicapés ou âgés, amenés à être hospitalisés dans différents services de l'hôpital. L'objectif est d'amener les soins spécifiques au chevet de ces patients grâce à l'intervention des équipes mobiles transversales.

Le D^r Patrick PELLOUX intervient et formule cinq observations sur le sujet. Premièrement, concernant le nombre de lits, il s'inquiète de l'impact du basculement vers l'ambulatoire sur la permanence des soins, avec un risque de reporter la charge sanitaire sur les services d'urgence et le SAMU. À cet effet, il s'interroge sur les mesures prévues pour organiser cette permanence des soins ambulatoires. Deuxièmement, il exprime des réserves quant à la distance importante prévue entre le SAMU et le service des urgences, alors que la tendance actuelle est de regrouper ces deux services pour favoriser leur collaboration. Troisièmement, il s'interroge sur le devenir du caisson hyperbare dont la présence lui paraît importante, car il s'agit du dernier équipement médical de ce type sur les cinq qui existaient, il y a vingt ans. Il souligne également l'utilité de cet équipement, notamment dans la prise en charge des intoxications au monoxyde de carbone. Quatrièmement, il demande si des associations représentant les personnes handicapées ont été consultées, citant l'exemple de structures associatives à l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches qui ont développé des fauteuils roulants très performants pour les personnes en situation de grande précarité. Il s'interroge également sur le lieu de relocalisation de ces structures associatives ou des moyens de soutien institutionnel. Enfin, il souhaite savoir si les bâtiments liés au projet du nouveau Garches - Ambroise-Paré ont déjà été vendus et sollicite la communication du montant de cette transaction immobilière.

Le directeur général tient à nuancer l'impression d'un basculement massif vers l'ambulatoire. L'ajustement est modéré et le futur hôpital préservera son modèle de fonctionnement classique, orienté vers une hospitalisation complète et une hospitalisation de jour, à la différence du projet du nouvel hôpital Jean-Verdier, qui est un hôpital orienté vers les soins en ambulatoire dédié à la médecine de ville. Concernant le SAMU et les urgences, le SAMU 92 se trouve actuellement sur le site de l'hôpital Raymond-Poincaré sans disposer de service d'urgences. Le projet tend à favoriser leur regroupement sur un même site, et la distance de 200 mètres qui les séparera semble être un « faux problème », car elle permet de mieux réguler la circulation des véhicules.

Le directeur général veut rassurer concernant la présence d'un caisson hyperbare, qui constitue un équipement à vocation régionale voire suprarégionale. Il informe du projet de renouvellement de cet équipement sans attendre la construction du nouvel hôpital à Garches, avec l'idée que le nouveau caisson dispose d'un double compartiment pour en augmenter la capacité. Il ajoute que dans le cadre des futures implantations des bâtiments, cet équipement sera relocalisé dans un lieu adapté. Enfin, il revient sur le sujet de la vente du site hospitalier de Garches. Des discussions vont être engagées avec la municipalité pour définir un programme foncier urbain incluant potentiellement la construction de logements et des activités médico-sociales. L'objectif est de répondre aux besoins du territoire tout en dégagant des recettes d'investissement en faveur de l'AP-HP.

Le Pr Hélène PRIGENT apporte une précision sur les fauteuils roulants, qui concerne le centre d'essais des fauteuils roulants, structure ouverte aux patients de l'hôpital qui font l'objet d'un suivi médical en service de rééducation et en médecine interne. Cette structure, initialement développée par la *Fondation Garches*, reconnue d'utilité publique, a été reprise par l'AP-HP et sera bien intégrée au projet. La *Fondation Garches* viendra en appui de l'institution, notamment à travers des relations avec les industriels.

M. CÉDRIC ZOLEZZI confirme qu'un groupe de travail dédié à l'accueil et à la vie associative est spécifiquement chargé de prendre en compte les besoins exprimés par les bénévoles et les patients partenaires et se poursuivra tout au long du projet.

M. Yann GUITTIER intervient pour demander l'évaluation du nombre total de lits supprimés.

M^{me} Céline WASMER précise qu'il y aura 51 lits d'hospitalisation complète en moins par rapport au dernier dossier de programmation présenté au conseil national de l'investissement en santé (CNIS). Le document portant sur la programmation immobilière détaille l'évolution entre les lits actuellement ouverts, la prévision du CNIS et la nouvelle programmation immobilière. En contrepartie, il est prévu une augmentation de 40 places en hôpital de jour, auxquelles s'ajoutent les places de rééducation pour adultes, qui seront très importantes sur le nouveau plateau technique de la filière médicale du nouvel hôpital de Garches.

Le Dr Cyril CHARRON précise qu'il existe une différence entre les lits théoriques et les lits ouverts ou fermés depuis des années. Les chirurgiens ne sollicitent pas de lits supplémentaires, mais expriment un besoin de moyens en aval des soins, incluant un hôtel hospitalier et des services de soins médicaux et de réadaptation (SMR). La difficulté ne relève pas de la capacité hospitalière mais des modalités de sortie des patients de l'hôpital. Le sujet consacré à l'activité chirurgicale porte principalement sur l'organisation des moyens déployés en aval. Une réflexion a déjà été engagée pour définir les nouvelles modalités d'organisation, notamment à travers la mise en place d'hôtels hospitaliers et d'un service de SMR. Il s'agit d'un projet de GHU, dans le cadre duquel un nouveau bâtiment a été construit à l'hôpital Sainte-Périne. Concernant les modalités de suivi médical des patients issus des unités gériatriques, des filières spécifiques de suivi médical consécutif à leur séjour hospitalier sont actuellement en cours de déploiement et se trouvent renforcées à travers le projet d'ouverture de nouveaux bâtiments. Cette évolution ne doit pas être perçue comme liée à l'implantation d'un nouvel hôpital de Garches sur le site d'Ambroise-Paré, mais bien comme un projet structurant de GHU. Il conclut qu'il n'y aura pas de réduction du nombre de lits, et cette organisation permettra de réaliser un gain de flexibilité et d'amélioration du parcours médical du patient. Ces éléments constituent des leviers essentiels à la réussite de l'opération.

Le président relève une augmentation du nombre de lits de SMR au global.

5. Bilan du « levier 25 » visant à simplifier et accélérer la réalisation des projets de recherche (M. Milan LAZAREVIC)

M. Milan LAZAREVIC explique que le plan d'action « levier 25 » constitue un ensemble structuré de 101 actions, articulées autour de 11 axes. L'objectif général est d'accélérer et de simplifier, autant que possible, dans un cadre très normé, les activités de recherche à l'AP-HP, que ce soit en tant que promoteur interne ou externe, y compris sur les sujets de digitalisation, d'attractivité et de fidélisation. Il ne procédera pas à une revue exhaustive des actions, mais présentera les plus emblématiques ainsi que les résultats ou premières tendances observables.

M. Milan LAZAREVIC explique les éléments figurant sur le diaporama présenté en séance : deux indicateurs précisent le pourcentage correspondant au degré d'avancement de l'action, une « météo » permet de mesurer le degré de difficulté pour la mise en œuvre de l'action ou, au contraire, son bon déroulement. Un troisième indicateur représente le niveau d'impact, notamment sur la réduction des délais, l'attractivité ou sur d'autres effets attendus. Certains indicateurs constituent des résultats positifs, tandis que d'autres restent assortis de points d'interrogation faute de recul suffisant pour en tirer des conclusions.

Parmi les premières actions figure la nécessité de mieux caractériser l'activité de recherche telle qu'elle est réalisée à l'AP-HP. À ce titre, des outils ont été déployés, désormais utilisés au-delà des seuls sujets de recherche. L'enjeu est de caractériser l'activité en promotion interne comme en promotion externe, permettant ainsi de disposer d'informations plus précises et qualitatives. S'agissant de l'organisation, les activités de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) sont actuellement engagées dans un processus de certification Iso 9001 avec un objectif de labellisation en 2026.

Un des constats formulés en 2023 concernait le manque de transparence pour les porteurs de projets, ces derniers évoquant une absence d'information, une méconnaissance des circuits et des niveaux de responsabilité. Pour répondre à ces difficultés, un grand nombre d'actions ont été mises en place : organisation de *webinaires* à destination des investigateurs, diffusion d'une veille mensuelle des appels à projets, élaboration du guide du chercheur dont la deuxième édition a été partagée avec les départements médico-universitaires (DMU) la semaine dernière, mise en place d'un ensemble d'événements visant à partager les actualités en matière de recherche et d'innovation ainsi que de faciliter l'accès aux dispositifs d'accompagnement. Après la tenue de trois précédents séminaires, un nouveau séminaire à destination des lauréats aux appels à projets est désormais organisé, afin d'explicitier les démarches à entreprendre à la suite de l'obtention d'un financement, en complément d'un guide dédié.

M. Milan LAZAREVIC présente de manière synthétique certains processus afin d'illustrer les impacts concrets des actions engagées. S'agissant de la promotion interne, un enjeu majeur portait sur la simplification des deux niveaux d'instruction, à la fois au sein des unités de recherche clinique et au niveau du pôle promotion, situé à l'hôpital Saint-Louis. La gestion locale a été étendue et la quasi-totalité des contrôles ont été supprimés pour ces études. Il indique que la mise en œuvre de ces actions est à ce jour quasi complète. Du point de vue de l'influence sur le délai global, un suivi a été réalisé selon quatre typologies d'études : « RE » pour les études relevant des règlements européens, ainsi que les recherches impliquant la personne humaine (RIPH) de catégories 1, 2 et 3. Depuis 2023, le nombre de projets autorisés dans chacune des catégories est présenté, ainsi que la médiane en jours entre l'accord de promotion et la dernière autorisation nécessaire à la réalisation du projet. Pour les règlements européens, ainsi que pour les RIPH 1 et RIPH 2, une amélioration est observée, avec une réduction du délai médian de l'ordre de dix, ou trente jours selon les catégories de projets. Par ailleurs une analyse a été menée afin d'identifier l'évolution des délais imputables aux autorités réglementaires elles-mêmes, dans la mesure où celles-ci constituent également un facteur du délai global. Un allongement modeste, mais réel, des délais d'autorisation a été constaté.

Ces résultats s'inscrivent dans un contexte d'accroissement de l'activité. Néanmoins, pour la catégorie RIPH 3, les délais d'autorisation apparaissent en forte augmentation par rapport à 2023.

L'illustration présentée dans les diaporamas vise à montrer qu'au-delà des médianes, il existe également des projets pour lesquels les délais d'autorisation peuvent être étendus dans le temps. Pour les études les plus complexes, des délais extrêmes pouvant atteindre plusieurs milliers de jours ont été considérablement réduits, ce qui a conduit mécaniquement à un impact sur la moyenne de réalisation des actions. Pour les catégories relevant des règlements européens, une diminution des délais extrêmes est observée. Pour les RIPH 1, on note une réduction des délais extrêmes accompagnée d'une baisse de la médiane. Pour les RIPH 2, la baisse de la moyenne est plus modérée. En revanche, il y a une augmentation très nette des délais médians et moyens pour les RIPH 3. Les travaux actuels visent à caractériser les raisons de ces délais observés sur les RIPH 3. Ces études présentent souvent des circuits de gestion des données particulièrement complexes transmises à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

S'agissant de la promotion externe, un grand nombre d'actions ont également été menées, notamment sur la dématérialisation complète des processus et la mise en place d'un délai maximal initial d'instruction du dossier de sept jours, puis de sept jours supplémentaires pour l'accord de réalisation des études cliniques, accompagné de la signature d'accords de confidentialité avec les promoteurs industriels afin d'éviter aux investigateurs la récurrence de validation. Au total, entre 2023 et 2025, les délais de contractualisation ont diminué de 7 % pour les essais cliniques dans le centre coordonnateur et de 14 % pour les centres associés. Par ailleurs, des enquêtes de satisfaction sont réalisées auprès des promoteurs et des investigateurs. Du côté des promoteurs externes, le taux de satisfaction se situe autour de 80 %, avec une requête systématique de qualification des motifs d'insatisfaction. Concernant les investigateurs, les résultats progressent légèrement, mais demeurent peu significatifs en raison d'un faible taux de réponse, de l'ordre de 5 à 10 %.

M. Milan LAZAREVIC aborde ensuite l'axe relatif à l'aide à l'inclusion, en lien avec l'intéressement recherche. Un virage a été opéré, passant d'une vingtaine de techniciens financés par l'intéressement recherche, à la création d'environ 120 équivalents temps plein (ÉTP) de techniciens d'études cliniques (TEC) au sein des services ou des structures d'appui, en soutien à l'activité d'investigation. Un des indicateurs de suivi concerne, pour les études en promotion interne, la proportion de centres ouverts n'incluant pas de participants. En 2023, cette proportion était de 43 % tous centres confondus, de 35 % pour les centres AP-HP et de 36 % en moyenne. Elle s'établit désormais à 33 %, soit une diminution de trois points. Les données plus récentes pour l'année 2025 permettent d'observer cette proportion site par site, en fonction du nombre de centres ouverts, avec ou sans inclusion. Les évolutions observées sont positives, bien qu'encore modestes, et qu'elles s'accompagnent d'un effort significatif de mobilisation des ressources par l'institution pour soutenir les services.

Au sein de la DRCl, un pôle dédié aux activités d'investigation a été créé afin de permettre des échanges plus fluides avec les centres d'investigation clinique, les centres de recherche clinique et les centres labellisés en phase précoce, en partenariat également avec les GHU qui se structurent pour apporter leur appui en faveur de cette activité de recherche. Ainsi, 120 TEC ont été recrutés via le fonds dédié à l'intéressement recherche. Des efforts ont été engagés pour simplifier la gestion des participants aux études cliniques, notamment en facilitant leur indemnisation, et en développant des procédures décentralisées pour réaliser des essais cliniques, en particulier à travers un appel d'offres. Certaines actions présentent toutefois un retard, notamment celles permettant l'identification et le dénombrement des patients éligibles aux études cliniques. Un travail est mené en lien avec la direction des services numériques (DSN) autour de l'utilisation d'un

algorithme interne, ainsi qu'avec des partenaires externes, afin d'améliorer l'identification de type d'essais cliniques pour certains patients.

S'agissant de la digitalisation des étapes, le logiciel de gestion de l'activité de recherche et d'innovation *Easydore* couvre notamment des volets administratifs, en ressources humaines et financiers. Un module dédié, dénommé « module investigation », n'avait pas encore été déployé à l'AP-HP jusqu'à présent. Celui-ci permet d'associer le diagramme de flux (*flowchart*) d'une étude, la grille de surcoûts et, lors de la saisie de l'activité, de générer immédiatement une facturation à destination des promoteurs externes. Du point de vue des finances, 40 M€ sont facturés chaque année par les GHU pour des activités réalisées pour des tiers, constituant des ressources essentielles pour financer la rémunération des personnels de recherche (techniciens, infirmières de recherche, etc.) Les deux GHU AP-HP. Nord et Paris Saclay ont initié le déploiement de ce module, avec les premières facturations émises par certains services. L'ensemble des GHU de l'AP-HP s'est engagé vers ce dispositif dont le déploiement nécessitera plusieurs mois, notamment en raison des besoins de formation en faveur des personnels de recherche.

Sur le volet de l'attractivité liée à la recherche, un axe important concerne l'accélération de la politique institutionnelle pour rendre la situation des personnels d'appui à la recherche moins précaire. L'objectif institutionnel vise à transformer l'emploi de 60 % de personnels d'appui à la recherche en contrat à durée indéterminée (CDI). Entre 2023 et 2026, certains GHU ont fortement progressé dans la réalisation de cet objectif. Parallèlement, la proportion de personnels en contrat à durée déterminée (CDD) typé « remplaçant » tend à diminuer, avec des orientations très positives pour trois GHU, tandis qu'avec les autres GHU, des échanges sont en cours pour les inciter à s'engager vers cette voie dynamique de recrutement moins précaire. Des mesures de simplification administrative ont été fixées, notamment par la suppression du visa systématique du contrôleur financier pour les contrats de recrutement, dont le taux de rejet devra être inférieur à 5 %. A ce stade, ce taux de rejet se situe autour de 20 % pour la DRCI et les GHU.

M. Milan LAZAREVIC mentionne de nombreuses actions visant à améliorer les conditions d'exercice : refonte d'un guide de gestion, revalorisation des rémunérations des personnels d'appui à la recherche (+ 5 % en juillet 2024), évolutions pour certaines catégories de métiers, ainsi qu'une harmonisation des politiques d'accueil et d'intégration entre les GHU et le Siège. Des améliorations sont attendues concernant le traitement des déplacements des professionnels et le versement de la prime pour le dépôt de brevet. Cette prime, de nature réglementaire, s'élève à 600 € au moment du dépôt du brevet et 2 400 € en cas de signature d'une licence d'exploitation. Les montants de cette prime devront être répartis entre les investigateurs ayant contribué aux recherches.

Concernant la place des patients dans la recherche, plusieurs actions ont été engagées pour renforcer leur implication, notamment leur participation aux instances locales telles que les commissions recherche et innovation, l'introduction d'une dimension « expérience patient » dans les trophées, ainsi que l'organisation régulière d'un séminaire dont le dernier s'est tenu en février 2026, réunissant plus de 200 participants sur cette thématique. Un questionnaire de satisfaction sera lancé afin d'évaluer le parcours des participants à la recherche et recueillir leur appréciation. Les efforts visant à rendre les résultats de la recherche plus compréhensibles sont également à souligner, face aux résultats fournis par la science.

Il décrit également l'état d'avancement global des actions totalement réalisées (+ 80 %) ou à un stade très avancé. Les prochaines étapes consistent à finaliser les actions restantes, à évaluer leurs impacts et à procéder aux ajustements nécessaires si les résultats ne sont pas à la hauteur des attentes. Il existe, pour 2026, plusieurs axes prioritaires, notamment ceux portant sur le développement des essais cliniques décentralisés, l'amélioration des circuits des projets de recherche, ainsi que le suivi des délais pour les recherches sur données.

Le président souligne que la recherche constitue un élément important pour l'institution, et constitue un levier essentiel pour attirer les jeunes professionnels et les fidéliser. La communauté médicale rencontre toutefois des difficultés, régulièrement exprimées au quotidien, liées à la lourdeur administrative. Le sujet de « l'écosystème » des *start-up* tend également à prendre une place importante au sein de l'AP-HP et il lui semble pertinent que ce sujet puisse être présenté lors d'une prochaine CME.

Le Pr Xavier MARIETTE rappelle également l'importance du temps protégé pour la recherche pour les praticiens hospitaliers, en précisant que, dans un CHU, la recherche ne concerne pas uniquement les structures universitaires, mais repose aussi sur l'implication des praticiens hospitaliers. Parmi les trois points évoqués, deux présentent des améliorations significatives : la promotion externe et l'aide à l'inclusion, mais il peut exister des différences selon les groupes hospitaliers. Il met en avant l'intérêt des techniciens de recherche (TEC) mutualisés, déployés dans les services ne disposant pas encore de ressources propres, et considère ce dispositif comme un levier important pour initier une activité de recherche. Des réserves peuvent toutefois être exprimées concernant l'identification des patients, estimant que ce rôle ne relève pas de la DRCI mais des investigateurs eux-mêmes, qui sont les mieux placés pour déterminer l'éligibilité des patients aux études. En revanche, des marges d'amélioration subsistent sur la promotion interne. Les projets européens, notamment, demeurent complexes à mettre en œuvre et reposent encore largement sur l'investissement individuel des investigateurs. La répartition des rôles entre les représentants de la DRCI du Siège et les unités de recherche clinique (URC) manque par ailleurs de transparence. Une piste d'amélioration organisationnelle consisterait à limiter le fonctionnement en silo au sein de la DRCI, et à renforcer le rôle du chef de projet, qui pourrait disposer d'une vision globale et d'une responsabilité élargie pour chaque projet de recherche.

M. Milan LAZAREVIC précise que, s'agissant de l'identification des patients, l'objectif n'est pas de se substituer aux investigateurs, mais de leur apporter des outils nécessaires pour leur faciliter cette démarche, de façon plus rapide et de manière plus fiable. Dans la conduite des études, il est fréquent que des écarts de réalité de situation apparaissent dans le cadre des engagements initiaux des centres de recherche, notamment en raison d'études concurrentes ou d'une éligibilité plus complexe pour participer aux actions de recherche.

S'agissant de la répartition des rôles entre les URC et les différents services de l'hôpital Saint-Louis, des travaux sont en cours et des évolutions ont déjà été observées. Des disparités peuvent subsister, selon les URC, les chefs de projet ou les situations spécifiques, mais une clarification importante a été engagée et il est nécessaire d'attendre les résultats pour en mesurer les effets.

Concernant les projets européens, il indique partager le constat de complexité. L'ambition de l'AP-HP vise à renforcer sa participation à ces projets et de permettre aux équipes médicales de s'intégrer davantage dans les réseaux européens, mais des contraintes importantes demeurent : multiplicité des règles, exigences élevées en matière de justification des recherches et cadre de recherche globalement exigeant. Il est nécessaire de poursuivre les efforts d'amélioration, en particulier pour simplifier le parcours des investigateurs, qui peuvent aujourd'hui être confrontés à de multiples interlocuteurs et de circuits administratifs.

Le président partage une expérience personnelle menée à l'institut hospitalo-universitaire (IHU) *Imagine* dans le cadre de travaux sur l'entrepôt de données de santé (EDS) qui ont permis de développer un outil particulièrement utile pour interroger des bases de données des patients selon des critères d'inclusion. Il indique que l'inclusion des patients pour les recherches relève bien des médecins investigateurs, notamment pour la présentation des protocoles de recherche aux patients. Toutefois, les outils de repérage en amont présentent un intérêt majeur, en particulier dans une logique élargie à l'échelle institutionnelle. Dans un environnement comme celui de l'AP-HP, caractérisé par un volume de données et une taille critique importante, ces outils

constituent un levier significatif. Ces outils facilitent aussi le travail quotidien des investigateurs, en permettant par exemple d'anticiper les consultations, d'avoir accès rapidement aux documents essentiels et, plus globalement, de simplifier l'organisation de la prise en charge des patients qui participent aux recherches.

Le Pr Nicolas DE ROUX souligne qu'un indicateur intéressant à considérer pour cette participation aux grands projets de recherche serait la mesure du niveau d'investissement financier, notamment dans l'acquisition d'équipements de très haute performance. Ces matériels, souvent coûteux, mais généralement présents dans les laboratoires nécessitent un niveau d'expertise spécifique pour leur utilisation, et demeurent parfois insuffisamment exploités en raison de difficultés de leur renouvellement.

M. Milan LAZAREVIC répond qu'il n'existe pas à ce stade d'analyse d'impact médico-économique, ni d'intégration de critères dans d'autres appels à projets. L'évaluation de ces impacts financiers intervient plutôt en aval des décisions d'investissement. À ce jour, aucune réflexion n'a été engagée pour intégrer une évaluation financière de base permettant d'éclairer et d'orienter les décisions d'investissement.

Le Dr Olivier MILLERON indique avoir été surpris de recevoir un courriel l'invitant à participer à un *webinaire* découverte « l'introduction à l'entrepreneuriat », organisé en partenariat avec une société de conseil mettant en avant des méthodes issues de la « réflexion conceptuelle » (« *design thinking* ») et du modèle des *start-up*. Une réflexion de fond lui paraît nécessaire sur ce sujet, quant au rôle de l'institution pour son engagement vers cette démarche visant à encourager davantage l'initiative privée. Il s'agit d'une question stratégique qui mérite d'être discutée collectivement avec la communauté médicale.

M. Milan LAZAREVIC précise qu'il s'agit d'un *webinaire* d'initiation et d'introduction à l'entrepreneuriat, qui aura lieu le 19 mai. L'entrepreneuriat est un dispositif prévu pour les agents publics, inscrit dans les différents statuts. Il s'agit, en pratique, d'un dispositif de valorisation des travaux de recherche. Lorsque les travaux de recherche aboutissent à des résultats exploitables, ceux-ci peuvent donner lieu à des brevets, lesquels peuvent soit faire l'objet d'une licence destinée à des tiers, soit être valorisés directement par les auteurs concernés à travers la création d'une société. Ce cadre est prévu par les textes et le *webinaire* vise les personnes intéressées par ce type de parcours afin de partager les bonnes pratiques et les démarches à entreprendre le cas échéant. Il ne s'agit pas d'une incitation particulière ou d'une politique volontariste forte en faveur de la création de *start-up*. L'enjeu est avant tout d'accompagner les équipes en leur donnant les outils nécessaires : compréhension du cadre réglementaire, connaissance du rôle d'actionnaire ou de dirigeant, articulation avec le collège de déontologie de l'AP-HP pour les autorisations requises en cas de double activité hospitalo-universitaire. L'invitation s'inscrit dans cette logique d'information et d'accompagnement, et non dans une démarche d'incitation accrue à l'entrepreneuriat.

Le Dr Olivier MILLERON considère qu'il s'agit avant tout d'un enjeu d'éthique médicale. Il invite à cet égard à se référer à l'histoire, en rappelant qu'à la fin du XIX^e siècle, l'*American medical association* considérait comme non éthique le fait de déposer un brevet portant sur un médicament ou sur une nouvelle méthode de diagnostic. Il s'interroge ainsi sur l'implication institutionnelle consacrée au développement de l'entrepreneuriat et de l'innovation.

Le président estime qu'il serait intéressant de réaliser une présentation dédiée sur ce sujet. Il lui paraît pertinent de partager plus largement avec la CME les éléments évoqués. Il indique que les partenariats de l'AP-HP avec l'industrie ne datent pas d'aujourd'hui ; il ne s'agit pas de les remettre en cause, mais plutôt prendre en considération les évolutions récentes et mieux appréhender les modalités de ces partenariats.

Le P^r Karine LACOMBE rappelle que de nombreuses réunions sont déjà consacrées à l'avancée des travaux des *start-up*, mais reconnaît que ces échanges ne font pas toujours l'objet de retours d'information suffisamment réguliers au niveau de la CME.

Le président inscrira ce point à l'ordre du jour d'une prochaine CME. Il lui semble essentiel de permettre la mise à disposition des techniciens d'études cliniques (TEC) formés qui contribuent au renforcement de l'aide à la recherche clinique. Pour ceux ayant une expérience à l'international, notamment dans certains établissements hospitaliers aux États-Unis, mais aussi en Allemagne ou en Angleterre, il apparaît une meilleure dotation en personnels dédiés au soutien à la recherche, tels que les TEC ou les assistants de recherche clinique. En attendant, la trajectoire engagée par l'institution constitue un progrès réel et très positif.

6. Intégrité scientifique (P^r Marc SAMAMA)

Le P^r Marc SAMAMA évoque l'émergence d'outils d'intelligence artificielle permettant de générer rapidement et sans contrôle des articles médicaux, en citant des plateformes telles que *MyPubli*, et souligne le caractère préoccupant de ces pratiques, qui tendent à se diffuser largement. Face à cette situation, une action a été engagée au sein de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) afin de définir un cadre règlementaire minimal d'utilisation de l'intelligence artificielle à l'AP-HP. Une proposition de charte a été élaborée en lien avec la communauté médicale et destinée à être diffusée largement dans les services. Cette charte porte sur l'utilisation de l'intelligence artificielle générative dans le cadre de la rédaction d'articles scientifiques. Outre sa participation, cette charte a été rédigée en collaboration avec M. Serge BUREAU, le D^r Clément BARATTE, M^{me} Ghislaine FILLIATREAU, le D^r Hervé MAISONNEUVE et le P^r Gabriel STEG. Le principe fondamental de la rédaction de ces articles scientifiques, tant sur le fond que sur la forme, repose sur l'unique responsabilité du chercheur, et qui doit être garant également de la confidentialité des données. L'intelligence artificielle ne peut en aucun cas se substituer à la prise de décision scientifique, notamment dans le cadre de l'évaluation par les pairs (*peer reviewing*). L'intelligence artificielle (IA) pourrait être comparée à un instrument chirurgical : un outil puissant et utile, mais qui doit rester sous contrôle humain et sans agir de manière autonome.

La charte distingue ce qui relève du rôle humain (responsabilité finale, analyse critique des résultats, choix des arguments scientifiques, vérification des références, conformité aux exigences des revues) de ce qui peut être assisté par l'IA, comme la reformulation des textes, la structuration, la traduction ou l'amélioration de la compréhension des textes. Ces deux aspects de contribution rédactionnelle doivent systématiquement être relues et validées par le chercheur. Certains usages sont en revanche jugés inacceptables : génération d'un résumé des textes sans analyse critique des auteurs, production de la discussion scientifique à la place des chercheurs, utilisation dans le cadre de l'évaluation par les pairs ou de l'évaluation de projets, ou encore recours à des références non vérifiées, l'IA étant capable de produire des citations fictives.

Les enjeux de confidentialité sont particulièrement importants. Il est impératif de ne pas transmettre à travers ces outils des données de patients, même « pseudonymisées », des travaux non publiés ou des éléments de propriété intellectuelle non protégés. Par ailleurs, des incertitudes demeurent à propos de l'hébergement des données en santé et de leur utilisation ultérieure ; il est donc préférable de privilégier des environnements sécurisés, idéalement institutionnels. Des réflexions sont en cours à l'AP-HP pour développer des outils maîtrisés. D'autres initiatives existent, à l'échelle nationale ou européenne, permettant de mieux encadrer ces usages. Avant toute utilisation, le chercheur doit s'interroger sur l'origine de l'outil, les conditions d'hébergement des données, le devenir des contenus transmis et les règles qui doivent être appliquées dans le cadre institutionnel.

Des exemples pratiques ont été proposés afin de clarifier les usages de l'intelligence artificielle. Il est acceptable d'utiliser ces outils pour suggérer des pistes d'amélioration pour améliorer la qualité rédactionnelle. En revanche, il n'est pas acceptable de générer un état de l'art sans analyse critique, de produire des discussions scientifiques ou d'analyser des données sensibles à l'aide d'une IA non souveraine. Ces pratiques d'utilisation de l'IA difficilement maîtrisables constituent un phénomène en forte expansion.

La charte repose sur trois principes fondamentaux : la responsabilité du chercheur, qui demeure l'unique garant du fond, de la forme et des références, la confidentialité, compte tenu des limites identifiées, et la transparence dans l'usage des outils. Il est urgent de diffuser largement cette charte, notamment auprès des plus jeunes et de l'ensemble des professionnels, y compris les personnels administratifs et paramédicaux qui utilisent déjà ces outils dans leurs activités. Il est également important d'accompagner les professionnels pour mieux appréhender le concept de l'intelligence artificielle, en la considérant comme un outil à maîtriser plutôt que de limiter son utilisation

Le Pr Marc SAMAMA évoque ensuite la Coalition pour l'avancement de l'évaluation de la recherche (*Coalition for Advancing Research Assessment, COARA*). Il rappelle qu'un accord international, signé en 2022, vise à réformer l'évaluation de la recherche, notamment en limitant le recours au facteur d'impact et à d'autres indicateurs bibliométriques. Au 10 avril 2026, plus de 800 institutions dans le monde avaient adhéré à cette initiative. En France, de grandes institutions telles que l'Agence nationale de la recherche (ANR) ou le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), ainsi que de nombreuses universités ont rejoint COARA. L'AP-HP est désormais membre de COARA, après une adhésion soumise en février 2026 et validée le 9 mars 2026, ce qui lui permet de participer aux groupes de travail ainsi qu'aux instances de la gouvernance de cette structure. Il est prévu qu'un plan d'action soit élaboré dans un délai d'un an, ce qui représente un travail conséquent.

Le Pr Marc SAMAMA conclut en insistant sur l'urgence de valider la charte relative à l'intelligence artificielle, de la faire évoluer en fonction des usages et de la diffuser largement.

Le président souligne que ces sujets sont essentiels à évoquer et concernent un grand nombre de professionnels, notamment dans le cadre des publications scientifiques. Il souligne que mettre des données dans une application d'intelligence artificielle (IA) ou faire une relecture d'article à évaluer en utilisant une IA, c'est transmettre au monde entier les données que l'on est en train d'évaluer. Il faut donc insister sur l'interdiction absolue d'introduire dans des outils d'IA des données sensibles, telles que des données de patients ou des contenus liés à l'évaluation d'articles. Contrevenir à ces règles peut entraîner la diffusion d'information vers des publics non identifiés, ce qui est totalement contraire aux règles de confidentialité des données. Il appelle par ailleurs à une réflexion plus globale sur l'usage de l'intelligence artificielle, dans un contexte d'accélération généralisée, et souligne la nécessité de s'interroger systématiquement sur la valeur ajoutée réelle de ces outils, sur les bénéfices attendus, mais aussi sur leurs limites. Les enjeux portent sur la qualité des résultats, dépendante des données d'entraînement, ainsi que les effets potentiels sur la diffusion et le partage de l'information. Il attire également l'attention sur l'impact environnemental de ces technologies, en particulier en matière de consommation énergétique et d'empreinte carbone, notamment pour des usages intensifs comme l'analyse de vidéos ou le traitement de grandes quantités de données. Cette dimension doit être intégrée dans l'évaluation globale de ces outils.

Le Dr Patrick PELLOUX indique qu'il est particulièrement attaché au fait que les initiatives engagées s'inscrivent dans une logique européenne, permettant de renforcer une forme de souveraineté face à un enjeu technologique potentiellement submergeant. Il salue la qualité du travail réalisé autour de la charte, tout en soulevant la question des conséquences en cas de non-respect de celle-ci.

Le Pr Marc SAMAMA estime que la question est pertinente et insiste sur la nécessité d'avancer sans délai sur ce dossier.

M^{me} Laëtitia BUFFET informe la CME qu'un grand modèle de langage (LLM, *large language model*) d'IA générative privé est en cours de développement en interne dans le cadre du projet d'assistant privé d'intelligence artificielle (APIA). L'objectif initial est de fournir un outil interne et sécurisé à l'AP-HP, comme à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ou d'autres institutions comme *France Travail*, qui ont déjà une expertise sur le sujet. Ce LLM permettra de traiter des données sensibles mais sera d'abord cantonné à des usages simples. Des cas d'usage de ce LLM interne sont en cours d'élaboration, notamment pour des exercices en environnement sécurisé. Son déploiement devrait être rapide, avec des premiers utilisateurs attendus d'ici la fin de l'année 2026 et un objectif de 1 000 utilisateurs en 2027. Le modèle sera ensuite connecté à d'autres LLM. D'autres projets d'IA sont menés en parallèle, visant par exemple à intégrer une capacité de génération de LLM directement dans le dossier patient informatisé (DPI) dans *Orbis*, ce qui illustre l'interconnexion de ces initiatives.

Le Pr Karine LACOMBE rappelle que le groupe de réflexion *The Shift project* de M. Jean-Marc JANCOVICI travaille activement sur le sujet de l'IA en santé et a récemment publié un rapport, auquel l'AP-HP devrait selon elle être associée. Elle souligne l'importante consommation d'énergie liée à l'utilisation de l'IA et plaide pour la mise en place de règles favorisant la sobriété énergétique. Elle incite la lecture de ce rapport et annonce la tenue d'une grande conférence de *The Shift project* à Rennes en juin 2026, qui portera sur la santé et son empreinte carbone, en incluant un volet sur l'IA en santé.

Le Dr Olivier MILLERON rapporte que l'IA est déjà largement utilisée pour le codage, avec de bons résultats. Une inquiétude demeure cependant concernant le risque de scandale si des données de l'AP-HP se retrouvaient exposées. Une communication institutionnelle doit être faite sur ce point qui s'apparente à un risque de vol de données des patients. Il souligne que le véritable enjeu pour l'institution est de maîtriser l'usage de l'IA pour des applications d'intérêt institutionnel, avec en premier lieu le codage et les activités de soins.

Le Pr Xavier MARIETTE se dit favorable à une IA développée par l'AP-HP pour les activités de soins, mais s'interroge sur son intérêt pour la recherche. Le projet européen COARA auquel l'AP-HP a adhéré est en revanche très pertinent. Il demande comment inciter un interne, habitué à utiliser *ChatGPT*, à s'associer à un projet européen pour réaliser un travail de recherche en lien avec les universités, en capacité d'offrir des garanties de conformité et de performance.

Le Pr Marc SAMAMA précise que le projet européen inclut non seulement des universités, mais aussi de grands hôpitaux comme l'hôpital de la Charité à Berlin. La première étape consiste à finaliser le rapport pour intégrer la coalition COARA, puis à faire connaître cette initiative au sein de l'AP-HP. Il souligne l'ampleur de la tâche pour que les équipes s'approprient COARA et les nouvelles méthodes d'évaluation de la recherche. Membre d'un groupe de travail sur les métriques alternatives, il constate que les avancées restent pour l'instant limitées et qu'il n'y a pas encore de propositions concrètes pour remplacer les indicateurs.

7. Directives anticipées (M^{me} Marie-Charlotte DALLE)

Le point est reporté.

8. Rapport d'activité 2025 sur les équipements matériels lourds d'imagerie médicale (M. Arnaud POUILLOT, Pr^s Pierre-Yves BRILLET et Fabien HYAFIL, M. Emmanuel LEONIAN)

M. Arnaud POUILLOT débute sa présentation en citant les contributions des présidents des collégiales de radiologie, de médecine nucléaire et des cadres manipulateurs en électroradiologie

médicale (MERM) au rapport d'activité. Ce document, mis en place il y a quelques années, permet à l'ensemble des professions de l'imagerie médicale de partager leur vision de l'année écoulée. Il invite les présidents des collégiales à présenter brièvement leurs perspectives sur l'activité.

Le Pr Pierre-Yves BRILLET précise que la collégiale de radiologie a mis en avant deux sujets stratégiques : la radiologie interventionnelle, pour apporter une meilleure transparence de cette activité au niveau de l'institution, et le système d'information de radiologie. Concernant la radiologie interventionnelle, il s'agissait de demander une structuration similaire à celle de la chirurgie, avec des besoins équivalents en matière de lits, notamment en hôpital de jour. Une charte a été produite sur le sujet cette année.

M. Arnaud POUILLOT dresse un bilan de la réforme des autorisations de 2025 pour l'imagerie. Cette réforme a instauré une autorisation unique par site, et non plus par équipement d'imagerie, pour un maximum de trois appareils (imagerie par résonance magnétique [IRM] ou scanner, avec une mixité de type 2+1). Ce dispositif facilite notamment l'ajout de nouvelles modalités pour les cabinets libéraux par simple déclaration. La fenêtre de 2024-2025 a concerné l'imagerie diagnostique et la médecine nucléaire. En revanche, la campagne pour la radiologie interventionnelle a été plusieurs fois repoussée et les décrets d'application sont toujours en attente, laissant des points en suspens au niveau national. Dans ce cadre, l'AP-HP a obtenu l'autorisation de l'agence régionale de santé (ARS) pour dix IRM, huit scanners et deux tomographes par émission de positons (TEP) supplémentaires. L'autorisation de l'ARS ne préjuge cependant pas la validation budgétaire, chaque projet d'investissement étant soumis à une instruction distincte lors des conférences stratégiques.

Un autre élément majeur de 2025 est le choix du nouveau système d'information de radiologie *Xplore* de l'éditeur *EDL*, qui est le même que celui de la médecine nucléaire. Ce projet de modernisation permettra de faire converger les systèmes d'information, d'optimiser la gestion des rendez-vous, d'assurer l'interopérabilité avec le dossier patient informatisé (DPI) et le système d'archivage et de communication des images radiologiques (PACS, *picture archiving and communication system*), et de s'intégrer aux dispositifs nationaux comme le « Data radiologie imagerie médicale & médecine nucléaire » (DRIM-M) du « Ségur numérique en santé ». La feuille de route prévoit une phase de conception cruciale d'avril à septembre 2026, où les professionnels, notamment les cadres MERM et les radiologues, définiront les spécifications fonctionnelles détaillées de l'outil. Les premiers essais pilotes sont attendus au troisième trimestre 2027, pour une généralisation sur les 47 services d'imagerie en 2028.

Fin 2025, le parc d'équipements lourds de l'AP-HP comprenait 50 IRM, 49 scanners, 15 TEP-CT, 25 gamma-caméras et 3 TEP-IRM (Bichat, Pitié-Salpêtrière, Henri-Mondor). Le parc a connu une croissance continue depuis 2019 (+8 IRM, +8 scanners). En 2025, le remplacement d'équipements lourds a été effectué dans les hôpitaux Necker, Bichat, Antoine-Béclère et Jean-Verdier, ainsi que l'installation de nouveaux IRM dans les hôpitaux Tenon et Raymond-Poincaré. L'AP-HP dispose également de quatre scanners à comptage photonique dans les hôpitaux Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, HEGP et Necker, et des projets sont à l'étude dans les hôpitaux Henri-Mondor et Bicêtre. Des TEP à champ large, très coûteux (10 M€), sont en cours d'évaluation. L'état du parc d'équipements, bien que vieillissant pour les scanners (passant de 4 à 5 ans entre 2019 et 2025), reste bien maîtrisé avec des équipements globalement récents (5 ans pour les scanners, 3 ans pour les IRM).

L'activité globale, mesurée dans le cadre de la classification commune des actes médicaux (CCAM), est en croissance sur la période 2023-2025, particulièrement en radiologie et pour les TEP-scanners. En 2025, l'AP-HP a réalisé plus de 500 000 actes de scanner, 200 000 d'IRM et 50 000 de TEP. La croissance entre 2024 et 2025 a été de 10 % pour l'IRM, 4 % pour le scanner et 14 % pour le TEP, tandis que l'activité de scintigraphie est restée stable. La part de l'activité externe est élevée pour

l'IRM (près de 70 %) et le TEP (80 %), ce qui est crucial pour le financement des équipements, mais plus faible pour le scanner (45 %), majoritairement utilisé pour les patients hospitalisés. Le suivi des horaires d'ouverture, non encore automatisé, montre le maintien des taux de fonctionnement à 100 % pour les scanners d'urgence et supérieurs à 80 % pour les TEP et gamma-caméras.

Concernant la radiologie interventionnelle, l'activité est classée selon une nomenclature non encore officialisée par décret, qui répartit les actes en quatre mentions (A, B, C, D). Un volume important d'actes (environ 35 000 par an) reste « hors mention ». L'activité globale de radiologie interventionnelle est en croissance, axée sur les actes de traitement du cancer (+12 %). L'AP-HP est leader en Île-de-France sur les mentions C (cancer) et D (urgences).

Enfin, la radiothérapie interne vectorisée (RIV) est un levier d'innovation majeur en médecine théranostique. Un groupe de travail a été mis en place dans le cadre du « plan cancer ». Une journée dédiée à la RIV est annoncée pour le 24 juin au Siège de l'AP-HP, afin de présenter le développement de cette activité. L'ambition est d'atteindre 37 places de RIV à l'AP-HP, représentant plusieurs milliers de séances par an pour les patients de la région Île-de-France.

En conclusion, **M. Arnaud POUILLOT** présente ce rapport comme un document évolutif, destiné à recueillir les contributions des professionnels et à devenir un outil de pilotage stratégique. Les pistes d'amélioration incluent l'intégration de nouveaux indicateurs, un suivi plus automatisé des horaires de fonctionnement et la création de fiches d'identité synthétiques par site.

Le président note l'évolution rapide des techniques et l'augmentation du parc d'équipements, y compris dans le secteur libéral, ce qui soulève la question de la pertinence des actes. À cet égard, il estime qu'il serait intéressant d'arriver à évaluer le nombre d'examen faits en secteur libéral et qui doivent être refaits à l'hôpital parce que la qualité n'y est pas.

M. Emmanuel LEONIAN souligne que la performance et l'augmentation de l'activité médicale présentée reposent sur le travail des MERM, coordonné par les cadres de santé. Il se félicite de la diffusion de ces résultats au sein de la CME et de la collaboration étroite entre les collégiales paramédicales et médicales. Il réaffirme que les services d'imagerie ont besoin d'équipements pour répondre aux besoins croissants de la population.

La collégiale des cadres MERM encourage plusieurs initiatives pour 2026. D'abord, le déploiement du nouveau système d'information radiologique *Xplore*, qui modifiera le parcours de soins du patient dès la prise de rendez-vous. Ensuite, l'engagement dans la décarbonation des soins, avec des groupes de travail sur les « éco-labels ». La collégiale soutient aussi la promotion des services « labels apprenants » pour améliorer l'accueil, l'intégration et la fidélisation des professionnels dans un contexte de pénurie d'effectifs. Enfin, la recherche paramédicale et managériale est encouragée pour améliorer les compétences des MERM et les cadres. L'objectif est de piloter la performance médicale de manière optimale, en collaboration avec la direction de la stratégie de transformation (DST) et des partenaires industriels.

Le président revient sur les difficultés de recrutement des MERM et des radiologues en raison des écarts de rémunération face au secteur libéral. Il estime que l'AP-HP, qui ne peut pas s'aligner sur les salaires, doit miser sur d'autres atouts, notamment en développant les projets de recherche avec les MERM.

M. Emmanuel LÉONIAN confirme que la feuille de route concernant les MERM, que suit la direction générale, inclut des actions de communication au niveau national et international, une représentation accrue dans les congrès et des publications pour renforcer l'attractivité de ce métier. Il précise le déploiement d'un ensemble d'actions prioritaires pour la radiothérapie ainsi que pour la médecine nucléaire et l'imagerie médicale. Il espère que les postes vacants de cadres et de MERM puissent être pourvus prochainement.

Le P^r Fabien HYAFIL, chef du service de médecine nucléaire de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) et nouveau président de la collégiale de la médecine nucléaire, succédant au P^r Emmanuel DURAND, se propose de résumer les évolutions de cette spécialité médicale. Il décrit la médecine nucléaire comme une spécialité médicale très dynamique offrant des innovations continues avec l'accès à de nouveaux traceurs permettant d'offrir une imagerie moléculaire dans de nombreuses pathologies et avec de plus en plus de molécules, ensuite développées comme des traitements ciblés. Il juge majeur le maintien d'une médecine nucléaire de qualité à l'AP-HP pour rester à la pointe de la recherche clinique. L'activité TEP est particulièrement dynamique, avec une croissance d'environ 15 % par an, tandis que l'activité de scintigraphie, plus stable, voit certaines de ses indications remplacées par la TEP. La montée en charge de ces activités est cependant freinée par des tensions persistantes sur le recrutement des MERM et des jeunes médecins, attirés par le secteur privé, ainsi que par des difficultés d'organisation de la permanence des soins en radiopharmacie.

L'activité évolue d'une approche purement diagnostique vers des traitements, avec le développement de la radiothérapie interne vectorisée. Ces traitements, qui utilisent des isotopes pour détruire les cellules tumorales, sont en plein essor, notamment pour le cancer de la prostate avec les traitements ciblant l'antigène membranaire spécifique de la prostate (PSMA). L'Île-de-France était, jusqu'à il y a deux ans, sous-dotée en box permettant de réaliser ces traitements de radiothérapie interne vectorisée allongeant fortement les délais de prise en charge des patients mais la situation s'améliore grâce aux investissements de l'AP-HP dans la création progressive de nouveaux *boxes* d'injection dédiés. Un groupe de travail a été mis en place pour coordonner cette montée en charge, tant sur le plan de l'organisation locale des circuits de prise en charge des patients que pour faciliter l'accès des services d'oncologie AP-HP et hors AP-HP à ces traitements, et la structuration et la coordination de la recherche clinique à l'AP-HP, avec le soutien de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI). L'AP-HP a adopté une stratégie d'augmentation progressive du nombre de box pour lisser les investissements et accompagner la hausse des besoins en ressources humaines. Parallèlement, des travaux de mise en conformité des radiopharmacies avec les nouvelles normes de l'agence régionale de santé sont en cours, qui sont indispensables pour la radiothérapie interne vectorisée.

De nouvelles activités ont été mises en place, comme la TEP de perfusion myocardique à l'HEGP et à Bichat, ce qui constitue un facteur d'attractivité pour les jeunes médecins. En matière d'innovation, les TEP à grand champ permettent de réduire significativement les doses de traceur injectées (imagerie à moins d'un millisievert), ce qui est particulièrement intéressant en pédiatrie et pour l'exposition du personnel. Ces technologies ouvrent des perspectives d'imagerie multi-organes. Enfin, il souligne le développement de nombreux logiciels d'analyse des images, mais note que l'acquisition de ces logiciels est compliquée en raison de l'absence de budgets fléchés, contrairement aux équipements lourds qui disposent d'un budget spécifique pour leur acquisition. Il appelle à une réflexion pour définir les moyens d'acquérir ces logiciels et le déploiement de collaborations à envisager avec les industriels au sein de l'AP-HP.

Le P^r Pierre-Yves BRILLET remercie la DST pour ce rapport précieux, mais qui reste perfectible. Certaines informations, autrefois disponibles, ne sont pas mentionnées, comme le nombre de MERM, ainsi que les effectifs médicaux et paramédicaux par site hospitalier. Il relève également la croissance continue et même accélérée de l'activité médicale, notamment dans le secteur de l'IRM, et s'interroge sur ses causes. Le souhait d'accroissement du parc pour ce type d'équipements répond à un objectif de réintroduire la pratique des examens d'imagerie médicale en interne pour éviter la récurrence d'une nouvelle prescription et réinterpréter l'image des scanners réalisés à l'extérieur de l'hôpital. Sur la question du financement des logiciels d'intelligence artificielle, si une solution pérenne a été trouvée pour le logiciel de détection des fractures, il n'existe pas de solution

simple pour financer les autres innovations logicielles. Enfin, la difficulté persistante à recruter des cadres en électroradiologie médicale reste un point crucial pour la collégiale.

M. Amaury PARING fait observer que le diaporama n'a pas évoqué de point sur l'imagerie en odontologie. Il précise que l'odontologie fait face aux mêmes problématiques de renouvellement des appareils d'imagerie, d'orientation des patients vers les structures médicales privées pour désengorger les unités de soins, et de recrutement de MERM. Il juge important de rappeler la partie concernant l'odontologie dans le panorama des appareils d'imagerie à l'AP-HP, puisque les odontologistes prescrivent, réalisent et interprètent ces examens d'imagerie.

Le P^r Nathalie SIAUVE explique que le rapport se concentre sur les équipements lourds (scanner, IRM, et TEP) financés par des forfaits spécifiques, ce qui explique l'absence des autres types d'équipements d'imagerie.

Le D^r Olivier MILLERON soulève le problème de la qualité et de la transmission des examens réalisés hors de l'hôpital vers l'AP-HP : de nombreux scanners réalisés en médecine de ville ne sont pas synchronisés correctement, posant un problème de qualité des images. La transmission des images des patients venant de toute la France est également un défi, le transfert de ces images vers le système d'archivage et de communication d'images (PACS) étant souvent contraignant. La transmission via le réseau régional fonctionne correctement, mais pas avec les autres systèmes d'information. Il espère que le déploiement du nouveau système d'information pour la radiologie améliorera la situation. Par ailleurs, il signale que les prescripteurs de scanners à l'AP-HP ne sont pas prévenus de la réalisation des examens et ne reçoivent pas de comptes rendus alors que c'est le cas pour les examens faits à l'extérieur. Cela pose un problème de sécurité pour les patients.

Le P^r Pierre-Yves BRILLET confirme que la solution DRIM-M, qui sera déployée l'année prochaine, devrait résoudre ce problème de transmission d'images.

Le P^r Nathalie SIAUVE précise que les patients de l'AP-HP ont déjà accès à leurs comptes rendus et images via leur espace personnel. Pour les cliniciens, les comptes rendus remontent dans *Orbis* et les images sont accessibles via l'accès au client léger du PACS.

Le P^r Vincent GAJDOS confirme la même problématique pour la biologie : lorsqu'un examen est prescrit, le prescripteur n'est pas notifié de sa réalisation et doit aller chercher activement le résultat dans *Orbis*, ce qui constitue une démarche chronophage.

Le D^r Olivier MILLERON estime qu'une alerte informant le prescripteur de la réalisation de l'examen pourrait être une solution technique envisageable.

Le président confirme que ce problème d'absence de retour des comptes rendus des prescripteurs constitue un dysfonctionnement récurrent et problématique.

Le P^r Pierre-Yves BRILLET ajoute que ce défaut de retour d'information médicale peut entraîner une double prescription, les patients ayant choisi de réaliser des examens d'imagerie à la fois à l'hôpital et dans des centres médicaux hors de l'hôpital.

Le D^r François SALACHAS s'interroge sur les perspectives de résolution de la pénurie d'effectif de MERM, tant dans les services d'imagerie qu'en radiothérapie, où certains services connaissent des situations difficiles avec une réduction d'activité de plus de 50 %. Dans le cadre du « plan cancer », constituant un projet ambitieux pour l'AP-HP, il s'interroge sur la possibilité d'amélioration des délais de production de clichés d'imagerie lors des premières consultations ou lors de diagnostics rapides de cancer, ou au contraire poursuivre le recours à des conventions avec les centres de santé privés pour obtenir des résultats d'imagerie dans des délais raisonnables.

M^{me} Laëtitia BUFFET confirme que le métier de MERM constitue une profession avec des difficultés de recrutement persistantes, malgré une stabilisation récente de la situation des effectifs à l'échelle

de l'AP-HP. À cet effet, un plan d'action très élargi a été mis en place sur ce sujet. Elle ajoute que malgré l'impossibilité d'agir sur les rémunérations, de nombreuses autres actions sont menées : communication renforcée dans les congrès et autres lieux de recrutement pour attirer des candidats, augmentation de la capacité de formation, et exploration de filières de formation à l'étranger, en lien avec la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), dans des pays disposant de formations jugées compatibles, etc. Malgré ces efforts, la situation reste tendue dans de nombreux sites.

Le P^r Fabien HYAFIL estime que le levier majeur pour la fidélisation des MERM est le logement. Il cite l'exemple récent d'un MERM ayant obtenu un logement proche de l'hôpital, ce qui représente un avantage salarial et qualitatif considérable. Ce levier s'avère très prometteur pour attirer et retenir les professionnels formés à l'AP-HP, notamment à l'issue de leur contrat d'allocation d'études.

M^{me} Laëtitia BUFFET confirme que des logements ont été réservés pour les MERM dans le cadre de l'offre de logements accélérée, reconnaissant que cela constitue un avantage salarial indirect très important.

Le P^r Pierre-Yves BRILLET demande si l'augmentation du nombre de MERM formés permet d'envisager une amélioration de la situation d'ici trois ans.

M. Emmanuel LEONIAN confirme que l'augmentation des promotions est réelle. L'AP-HP a augmenté ses capacités de 40 % (passant de 140 à 180 étudiants), dont les bénéficiaires se feront sentir à partir de la rentrée 2027. Les six autres instituts d'Île-de-France ont également augmenté leurs effectifs de 25 à 30 %. Un nouvel institut sera créé à Boulogne-Billancourt, avec 15 places à la rentrée et 30 places d'ici trois ans. L'AP-HP accueille également des étudiants issus des régions, rencontrés lors d'« entretiens minutes » (*job dating*) en ligne ou lors de déplacements, et qui ont désormais la possibilité d'être logés sur leur lieu d'exercice pendant leur stage. Il faudra attendre deux à trois ans pour que la situation s'améliore significativement, bien que certains GHU soient déjà proches du plein effectif.

Le président conclut que si l'AP-HP a peu de marge de manœuvre sur les écarts de rémunération, le logement est un levier important. Il revient sur la question de la pertinence et de la qualité des examens, rapportant les propos de la collégiale sur le nombre non anecdotique d'examens d'imagerie refaits en raison d'une qualité insuffisante provenant du secteur libéral. Le régulateur, qui a autorisé une augmentation importante du parc d'équipements, devra juger de la pertinence et de la qualité des actes, tant dans le secteur public que privé, la ré-irradiation des patients étant un enjeu de santé publique.

9. Questions diverses

Aucune question diverse n'est soulevée.

La séance est levée à 18 heures 14.