

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 26 MAI 2026**

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 16 JUIN 2026

Sommaire

1. Informations du président	6
2. Approbation du compte rendu de la CME du 21 avril 2026	7
3. Avis sur le protocole de coopération « Suivi clinique post-hospitalisation des patients lombalgiques chroniques par un masseur-kinésithérapeute en lieu et place du médecin - Suivi en présentiel et télésoin » (P ^r Agnès HARTEMANN)	8
4. Avis sur le projet médical de l'AP-HP (P ^{rs} Rémi SALOMON et Antoine VIEILLARD-BARON)	9
5. Projet Qualité, sécurité et expérience patient de l'AP-HP (D ^r David OSMAN, M ^{me} Paule KUJAS)	15
6. Bilan plan patients (Mme Laëtitia BUFFET)	19
7. Réforme de la profession et de la formation infirmières (M ^{me} Laëtitia BUFFET, M. Loïc MORVAN et M ^{me} Florence KANIA)	23
8. Questions diverses	24

CME du mardi 26 mai 2026

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 21 avril 2026
3. Avis sur le protocole de coopération « Suivi clinique post-hospitalisation des patients lombalgiques chroniques par un masseur-kinésithérapeute en lieu et place du médecin - Suivi en présentiel et télésoin » (P^r Agnès HARTEMANN)
4. Avis sur le projet médical de l'AP-HP (P^{rs} Rémi SALOMON et Antoine VIEILLARD-BARON)
5. Projet *Qualité, sécurité et expérience patient* de l'AP-HP (D^r David OSMAN, M^{me} Paule KUJAS)
6. Directives anticipées (M^{mes} Marie-Charlotte DALLE et Paule KUJAS)
7. Réforme de la profession et de la formation infirmières (M^{me} Laetitia BUFFET, M. Loïc MORVAN et M^{me} Florence KANIA)
8. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

- **Composition C**
 - Avis sur les candidatures aux postes de praticien hospitalo-universitaire (PHU)

- Assistent à la séance :

• **Avec voix délibérative :**

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

			P	V	A				P	V	A
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								
P ^r	Jean-Marie	JOUANNIC		X							

• **Avec voix consultative :**

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M. Yann GUITTIER, représentant du comité social d'établissement (CSE)

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

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Baptiste BOISSINOT, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

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

- M^{me} Laëticia BUFFET et P^r Étienne GAYAT, directeurs généraux adjoints
- P^r Antoine VIEILLARD-BARON, directeur de la stratégie de transformation (DST)
- MM. Emmanuel RAISON et Kévin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)

Secrétariat de la CME :

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

La séance est ouverte à 15 heures 09, sous la présidence du Pr Rémi SALOMON.

1. Informations du président

Le président annonce que, en raison de la participation de M^{me} Paule KUJAS à l'exercice de cybersécurité « Cryptex », la présentation relative aux directives anticipées, qu'elle devait assurer conjointement avec M^{me} Marie-Charlotte DALLE, est reportée à la prochaine séance de la CME. En remplacement, M^{me} Laëtizia BUFFET présentera un point sur le bilan à deux ans du « plan patient ». Un point de situation sur la gestion par l'AP-HP de l'épidémie d'hantavirus sera effectué par le directeur général.

Le président signale une note du directeur général récemment publiée sur le site du laboratoire d'idées *Terra Nova* intitulée : « Quel avenir pour l'hôpital public ? ».

Directoire

Le président informe la CME sur les principaux sujets abordés lors du directoire du 13 mai. Une convention a été signée en octobre 2025 entre l'AP-HP, le ministère des Armées et le ministère de l'Intérieur pour soutenir l'engagement dans la réserve nationale. Un plan d'action pour améliorer l'utilisation des listes de vérification (*check-lists*) de sécurité au bloc opératoire et en secteur interventionnel a été présenté au directoire et le sera également devant la CME du 16 juin, de même que le bilan du plan d'action pour les patients. Ce bilan est intégré au projet qualité et sécurité des soins, qui sera présenté par le Dr David OSMAN. Le directoire a aussi examiné un plan pour la santé mentale des personnels, qui prévoit notamment la mise en place de dispositifs de « premiers secours en santé mentale » et le lancement d'une expérience pilote de prévention de la surcharge émotionnelle.

Informations du directeur général

Le directeur général précise, avant d'entamer son point d'actualité, que le Pr Étienne GAYAT interviendra en fin de séance sur la gestion des cas d'hantavirus et d'Ebola, et confirme qu'à ce jour, un seul cas positif de hantavirus a été recensé sur le territoire national.

Il présente ensuite la situation des effectifs à la fin du mois d'avril. Les effectifs s'élèvent à 67 824 équivalents temps plein (ÉTP), soit 1 042 de plus qu'en avril 2025. Cette hausse est principalement liée à l'augmentation des effectifs infirmiers (+ 707 ÉTP) et aux chargés de missions recherche (+ 134 ÉTP). La progression globale reste cependant inférieure à l'objectif fixé pour les quatre premiers mois (- 186 ÉTP). Le recrutement du personnel infirmier connaît également une progression (+ 50), mais moins dynamique qu'en 2025 (+146), en raison d'une hausse des départs (+ 13 %) des infirmiers diplômés d'État (IDE) qui constitue petit signal d'alerte auquel nous devons être vigilants.

Concernant les autres catégories de personnel, le solde des effectifs de manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) reste négatif (- 18), les mesures d'attractivité hospitalière n'ayant pas encore produit d'effets suffisants, notamment dans les services d'imagerie et de radiothérapie. Quant au solde des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), le résultat est légèrement négatif, mais les recrutements sont réalisés principalement durant la période estivale. Néanmoins, les effectifs de préparateurs en pharmacie (+ 33) et de sage-femmes sont en hausse. Le recrutement des assistantes sociales progresse (+ 7) avec une réduction significative des départs grâce aux mesures en cours pour soutenir ces métiers très importants. Enfin, le solde des effectifs de cadres de santé, bien que négatif (- 3), s'est nettement amélioré par rapport à 2025 (- 24). Le recours aux heures supplémentaires pour les postes en remplacement (- 13,5 %) et à l'intérim (- 32 %) a diminué même si le recours à l'intérim continue de représenter l'équivalent de 741 ÉTP.

Le nombre de médecins seniors a augmenté (+ 169 ÉTP) comparativement à la même période en 2025, correspondant au résultat de l'objectif cible prévisionnel. Quant au capacitaire, le taux de fermeture de lits en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) reste inférieur à 10 %, avec 246 lits de plus qu'en avril 2025. L'activité en hospitalisation complète progresse (+ 2,5 %) et en hospitalisation partielle (+ 3,5 %), grâce à un mois d'avril particulièrement dynamique. L'écart de recettes MCO par rapport à l'objectif cible reste limité (entre 12 M€ et 13 M€). Le niveau capacitaire dans les services de soins médicaux et de réadaptation (SMR) a fortement augmenté (+ 179 lits), avec une activité en hausse (+ 7,4 %) ainsi que des recettes en progression (+ 7 %), même s'il subsiste un écart à la cible d'environ 2 M€ pour le SMR. L'écart global, estimé entre 14 M€ et 15 M€, est presque compensé par la sous-exécution d'une masse salariale dont le niveau s'avère inférieure aux prévisions. Enfin, l'hospitalisation à domicile (HAD) poursuit sa forte croissance (+ 11,3 %).

Le directeur général aborde ensuite le dossier de la fondation de l'Œuvre de la Croix-Saint-Simon (Focss), située dans l'Est parisien, qui donne lieu à une cession dans le cadre d'une procédure judiciaire. Cette fondation regroupe de nombreuses structures de soins dont notamment :

- Une hospitalisation à domicile (HAD) prenant en charge 400 patients par jour,
- Une structure hospitalière spécialisée dans la psychiatrie périnatale,
- 2 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD),
- 2 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD),
- 2 services de soins Infirmiers à domicile (SSIAD),
- 1 centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
- 2 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI),
- 1 institut de formation d'aides-soignants (IFAS),
- Une trentaine de crèches.

Le directeur général informe la commission de ce qu'un travail a été engagé en vue de déposer une offre de reprise sur une partie de ces activités. Les structures d'intérêt pour l'AP-HP seraient l'HAD, l'un des deux IFSI, l'un des deux SSIAD et éventuellement le CSAPA. Les choix retenus en matière de reprise seront vraisemblablement précisés lors de la prochaine CME de juin 2026. Comme il est très probable qu'il y aura beaucoup d'offres de reprise, l'AP-HP examine la possibilité de déposer une offre conjointe en partenariat avec un autre acteur à but non lucratif du secteur sanitaire et médico-social. La constitution d'une offre combinée permettra de couvrir un large éventail d'activités et donc de personnels, ce qui sera un critère clé pour l'administrateur judiciaire. La présentation des offres est fixée au 15 juin 2026, ce qui marquera le début d'un processus s'étalant sur plusieurs mois.

M^{me} Laëtitia BUFFET complète les propos précédents en précisant que l'hôpital mère-enfant de la Focss est principalement axé sur l'activité de psychiatrie, un domaine de soins extrêmement rare en Île-de-France, qui n'est actuellement géré que par deux prestataires. D'ailleurs, la plupart des services de maternité de l'AP-HP sont aujourd'hui conventionnés avec cet établissement. Elle souligne l'importance de garantir la pérennité de cette offre et que la reprise soit assurée par l'AP-HP ou par un autre acteur.

Le président précise que l'hôpital de la Croix-Saint-Simon n'appartient pas à la Focss, afin d'éviter toute confusion.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 21 avril 2026

Le compte rendu de la CME du 21 avril n'ayant pas été transmis, son approbation est reportée à la CME du 16 juin.

3. Avis sur le protocole de coopération « Suivi clinique post-hospitalisation des patients lombalgiques chroniques par un masseur-kinésithérapeute en lieu et place du médecin - Suivi en présentiel et télésoin » (P^r Agnès HARTEMANN)

Le P^r Agnès HARTEMANN présente le protocole de coopération, qui concerne le suivi des patients souffrant de lombalgies chroniques simples après une hospitalisation complète ou de jour. L'objectif est de permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de prendre en charge cette catégorie de patients afin d'améliorer leur autonomie et d'assurer leur suivi médical à raison d'un à quatre rendez-vous après leur sortie d'hospitalisation. Les actes dérogatoires envisagés incluent la prescription de substances médicamenteuses, comme le paracétamol ou des anti-inflammatoires topiques, le renouvellement d'antalgiques à base d'extraits d'opium, la prescription de la poursuite de la prise en charge en libéral et, dans certaines communes, des séances d'activité physique adaptée. Elle indique que les risques thérapeutiques apparaissent limités et souligne que ce protocole contribue à renforcer l'autonomie professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes ainsi qu'à élargir leur champ de compétences.

Le président sollicite les retours d'observations des membres de la CME avant de procéder au recueil de leur avis sur le protocole de coopération.

Le D^r Anne JACOLOT s'étonne que le droit de prescription soit accordé à des kinésithérapeutes, notamment pour des produits stupéfiants.

Le P^r Agnès HARTEMANN précise qu'il s'agit d'un protocole de coopération impliquant une délégation par un médecin superviseur. La prescription de paracétamol peut être une primo-prescription, mais celle des opioïdes ne concernerait que le renouvellement.

Le D^r Anne JACOLOT établit un parallèle avec les infirmières de pratique avancée (IPA)

Le P^r Agnès HARTEMANN ajoute que la délégation est limitée dans le temps, jusqu'à trois rendez-vous sur une période maximale de six mois, après laquelle le patient est de nouveau suivi par un médecin.

Le D^r Patrick LÉGLISE confirme qu'il s'agit d'une délégation, distincte du droit de prescription propre dont disposent les infirmières en pratique avancée (IPA). Il exprime toutefois des réserves quant au renouvellement de la prescription d'antalgiques de palier 2, soulignant les risques d'addiction qui nécessiteraient un encadrement très strict.

Le D^r Georges ESTEPHAN observe qu'il est recommandé de ne pas utiliser de substances morphiniques, qu'elles soient de palier 2 ou 3, pour la douleur chronique.

Le D^r Anne JACOLOT préconise de revoir la liste des médicaments concernés dans le cadre de ce protocole.

Le P^r Agnès HARTEMANN précise que le protocole est porté par une équipe de rhumatologie de l'hôpital Cochin.

Le directeur général demande si le protocole a été revu par le P^r François RANNOU, qui assure l'intérim dans le service de rhumatologie à Cochin.

Le P^r Agnès HARTEMANN confirme que la collégiale de rhumatologie a accepté le protocole.

Le directeur général évoque la possibilité d'émettre un avis favorable sous réserve de la confirmation de cet accord.

Le D^r Anne JACOLOT réitère la nécessité de revoir la liste des médicaments pour lesquels la délégation est acceptée.

Le directeur général distingue deux aspects dans ce protocole : le champ des molécules concernées par les possibilités de renouvellement des prescriptions et le principe même d'une telle délégation.

Il rappelle que ces protocoles de coopération s'inscrivent toujours dans un cadre formalisé, sont conduits sous supervision médicale et sous une condition de formation préalable des professionnels concernés.

Le président est favorable, sur le principe, au développement des protocoles de coopération, mais il convient d'examiner chaque situation particulière, chacune appelant une appréciation spécifique. En l'occurrence, il considère que la délégation de cet acte particulier mérite un examen approfondi. En conséquence, il propose aux membres de la CME soit d'émettre un avis assorti de réserves, soit de différer le recueil de l'avis de la CME sur ce protocole

Le P^r Agnès HARTEMANN propose de reporter le recueil de l'avis à une prochaine séance de la CME.

L'avis de la CME sur le protocole de coopération « Suivi clinique post-hospitalisation des patients lombalgiques chroniques par un masseur-kinésithérapeute en lieu et place du médecin - Suivi en présentiel et télésoin » est reporté à une prochaine séance de la CME.

4. Avis sur le projet médical de l'AP-HP (P^{rs} Rémi SALOMON et Antoine VIEILLARD-BARON)

Le président remercie le P^r Antoine VIEILLARD-BARON et ses équipes pour l'importance des travaux qu'ils ont menés pour préparer ce projet médical. C'est l'aboutissement d'un très gros travail qui a donné lieu à de nombreux échanges des représentants de la CME, des collégiales et des groupements hospitalo-universitaires (GHU) invités à participer aux groupes de travail constitués sur les 13 thématiques prioritaires retenues. Les grands axes de ce projet ont été présentés au fil des bureaux de la CME, ainsi qu'en CME pour la stratégie cancer (CME du 14 janvier 2025), la médecine génomique (CME du 8 avril 2025), les unités de long séjour (21 octobre 2025), les médicaments de thérapie innovante (CME du 27 janvier 2026). D'autres présentations sont prévues, notamment sur le projet pour les pharmacies à usage intérieur (PUI) et sur les suites des travaux qui seront menés lors du séminaire sur la pédiatrie, prévu le 18 juin.

Le président rappelle que le projet médical est la clé de voûte du projet d'établissement, lequel comprend d'autres volets, en particulier le projet recherche, le projet de soins et le projet social. L'ensemble devrait être soumis à l'avis de la CME avant l'été. Le projet médical est par ailleurs indissociable du projet qualité et sécurité des soins, qui sera présenté ce jour par le D^r David OSMAN.

Certains présidents de CME locales lui ayant exprimé leurs inquiétudes sur l'articulation entre projet médical de l'AP-HP et projets médicaux locaux des GH, **le président** rappelle que le projet médical de l'AP-HP a vocation à être décliné au niveau de chacun des GHU pour être adapté au plus près des réalités locales et territoriales. Dans les faits, les deux démarches se sont déroulées de façon convergente puisque les présidents et vice-présidents des CME sont membres du bureau de la CME devant lequel le P^r Antoine VIEILLARD-BARON est venu présenter les 12 thèmes prioritaires, que des représentants des GHU ont participé aux travaux d'élaboration du projet et que la direction de la stratégie de transformation s'est assurée de la cohérence de l'ensemble. Il indique que les projets médicaux locaux seront présentés au directoire exceptionnel prévu le 29 mai, puis, sur la suggestion du P^r Anne COUVELARD, ils seront présentés en CME.

Le président souligne que ce projet médical vient à un moment clé pour l'AP-HP et, plus largement, pour notre système de santé qui doit s'adapter aux profondes évolutions démographiques, sociales, épidémiologiques, technologiques et médicales pour préparer l'avenir. C'est notre façon même de concevoir l'exercice de la médecine et de nos métiers qui doivent évoluer pour intégrer deux dimensions majeures : l'organisation territoriale des parcours de soins, d'une part, la qualité et la pertinence des soins, des actes et des parcours, d'autre part. Sur ce dernier point, il insiste sur la nécessité de réfléchir sur la pertinence des innovations pour éviter le recours excessif aux actes médicaux et garantir l'équité d'accès aux soins, en privilégiant une médecine soucieuse de la

situation sanitaire de chaque patient. S'agissant de la territorialisation de l'offre de soins, il est convaincu de la nécessité d'améliorer les moyens de collaboration avec la médecine de ville ainsi qu'avec les autres établissements, afin de s'orienter vers un dispositif sanitaire davantage intégré dans un territoire. Enfin, il rappelle que le domaine de la formation constitue une mission principale de l'institution et doit s'adapter à ces évolutions.

Le Pr Antoine VIEILLARD-BARON présente le projet médical, en soulignant les enjeux contextuels : l'augmentation et la complexification des besoins de santé, l'évolution rapide des pratiques et la nécessité de repenser les organisations pour garantir la soutenabilité du système. Il rappelle la responsabilité de l'AP-HP en tant que premier centre hospitalier universitaire (CHU) d'Europe, avec un rôle de recours régional et national. Le projet doit tenir compte des transformations démographiques et épidémiologiques comme : le vieillissement, la prévalence des maladies chroniques, la baisse de la natalité, l'augmentation des troubles psychiques et le renforcement des vulnérabilités sociales. Les innovations (médicaments de thérapie innovante [MTI], génomique, radiologie interventionnelle, IA) offrent des perspectives majeures mais posent des défis en matière d'adaptation des plateaux techniques, de structuration des filières et de montée en compétences. Il insiste sur les missions d'équité et d'excellence de l'AP-HP, qui doivent garantir un égal accès à l'innovation et maintenir un haut niveau d'expertise hospitalo-universitaire. Les grands projets immobiliers à venir (nouveau Lariboisière, hôpital Grand-Paris-Nord, etc.) structureront ce projet médical en permettant d'adapter les capacités et de réduire les inégalités territoriales, notamment en Seine-Saint-Denis.

Le projet médical, issu d'une démarche collective, est structuré autour de quatre grands axes transversaux.

Le premier axe vise à préparer l'offre de soins et les organisations médico-soignantes aux grands enjeux démographiques et épidémiologiques. Il s'agit de relever le défi du vieillissement en adaptant l'offre en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et en soins médicaux et de réadaptation (SMR), en modernisant les unités de soins de longue durée (USLD) et avec une promotion de la gériatrie. Un autre objectif est de déployer un réseau intégré de cancérologie AP-HP, en s'appuyant sur les six instituts du cancer et en visant les labellisations de l'Organisation européenne des instituts du cancer (OECI) et la certification comme « réseau européen de centres intégrés de cancer » (« *European network of comprehensive cancer centres* », *EUnetCCC*). Face à la dégradation des indicateurs de santé périnatale, le projet entend structurer une offre de soins plus pertinente et graduée, et maintenir une offre publique complète en médecine de la reproduction, tout en réfléchissant à un centre dédié à la préservation de la fertilité pour raisons non médicales. Le projet médical vise également à augmenter les pratiques de greffes et de prélèvements d'organes, à répondre aux nouveaux besoins en santé mentale en développant l'ambulatoire et les prises en charge en pédopsychiatrie, à adapter les organisations aux maladies chroniques en créant des cellules d'expertise et en développant l'éducation thérapeutique, et, enfin, à renforcer la prévention et le dépistage dans de multiples domaines (cancer, risque cardiovasculaire, santé environnementale).

Le deuxième axe a pour but d'améliorer l'expérience du patient en optimisant les parcours de soins pour les rendre plus fluides et plus efficaces. Cela passe par le développement d'alternatives au recours aux urgences (admissions directes, service d'accès aux soins [SAS]), le renforcement de la compétence gériatrique aux urgences et le déploiement d'un outil de gestion des lits. Les parcours chirurgicaux seront repensés via le développement de la chirurgie hors bloc, de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC), de l'admission au « jour zéro » (J0) et l'évaluation de nouvelles technologies comme les robots. En cancérologie, l'accent est mis sur la généralisation des dispositifs d'annonce, l'optimisation des parcours pour des publics spécifiques (adolescents, jeunes adultes), le déploiement des centres de diagnostic rapide (CDR) et l'intégration de l'hospitalisation à

domicile (HAD) pour les chimiothérapies. Pour les maladies rares, les objectifs visent à lutter contre l'errance diagnostique et à réduire les délais d'analyse génétique. L'organisation d'une offre graduée en soins palliatifs, avec une prise en charge plus précoce et la mise en place de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) dédiées, est également prévue. Il inclut enfin la mise en place de parcours adaptés pour les personnes en situation de handicap et le renforcement des activités de pharmacie clinique.

Le troisième axe est de proposer une médecine innovante, personnalisée et responsable. Il s'agit de finaliser le virage numérique de l'anatomopathologie pour créer un réseau intégré d'expertise et de diagnostic. Conformément à la stratégie MTI déjà présentée, le projet médical soutient le développement des thérapies innovantes. En médecine génomique, l'ambition est de se doter d'une plateforme structurée pour le domaine prénatal, les maladies rares et l'oncologie, en développant notamment l'analyse de l'ADN tumoral circulant.

Enfin, l'AP-HP doit se positionner comme un centre de référence régional en radiologie interventionnelle avancée, en améliorant la visibilité de cette activité.

Le Pr Antoine VIEILLARD-BARON évoque la nécessité d'harmoniser le parcours patient en radiologie interventionnelle suivant les bonnes pratiques de la chirurgie ambulatoire. Il souligne l'importance de promouvoir des plateaux techniques interventionnels mutualisés pour optimiser des ressources rares, citant en exemple le futur centre interventionnel ambulatoire de l'hôpital Henri-Mondor, tout en reconnaissant l'existence de schémas moins intégrés actuellement. Un autre enjeu majeur est de permettre et d'encadrer l'accès à l'innovation, notamment robotique, avec l'exemple du robot *Epione* en radiologie interventionnelle qui offre une précision accrue dans le traitement du cancer. Cette démarche d'expérimentation et d'encadrement de l'innovation est cruciale. L'organisation du recours à l'anesthésie et la gestion de la douleur font l'objet d'une charte commune entre anesthésistes-réanimateurs et radiologues interventionnels pour garantir une prise en charge optimale. Il évoque également le renforcement des ressources humaines et la montée en compétences de certains métiers, comme les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM).

Concernant l'intelligence artificielle (IA), son développement dans les soins doit être raisonné et contrôlé, avec des applications dans les endoscopies digestives, l'imagerie, l'anatomo-cytopathologie et la médecine génomique.

Le dernier et quatrième axe fondamental consiste à déployer une stratégie de soins territoriale équilibrée, permettant à l'AP-HP d'assurer ses activités de recours tout en assumant sa responsabilité vis à vis de la population. Cet axe, qui concerne tous les groupes hospitalo-universitaires (GHU), est central pour le projet de ré-internalisation d'activités. L'objectif est de s'appuyer sur le réseau de 38 hôpitaux, y compris hors Île-de-France, pour développer des filières de soins attractives et concurrentielles. En chirurgie, la volonté est de créer des pôles d'excellence au sein des GHU pour au moins déjà trois spécialités et de poursuivre la structuration des filières pour adultes et enfants. En cardiologie et chirurgie cardiaque, il s'agit de créer des parcours de soins intégrés médico-chirurgicaux attractifs pour les patients et les soignants, et de promouvoir un exercice qui fédère les équipes de chirurgie cardiaque, autour de la recherche, du partage d'expertises et de la permanence des soins. Pour l'endoscopie digestive interventionnelle, notamment bilio-pancréatique, l'enjeu est la réinternalisation de l'activité médicale via le développement de plateformes centralisées dans les GHU. En hospitalisation à domicile (HAD), il est nécessaire de créer des parcours de soins articulés entre les différents lieux de soins dans un cadre territorial pour les chimiothérapies, soins palliatifs, l'obstétrique, la pédiatrie et la gériatrie. Le virage domiciliaire doit être accentué.

L'amélioration de la visibilité de l'offre de soins d'excellence auprès des Franciliens et des partenaires constitue un autre objectif. En cancérologie, il s'agit de communiquer sur le dispositif

d'offre de soins de l'institution composé de six instituts du cancer, d'un réseau cancer AP-HP et de centres de diagnostic rapide connectés à la médecine de ville via *Direct AP-HP*. Dans le domaine de la périnatalité, la rénovation des centres périnatals, comme le pôle femme-enfant de l'hôpital Avicenne ou le nouveau Lariboisière, doit être valorisée. En médecine physique et de réadaptation (MPR), les services doivent se positionner en pôles de référence régionaux, capables d'intervenir dans des structures externes comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS). En biologie médicale, l'offre doit être structurée avec une meilleure interface territoriale (centres de prélèvement ouverts sur la ville). En médecine bucco-dentaire, les modalités de recours à l'hôpital doivent être étudiées, ainsi que le rôle clarifié des filières médicales et assurer l'articulation avec la stomatologie et l'ORL.

Le P^r Antoine VIEILLARD-BARON présente le déploiement d'une politique de coopération territoriale ambitieuse, à deux niveaux : celui des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des centres de lutte contre le cancer (CLCC), avec une politique de collaboration universitaire forte ; et celui du maillage territorial avec l'animation des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), notamment pour la prise en charge sanitaire du cancer et de la gériatrie.

En conclusion, **le P^r Antoine VIEILLARD-BARON** réaffirme que l'ambition générale est de consolider les actions du levier 23 dans le cadre du plan « 30 leviers pour agir ensemble », articulé avec le projet *Qualité, sécurité, expérience patient*. La triple ambition est de placer le patient au cœur du soin et de la recherche, de garantir un haut niveau de qualité et de sécurité, et d'assurer la pertinence des prises en charge. Pour que l'AP-HP demeure le CHU de référence, des évolutions sont nécessaires pour la modernisation de l'offre de soins, la ré-internalisation de l'activité médicale au sein des GHU qui ont consolidé leur capacitaire et le développement de l'innovation. Cette trajectoire stratégique, partagée avec les GHU, doit être cohérente avec le projet régional de santé (PRS). L'AP-HP s'inscrira dans le futur 4^e PRS à partir de 2028. Ce cadre régional sera décliné dans les projets médicaux des GHU, qui s'inscrivent globalement dans les grandes orientations dessinées pour les cinq prochaines années.

Le président rappelle que le projet médical a été préalablement communiqué aux membres de la CME, qui ont été invités à lui faire remonter leurs remarques. Trois membres de la CME ont demandé des précisions qui pourront être intégrées au texte sans difficulté particulière : le D^r Nicolas OBTEL pour la médecine bucco-dentaire, le D^r Julien FONSART pour la biologie et le M. Patrick LÉGLISE pour les pharmacies à usage intérieur (PUI).

Le P^r Antoine VIEILLARD-BARON confirme que ces besoins de précision ne posent pas de difficulté particulière.

Le directeur général souligne l'importance du travail collectif mené pour mobiliser l'ensemble des communautés médicales. Il insiste sur le fait que ce projet médical ne doit pas être considéré comme un document figé, mais comme une véritable feuille de route pour chacun des sujets, destinée à guider les actions, les choix d'investissement ou de développement et d'éventuelles évolutions organisationnelles. Il conclut que ce projet médical est le résultat d'un travail collaboratif et non une élaboration isolée de la direction de la stratégie et de la transformation.

Le président remercie le directeur général pour ce rappel essentiel. Il confirme que l'assemblée assurera un suivi rigoureux des points les plus importants parmi les treize thématiques prioritaires.

Le P^r Nicolas De Roux se félicite de la vision globale du projet et intervient sur la biologie médicale. Il note que le modèle de la génomique médicale semble préfigurer l'évolution de la discipline au sein de l'AP-HP. Il demande des précisions sur le modèle envisagé pour la biologie médicale dans les années à venir : s'oriente-t-on vers un modèle très centralisé, inspiré de la génomique, qui serait

inadapté à la biologie du quotidien, ou vers un modèle plus dichotomique distinguant la biologie de routine de la biologie d'expertise ?

Le P^r Antoine VIEILLARD-BARON confirme que la deuxième option, un modèle à deux niveaux, est privilégié. Il explique que le défi des cinq prochaines années sera de porter un projet centralisateur pour la génomique sur des indications ciblées, où le séquençage du génome entier est pertinent, tout en maintenant les autres activités, comme la gestion des panels de gènes, au niveau des GHU. Concernant la biologie courante, la feuille de route prévoit une plateforme mutualisée par GHU, complétée par des expertises de pointe non exclusivement génomiques au sein de ces mêmes GHU.

Le P^r Nicolas DE ROUX comprend et partage les propos précédents. Il ajoute que les bio-collections ne se limitent pas aux maladies rares. Mais, il estime que le développement de bio-collections pour les maladies communes est un élément extrêmement important et une force majeure du CHU.

Le président remercie le P^r Nicolas DE ROUX pour cette question importante. Il rappelle que le plan génomique, présenté à la CME par le P^r Xavier JEUNEMAÎTRE, a pour objectif de rationaliser et d'accroître l'efficacité du génotypage. Si une centralisation de l'analyse présente certains avantages, il insiste sur la nécessité de confronter l'interprétation des résultats à la clinique, au plus près du clinicien et du biologiste connaissant la pathologie. Il souligne le problème posé par modèle actuellement observé dans le secteur privé, qui effectue des génotypages sans assurer l'acte intellectuel d'interprétation et sans la proximité avec le patient. De plus en plus de patients se tournent vers l'AP-HP pour obtenir cette interprétation, ce qui confirme son rôle de recours national, voire européen.

Le P^r Estelle GANDJBAKHCH confirme cette tendance en cardiologie, où la génomique va entrer dans la nomenclature. Elle craint que l'activité de génotypage soit largement reprise par les laboratoires privés, et que les patients se tournent ensuite vers l'hôpital public pour une réinterprétation. Ces situations suscitent de nombreuses inquiétudes, auxquelles l'Assurance maladie n'apporte pas de réponse à ce jour.

Le président reconnaît l'importance du débat, mais suggère de ne pas l'approfondir à ce stade, en raison du temps limité en séance.

Le D^r Olivier MILLERON élargit le propos en confirmant que des patients arrivent avec des génomes réalisés en ville, demandant aux spécialistes de l'AP-HP de les interpréter dans le cadre de maladies rares. Cela pose la question de la valorisation de l'expertise exceptionnelle de l'AP-HP. Il aborde ensuite le sujet majeur de l'attractivité, qui l'inquiète énormément. Dans son service de cardiologie à Bichat, il devient difficile de retenir les jeunes médecins. Pour eux, l'attractivité médicale passe par l'accès aux nouvelles prothèses et aux nouveaux matériaux, dont les coûts exigés par les laboratoires sont parfois exorbitants. Il souligne qu'il était autrefois prestigieux de travailler à l'hôpital public, mais cette considération n'est plus la même pour les jeunes générations. Cette réflexion doit faire partie intégrante du projet médical.

Le président insiste sur la nécessité de s'interroger sur la pertinence de ces actes de génotypage, comme pour tout autre examen.

Le D^r Eric LE BIHAN remercie les auteurs du projet et intervient sur les parcours chirurgicaux. Il estime que si le développement de la chirurgie robotique est une bonne chose, il faut en évaluer rigoureusement les bénéfices réels, qui sont loin d'être démontrés dans tous les domaines, au regard de son coût important. Il met en garde contre le risque de confondre innovation et précipitation. Concernant l'anesthésie, il juge que la téléconsultation, bien que potentiellement utile, nécessite une régulation importante et n'est pas souhaitable dans de nombreux cas à l'AP-HP, qui prend en charge des patients lourds. Enfin, il juge le logiciel de suivi des feuilles d'anesthésie en

cours d'implémentation perfectible sur le plan ergonomique, estimant que son amélioration sera un enjeu majeur pour les cinq prochaines années.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU salue la richesse du projet. Elle note que les pôles d'excellence chirurgicaux reposent aussi sur la performance des services d'anesthésie-réanimation. Or, le projet ne mentionne l'anesthésie qu'à travers l'optimisation des ressources et la téléconsultation. Elle estime que les anesthésistes-réanimateurs sont des praticiens indispensables au fonctionnement de toutes les plateformes techniques (blocs opératoires, radiologie interventionnelle) en développement et le péri-opératoire et mériteraient de ne pas être limités à cela dans le projet car toute comme la chirurgie ce sont des professions dont il est important de favoriser l'attractivité. Par ailleurs, au titre de co présidente de la sous-commission *Développement durable*, elle suggère que le projet médical intègre une réflexion sur la sobriété et la juste prescription des médicaments et des examens complémentaires. Elle alerte également sur l'enjeu de la consommation énergétique liée aux usages de l'informatique et le recours à l'intelligence artificielle.

Le président partage ce point de vue sur les enjeux de l'empreinte carbone et souligne l'importance de s'intéresser au rapport entre les bénéfices sanitaires apportés par ces nouveaux outils et leurs impacts énergétiques.

Le directeur général rassure les membres de la CME en précisant que le sujet de la décarbonation et du développement durable relève d'un volet spécifique du projet d'établissement, non intégré dans le projet médical. Concernant l'anesthésie, il reconnaît que toutes les spécialités liées à cette discipline n'ont pas été citées individuellement.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU souhaitait souligner que la problématique d'attractivité sur les plateformes chirurgicales touche deux professions relevant de la chirurgie et de l'anesthésie, ce qui requiert une dynamique collective.

Le P^r Hawa KEITA-MEYER demande si les collégiales de spécialités ont été consultées pour donner leur avis sur ce projet médical.

Le directeur général confirme que les collégiales ont été sollicitées pour apporter leur contribution en amont du processus, afin de recueillir leurs orientations, et dans certains cas tout au long des travaux dans certaines disciplines.

Le P^r Antoine VIEILLARD-BARON ajoute que les anesthésistes-réanimateurs ont participé à de nombreux groupes de travail. Il considère évidemment qu'aucun bloc opératoire ni aucune activité interventionnelle ne peut fonctionner sans eux. La direction de la stratégie et de la transformation, en lien avec M^{me} Sophie KERAMBELLEC du département chirurgie et obstétrique, travaille activement sur les sujets d'attractivité de ces métiers (anesthésistes, IBO, IADE). Il souligne que la structuration et la mutualisation des plateaux techniques prévus dans le projet médical devraient significativement améliorer les conditions de travail des anesthésistes, actuellement amenés à intervenir sur plusieurs sites.

Le D^r François SALACHAS se félicite du travail colossal réalisé et formule trois observations. En premier lieu, il se dit très préoccupé par la capacité d'intervention des travailleurs sociaux de l'AP-HP face à l'augmentation des maladies chroniques, dans un contexte d'attractivité fortement dégradée, rappelant que les maisons départementales des personnes handicapées proposent des rémunérations supérieures d'environ 30 %. En second lieu, il distingue les maladies très rares, relevant du recours diagnostique, des maladies rares plus fréquentes nécessitant une prise en charge complexe propre à l'AP-HP, et rejoint le D^r Olivier MILLERON sur l'importance de renforcer l'attractivité hospitalière pour fidéliser les jeunes médecins. Enfin, il s'inquiète du plafonnement de la masse salariale concernant le recrutement de praticiens hospitaliers à 1 % de progression annuelle et propose que les médecins pressentis pour occuper un poste au sein d'un centre de

référence des maladies rares (CRMR) ne soient pas concernés par cette mesure couperet en raison du temps long de formation requis pour générer leur expertise et du risque que cela fait courir à l'offre de soins pour cette mission cruciale de l'AP-HP.

Le D^r Patrick LÉGLISE indique que le collège de pharmacie n'avait *a priori* pas été consulté, le sujet de la pharmacie n'étant pas intégré dans la première version du projet médical. Il remercie pour la correction apportée, qui mentionne le développement de la pharmacie clinique. Il signale toutefois un oubli dans le plateau technologique de soutien aux activités oncologiques : l'activité de préparation des chimiothérapies. Il rappelle que les 13 unités de production de l'AP-HP préparent 400 000 chimiothérapies par an et sont en pleine évolution, avec des projets de robotisation, d'automatisation et d'intégration de l'IA. Il juge donc important d'y consacrer au moins une ligne.

Le président assure que cette proposition sera intégrée dans le projet médical et procède au vote.

La CME approuve à l'unanimité le projet médical de l'AP-HP.

5. Projet Qualité, sécurité et expérience patient de l'AP-HP (D^r David OSMAN, M^{me} Paule KUJAS)

Le président insiste sur le fait que le projet pour la qualité et la sécurité des soins et le projet médical sont étroitement liés, ce qui justifie leur présentation lors de la même séance de la CME. Il invite les membres de la CME à lire le récent rapport de la Cour des comptes sur la qualité et la sécurité des soins et souligne l'importance de la mission de la CME en matière de qualité et de sécurité des soins. Il souligne que la déclaration et l'analyse des événements indésirables sont essentielles à l'amélioration des pratiques et ne doivent pas être traitées comme un sujet mineur.

Le D^r David OSMAN présente le projet qualité, sécurité et expérience patient, tout en renouvelant ses excuses pour l'absence de M^{me} Paule KUJAS. Il précise que le projet repose sur trois constats : l'exigence renforcée des patients pour des soins individualisés, l'enjeu majeur de la sécurité des soins (rappelé récemment par la Cour des comptes) et des attentes institutionnelles accrues. Ce projet s'articule autour de trois axes :

Le premier axe vise des soins pertinents fondés sur la participation des patients. Il s'agit de valoriser l'expérience des patients en augmentant le recueil des enquêtes de satisfaction e-Satis, en déployant les nouvelles enquêtes e-Satis, en facilitant l'élaboration d'enquêtes locales (dès lors qu'elles ont une valeur ajoutée en comparaison aux enquêtes e-Satis) et en promouvant l'utilisation de la plateforme « *Better World* ». Le projet prévoit aussi de développer le recueil des indicateurs d'expérience (PREMS) et de résultat (PROMS) rapportés par les patients, et d'accompagner de nouveaux partenariats patients-professionnels dans le soin mais aussi la recherche et l'enseignement. La promotion de la pertinence des soins passera par un meilleur accès aux recommandations, mais aussi au développement d'outils numériques d'aide à la prescription. Il faudra mieux partager les initiatives locales de juste prescription, et faire à chaque fois le lien avec l'empreinte carbone. La démocratie sanitaire sera renforcée à travers la promotion du rôle des représentants des usagers et la médiation. L'humanisation des soins s'appuiera sur les recommandations de la mission « *bientraitance* », les travaux du comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) et du comité de lutte contre la douleur (CLUD), l'harmonisation des pratiques de fin de vie et la structuration de la démarche éthique récemment présentée en CME.

Le deuxième axe concerne l'engagement collectif pour la sécurité des patients. Cet axe fait écho à la charte d'engagement pour la déclaration des événements indésirables graves (ÉIG). L'objectif est d'encourager la déclaration des ÉIG, en particulier des « cinq événements prioritaires », récemment présentés en CME. Il s'agit aussi d'améliorer la culture de sécurité en renforçant l'accompagnement des équipes via les coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins (CGRAS), en évaluant cette culture à travers des questionnaires, en déployant des « rencontres de sécurité » et en

encourageant les revues de morbi-mortalité (RMM). La formation au travail en équipe sera poursuivie via la simulation et la communication structurée type « situation-antécédents-évaluation-demande (SAED) comme préconisé par la Haute autorité de santé (HAS). La sécurisation des parcours de soins se concentrera sur la qualité de la lettre de sortie, la finalisation de l'informatisation du dossier transfusionnel, la révision de la *check-list* au bloc opératoire et un nouveau plan de prévention du suicide. Un focus particulier est mis sur le risque médicamenteux, insuffisamment pris en compte. Le plan prévoit de valoriser le rôle des responsables du système de management de la qualité (RSMQ), de mener des visites de risque et de travailler sur les médicaments à risque et la pharmacie clinique. Le risque infectieux sera abordé par la formation initiale, le développement d'indicateurs automatisés et le renforcement de la communication sur l'hygiène des mains.

Le troisième axe est un pilotage de la qualité ancré dans les services. Il s'agit de rendre les indicateurs qualité et sécurité des soins plus accessibles, d'en développer de nouveaux tel que le recueil des directives anticipées et de déployer la nouvelle gestion documentaire. La reconnaissance institutionnelle passera par la nouvelle certification V2026 pour tous les sites et la labellisation qualité dans le cadre de la stratégie cancer.

En conclusion, **le D^r David OSMAN** souligne que ce projet transversal, élaboré collectivement, vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins, et espère contribuer également à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Le président remercie le D^r David OSMAN pour la clarté de sa présentation. Il précise que le texte correspondant à la présentation est disponible et que cette partie du projet qualité, intégrée au projet d'établissement, sera soumise aux membres de la CME et fera l'objet d'un avis formel ultérieur.

Le D^r Julien FONSART exprime son profond regret de ne voir aucune mention dans le document sur l'accréditation des laboratoires de biologie médicale, alors qu'il constitue un fondement légal et opposable dans le cadre de la démarche qualité.

Le D^r David OSMAN reconnaît un oubli. Il explique que ces démarches d'accréditation obligatoires et sectorielles (laboratoires, pharmacies à usage intérieur [PUI], aide médicale à la procréation [AMP]) étant pilotées par la direction de la stratégie et de la transformation (DST) plutôt que par la direction de la qualité, leur intégration n'a pas été naturelle. Il reconnaît néanmoins qu'elles doivent être mentionnées et le seront.

Le président propose de réaliser cet ajout en collaboration avec la DST. Il remercie le D^r Julien FONSART pour sa contribution constructive.

Le P^r Estelle GANDJBAKHCH pose une question sur les directives anticipées. Elle peine depuis plus de six mois à obtenir un document synthétique à remettre aux patients, comme la loi le recommande, et demande si un axe de travail est prévu à ce sujet.

Le président rappelle qu'un point sur les directives anticipées était prévu à l'ordre du jour, mais qu'il ne peut être présenté en raison de l'absence de l'intervenante.

Le D^r David OSMAN confirme qu'un document, inspiré notamment de travaux menés sur d'autres groupes hospitalo-universitaires (GHU), est en cours de finalisation. Il s'intégrera dans une procédure visant à améliorer le recueil des directives anticipées, conscient du potentiel d'amélioration dans ce domaine. Il annonce que le sujet sera présenté plus en détail lors de la prochaine séance de la CME.

Le président rappelle l'importance de se placer du point de vue du patient pour ce type de document à renseigner.

Le directeur général demande si le besoin exprimé porte sur un document synthétique pour le patient ou pour le professionnel.

Le P^r Estelle GANDJBAKHCH explique que les documents actuels, comportant quatre à six pages, sont trop longs pour être remis aux patients.

Le D^r Vianney MOURMAN précise que le nouveau document officiel, bien que plus long que les versions précédentes, a l'avantage d'explorer les valeurs des patients plutôt que d'interroger sur des questions techniques binaires (par exemple, « voulez-vous être dialysé ? »). Il reconnaît cependant les freins à la rédaction des directives anticipées et ce qu'elles suscitent chez les patients : la peur de la mort et la difficulté des soignants à aborder le sujet. Ce document, validé par la collégiale des soins palliatifs, permet une approche moins binaire.

Le D^r François SALACHAS revient sur la sécurité des soins. Ayant assisté à des discussions sur l'organisation des blocs opératoires, il s'interroge sur la pertinence de maintenir ouverts des blocs d'urgence fonctionnant avec un manque de personnel considérable, où les manipulations de patients sont parfois assurées quasiment exclusivement par les médecins.

Le P^r Béatrix BARRY exprime son doute quant à l'idée qu'il serait préférable de ne pas soigner les personnes.

Le D^r François SALACHAS rappelle que cet argument a généré de nombreuses erreurs dans le cadre de la sécurité des soins. Il s'interroge sur la nécessité de définir des critères de fermeture de blocs pour garantir la sécurité des patients et des équipes médicales, en soulignant que le principe du « on ne peut pas faire autrement » atteint ses limites et ne sera peut-être plus recevable à l'avenir. Par ailleurs, il s'interroge sur l'opportunité d'introduire la formation à la qualité et à la sécurité des soins dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), compte tenu des alertes concernant la qualité de la formation, ou d'attendre que les personnels soient affectés sur leur poste.

Le D^r David OSMAN reconnaît que la question des ressources est un prérequis à la qualité et à la sécurité des soins, mais qu'il existe toujours une possibilité d'améliorer les organisations et le travail en équipe pour sécuriser les soins à moyens constants. Il ajoute que les revues de morbi-mortalité (RMM) permettent parfois de faire remonter des besoins en ressources aux directions. Concernant la formation à la gestion des risques, il juge absolument nécessaire de l'intégrer dès le cursus initial, tant en IFSI qu'en faculté de médecine. Il cite le rapport de la Cour des comptes qui évalue à seulement 2 % la part de la qualité et de la sécurité des soins dans les acquis attendus en deuxième cycle de médecine, et estime que des propositions peuvent être faites pour améliorer la situation avec des méthodes pédagogiques adaptées.

Le P^r Vincent GAJDOS juge ce sujet extrêmement important. Il estime que le véritable enjeu n'est pas tant le volume théorique de la formation que la formation et l'implication pratique des étudiants lors de leurs stages à l'hôpital. Il suggère de rendre obligatoire leur participation aux RMM et aux autres actions relatives à la qualité et à la sécurité des soins pendant leurs stages, de systématiser les enseignements locaux. Par ailleurs, il informe la CME d'une formation en ligne sur le site de l'université numérique en santé et sport (UNESS) qui s'impose à tous les internes (ETU13 : Gestion de la qualité et de la sécurité des soins. Prévention des événements indésirables associés aux soins, <https://formation.uness.fr/3C/mod/subcourse/view.php?id=35887>) ; il serait utile de s'assurer que tous les internes valident cette formation qui par ailleurs est une excellente base pour l'organisation de séminaire dans le cadre des enseignements théoriques des diplômes d'études spécialisées (DES). Il conclut que la formation à la qualité se joue sur le terrain, lorsque les étudiants y sont confrontés.

Le président exprime son accord avec les interventions précédentes. Il considère que cette formation doit être soutenue au plus haut niveau et relayée au sein de chaque service par les chefs de service.

Le directeur général évoque la création du label “service apprenant”, destiné à promouvoir une formation multi-professionnelle régulière et réalisée *in situ*, dans le cadre de laquelle des questions relatives à la sécurité des soins sont très fréquemment abordées. Actuellement, 250 services de l’AP-HP se sont engagés dans cette démarche de labellisation dont l’aspect opérationnel est constaté et d’élargir la communication pour accroître l’adhésion vers cette démarche au sein de l’institution.

La D^{re} Diane BOUVRY précise que lors de la soumission pour avis du programme du label « service apprenant », la proposition d’y inclure la participation aux RMM n’avait pas été retenue.

Le D^r David OSMAN admet que l’apprentissage par l’erreur pourrait y figurer plus clairement et que cela pourrait être intégré dans une nouvelle version du label apprenant.

Le directeur général explique que la participation à une revue de morbi-mortalité (RMM) n’a pas été retenue car le label vise à certifier l’organisation de temps actifs de formation, au moins une fois par mois, et non la simple assistance à une réunion.

Le président rappelle qu’une formation dédiée à la qualité et à la sécurité des soins existait auparavant dans le programme de l’école de management des médecins hospitaliers (ÉMAMH) mais a été supprimée sans que la CME ne soit consultée. Il considère qu’il serait pertinent de réintroduire cette formation.

Le P^r Agnès HARTEMANN revient sur la question des ressources. Elle rappelle la difficulté d’assurer la sécurité des soins avec des équipes composées de jeunes infirmières, un fort turn-over et une faible disponibilité pour la formation. Elle illustre son propos en indiquant le stress généré par la crainte qu’une infirmière intérimaire de nuit, sans expérience en diabétologie, ne lise les procédures affichées, soulignant cette situation toujours d’actualité.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU juge ces sujets majeurs au bloc opératoire. Elle suggère qu’il serait intéressant de pouvoir récupérer de manière quasiment automatique les résultats des indicateurs de qualité, comme les scores *e.satis*. Elle prend l’exemple des assureurs privés qui communiquent annuellement le nombre de sinistres, et estime que les équipes de terrain sont souvent peu informées de ces données. De même, les informations sur les événements indésirables graves (ÉIG) survenant au sein des plateaux techniques de l’institution devraient être mieux diffusées. Elle prend pour exemple pour illustrer ce manque de diffusion, le marquage du site opératoire pour éviter les erreurs de côté : malgré les préconisations de substituer la croix par une flèche au niveau du site opératoire, elle a observé que cette évolution et ses motifs n’étaient pas connus des équipes.

Le D^r David OSMAN observe que, malgré les efforts déployés pour faire connaître ces indicateurs “au fil de l’eau” dans les services, ceux-ci demeurent peu visibles. Il précise que la nouvelle plateforme de diffusion des résultats *e-satis* (« *Better World* ») est de très bonne qualité. Son mode d’emploi pourra varier selon les GHU, mais il offrira à chaque service la possibilité d’obtenir ses résultats avec une grande visibilité et à la fréquence souhaitée. L’extraction des données pourra être réalisée soit par un référent au sein de chaque service, soit au niveau local par la direction de la qualité, selon les choix organisationnels des groupes hospitaliers. Une présentation de cet outil est d’ailleurs prochainement prévue en CME.

Le D^r David OSMAN ajoute que des travaux sont en cours pour construire des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) complémentaires aux indicateurs actuels, plus explicites pour les services. Malgré la préconisation de la Cour des comptes de réduire le nombre total d’indicateurs,

il estime que des campagnes de recueil plus claires pourraient être envisagées pour remplacer le système actuel de collectes continues et peu lisibles. L'objectif est de privilégier des indicateurs de résultats plutôt que le processus. Enfin, s'agissant des événements indésirables, il pense que la plupart des directions qualité ont désormais mis en place des procédures pour que les services ou les départements médico-universitaires (DMU) reçoivent régulièrement les déclarations qui les concernent, même si les modalités peuvent différer entre les groupes hospitaliers.

Le D^r Georges ESTEPHAN évoque les insuffisances de moyens récurrentes et persistantes aux blocs opératoires. Il demande s'il existe des données sur les retards de prise en charge des urgences liés à l'absence de créneaux horaires dédiés, relevant que ces patients sont souvent opérés en fin de programme, voire la nuit.

Le D^r David OSMAN répond qu'il n'a pas connaissance de la possibilité d'extraire ces données de manière automatisée.

Le directeur général indique qu'il procédera à une vérification pour la faisabilité de cette extraction.

M. Yann GUITTIER relaie le sentiment d'abandon récurrent exprimé par ses collègues dans les services en raison de la reprise d'un nombre important de prescriptions médicamenteuses, pour des motifs variés, une difficulté accentuée par une contrainte de mobilité.

Le D^r David OSMAN reconnaît les écarts en matière de sécurité des prescriptions médicamenteuses, déjà observés lors de précédentes certifications. Il espère une amélioration de la procédure grâce aux critères impératifs de la nouvelle démarche de certification en cours. Il exprime son plein accord avec le constat selon lequel les prescriptions conditionnelles ou orales mettent en difficulté le personnel infirmier et juge qu'il s'agit d'un sujet sur lequel des progrès sont nécessaires.

Le président sollicite ensuite une intervention du directeur général sur ce sujet.

Le directeur général se félicite du travail réalisé. S'agissant des événements indésirables graves (ÉIG), il insiste sur la nécessité de poursuivre l'augmentation du nombre de déclarations, en hausse sur les premiers mois de 2026, comme cela avait été le cas en 2025. Il dit sa conviction que des progrès significatifs restent possibles. Un dialogue sera engagé avec les services autour de cinq motifs prioritaires afin de repérer les événements pouvant correspondre à un ÉIG non déclaré et d'encourager les chefs de service à les déclarer. L'objectif est de lever la perception selon laquelle la déclaration d'un ÉIG constituerait un aveu de manquement et de s'assurer que les analyses débouchent sur des mesures concrètes pour en éviter la réitération.

Concernant l'indicateur de satisfaction des patients *e.satis*, il indique qu'il est désormais possible pour chaque service d'accéder chaque trimestre aux données quantitatives et aux *verbatim*. Il souligne la nécessité de prévoir des accès transverses pour les blocs opératoires, afin de traiter des problématiques de prise en charge au-delà des découpages de structures. Il souhaite que les résultats de *e.satis*, globalement positifs et en amélioration, soient davantage partagés au sein des équipes, car les *verbatim* permettent d'identifier des pistes d'amélioration. Il insiste sur l'importance d'inscrire cette démarche dans les routines des services.

6. Bilan du « plan patients » (M^{me} Laëtitia BUFFET)

M^{me} Laëtitia BUFFET rappelle l'origine du plan « 10 engagements pour nos patients », issu de la stratégie de redressement en faveur de l'institution dénommée « 30 leviers pour agir ensemble » lancée en 2022. Si cette stratégie avait une forte orientation RH visant à reconstituer les effectifs pour rouvrir des capacités de soins, le « levier 24 » portait spécifiquement sur les aspects non médicaux de la prise en charge, qui contribuent à enrichir l'expérience patient : facilitation de la prise de rendez-vous, accueil, parcours administratif. Ce travail a été initié à la suite des enquêtes de satisfaction soulignant que malgré la grande qualité des soins à l'AP-HP, les patients doivent

souvent, pour accéder à ces soins, « fermer les yeux » sur des difficultés organisationnelles. Comme pour les sujets d'attractivité et de fidélisation, il s'agissait de retravailler nos « fondamentaux » car la période qui avait précédé et suivi la crise COVID nous avait conduit à relâcher notre mobilisation autour de ces enjeux souvent très concrets qui ne sont pas ceux de la prise en charge proprement médicale mais tout ce qui environne celle-ci et contribue à forger ce qu'on appelle souvent l'expérience patient. Il a été construit sur la base de deux ans d'analyse de questionnaires de satisfaction, des contributions d'un panel de patients, d'une consultation de 900 professionnels et d'échanges avec la CME, les commissions centrales (3CU) et les représentants des usagers.

Lancé en avril 2024, le plan patient n'a pas fait l'objet d'une communication externe afin de ne pas susciter des attentes excessives, l'intention étant de communiquer sur des réalisations concrètes. Deux ans après son lancement, il est constaté des avancées sur l'ensemble des axes, certains chantiers se situant à mi-parcours et leur déploiement complet étant prévu dans un délai de 18 à 24 mois.

Concernant les moyens de facilitation du premier contact, un gros travail a été mené sur la refonte intégrale du site internet de l'AP-HP en 2025 pour améliorer la visibilité de l'offre de soins. Tous les sites des hôpitaux sont en cours de refonte, avec un objectif de finalisation d'ici la fin de l'année 2026. Pour chaque service, les modalités de prise de rendez-vous, les pathologies prises en charge et l'équipe seront clarifiées. Les services pourront personnaliser leur page, y compris pour diffuser de l'information d'éducation thérapeutique. Parallèlement, l'« espace patient » a été revu pour clarifier le parcours de prise ou de demande de rendez-vous en ligne.

Le partenariat avec *Doctolib* n'ayant jamais pleinement abouti, notamment à cause de prises de rendez-vous inadaptées, un système de « demande de rendez-vous » a été mis en place : le patient remplit un questionnaire et le service valide ou non la demande. Actuellement, 450 des 700 services éligibles proposent cette option, l'objectif étant d'atteindre la totalité des services pertinents d'ici mi-2027. Le nombre de prises de rendez-vous en ligne a doublé en 2025, mais le téléphone reste le principal canal. Le portail *Direct AP-HP*, destiné aux médecins de ville, a été simplifié. La moitié des 700 services éligibles y sont visibles, avec 6 600 médecins inscrits. L'objectif est d'accompagner tous les services vers cette démarche d'ici la mi-année 2026.

Pour améliorer l'accueil et l'orientation, un chantier a été mené pour harmoniser et simplifier les communications adressées aux patients (mails, SMS, courriers). À partir de l'été 2026, les convocations et les messages seront simplifiés, avec un lexique clarifié (par exemple, « dossier administratif en ligne » au lieu de « préadmission »). La refonte de la signalétique a été engagée au niveau de six hôpitaux : Cochin-Port-Royal, Émile-Roux, Paul-Brousse, René-Muret, Saint-Louis et Tenon.

Afin de rendre les parcours hospitaliers plus fluides, 80 professionnels ont été recrutés sur des postes de coordination dans le cadre de l'appel à projet « Redonner du temps ». Des travaux spécifiques sont menés dans les services de cancérologie pour déployer à grande échelle une meilleure organisation d'ici 2027, en s'inspirant d'expériences réussies. Le versement des documents dans *Mon espace santé* a été intensifié, évoluant entre 170 000 à plus de 500 000 documents par mois.

Concernant la qualité du séjour, un programme de rénovation « flash » (entre 48 et 72 heures) des chambres a été instauré. 32 % des chambres de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ont ainsi été rénovées. L'objectif est d'atteindre un taux de renouvellement de 10 % par an. Un effort massif a été fait en soins de longue durée (SLD), avec plus de 1 000 chambres rénovées depuis 2024. Le remplacement des couvertures par des couettes est bien avancé (100 % des lits de gériatrie, 41 % des autres lits). Le déploiement de serviettes éponge

a commencé, et les bornes *wifi* sont en cours de remplacement. Le sujet de la restauration fera l'objet d'un point dédié.

Pour le parcours administratif, l'objectif est de favoriser les démarches en ligne. Un système « Dites-le-nous une fois » est en place depuis 2025, et le délai de préadmission en ligne étendu jusqu'à deux jours avant la venue du patient. En conséquence, trois patients sur quatre effectuent désormais leurs démarches en ligne. Pour les autres, un système où les soignants récupèrent les documents dans le service est en cours de généralisation (déjà actif dans un quart des unités, dont tout le GHU Henri-Mondor), avec l'objectif d'un déploiement global d'ici fin 2027.

La sécurisation des conditions de sortie est un autre axe, avec la révision de la pochette de sortie qui doit désormais inclure un numéro de téléphone d'urgence. Les solutions de dispositifs d'aval, comme l'HAD dont l'activité a fortement augmenté, et la télésurveillance, contribuent à sécuriser le retour à domicile.

Concernant les accompagnants, une charte a été élaborée pour permettre aux proches de personnes vulnérables de les accompagner aux urgences. Chaque service a défini ses modalités (badges, etc.) et un bilan sera établi en période estivale. Des initiatives de diverses natures sont prises pour améliorer l'accès aux soins des patients les plus vulnérables, par exemple : des actions spécifiques sont menées pour les personnes en situation de handicap (40 référents nommés) et pour les victimes de violence intrafamiliale (création/extension des unités d'accueil pédiatrique enfants en danger » (UAPED), dépôt de plainte aux urgences généralisé, création d'un centre de santé dédié aux enfants protégés par l'association Impactes en partenariat avec l'hôpital Necker-enfants malades).

Enfin, pour fédérer les équipes, les projets du plan patient sont éligibles à la prime d'engagement collectif, les « trophées patients » ont été relancés, et le label « hospitalité » est en cours de refonte pour intégrer les nouveaux standards. Un nouveau point d'étape est prévu pour l'année 2027.

Le président souligne le caractère ambitieux et porteur de sens du plan patients.

Le D^r Amélie BENBARA se félicite de ces projets nécessaires à l'institution. Elle émet cependant des réserves sur le portail *Direct AP-HP*, le jugeant très complexe. Elle déplore la disparition des anciens systèmes qui fonctionnaient bien, comme les numéros de téléphone dédiés aux médecins partenaires, dont les annuaires ont disparu. Elle déplore le blocage systématique de l'outil lors de ses tentatives de connexion et exprime des doutes quant à la capacité des médecins de ville à y accéder. Elle juge l'outil inadapté et regrette que des dispositifs simples aient été remplacés par une solution complexe.

Le directeur général demande les moyens de diffusion des numéros réservés aux médecins partenaires auparavant.

Le D^r Amélie BENBARA précise que des annuaires étaient envoyés à tous les médecins de ville, et que les plus anciens médecins les conservent précieusement. Elle constate que ces numéros, bien que toujours actifs, sont désormais introuvables sur les sites de l'AP-HP.

M^{me} Laëtitia BUFFET propose d'organiser un échange entre elle et l'équipe en charge de l'outil pour analyser le problème. Elle précise que l'annuaire des médecins est normalement intégré dans *Direct AP-HP*.

Le directeur général note que l'accès à l'annuaire nécessite une connexion et, n'ayant jamais eu connaissance de ce retour, il annonce que le problème sera examiné avec attention.

Le P^r Béatrix BARRY remercie les équipes pour cet énorme travail dont les effets sont visibles au quotidien. Elle insiste sur la problématique de la prise de rendez-vous dans les services à forte activité (11 000 à 12 000 patients par an). La sélection des demandes est un enjeu majeur, car de

nombreux patients, n'ayant plus de médecin généraliste, prennent rendez-vous pour des motifs non pertinents. Elle signale un taux élevé de rendez-vous non honorés, avec parfois cinq absences sur une même consultation. Le système permet aussi des prises de rendez-vous multiples dans différents services de l'AP-HP pour le même problème, ce qui, une fois détecté via *Orbis*, permet de bloquer les consultations redondantes. Elle souligne également l'enjeu des délais de rendez-vous, qui peuvent atteindre six à neuf mois dans certaines spécialités. Elle insiste enfin sur le travail considérable et peu visible des secrétaires médicales et hospitalières, qui passent des heures au téléphone à répondre aux questions des patients, ce qui explique parfois les difficultés à obtenir un contact téléphonique et souligne l'importance d'avoir des annuaires à jour.

M^{me} Laëtitia BUFFET confirme que le problème des prises de rendez-vous multiples a été signalé. Un travail est en cours pour analyser les modalités de demande de rendez-vous en ligne afin d'identifier les demandes multiples d'un même patient dans plusieurs services, et de permettre une coordination entre eux ou de mettre en place des règles de priorisation. Concernant la charge de travail des secrétariats, elle explique que l'outil de back-office du logiciel d'orientation, de régulation et d'accueil à l'hôpital (LORAH), qui permet de gérer les demandes de rendez-vous en ligne, est conçu pour faciliter leur travail en offrant un meilleur suivi que les simples boîtes mail. Elle reconnaît cependant qu'un accompagnement important des secrétariats médicaux est nécessaire pour qu'ils s'approprient cet outil et qu'il constitue une réelle simplification.

Le directeur général ajoute, sur le sujet des rendez-vous non honorés dénommés « *no-show* », que *Doctolib* a démontré l'efficacité des rappels par SMS. Il s'interroge sur la possibilité pour l'AP-HP de s'inspirer de cette méthode afin de réduire ce phénomène.

Le P^r Béatrix BARRY observe que même lorsque les patients sont rappelés, ils invoquent des raisons diverses liées à leur absence ou annulent le jour même leur rendez-vous médical. Elle constate ainsi une dégradation du comportement civique comparativement aux années antérieures.

Le directeur général suggère que si un taux de « *no-show* » structurel est observé, cet aspect devrait être intégré dans les politiques de programmation des rendez-vous, en rappelant régulièrement aux patients qu'ils ont la possibilité d'annuler.

Le P^r Jean-Marc TRÉLUYER intervient sur la question des accompagnants aux urgences. Il prend acte de l'effort fait pour les patients vulnérables mais signale qu'une charte du ministère de la santé, signée la semaine précédente, institue comme règle la présence d'un accompagnant pour tous les patients aux urgences. Jugeant cette mesure justifiée et humaine, il s'interroge sur la manière de franchir cette nouvelle étape.

Le directeur général rappelle avoir déjà engagé ce sujet avec la collégiale des urgentistes, en raison de la diversité des pratiques observées dans nos différents services. Une première charte interne a été mise en place pour garantir la présence d'un accompagnant auprès des patients vulnérables, tout en laissant aux services la possibilité de définir les modalités d'application. Il prend ensuite note de la nouvelle charte nationale, qui sera affichée dans l'ensemble des services d'urgence, et précise que son contenu sera étudié afin de s'assurer de sa bonne cohérence avec ce que l'AP-HP a mis en place.

Le P^r Nicolas JAVAUD confirme que la présence d'un accompagnant pour les patients vulnérables est bénéfique et constitue une première étape importante. Il ajoute avoir proposé, à l'hôpital Louis-Mourier, la possibilité d'un accompagnant 24 heures sur 24, y compris à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), de manière encadrée, en s'inspirant des pratiques en services de réanimation et en pédiatrie.

Le P^r Estelle GANDJBAKHCH souligne la complexité pour les patients et les soignants d'appréhender les moyens de récupérer les documents médicaux, entre *Mon espace santé* et le portail de l'AP-HP.

Elle juge indispensable de créer des documents synthétiques expliquant le fonctionnement, les différences entre les deux plateformes et les raisons des délais liés à la qualification de l'identité numérique. Elle estime qu'il y a une méconnaissance générale du sujet et propose de contribuer à la création de tels documents, avec pour objectif une dématérialisation complète et la suppression des envois sous format papier.

M^{me} Laëtitia BUFFET approuve globalement les propos précédemment évoqués. Elle précise que la stratégie de communication est d'orienter prioritairement les patients vers *Mon espace santé*, qui contient paradoxalement plus de documents que le portail patients de l'AP-HP, ce dernier ne servant que pour les documents plus anciens. Elle confirme qu'une campagne de communication est en préparation, avec des visuels simples et un guide pas-à-pas, pour expliciter cette démarche. Elle ajoute se déclarer ouverte à tout soutien et indique que la campagne de communication fera l'objet d'un test préalable pour garantir sa clarté.

Le D^r François SALACHAS soulève une question technique concernant la difficulté à harmoniser les messages contradictoires issus des systèmes *Orbis* et de gestion administrative des malades (*GAM*), qui génèrent de la confusion pour les patients. Il s'interroge sur la résolution de ce problème, qui relevait du siège. Par ailleurs, il s'interroge sur l'articulation entre les droits des patients, mis en avant dans le plan, et leurs devoirs et ceux de leur entourage, notamment face à la hausse des incivilités. Il demande si cet aspect est intégré au projet.

M^{me} Laëtitia BUFFET répond que sur le premier point, une instance de dialogue a été mise en place pour assurer la cohérence entre les messages issus d'*Orbis* et de la *GAM*. Un nettoyage progressif des incohérences est en cours, mais elle reconnaît que des scories peuvent subsister, notamment en raison de la complexité du déploiement service par service de nouvelles procédures comme l'admission directe.

Le directeur général confirme que le plan patient n'intègre pas de dimension relative aux devoirs ou obligations des patients. La gestion des comportements problématiques se limite actuellement aux faits de violence, d'injures ou de menaces, mais ne couvre pas le champ des incivilités ou du non-respect des prescriptions.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU remercie les équipes pour ce travail sur les « irritants du quotidien », confirmant que l'admission directe facilite de manière significative la vie des services. Elle émet plusieurs observations : elle abonde dans le sens du P^r Estelle GANDJBAKHCH sur la complexité pour les patients, notamment non francophones, de s'y retrouver dans les démarches numériques. Elle interpelle le D^r Cyril CHARRON sur le besoin d'aide pour améliorer certains modules *Orbis* comme pour l'ambulatoire qui peuvent poser problème lors de la certification. Enfin, elle soulève un problème souvent oublié : l'accès aux hôpitaux et le coût des parkings pour les familles des patients hospitalisés sur de longues durées, qui représente un poids financier important.

Le directeur général prend note des observations formulées. Il indique qu'un point d'étape sur l'avancement des systèmes d'information en ambulatoire sera présenté prochainement en directoire. Il reconnaît le retard de l'AP-HP sur ce sujet et souligne qu'un travail structuré est engagé pour résorber ce retard d'ici trois à quatre ans.

7. Réforme de la profession et de la formation infirmières (M^{me} Laëtitia BUFFET, M. Loïc MORVAN et M^{me} Florence KANIA)

Ce point est reporté.

8. Questions diverses

Hantavirus & Ebola

Le Pr Étienne GAYAT présente un point sur l'épidémie de hantavirus. Cinq ressortissants français provenant de Ténérife ont été rapatriés en France le 10 mai 2026 à la suite d'une épidémie sur un bateau de croisière. Bien que l'état asymptomatique de ces ressortissants soit constaté initialement, une patiente a développé des symptômes durant le transport vers la France et a été admise en réanimation dès son arrivée, où elle se trouve toujours dans un état grave. Les quatre autres ressortissants sont en quarantaine pour une période de 42 jours dans un service de maladies infectieuses.

Deux sources de cas contacts ont été identifiées. La première concerne huit Français qui se trouvaient sur un vol de Sainte-Hélène à Johannesburg avec une autre passagère de la croisière, symptomatique, qui est décédée peu après. Ces huit contacts sont en quarantaine (cinq à la Pitié-Salpêtrière, trois à Bichat) et restent asymptomatiques. La seconde source concerne trois autres Français qui ont été en contact avec cette même passagère pendant une heure sur un vol Johannesburg-Amsterdam avant qu'elle ne soit débarquée ; ils sont également en quarantaine à l'hôpital Bichat. À ce jour, tous ces cas contacts sont testés régulièrement et sont négatifs.

Aucun cas secondaire n'a été détecté. Cependant, la longue période d'incubation du virus, confirmée par un nouveau cas positif parmi les croisiéristes la veille, justifie le maintien de mesures de quarantaine hospitalière prolongées. Les cas contacts issus des vols aériens termineront leur isolement à la mi-juin, tandis que ceux issus de l'embarcation maritime devront probablement attendre fin juin 2026. Un accompagnement psychologique leur est proposé. Le cas index n'a pas été identifié, mais les caractéristiques de l'épidémie (transmission interhumaine par contact rapproché, incubation longue) sont conformes à ce qui est connu de cet hantavirus des Andes.

Concernant l'épidémie d'*Ebola*, jugée très préoccupante par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle est pour l'instant circonscrite en République démocratique du Congo. Le risque le plus vraisemblable pour la France serait le rapatriement d'un ressortissant contaminé lié à son rôle humanitaire ou militaire, qui serait pris en charge à l'établissement de santé de référence (ÉSR) de l'hôpital Bichat. Le risque de cas importé est jugé très faible mais fait l'objet d'une préparation : information des points d'entrée sans rendez-vous, existence d'un numéro d'astreinte nationale émanant de la coordination opérationnelle du risque épidémique et biologique (COREB), vérification des stocks d'équipements de protection. Le travail est orienté actuellement sur la mise à jour des formations, notamment pour les services d'accueil des urgences.

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 18 heures 06.