COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 5 NOVEMBRE 2024

APPROUVÉ LORS DE LA CME DU 14 JANVIER 2025

C1 - Interne

Sommaire

1. Informations du président 6

2. Approbation du compte rendu de la CME du 8 octobre 2024 9

3. Point d'avancement du plan de l'AP-HP « Juste prescription & pertinence » (Mme Laurence NIVET), 1ère partie : imagerie (Pr Alain LUCIANI) et biologie (Pr Dominique PRIÉ) 9

4. Intelligence artificielle 19

5. Souveraineté numérique (M. Raphaël BEAUFRET) 23

6. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP (Mme Marie-Charlotte DALLE, M. Pascal DE WILDE) 26

7. Avis sur le rapport social unique (RSU) 2023 (MM. Florian TAYSSE et Emmanuel RAISON) 40

8. Questions diverses 40

C1 - Interne

CME du mardi 5 novembre 2024

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 8 octobre 2024
3. Point d'avancement du plan de l'AP-HP « Juste prescription & pertinence » (Mme Laurence NIVET), 1ère partie : imagerie (Pr Alain LUCIANI) et biologie (Pr Dominique PRIÉ)
4. Intelligence artificielle :
   - Retour sur le séminaire de l'AP-HP du 18 octobre sur l'intelligence artificielle (Dr Cyril CHARRON)
   - Premières réflexions pour l'élaboration d'une feuille de route « Intelligence artificielle » de l'AP-HP (Dr Ayden TAJAHMADY)
5. Souveraineté numérique (M. Raphaël BEAUFRET)
6. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP (Mme Marie-Charlotte DALLE, M. Pascal DE WILDE)
7. Avis sur le rapport social unique (RSU) 2023 (MM. Florian TAYSSE et Emmanuel RAISON)
8. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur l'engagement d'une procédure disciplinaire à l'encontre d'un praticien hospitalier (M. Emmanuel RAISON, Pr Anne COUVELARD)

C1 - Interne

- Assistent à la séance :

- ***Avec voix délibérative :***

Pr	Béatrix	BARRY	Dr	Anne	JACOLOT
Pr	Thomas	BLANC	Pr	Jean-Marie	JOUANNIC
Pr	Barham	BODAGHI	Dr	Juliette	KAVAFIAN-LASSERRE
MM	Maïssa	BOUKERROU	Pr	Hawa	KEITA-MEYER
Dr	Diane	BOUVRY	Pr	Nathalie	KUBIS
Pr	Sophie	BRANCHEREAU	Pr	Karine	LACOMBE
Pr	Pierre-Yves	BRILLET	Dr	Éric	LE BIHAN
Dr	Emmanuel	BUI QUOC	Pr	Éric	LE GUERN
Dr	Marina	CHARBIT	M.	Patrick	LÉGLISE
Dr	Cyril	CHARRON	Pr	Rachel	LEVY
Pr	Anne	COUVELARD	Mme	Marine	LOTY
Dr	Tristan	CUDENNEC	Mme	Fabienne	MARTEAU
Dr	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	Pr	Nicolas	OBTEL
Pr	Marie-Hélène	DELFAU-LARUE	Dr	Olivier	MILLERON
Pr	Loïc	DE PONTUAL	Mme	Déborah	MONTMEAT
M	Agathe	DELORME	Dr	Vianney	MOURMAN
Pr	Nicolas	DE ROUX	Dr	David	OSMAN
Dr	Georges	ESTÉPHAN	Dr	Juliette	PAVIE
Dr	Thierry	FAILLOT	Dr	Patrick	PELLOUX
Dr	Julien	FONSART	Pr	Claire	POYART
Pr	Vincent	GAJDOS	Pr	Jean-Damien	RICARD
Pr	Estelle	GANDJBAKHCH	Dr	François	SALACHAS
Pr	Bertrand	GODEAU	Pr	Rémi	SALOMON
Pr	Sophie	GEORGIN-LAVIALLE	Pr	Nathalie	SIAUVE
Pr	Bernard	GRANGER	Pr	Laurent	TEILLET
Pr	Agnès	HARTEMANN	Pr	Jean-Marc	TRELUYER
Pr	Sylvie	HAULON	Dr	Christophe	TRIVALLE
Dr	Jean-François	HERMIEU	Pr	Marianne	ZIOL
Pr	Sandrine	HOUZÉ			

- ***Avec voix consultative :***

- M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT)
- Dr Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)

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

- Pr Joël ANKRI, représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)
- Mme Aurore BREGEON, représentante de la CSMIRT
- Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

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

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

- **Secrétariat de la CME :**

- Mme Sylvie LE GUILLOU (DAM)

- **Membres excusés :**

Mmes, MM., Drs et Prs Marwan AMMAR, Philippe ANRACT, Anne-Sophie BATS, Fadi BDEOUI, Jean-Louis BEAUDEUX, Alexandra BENACHI, Lynda BENSAFA-COLAS, Yves-Hervé CASTIER, Nathalie CHARNAUX, Caroline COLAS, Arthur DE BASTARD, Vianney DESCROIX, Edouard DEVAUD, Vincent FROCHOT, Jean-Marc GORNET, Arianne GUDIN DE VALLERIN, Yann GUITTIER, Patrick HINDLET, Fabienne HUARD, Nicolas JAVAUD, Éric LE GUERN, Redwan MAATOUG, Nicolas Marc MALAUSSE, Edan MALLET, Xavier MARIETTE, Emmanuel MARTINOD, Yann PARC, Antoine PELISSOLO, Philippe PIRNAY, Nathalie RICOMES, Bruno RIOU, Cécile ROTENBERG, Julie ROUPRET-SERZEC, Marc SAMAMA, Sabine SARNACKi, Virginie SIGURET-DEPASSE, Jennifer SOBOTKA, Namik TARIGHT, Dominique THABUT, Briac THIERRY, Valéry TROSINI-DESERT, Noël ZAHR.

C1 - Interne

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

1. Informations du président

Le président salue l'arrivée du Pr Étienne GAYAT en qualité de directeur général adjoint, en remplacement du Pr Catherine PAUGAM-BURTZ.

Le Pr Étienne GAYAT se présente. Il est professeur d'anesthésie et réanimation à l'AP-HP, où il est entré une vingtaine d'années auparavant en tant qu'interne. Il évoque son parcours professionnel, notamment ses fonctions auprès de la direction médicale de crise dans le groupe hospitalo-universitaire (GHU) Paris-Nord pendant la crise COVID. Plus récemment, il a occupé le poste de conseiller santé auprès de la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. De retour à l'AP-HP, il exprime sa satisfaction de rejoindre la direction générale.

Le président informe la CME que le Dr Ariel FRAJERMAN, psychiatre à l'hôpital Bicêtre et élu dans le collège des praticiens hospitalo-universitaires non titulaires, a quitté l'AP-HP le 31 octobre. Sa suppléante, le Dr Marion AMATANO, a quitté son poste d'assistant hospitalier universitaire (AHU) à la même date pour devenir praticien hospitalier contractuel. Il n'y a pas d'autre suppléant élu dans ce collège des AHU contractuels. Le Dr Nicolas OBTEL, médecin bucco-dentaire de l'hôpital Charles Foix, reste actuellement le seul élu de ce collège.

Le président rappelle que la CME du 10 septembre a adopté à l'unanimité la charte de comportement dans les blocs opératoires et plateaux techniques. Il invite les présidents de CME locale (CMEL) à prendre contact avec les Prs Marc SAMAMA, Hawa KEITA-MEYER et Anne-Sophie BATS pour présenter cette charte dans les CMEL.

Informations du directeur général

Le directeur général présente une mise à jour de l'évolution des effectifs paramédicaux à fin octobre 2024. Il souligne que bien qu'octobre ne soit pas un mois exceptionnel, la situation continue de s'améliorer légèrement, laissant présager une année 2024 sensiblement meilleure que 2023.

Le solde entre les entrées et les sorties d'infirmiers diplômés d'État (IDE) est passé de 889 à fin septembre 2024 à 924 à fin octobre 2024. Cette progression, bien que modeste, est notable car octobre marque parfois le début d'une inversion de tendance. Ce chiffre de 924 est à comparer avec celui d'octobre 2023, qui n'était que de 316, soit près du triple cette année.

L'analyse détaillée montre que cette amélioration résulte autant d'une hausse des recrutements que d'une baisse des départs. Les recrutements ont augmenté de 33 % tandis que les départs ont diminué de 28 %.

Le directeur général met ensuite en avant l'effectif total rémunéré d'infirmiers à fin octobre 2024, qui a dépassé les 17 000 infirmiers, atteignant 17 096 infirmiers. Ce chiffre représente une augmentation de plus de 600 par rapport à octobre de l'année précédente. Comparé à la situation d'avant crise (2019), le déficit s'est réduit, passant de – 2 000 équivalents temps plein (ÉTP) début 2023 à – 928 ÉTP actuellement.

La situation s'est améliorée dans tous les groupes hospitalo-universitaires (GHU) par rapport à l'année précédente et à 2022. Deux GHU, Henri-Mondor et Paris-Seine-Saint-Denis ont même dépassé leur niveau d'avant crise. Le GHU Saclay est proche de retrouver son niveau d'avant crise,

C1 - Interne

à 43 ÉTP près. Cependant, les trois GHU *intra muros* (Centre, Sorbonne et Nord) affichent encore des déficits respectifs de 343, 275 et 214 ÉTP.

Concernant les manipulateurs radio, les effectifs se sont stabilisés à 1 253 ÉTP, marquant une légère augmentation de 45 unités depuis juin 2024 et de 7 unités depuis le début de l'année 2024. Cette stabilisation contraste avec la perte de 33 ÉTP observée l'année précédente sur la même période.

Chez les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH), les infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (IBODE) et les assistantes sociales, une dynamique positive similaire est observée, bien que les progrès restent plus modestes que pour les IDE.

Le directeur général aborde la question de la fidélisation, notamment des jeunes recrues ayant signé des contrats d'allocataire d'études (CAE) avec un engagement de 18 mois. Il indique qu'une analyse est en cours pour évaluer la rétention de ces professionnels deux à trois ans après leur recrutement, en se concentrant particulièrement sur la cohorte de 2022. Il constate que deux ans après la signature, le taux de départ n'est que de 9 %, ce qui représente une amélioration significative par rapport aux chiffres précédents qui atteignaient 35 % de départs trois ans après la signature, comme indiqué précédemment dans le bilan social. Pour les CAE signés en 2021 (cohorte moins importante que celle de 2022, avec 316 CAE signés), le taux de départ après trois ans à trois ans et demi est de 15,16 %. Cette évolution positive est à mettre en perspective avec les anciennes statistiques qui montraient des taux de départ de 35 % après trois ans.

Le directeur général souligne l'importance d'examiner la situation au niveau des services. Sur les 1 024 CAE signés, 93 personnes ont quitté l'établissement, correspondant aux 9 % mentionnés. Parmi les 931 restants, 267 ont changé de service, de site ou de GHU, ce qui signifie que 65 % sont restés dans leur service d'origine après deux ans et demi. Ces chiffres indiquent une certaine mobilité interne, sans pour autant entraîner une perte complète de ces professionnels pour l'institution. Le directeur général reconnaît que cette perception de « départs » au niveau des services peut être trompeuse, car elle ne reflète pas nécessairement des départs de l'établissement dans son ensemble.

Passant aux questions financières, il évoque l'examen à venir de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2025, en décembre 2024. Il anticipe des nouvelles plutôt défavorables pour 2024, notamment concernant la compensation de l'inflation. Bien que les attentes aient été satisfaites en 2023, la pérennisation de ces compensations pour 2024 semble compromise. Il aborde ensuite la sous-compensation des mesures salariales nationales, un problème qui touche tous les CHU. Il mentionne un écart d'environ 20 % entre les augmentations accordées et leur compensation financière. Une mission d'inspection de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) est prévue pour début 2025 afin d'évaluer cette situation, dans l'espoir d'obtenir une correction en 2025. Cette sous-compensation est attribuée à la structure de financement spécifique des CHU, qui dépendent moins de la tarification à l'activité (T2A) que les autres établissements. Environ la moitié de leurs recettes provient de la T2A, le reste étant issu de sources de financement propres aux CHU, telles que les missions d'intérêt général-aide à la contractualisation (MIGAC). Malgré les efforts de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) pour répartir les compensations sur différents vecteurs de financement, il semble exister des lacunes dans le système actuel.

C1 - Interne

En 2024, le déficit de l'AP-HP, qui devait initialement baisser de 400 à 300 M€, excédera finalement largement les 400 M€, en raison notamment d'un manque à gagner lié à l'inflation et aux mesures salariales, représentant une centaine de millions d'euros supplémentaires.

Le directeur général précise que la situation n'est pas propre à l'AP-HP. Il évoque l'évolution des déficits hospitaliers, précisant qu'en 2020, l'ensemble des hôpitaux publics présentait un déficit de 200 M€, alors qu'en 2024, ce déficit atteindra 2 Md€. Sur ce montant, les CHU représenteront entre 1,1 et 1,2 Md€, soit une proportion bien supérieure à leur poids habituel dans l'activité ou les recettes du secteur hospitalier (environ 30 à 35 %).

Le directeur général souligne l'importance de ce déficit dépassant les 400 M€ pour l'AP-HP, pouvant entraîner une situation de tension financière. Il insiste sur la nécessité de trouver une réponse à cette problématique, si ce n'est en 2024, impérativement en 2025, sous peine de compromettre les projets d'investissement futurs.

Il prévient que l'ÉPRD examiné en décembre 2024 s'appuiera sur une exécution 2024 très dégradée par rapport aux prévisions initiales. Malgré cela, le budget 2025 devra rester cohérent avec la stratégie engagée, sans « coup de frein » prévu. Cependant, il alerte sur la nécessité d'une évolution positive en cours d'année 2025 pour éviter des difficultés collectives.

Concernant les points divers, **le directeur général** mentionne des discussions en cours avec la maternité des Lilas, qui rencontre des difficultés économiques. Il est envisagé que l'activité obstétrique de la maternité des Lilas, orientée vers les accouchements physiologiques, soit reprise par Tenon. Cette reprise inclurait l'activité et le personnel, qui passerait sous la bannière de l'AP-HP. Des réflexions sont en cours pour maintenir une activité de centre de soins (suivi de grossesse, interruption volontaire de grossesse [IVG]) sur le site actuel des Lilas, conformément à la demande de la mairie et de l'Agence régionale de santé (ARS).

Enfin, **le directeur général** évoque les résultats d'un questionnaire sur le « levier 17 » et l'appréciation que les chefs de service et cadres portent sur l'amélioration des processus. Près de 1 500 réponses ont été reçues. Variables selon les sujets, elles offrent un éclairage intéressant sur les progrès réalisés et les points à améliorer. Le directeur général note une certaine homogénéité dans les réponses entre les différents GHU, malgré quelques variations.

Le président indique qu'une question posée dans le fil de la conversation écrite porte sur les techniciens de laboratoire.

Le directeur général s'excuse de ne pas pouvoir fournir le chiffre immédiatement, promettant de le communiquer lors de la prochaine CME. Il précise que la situation n'est pas alarmante concernant les techniciens de laboratoire. Cette catégorie fait partie de celles où des pertes ont été enregistrées et où une légère amélioration est probable, à l'instar des manipulateurs et des IBODE. Toutefois, ces gains restent insuffisants.

Le Dr Christophe TRIVALLE demande si l'activité est au rendez-vous ou inférieure aux attentes.

Le directeur général exprime une anticipation positive pour le mois d'octobre 2024, qu'il pressent comme favorable. Il qualifie septembre 2024 de mois moyen, notant que les résultats sont légèrement en-deçà des attentes. Il garde bon espoir qu'octobre 2024 permette d'atteindre les

C1 - Interne

objectifs annuels fixés. Le directeur général conclut en adoptant une attitude optimiste, tout en restant dans l'attente des résultats concrets.

Le président annonce que la prochaine séance sera, en grande partie, consacrée à l'ÉPRD et à ces sujets qui seront discutés plus en détail en décembre 2024.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 8 octobre 2024

L'approbation du compte rendu de la CME du 8 octobre 2024 est reportée.

3. Point d'avancement du plan de l'AP-HP « Juste prescription & pertinence » (Mme Laurence Nivet, Prs Alain Luciani et Dominique Prié)

Mme Laurence Nivet précise que le dispositif vise à améliorer la qualité des soins tout en optimisant les ressources sur le plan économique, du développement durable et de l'organisation des professionnels. Un groupe de travail (*task force*) institutionnel pilote ce dispositif, réunissant le président de la CME, des représentants des collégiales, des GHU, des directions fonctionnelles et l'Agence générale des équipements et des produits de santé (Ageps). Son rôle est d'élaborer un plan d'action annuel, d'en assurer le suivi au niveau institutionnel et dans les GHU, et de favoriser le partage d'initiatives entre les GHU. Ce groupe de travail s'appuie sur trois comités spécialisés : le « comité médicaments et produits de santé », le « comité biologie » et le « comité imagerie ». Ces comités sont chargés d'élaborer et de mettre en œuvre les plans d'action dans leurs domaines respectifs.

Au niveau des GHU, des plans d'action spécifiques sont élaborés et présentés lors du dialogue de gestion annuel avec le siège. Le pilotage est assuré conjointement par les directeurs de GHU et les présidents de CMEL, afin de renforcer la portée de la démarche, d'impliquer l'ensemble des communautés et d'organiser des groupes de travail thématiques le cas échéant.

Mme Laurence Nivet souligne l'importance de la communication autour de cette démarche. Des présentations ont été réalisées à la CME, à la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & Capcu) et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (Csirmt). Des points réguliers sont également organisés avec la présidence de la CME.

Enfin, **Mme Laurence Nivet** annonce que deux grands axes sont présentés lors de cette séance, en commençant par la biologie.

Le Pr Dominique Prié commence par présenter les résultats de l'étude sur la juste prescription et la pertinence des soins menée en 2023, en se concentrant sur la partie biologique. Il explique la méthodologie suivie par le département médicotechnique de la direction de la stratégie et de la transformation (DST), qui a élaboré des tableaux de bord de la biologie à partir de deux pilotes. Ces données ont permis de réaliser des analyses macro et de déterminer des tendances de consommation d'examens biologiques par spécialité médicale. Ces informations ont ensuite été partagées et analysées avec les départements médico-universitaires (DMU) de biologie et les membres du comité de juste prescription et pertinence des soins lors de différentes réunions. L'analyse finale a permis d'élaborer des stratégies pour améliorer et optimiser la prescription.

C1 - Interne

Le Pr Dominique PRIÉ présente un exemple de tableau montrant la consommation de biologie par spécialité médicale et par GHU sur l'année 2023. Il précise que les données sont basées sur le nombre de journées d'hospitalisation du service d'accueil des urgences (SAU) et non sur le nombre de passages. Un graphique illustre la répartition des patients hospitalisés par spécialité médicale, la consommation par journée, et la valeur relative des examens biologiques consommés par chaque GHU. Il souligne les disparités observées entre les différents sites, prenant pour exemple l'hôpital Bichat, où le nombre de patients et la quantité de biologie « consommée » par patient diffèrent significativement des autres hôpitaux, même au sein de la même spécialité. Ces écarts peuvent s'expliquer par diverses raisons, mais l'objectif est d'abord de les identifier pour ensuite en comprendre les causes.

À la suite de ces analyses, plusieurs actions ont été planifiées pour 2024 et 2025, dont, tout d'abord, la finalisation de l'ensemble des tableaux de bord, qui serviront d'outils de repérage entre les sites, les spécialités et les services. Ces outils faciliteront le dialogue entre la direction, les DMU, les services cliniques, les cliniciens et les biologistes.

Ensuite, une collaboration avec les sociétés savantes et les collégiales a été lancée pour identifier et diffuser des recommandations et des bonnes pratiques de prescription par pathologie. L'objectif est de définir les examens nécessaires au diagnostic et d'identifier ceux qui sont superflus. Le Pr Dominique PRIÉ souligne que si les examens nécessaires sont généralement faciles à déterminer, l'identification des examens inutiles s'avère plus complexe. Il mentionne l'existence d'un modèle canadien publié en français et en anglais, proposant des tableaux détaillés. Cependant, il précise que ces tableaux ne peuvent pas être directement transposés dans le modèle français. Une adaptation est nécessaire. Il évoque également la question de la définition des délais de prélèvement entre deux prescriptions pour un même examen, sans entrer dans le détail.

Il souligne l'importance de travailler avec les sociétés savantes et les collégiales pour établir un consensus lorsque les recommandations n'existent pas. Un travail collaboratif a par exemple été réalisé sur les prescriptions de PCR (réaction de polymérisation en chaîne) en SAU, qui figurent parmi les examens de biologie les plus demandés sur tous les sites de l'AP-HP.

Le troisième axe évoqué concerne le développement, à partir des données, des échanges entre biologistes et cliniciens. L'objectif est de mettre en pratique les recommandations et de les diffuser efficacement. Il est également prévu de fournir à chaque service clinique des données sur leur niveau de prescription d'examens de biologie, en tenant compte de leur activité. Cette démarche est en cours dans les différents GHU.

Un autre axe de réflexion porte sur l'utilisation du logiciel « gestion des laboratoires avec interfaces multisites » (GLIMS), employé dans les laboratoires, pour identifier localement les demandes d'examens renouvelées. Cette analyse, menée au plus près du terrain, est en cours.

Le Pr Dominique PRIÉ évoque ensuite la possibilité d'intégrer la prescription connectée pour éviter les examens inutiles ou redondants. Ce système alerterait le prescripteur au moment de la prescription. Bien que cette idée semble simple, sa mise en œuvre est complexe en raison des contraintes informatiques. Des expériences ont déjà été menées sur certains sites. Il est nécessaire de cibler les examens à intégrer dans cette démarche.

C1 - Interne

Enfin, le **Pr Dominique Prié** souligne l'importance de suivre les effets de ces mesures, tant au niveau général qu'au niveau de chaque site. Les premiers résultats pourront être observés en fin d'année 2024 et l'année suivante. Il insiste sur la nécessité de vérifier l'efficacité et la durabilité de ces mesures. Malgré les défis potentiels à long terme, il se montre optimiste quant aux résultats.

Le président souligne que de nombreux patients se présentent à l'AP-HP avec des bilans biologiques préexistants ; il est donc important de s'interroger sur l'intégration de ces situations dans la réflexion globale.

Le Pr Dominique Prié souligne l'importance d'obtenir l'information, que l'AP-HP ne possède pas. Il propose une approche d'analyse a posteriori, en examinant les dossiers de patients arrivant de l'extérieur. Cette méthode consisterait à utiliser l'outil GLIMS pour vérifier les examens déjà réalisés à l'extérieur. Une comparaison entre différentes spécialités pourrait également être pertinente. Il insiste sur la nécessité d'une recherche approfondie, au cas par cas, soulignant que chaque exemple est unique et mérite une attention particulière.

Le Dr David Osman souhaite poser deux questions. La première d'entre elles concerne la représentation élaborée pour les SAU permettant d'identifier le volume de prescription biologique par site. Il souhaite savoir si cette représentation a été réalisée pour toutes les disciplines et s'interroge ensuite sur l'opportunité de diffuser cette représentation par discipline, la jugeant particulièrement frappante.

Le Pr Dominique Prié confirme que l'analyse est effectuée par discipline. Il souligne la nécessité d'affiner cette approche car certaines spécialités comme l'endocrinologie présentent des variations importantes selon les sites. Il insiste sur l'importance de comparer des éléments comparables pour éviter le risque de regrouper des données trop disparates sous une même catégorie générale. Un travail d'affinement est donc réalisé dans ce sens. L'objectif est de diffuser ces données affinées au niveau de chaque site pour faciliter la compréhension.

Le Dr David Osman formule une remarque générale sur le sujet de la juste prescription qu'il considère comme ancien et récurrent, avec à chaque fois un foisonnement d'idées mais aussi la nécessité de réactiver régulièrement la motivation des acteurs concernés. Bien que les idées soient souvent de bon sens, il estime que leur mise en application demeure complexe. Il suggère la création d'un groupe de travail spécifique pour réfléchir à l'application concrète de la juste prescription et à l'implication des chefs de service et des seniors auprès des internes, qui sont les principaux prescripteurs et doivent être mieux accompagner.

Le Dr David Osman met en lumière la difficulté particulière pour les internes d'appliquer la juste prescription, du fait d'une pratique médicale souvent défensive par crainte, légitime, de sous-prescrire. La question de l'accompagnement des internes est donc soulevée. Il propose de définir des moments dédiés dans l'activité du service pour favoriser la juste prescription (staff, visites...). Il conclut en suggérant que ce groupe de travail pourrait se concentrer davantage sur les outils et méthodes pratiques d'application plutôt que sur les idées théoriques de juste prescription.

Le président confirme que les internes sont les premiers prescripteurs.

Le Pr Dominique Prié évoque les différentes actions entreprises sur plusieurs sites. Il mentionne notamment l'utilisation de tableaux d'activité fournis aux chefs de service pour les sensibiliser. Des échanges et des analyses sont menés à la demande des responsables. Le principe consiste à ce que

C1 - Interne

chaque chef de service s'approprie ces données et les partage au sein de son équipe. Cette démarche permet une détermination plus précise des actions à mener ou à éviter avec les internes. **Le Pr Dominique PRIÉ** souligne la nécessité de renouveler ce processus chaque semestre. Il insiste sur la disponibilité des outils et l'importance d'un échange régulier entre cliniciens et biologistes à ce niveau.

Le Dr Julien FONSART informe l'assemblée qu'en début de semaine, les ministres de la Santé et de l'Économie, avant de quitter leurs fonctions en juillet 2024, ont lancé une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) sur la pertinence des actes en biologie et en imagerie. Cette mission est en cours. Il mentionne qu'il sera probablement convié à y participer la semaine suivante. Il exprime son inquiétude quant à la nature de cette mission, estimant qu'elle risque d'être particulièrement exigeante. Au vu de l'ordre de mission, il anticipe des conclusions sévères, visant à réduire drastiquement les coûts et l'activité dans ces domaines. Il s'engage à transmettre le document aux personnes présentes pour qu'elles puissent en prendre connaissance et tirer leurs propres conclusions.

Le Dr Cyril CHARRON souligne la difficulté majeure liée à la rotation des internes. Environ six mois sont nécessaires pour les former correctement, puis le processus recommence, ce qui s'avère particulièrement complexe puisque l'efficacité de la formation sur une baisse du nombre d'examens complémentaires n'intervient qu'au mieux en milieu de semestre. Il souligne que des mesures ont été mises en place dans le système *Orbis*, notamment des alertes rappelant qu'un examen a été effectué récemment, questionnant ainsi la nécessité de le renouveler. Il évoque également une initiative antérieure visant à afficher le tarif des examens dans *Orbis* au moment de la prescription. Cette mesure pourrait, selon lui, sensibiliser les prescripteurs au coût des actes médicaux. Il donne l'exemple d'un test PCR, dont le prix exact lui échappe, mais estime qu'une telle information pourrait modérer les prescriptions excessives.

Le Dr Cyril CHARRON observe que les patients ne sont pas les seuls à méconnaître le coût des examens, les professionnels de santé eux-mêmes en ayant souvent une idée imprécise. Il suggère que l'affichage des prix dans *Orbis*, même à titre indicatif, pourrait contribuer significativement à la réduction des prescriptions inutiles. Bien que ces tarifs puissent varier, il estime qu'un ordre de grandeur serait déjà utile pour atteindre cet objectif.

Le Pr Dominique PRI explique qu'en dehors d'*Orbis*, le coût de chaque examen figure dans les données fournies aux cliniciens, notamment dans le tableau évoqué précédemment. Ces informations peuvent également être transmises directement aux internes. Concernant *Orbis*, il indique qu'une réflexion est en cours. Il suggère d'adopter une approche expérimentale dans un premier temps, en raison de la complexité du système. En effet, toute modification apportée à *Orbis* s'avère compliquée. Il évoque sa participation à une réunion la veille à la DSN pour traiter de ce sujet. Il souligne que convaincre les parties prenantes n'est pas aisé. Il confirme son accord sur les différentes actions proposées, tout en insistant sur la nécessité d'une éducation continue des utilisateurs.

Mme Laurence NIVET apporte une information complémentaire concernant le système *Orbis*. Elle souligne l'importance d'y intégrer non seulement les éléments relatifs aux arrivées ou aux coûts, mais également l'empreinte carbone. Cette suggestion s'appuie sur les travaux en cours portant sur ce sujet. L'objectif est de disposer de ces données documentaires pour faciliter la prescription.

C1 - Interne

Le Pr Nicolas DE ROUX confirme l'intérêt des chefs de service pour le futur retour. Il souligne une évolution marquante des dernières années, particulièrement dans le domaine de la chimie : la mise en place de la biologie délocalisée. Cette pratique, observée récemment à l'hôpital Robert-Debré, s'accompagne d'une inflation des coûts. En effet, les résultats remontent in fine vers les laboratoires pour des validations définitives. Il explique que la simplification du processus analytique pour les médecins engendre paradoxalement une augmentation des prescriptions et donc des coûts. Contrairement aux idées reçues, la biologie délocalisée s'avère plus onéreuse que la biologie centralisée en laboratoire. Il s'interroge sur la prise en compte de ce phénomène et son évaluation dans le projet présenté.

Le Pr Dominique PRIÉ souligne l'importance de la biologie délocalisée et sa nécessité d'être analysée en fonction de chaque site au niveau des coûts. Il admet ne pas avoir d'opinion arrêtée sur le sujet, certains sites rencontrant des difficultés, quand d'autres n'en subissent pas. En l'occurrence, d'autres facteurs pourraient être en jeu. Selon lui, la biologie délocalisée n'améliorera ni n'aggravera significativement la justesse des prescriptions globales. Cependant, il reconnaît un impact potentiel sur les coûts. La variabilité est notable. Certains chefs de service intègrent cette pratique pour quelques examens seulement. En réalité, toutes les analyses ne peuvent être effectuées ainsi. Dans certains cas spécifiques comme ceux relevant du SAU ou de la réanimation, elle peut s'avérer utile, mais reste insuffisante pour résoudre entièrement le problème de la juste prescription médicale.

Mme Laurence NIVET ajoute que ce sujet figure au plan d'action. Il a déjà été abordé, en particulier en collégiale des services d'urgence.

Le directeur général réagit aux propos du Dr Cyril CHARRON concernant l'affichage des prix dans *Orbis*. Il exprime des doutes quant à la facilité et la rapidité de mise en place de cette mesure, n'ayant pas reçu de retour de la direction des services numériques (DSN). Cependant, il suggère que, dans un souci pédagogique, il serait possible de communiquer dès à présent certains éléments tarifaires lors des réunions de service et lors de l'accueil des internes. Cette démarche permettrait déjà de se familiariser avec les ordres de grandeur.

Néanmoins, **le directeur général** estime que l'affichage des prix dans *Orbis* ne suffira pas à freiner les prescriptions. Celles-ci seront freinées grâce à un rationnel médical. Il insiste sur l'importance du travail en cours visant à établir des cadres de prescription et à identifier les prescriptions inutiles. Cette démarche doit être constamment renouvelée.

Concernant la formation des internes, **le directeur général** reconnaît la difficulté de reprendre ce sujet tous les six mois. Il rappelle toutefois que la vocation des CHU est de former les futurs médecins. Cet aspect fait partie intégrante de leur mission. Le directeur général souligne l'importance d'un travail répété au fil des générations d'internes, basé sur des rationnels médicaux.

Quant à la mission IGAS-IGF, il exprime des réserves. Si les recommandations se limitent à une baisse des prix, les conclusions ne correspondraient pas à l'objectif de questionner la pertinence des actes. Il s'interroge sur la légitimité d'un rapport qui aboutirait à des interdictions, des retraits d'actes ou des baisses tarifaires. En revanche, il accueillerait favorablement des propositions visant à améliorer la collaboration des communautés médicales et l'appropriation des recommandations

Le directeur général conclut en affirmant que l'efficacité viendra davantage du travail collectif mené en interne que d'un rapport d'inspection. Il attend beaucoup de l'inspection concernant les sous-

C1 - Interne

compensations salariales, mais estime que la qualité des pratiques médicales se joue au sein même des équipes et de la communauté médicale.

Le Dr Juliette PAVIE évoque les initiatives mises en place avec le Pr Nathalie COSTEDOAT-CHALUMEAU dans le cadre du DMU, visant à adopter une approche écologique et à réfléchir à l'empreinte carbone. Un groupe de travail a été formé pour analyser les chiffres de manière artisanale. Il a été constaté qu'en moyenne, 10 examens par jour étaient réalisés par patient hospitalisé et 30 en hôpital de jour, ce qui est beaucoup. Des propositions ont été établies et présentées aux nouveaux internes lors de leur arrivée. Cette présentation est bien accueillie car les internes sont sensibles aux enjeux écologiques. Ils sont encouragés à faire mieux que leurs seniors. Dix commandements ont été définis pour repenser la prescription médicale, parmi lesquels favoriser la voie orale plutôt que la voie intraveineuse si possible, retirer les perfusions et cathéters dès que nécessaire, supprimer les isolements inutiles. Concernant la prescription d'examens biologiques ou radiologiques, il est recommandé de ne prescrire que ceux ayant une pertinence clinique susceptible de modifier la prise en charge des patients. Ce message est particulièrement bien reçu par les jeunes médecins. Il incite également les plus expérimentés à revoir leurs pratiques.

Avoir ces principes en tête favorise déjà une « dé-prescription » réfléchie. Les bilans systématiques sans réflexion tendent ainsi à disparaître progressivement. Des actions locales peuvent ainsi également être efficaces et bien acceptées si elles sont le fruit de réflexion commune.

Le président remercie le Dr Juliette PAVIE pour son témoignage et souligne que la présentation du Pr Nathalie COSTEDOAT-CHALUMEAU était éloquente. Il indique le message mis sur l'écran de la visioconférence dans la conversation écrite par le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAUS informant que la commission de développement durable mène également des actions importantes. Ce sujet suscite une sensibilité croissante.

Le Pr Sophie GEORGIN-LAVIALLE mentionne l'accueil des internes qui a eu lieu la veille de la présente réunion à l'hôpital Tenon. De nombreuses présentations sur le fonctionnement de l'hôpital et de l'AP-HP y sont réalisées. En tant que responsable de la commission des internes de Tenon, elle propose d'ajouter une courte communication lors de l'accueil des nouveaux internes sur le coût de certains examens ou un quiz sur les dix prescriptions les plus fréquentes. Ces initiatives, similaires à celles évoquées par le Dr Juliette PAVIE, pourraient être généralisées et dupliquées dans tous les sites si elles s'avèrent efficaces dans un groupe hospitalier. Une activité ludique pourrait même être proposée sous forme d'animation. Elle se demande également s'il existe une application permettant aux internes de se tester sur ces sujets. Elle souligne que cette proposition est réalisable puisque diverses thématiques sont déjà abordées avec les internes telles que les mesures d'hygiène, les soins palliatifs et intensifs.

Le président confirme l'intérêt de tirer parti des initiatives qui fonctionnent efficacement.

Mme Marine LOTY s'exprime au nom des internes. Elle convient de la nécessité d'une formation pour les six mois passés dans les CHU. Elle souligne une lacune importante : la méconnaissance du prix des prescriptions par les internes. Elle rappelle que chaque prescription devrait être relue par un senior, ce qui n'est pas toujours le cas. Cette absence de vérification pourrait expliquer les excès de prescription.

Elle évoque ensuite l'existence de « bilans standards » dans de nombreux services, accessibles via le logiciel *Orbis*. Ces bilans, souvent anciens, comportent de nombreux éléments dont la pertinence n'est pas toujours comprise par les internes. Pourtant, il leur est demandé fréquemment de prescrire ces bilans standards dès l'arrivée d'un patient, sans nécessairement en justifier la nécessité. Elle suggère que cette pratique systématique des bilans standards pourrait être à l'origine de davantage de problèmes que de solutions. Une révision de ces bilans dans tous les services serait souhaitable pour en vérifier la pertinence actuelle.

En conclusion, elle réaffirme l'importance de la formation semestrielle des internes, tout en remettant en question l'approche consistant à prescrire des bilans standards par simplicité, plutôt que par nécessité médicale avérée.

Le Pr Alain LUCIANI présente la partie du projet « Juste prescription et pertinence » relative à la réflexion menée autour de l'imagerie médicale. Il remercie les collègues du bureau de la collégiale pour leur contribution à la définition de quatre objectifs principaux.

Le premier objectif vise à optimiser les ressources humaines en redonnant du temps aux soignants, particulièrement aux manipulateurs en radiologie. L'intention est de réduire le temps consacré aux radiographies au lit potentiellement inutiles pour le réinjecter dans les services d'imagerie auprès des malades.

Le deuxième objectif concerne l'amélioration de la qualité des soins par la réduction de la redondance des examens et l'amélioration de leur pertinence. Il se traduirait par une réduction des examens superflus, permettant ainsi un meilleur accès à l'expertise radiologique pour les patients en attente. En outre, il contribuerait à limiter l'exposition aux rayonnements ionisants.

Le troisième enjeu, économique, est lié à la modification du mode de distribution des produits de contraste. Le coût étant désormais à la charge du prescripteur, un suivi précis sera nécessaire, notamment dans le contexte du renouvellement de l'appel d'offres pour ces produits.

Le quatrième objectif, partagé avec la biologie, concerne l'effort de décarbonation. Ce levier est particulièrement important pour les jeunes générations, souvent plus sensibles à cet argument qu'à celui de la performance économique.

Pour atteindre ces objectifs, quatre axes de travail ont été définis : l'optimisation des radiographies au lit des patients, la réduction de la redondance des examens, l'amélioration de la pertinence des indications, l'utilisation judicieuse des produits de contraste.

Concernant les radiographies au lit, un travail collaboratif a été mené avec la collégiale des responsables réanimateurs et de médecine intensive et de réanimation.

Une étude de coût a également été réalisée, révélant qu'une radiographie au lit coûte 26,05 € à l'institution, alors que le remboursement théorique par la Sécurité sociale pour une radiographie thoracique facturée en acte externe est de 21 €. Avec environ 200 000 radiographies au lit effectuées chaque année à l'AP-HP, l'impact en coût de ces actes de radiographie délocalisés est significatif.

Le Pr Alain LUCIANI souligne l'importance d'évaluer cet indicateur dans chaque groupe hospitalier et d'engager une démarche de réduction des radiographies au lit, en collaboration avec les DMU d'imagerie. Il insiste également sur la nécessité de sensibiliser les médecins demandeurs hors

C1 - Interne

réanimation et de partager les indicateurs de demandes par service et par pathologie. Il évoque, par ailleurs, le rôle formateur de l'institution concernant les recommandations sur la redondance et la pertinence des examens d'imagerie pour les médecins demandeurs.

Le Pr Alain LUCIANI souligne l'importance de la formation des internes dans les CHU, en particulier pour éviter une médecine défensive, notamment en radiologie. Il observe une tendance croissante à multiplier les examens par précaution, ce qui rejoint la question de la « séniorisation ». En effet, la présence d'un médecin senior est rassurante. Elle peut entraîner une réduction des demandes d'examens d'imagerie. Il rappelle également l'existence de guides reconnus, tels que le guide du bon usage des examens d'imagerie ADERIM (aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale) élaboré par la Société française de radiologie et accessible gratuitement en ligne dont l'intégration dans les outils numériques de l'institution est souhaitée par la collégiale de radiologie. Enfin, face à la demande croissante d'examens d'imagerie, pour des raisons justifiées ou non, il est crucial de se concentrer sur la pertinence des actes.

Le Pr Alain LUCIANI propose plusieurs axes d'action. En premier lieu, il insiste sur le respect du guide et la nécessité de rendre ADERIM accessible, en particulier lors de l'accueil des internes. En outre, il préconise d'éviter les redondances inutiles et de réintégrer les examens extérieurs. À titre d'exemple, il signale que 7 000 examens extérieurs sont réintégrés chaque année à l'hôpital Henri-Mondor de manière centralisée (guichet unique pour tout le GHU) permettant un suivi efficace et des comparaisons utiles. Il suggère des actions de communication lors de l'accueil des juniors sur l'accessibilité de l'ADERIM. Il souhaite une forte communication sur ce point, avec le soutien du siège pour un déploiement dans les différents groupes hospitaliers. Il insiste par ailleurs sur la nécessité d'optimiser la réintégration des examens extérieurs, notamment par la fusion des identités, tout en tenant compte des organisations spécifiques à chaque groupe hospitalier. Il exprime le besoin d'indicateurs par grandes indications (ou groupes homogènes de séjour [GHS]), par exemple, pour connaître le nombre moyen de scanners demandés lors d'un séjour pour le traitement d'une sigmoïdite. Il estime que ces informations devraient être accessibles dans les systèmes d'information existants.

Concernant les produits de contraste, **le Pr Alain LUCIANI** évoque une modification récente du mode de distribution, avec une compensation partielle du forfait technique pour les patients externes. Il souligne que la fourniture de ces produits incombe désormais à l'institution, ce qui implique des préoccupations à la fois économiques et environnementales au sein des équipes de radiologie. Malgré la récupération des fonds de flacons, une partie du produit de contraste se retrouve « dans la nature » après excrétion par les patients.

Le Pr Alain LUCIANI mentionne la contribution du Pr Olivier CLÉMENT, président du comité interdisciplinaire de recherche et de travail sur les agents de contraste en imagerie (CIRTACI) de la Société française de radiologie (SFR), qui a produit des recommandations cette année. Il encourage la diffusion et l'application de ces recommandations dans tous les services de radiologie de l'institution. Il préconise également de vérifier pour chaque équipement médical lourd (scanner ou IRM) la présence d'injecteurs adaptés à l'utilisation en multi-patients pour optimiser l'utilisation et limiter les coûts. Il évoque la refonte de l'appel d'offres pour les contrastes AP-HP. Enfin, il insiste sur l'importance de l'information et de la formation concernant le respect des recommandations

C1 - Interne

dans les services d'imagerie. Il conclut en confirmant que les principes précédents guideront la recherche de pertinence et de juste demande en 2025.

Le Dr Olivier MILLERON évoque le travail en radiologie avec des scanners et le transfert des informations vers l'AP-HP. Un système efficace est déjà en place à l'hôpital Bichat où les transferts s'opèrent par le biais de l'outil régional de télémédecine d'Île-de-France (ORTIF) avec l'envoi d'un court message. La principale difficulté réside dans l'identification de l'interlocuteur approprié au sein de chaque groupe hospitalier. Il propose que les sociétés savantes créent un annuaire accessible pour faciliter la prise de contact avec les personnes responsables du transfert des scanners. Il souligne la rapidité de la procédure lorsque la personne est identifiée. Il invoque par conséquent la possibilité d'une amélioration significative. En outre, il considère qu'une comparaison par spécialité n'a pas beaucoup de sens. En revanche, grâce aux groupes homogènes de malades (GHM), il serait possible d'évaluer la façon dont chaque service se comporte sur les cas fréquents et s'il existe une grande variabilité au sein du service ou par rapport aux autres services.

Le Pr Pierre-Yves BRILLET, membre de la collégiale de radiologie, soulève une question concernant les produits de contraste iodés. Il évoque une évaluation de l'économie réalisable sur ces produits grâce à l'utilisation de scanners de milieu et haut de gamme. Cette économie est estimée à plusieurs dizaines de milliers d'euros par site. Il précise que cette observation lui a été communiquée l'année précédente pour son propre site. Il demande des précisions sur ce sujet, soulignant qu'il constitue une incitation à maintenir un équipement de haut niveau.

Le Pr Alain LUCIANI fait référence aux publications récentes concernant l'imagerie spectrale et le comptage photonique, qui permettent de réduire la dose utile de produits de contraste de 30 à 40 %, tout en maintenant la même qualité image de l'organe examiné. Cette réduction d'un tiers, appliquée au volume total de produits de contraste iodés injectés à l'hôpital, peut représenter des économies significatives. De surcroît, cette pratique contribue à diminuer le risque de néphrotoxicité des produits de contraste, particulièrement chez les patients âgés et fragiles.

Le Pr Pierre-Yves BRILLET en déduit que le surcoût des matériels haut de gamme serait amorti en trois ans environ.

Le Pr Alain LUCIANI invoque la nécessité d'un modèle économique.

Le Pr Agnès HARTEMANN pose une question concernant l'hospitalisation conventionnelle. Elle indique que, dans le cadre de l'hôpital de jour, il est parfois tentant de réaliser des bilans systématiques et des examens non indispensables pour respecter les critères de cotation. Elle demande des détails sur ces dépenses par rapport à celles engagées en hospitalisation conventionnelle.

Le Pr Alain LUCIANI observe que la réponse dépend des politiques des GHU. Concernant l'hôpital Henri-Mondor, les hospitalisations de jour (HDJ) qui ne reposeraient que sur de l'imagerie ont été fortement limitées pour deux raisons principales. En premier lieu, un problème organisationnel se pose puisque les HDJ concentrent tous les rendez-vous sur les mêmes plages horaires, avec une grande variabilité, ce qui empêche l'optimisation des plannings. Or, l'optimisation des plannings d'imagerie est aujourd'hui une nécessité. En outre, l'aspect financier est à prendre en compte. Lorsqu'un patient vient en externe, l'institution bénéficie d'une valorisation externe. Les forfaits techniques sont intégrés dans l'hôpital de jour, mais peuvent être plus avantageux lorsqu'ils sont facturés séparément.

C1 - Interne

Le Pr Alain LUCIANI souligne qu'il convient d'éviter l'hôpital de jour uniquement pour réaliser de l'imagerie. Cependant, si l'ensemble des activités d'hôpital de jour est justifié et qu'il est possible d'y intégrer de l'imagerie, le sujet mérite réflexion.

Le président évoque une anomalie courante dans les examens médicaux, qu'il s'agisse de biologie ou d'imagerie : lorsqu'ils sont réalisés pour un patient hospitalisé, ils ne sont pas comptabilisés individuellement et sont inclus dans un forfait global. En revanche, lorsqu'il s'agit d'actes externes, des revenus supplémentaires sont générés, ce qui est paradoxal mais conforme à la réalité actuelle.

Il conclut en soulignant l'importance de la proximité entre les demandeurs et les personnes qui réalisent les examens. Il estime que certaines habitudes se perdent, comme échanger par téléphone ou organiser des réunions pour privilégier les contacts directs. Ces pratiques favorisent également l'enseignement médical, mission essentielle et responsabilité partagée par tous.

Le président estime que la formation des médecins futurs prescripteurs hors hôpital est cruciale. Les consultations révèlent parfois des bilans peu cohérents chez les patients externes, ce qui interroge sur la qualité de ces prescriptions. La médecine défensive a été mentionnée comme un phénomène présent aussi bien en hôpital de jour qu'en hospitalisation conventionnelle. La réduction du temps d'hospitalisation incite parfois à réaliser des examens anticipés qui ne seraient pas apparus pertinents selon une logique algorithmique stricte.

Enfin, **le président** évoque l'exemple canadien pour inviter les membres de la CME à consulter le site internet *Choose wisely*, qui offre une approche exemplaire dont la France pourrait s'inspirer pour améliorer ses pratiques médicales.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU indique que la commission développement durable comprend plusieurs groupes de réflexion sur la décarbonation et traitant de sujets parfois redondants autour de la prescription, notamment en radiologie, biologie et réanimation. Des réunions communes sont prévues pour aborder les questions transversales. De nombreuses initiatives sont menées dans les groupes hospitaliers, mais la communication autour de ces expérimentations, souvent concluantes, manque de coordination. Elle souligne l'importance de former les jeunes professionnels, particulièrement sensibles à ces enjeux. Elle juge pertinente l'intention d'intégrer l'empreinte carbone dans les réflexions sur les pratiques de prescriptions, surtout lorsqu'elle permet des comparaisons concrètes. Elle évoque à ce sujet une expérience menée au self de l'hôpital Trousseau, où l'impact carbone des repas était présenté à enlever car pas dans le contexte de la prescription. Elle insiste sur la nécessité de trouver des canaux d'une communication pour généraliser les bonnes pratiques. Le principal défi identifié reste la diffusion efficace des bonnes pratiques entre les différents services. Bien qu'aucune solution idéale n'ait encore été trouvée pour améliorer cette communication, elle insiste sur la richesse des initiatives déjà en place.

Le directeur général confirme l'une des principales difficultés sur lesquelles il convient de travailler, à savoir le partage des nombreuses initiatives locales. Il explique que ce processus, bien qu'en apparence simple, s'avère en réalité très complexe. Pour un partage efficace, il est nécessaire de bien comprendre, ce qui requiert du temps. Le directeur général précise que cette démarche ne peut se résumer à une simple fiche déposée sur une application de partage de documents (*SharePoint*) qualifiant ce type d'approche d'inefficace. Il suggère aux participants de prendre le temps de réfléchir à cette question complexe, en se concentrant sur la création de

C1 - Interne

méthodes et de moments dédiés au partage d'expériences, sans nécessairement recourir à de grandes réunions. Il insiste sur l'importance de cette approche, la qualifiant à la fois de décisive et de difficile à appréhender. Il conclut en soulignant le caractère hautement stratégique de cette question, qui est à la fois pertinente et cruciale pour l'organisation.

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU exprime son accord, en soulignant la difficulté de la tâche. Le partage d'informations et d'expériences au sein des grands GHU est particulièrement complexe, même à l'intérieur d'un même GHU.

Le directeur général évoque l'importance des conférences en ligne (« webinaires ») qui parviennent à rassembler un grand nombre de participants. Ces événements favorisent les échanges humains grâce aux interactions verbales. Ils peuvent inclure plusieurs témoignages autour d'actions concrètes. Il est essentiel d'expérimenter le partage de réussites locales et concrètes, afin de pouvoir les reproduire à une plus grande échelle.

Le président propose de revenir sur le sujet en CME ultérieurement.

Le Pr Anne COUVELARD confirme les nombreuses initiatives menées au sein des commissions centrales et des commissions des GHU. Elle souligne que certaines personnes participent simultanément aux commissions locales et centrales. Cette double participation favorise des échanges essentiels pour le bon fonctionnement de l'organisation.

4. Intelligence artificielle

- Retour sur le séminaire de l'AP-HP du 18 octobre sur l'intelligence artificielle (Dr Cyril CHARRON)

Le Dr Cyril CHARRON rend compte de l'organisation d'un séminaire sur l'intelligence artificielle (IA) à l'AP-HP né d'une réflexion à la suite d'un voyage d'étude à l'étranger. Cette initiative, portée par la sous-commission *Numérique* de la CME, visait à dresser un état des lieux des pratiques en France et en Europe, particulièrement à l'AP-HP. Un groupe de travail sur l'IA avait déjà été créé, animé par les Prs Ferdinand DHOMBRES et Nadya PYATIGORSKAYA. En parallèle, la direction de la stratégie et de la transformation (DST) avait entamé une démarche sur l'IA, ce qui a conduit à une collaboration entre la DST, la direction des services numériques (DSN) et la sous-commission *Numérique* de la CME pour le séminaire. Initialement prévu en « présentiel » au siège de l'AP-HP, l'événement a eu lieu en format hybride face au nombre important d'inscriptions. Plus de 1 000 personnes se sont inscrites, avec 150 participants sur place et plus de 900 connexions à distance.

La journée était structurée en deux parties. La matinée, en français, était consacrée aux expériences françaises et européennes. M. Perceval WAJSBÜRT a présenté les fondamentaux de l'IA et ses enjeux. Mme Sandrine DEGOS, de la société *Care Insight*, a dressé un panorama des applications de l'IA en santé en France et en Europe. Le Pr David MORQUIN, de l'université de Montpellier, a abordé l'intégration de l'IA dans les logiciels existants, avec d'impressionnantes démonstrations en direct.

Une table ronde composée intégralement d'intervenants de l'AP-HP a ensuite mis en lumière les réalisations internes. Le Dr Christel GÉRARDIN a présenté un travail sur la reconnaissance des patients similaires pour définir des cohortes. Le Pr Jean-Emmanuel BIBAULT a exposé les applications de l'IA en cancérologie et en imagerie. Le Dr Romain LEENHARDT a montré les possibilités de l'IA en endoscopie.

C1 - Interne

L'après-midi était dédié aux interventions de grands témoins étrangers. MM. Christopher ROSS de la *Mayo Clinic* et Muhammad MAMDANI de *Unity Health Toronto* ont présenté deux approches différentes de l'IA en santé. M. Christopher ROSS préconise l'achat et l'adaptation de solutions IA existantes, tandis que M. Muhammad MAMDANI privilégie le développement interne en collaboration avec les cliniciens, moins coûteux et plus efficace plus rapidement.

Le Dr Cyril CHARRON souligne le succès de cette journée, dont le résumé et les enregistrements sont disponibles dans le journal interne de l'AP-HP, avec des options de sous-titrage pour la partie en anglais.

Le président confirme que la journée était extrêmement intéressante.

- Premières réflexions pour l'élaboration d'une feuille de route « Intelligence artificielle » de l'AP-HP (Dr Ayden TAJAHMADY)

Le Dr Ayden TAJAHMADY indique que l'objectif du travail mené était d'élaborer une stratégie autour de l'IA, dans un contexte d'évolution rapide des technologies et des usages. Un recensement a permis d'identifier près de 300 projets liés à l'IA au sein de l'AP-HP, principalement dans la recherche, le développement et l'aide au diagnostic. Ces projets se développent actuellement sans cadre institutionnel défini, notamment d'un point de vue technique.

Une méthodologie innovante a été adoptée pour mener des ateliers. L'approche visait à identifier les enjeux, les besoins partagés et les questionnements stratégiques à partir de l'expérience concrète des participants. Cinq ateliers thématiques ont été organisés : cartographie et catégorisation des projets d'IA, usages de l'IA dans le parcours de soins (présent et futur), impact de l'IA sur la recherche et la formation, l'IA dans les fonctions supports, administratives et de soins, identification des outils existants, des solutions potentielles et des obstacles rencontrés.

Ces ateliers ont réuni 59 participants aux profils variés, incluant des médecins, des cadres et des acteurs des services administratifs.

Les principaux constats issus de ce travail sont les suivants.

L'IA est considérée comme une technologie d'intérêt général, ayant un impact sur l'ensemble des dimensions du fonctionnement de l'AP-HP et des établissements de santé. Les systèmes d'information actuels n'ont pas été conçus pour fonctionner avec l'IA, en particulier pour son utilisation courante dans les soins. Bien que cette situation ne soit pas bloquante à court terme, il existe un véritable enjeu d'évolution à moyen terme.

Le Dr Ayden TAJAHMADY souligne que ce constat sur les systèmes d'information est partagé par d'autres intervenants, notamment M. Christopher ROSS lors du séminaire évoqué précédemment.

Il évoque une situation paradoxale où il est nécessaire de se projeter sur la stratégie et les investissements autour de l'intelligence artificielle (IA), alors que des usages quotidiens, y compris non encadrés, sont déjà présents. De nombreuses personnes utilisent des outils comme *ChatGPT* dans leur pratique quotidienne. Il est nécessaire de concilier ces deux temporalités.

Par ailleurs, les rôles et responsabilités en matière d'IA ne sont pas clairement définis. Il est possible de lancer un projet de recherche en IA, mais les processus pour acheter un outil ne sont pas clairement définis. Une meilleure maîtrise nécessite une clarification de ces processus.

C1 - Interne

Malgré la multitude de projets existants, peu sont déployés durablement, ce qui soulève des questions économiques importantes concernant l'IA. L'exemple le plus frappant concerne l'imagerie médicale avec environ trente à quarante algorithmes analysant un tiers des clichés standards via l'IA. Ces outils ont été initialement mis à disposition gratuitement, mais nécessitent désormais un financement pérenne, posant notamment la questions d'un paiement à l'usage ou d'autre modèle économique. Des cas d'usage « opportunistes » émergent souvent lorsque du financement est disponible plutôt que par nécessité fonctionnelle ou médicale claire. Cependant, cette diversité permet également de tester diverses applications.

L'appropriation organisationnelle de l'IA représente un potentiel transformateur significatif avec des impacts positifs et négatifs sur les métiers concernés, suscitant parfois des craintes parmi les professionnels. Anticiper ces transformations est crucial pour comprendre quels métiers seront affectés et dans quelle mesure.

Quatre grandes catégories thématiques ont été identifiées pour travailler au-delà des constats initiaux. La première d'entre elles concerne le positionnement stratégique et la gouvernance. Est-il nécessaire d'acheter, de produire ou de co-produire l'IA ? Cette question n'a pas encore trouvé de réponse unique. Par ailleurs, la collaboration avec des partenaires externes développant des algorithmes pose également plusieurs questions lors du passage en mode routine. La troisième catégorie thématique porte sur les modèles économiques. Payer pour utiliser un algorithme intégré dans toute une infrastructure AP-HP interroge profondément. Enfin, il convient d'encourager la fluidité expérimentale malgré les complexités liées aux données.

L'infrastructure et les données constituent le deuxième point majeur nécessitant une réflexion approfondie afin d'assurer une mise œuvre efficace des solutions envisagées. **Le Dr Ayden TAJAHMADY** souligne l'importance d'adapter le système d'information à l'IA sur plusieurs années, ce qui représente un enjeu majeur pour son utilisation dans la pratique courante. Il insiste sur la nécessité de garantir l'accès à des données de qualité, en particulier pour les projets de recherche, qui peuvent rencontrer des difficultés en raison de leur nouveauté. Des outils et méthodes existants doivent être mieux connus et organisés, avec un cadre juridique sécurisé, notamment pour le co-développement. Il explique que l'IA n'est pas simplement un logiciel, mais la combinaison d'un logiciel, de données et d'une infrastructure. Le produit final est spécifique aux données sur lesquelles il a été entraîné, ce qui constitue un enjeu important.

Concernant l'évolution des métiers, il souligne l'importance d'accompagner tous les agents, pas uniquement les soignants, dans l'utilisation de l'IA. Il est essentiel de former le personnel à l'utilisation de ces outils, dont l'usage se généralise parfois sans une pleine compréhension des enjeux concernant les données et les coûts. Il compare l'apprentissage de l'utilisation de l'IA à la lecture critique d'articles, suggérant qu'il s'agit d'une compétence à acquérir.

Le Dr Ayden TAJAHMADY mentionne également l'utilité potentielle de l'IA dans l'amélioration des processus métiers, comme le recrutement. Toutefois, il reconnaît que l'IA peut susciter des craintes quant à la disparition de certains métiers. Bien que cette disparition soit peu probable à court terme, de nombreux métiers seront transformés, nécessitant un accompagnement pour gérer les appréhensions et les oppositions potentielles.

C1 - Interne

Le Dr Ayden TAJAHMADY aborde ensuite les enjeux liés au développement durable, à l'éthique et à la réglementation, en particulier concernant la responsabilité médicale. Cette question a été fréquemment soulevée lors du séminaire, notamment sur l'impact de l'utilisation de ces outils sur la responsabilité médicale. Actuellement, ces outils sont considérés comme des dispositifs médicaux et sont régis par la réglementation correspondante. Cependant, l'absence de jurisprudence rend difficile la prédiction de l'évolution de cette situation. Il souligne l'importance des questions éthiques, notamment dans le choix et l'évaluation des outils d'IA. Il rapporte que les ateliers menés ont mis en évidence la nécessité d'établir des principes de fonctionnement et des règles dans ce domaine.

Le président souligne l'arrivée rapide de l'intelligence artificielle, particulièrement dans le domaine de l'image où les avancées sont les plus significatives. Il constate l'importance pour la communauté médicale et hospitalière de s'approprier et de comprendre ces développements, plutôt que de rester passive.

Concernant le développement d'algorithmes, il estime qu'il est préférable de les élaborer en fonction des cas d'usage. Il note que les objectifs définis peuvent varier selon la perspective, qu'il s'agisse de celle d'un soignant ou d'un industriel créant l'algorithme.

Il insiste sur l'importance des données comme matière première, soulignant la nécessité de disposer d'entrepôts de données et de la capacité à collecter et exploiter des données de qualité. Il établit un parallèle entre la pertinence recherchée pour les examens biologiques et celle nécessaire pour l'IA.

Abordant les aspects négatifs de l'IA, **le président** mentionne l'incertitude quant à son utilisation et les implications juridiques. Il souligne que les médecins utilisant des outils d'IA devraient théoriquement connaître le fonctionnement des algorithmes, ce qui est rarement le cas en pratique.

Il évoque ensuite l'impact carbone non négligeable de l'IA et fait référence à la croissance exponentielle de l'accumulation de données au niveau mondial, précisant que les données médicales ne représentent qu'une partie de cet ensemble. Il mentionne à titre d'exemple la quantité importante de données générées par l'industrie pornographique.

Pour illustrer l'ampleur de cette croissance, **le président** indique que le volume actuel de données est d'environ 2 000 zettaoctets au niveau planétaire, un zettaoctet équivalant à 1 000 milliards de giga-octets. Il prévoit une augmentation à 35 000 zettaoctets dans cinq ans, soulignant l'impact carbone considérable induit.

Le Dr Cyril CHARRON souligne l'intérêt des pratiques nord-américaines mais rappelle que les Canadiens et les Américains ont une approche de l'IA axée sur le retour sur investissement immédiat. En Europe, la réflexion autour de l'IA est davantage orientée vers la recherche. Par exemple, si ces pays investissent entre 12 et 16 M€ par an dans des entreprises comme *Nabla* ou *Nuance*, cela entraînera immédiatement la suppression de postes de secrétaires. Une telle situation serait inacceptable en France. Les investissements nord-américains visent à remplacer des métiers rapidement pour réaliser des économies financières immédiates, sans se soucier du gain de temps ou d'autres bénéfices non financiers. Cette différence fondamentale doit influencer la manière européenne de réfléchir et d'investir dès maintenant dans le domaine de l'IA.

C1 - Interne

Le directeur général souligne le prix demandé par la société *Nuance* pour acquérir sa solution, par ailleurs de grande qualité.

Il constate qu'un état des lieux a été effectué. Il est essentiel à présent de structurer les travaux afin d'avancer, notamment vers un cadre d'expérimentation fluide. À ce jour, quelques cas d'usage évidents ont été identifiés pour progresser.

La veille de la présente séance, comme l'a indiqué le Dr Cyril CHARRON, la réunion mensuelle autour des sujets d'innovation s'est tenue avec des représentants des GHU et de la CME. La discussion a porté principalement sur les outils d'aide à la rédaction des comptes rendus médicaux hospitaliers. Plusieurs solutions ont été testées dans le domaine. Ce cas d'usage suscite beaucoup d'intérêt parmi les membres de la CME. L'objectif est de progresser méthodiquement tant sur l'identification des meilleures solutions technologiques en matière de coût et d'efficacité que sur leur mise en œuvre au sein des secrétariats et services concernés. Actuellement, les comptes rendus dictés par les médecins sont retranscrits par le personnel administratif ; il convient donc également de considérer l'impact potentiel sur ces équipes administratives lors du déploiement de nouvelles technologies.

Le Pr Hawa KEITA-MEYER s'interroge sur l'existence éventuelle de programmes de formation et de sensibilisation des agents de l'AP-HP à l'intelligence artificielle. Elle demande en particulier s'il est prévu d'identifier des référents IA par DMU ou par service. L'objectif serait d'impliquer et de former le plus grand nombre d'agents possible au sein de l'AP-HP sur ces questions.

Le directeur général indique qu'à ce stade, la réponse est négative. Cependant, il souligne que cette question fait partie des réflexions à mener. Le chantier vient d'être lancé. Lorsque les opportunités en matière d'outils existants et les notions de risques seront précisément identifiées et potentiellement partagées, il conviendra d'envisager la création de relais au plus près des équipes.

5. Souveraineté numérique (M. Raphaël BEAUFRET)

M. Raphaël BEAUFRET présente en premier lieu le contexte autour de la souveraineté numérique. L'AP-HP recourt à de nombreuses prestations fournies par des sociétés qui proposent soit des logiciels, soit des infrastructures. Ces services numériques présentent plusieurs risques liés à la nature extra-européenne de ces sociétés.

Un premier risque est celui de l'accès aux données par les autorités judiciaires et policières d'autres États où opèrent ces entreprises. Les grandes plateformes américaines publient chaque année des listes montrant le nombre de demandes reçues de ces autorités, ce qui éclaire bien cette problématique. Ce risque s'applique particulièrement lorsque le droit applicable est extra-européen.

Il existe également un risque lié à la réutilisation non autorisée des données confiées aux prestataires. Parfois, ceux-ci ne respectent pas exactement les termes contractuels et utilisent les données pour d'autres finalités que celles prévues initialement. Il est donc essentiel de contrôler ces pratiques et de sanctionner toute utilisation abusive.

La dépendance vis-à-vis de grands industriels extra-territoriaux représente également un enjeu majeur. En tant que « petit » client éloigné des centres décisionnels, il devient difficile d'influencer certaines décisions négatives comme les augmentations significatives du prix lors du renouvellement périodique des contrats.

C1 - Interne

L'importance du développement d'une industrie numérique européenne doit être prise en compte dans cette réflexion globale. Même s'il ne s'agit pas directement du rôle de l'hôpital de s'en préoccuper, l'AP-HP, en tant que 1er CHU d'Europe et acheteur influent indirectement ce secteur économique européen, doit être vigilant sur le sujet.

Cependant, il est utile de ne pas se priver totalement d'outils innovants sous prétexte de souveraineté numérique ; il s'agit plutôt de trouver un équilibre entre risques et bénéfices en adoptant une approche pragmatique incluant parfois certaines exceptions nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques, tout en mettant en place diverses mesures protectrices et contractuelles adaptées selon les situations rencontrées. La question se pose en particulier pour l'hébergement. Le développement du cloud incite à confier des données à des prestataires qui assurent l'hébergement et l'exploitation conformément à la réglementation européenne (protectrice) et qui soient immunisés contre les décisions extra européennes.

Un nuage (*cloud*) souverain est un hébergement des données effectué (i) par un hébergeur français ou Union européenne (UE) et (ii) sur le sol français ou d'un État de l'UE. En effet, la nature juridique de l'entreprise qui opère le service pose question. Selon qu'elle dépende d'un droit européen ou d'un droit extraterritorial, par exemple, aux États-Unis où les contraintes sont différentes. Des labels permettent de garantir un *cloud* souverain. Depuis quelques années, en particulier, l'Agence nationale de la sécurité informatique (ANSI) a créé la labellisation *SecNumCloud* (SNC), qui impose un niveau de sécurité très important et le caractère souverain de l'hébergement.

Au titre des *clouds* non souverains, **M. Raphaël BEAUFRET** évoque la domination des trois grands acteurs du marché mondial du *cloud* : *Amazon Web Services* (AWS), *Google Cloud Platform* (GCP) et *Azure*. Ces entreprises américaines tentent de se repositionner comme souverains en créant des sociétés de droit français ou européen pour revendre leurs solutions. Un exemple est l'initiative *BLEU*, visant à créer des structures juridiques distinctes afin d'améliorer la protection contre les risques de transfert. En l'état aucune de ces structures n'a obtenu le label *SecNumCloud*.

Le contexte réglementaire du droit des données personnelles est complexe et évolutif. Le règlement général sur la protection des données (RGPD) permet le transfert légal de données entre pays avec un système de protection équivalente. Par exemple, la Corée du Sud est reconnue pour sa protection adéquate. Cependant, les accords entre l'Union européenne et les États-Unis ont été annulés à deux reprises par la Cour de justice européenne en raison des lois de surveillance américaines permettant aux autorités d'accéder aux données, et contraire aux principes fondamentaux applicables dans l'Union européenne.

En France, deux circulaires du Premier Ministre (2021 et 2023) demande aux acteurs publics utilisant des hébergements externalisés pour des projets informatiques sensibles d'opter pour ceux conformes au référentiel *SecNumCloud*. En juin 2022, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a expressément demandé à l'AP-HP de ne pas conclure de nouveaux contrats exposant les bases de santé à des lois étrangères.

Récemment, l'AP-HP a reçu une mise en demeure de la CNIL concernant l'utilisation d'une solution sécuritaire, *Radware*, impliquant le transfert de certaines données vers les États-Unis sans mesures suffisantes pour réduire les risques conformément au RGPD. L'AP-HP collabore actuellement avec *Radware* et la CNIL pour atteindre cette conformité.

C1 - Interne

Au niveau européen, il existe un débat autour du schéma de certification proposé dans le cadre de l'*European cybersecurity certification scheme* (EUCS) qui définirait différents niveaux de sécurité et souveraineté dans le domaine du *cloud*. En France, depuis mai 2024, une nouvelle loi impose que tout traitement sensible soit protégé contre tout accès non autorisé par un État tiers.

La situation réglementaire reste incertaine quant à savoir si héberger un système d'information de santé chez AWS, GCP ou *Azure* est conforme aux règles actuelles ; cette situation semble parfois interdite, mais sujette à évolution constante.

Face à ces incertitudes réglementaires persistantes concernant l'externalisation vers ces géants américains, même s'ils sont situés sur sol européen, notamment dans le secteur médical, l'AP-HP doit adopter une stratégie claire alliant conformité légale et protection stratégique accrue. Ce choix d'aller vers le *cloud* souverain a été défini dans une note en octobre 2022, stipulant le recours prioritaire aux *cloud*s souverains validés par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSI) par le biais du référentiel *SecNumCloud,* sauf exceptions rares et justifiées par l'absence d'alternatives raisonnables, nécessitant dans ce une décision collégiale concertée et collégiale de l'AP-HP.

Pour répondre à ces défis, **M. Raphaël BEAUFRET** propose de maintenir la doctrine de mai 2022 tout en l'améliorant. Une nouvelle version serait prévue avant mai 2025, accompagnée d'une « foire aux questions » (FAQ) pratique destinée aux professionnels, aux patients et aux entreprises. L'objectif est d'expliquer les enjeux, notamment aux entreprises innovantes, et de poursuivre le dialogue avec les partenaires industriels pour les encourager à adopter cette démarche.

Enfin, il suggère de présenter régulièrement, en comité de pilotage « Données » comme en comité de direction générale, les cas complexes nécessitant des exceptions, en particulier ceux de niveau 2 où aucun engagement de migration à l'avenir vers une infrastructure souveraine n'est pris.

Le Dr Olivier MILLERON croit savoir qu'il existe un projet national de *Health data hub*, auquel l'AP-HP est associée pour y héberger les données initialement confiées à *Microsoft*.

Le directeur général confirme l'existence du *Health data hub* (HDH). Sa fonction, renforcée par la nouvelle réglementation européenne, est d'être l'opérateur national référent responsable de la gestion des données de santé et de la création d'appariements entre différentes sources de données existantes. Il explique que l'architecture du HDH a été conçue par la direction générale avec une vision précise : faire du HDH le concentrateur de toutes les données disponibles en France, incluant notamment les données du Système national des données de santé (SNDS), opéré par l'Assurance maladie, qui comprend le système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM), le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et la base d'essai, ainsi que tous les entrepôts de données de santé (EDS) en cours de création.

Le directeur général souligne que cette vision ne fait pas consensus. Il rappelle que la direction du HDH souhaitait centraliser toutes ces données en recourant à un hébergement au sein d'un *cloud*, probablement *Microsoft Azure*. Cependant, cette demande a été récusée par le Premier Ministre en 2021, à la suite d'une indication claire de la CNIL stipulant l'impossibilité de migrer complètement le SNDS sur un hébergement *cloud* étranger ne répondant pas aux règles du RGPD. La décision de renoncer définitivement à cette option a été prise, considérant que, malgré les incertitudes sur

C1 - Interne

l'évolution du cadre juridique européen, elle ne constituait pas une solution acceptable, notamment pour des questions d'acceptabilité nationale.

Le directeur général conclut en évoquant la question en suspens concernant le futur fonctionnement des différentes sources de données de santé en France. Deux options sont envisagées, soit un mode de concentration tel que conçu par le HDH, nécessitant un hébergement adéquat à définir, soit faire du HDH un instrument d'appariement de bases de données qui resteraient à leur emplacement actuel, avec des capacités d'appariement. Cette dernière option impliquerait la création d'une bibliothèque répertoriant les données disponibles et leur contenu précis. Un arbitrage sur cette question est attendu dans le futur.

Le Pr Nicolas DE ROUX s'interroge sur une possible perte de souveraineté des données lorsque des algorithmes d'intelligence artificielle, nourris par des informations de l'AP-HP, sont diffusés à l'échelle mondiale. Il soulève la question de la possibilité de contrôler légalement le développement de ces logiciels d'IA, en particulier lorsqu'ils utilisent le volume considérable de données issues de l'assistance publique. Cette réflexion met en lumière les enjeux de la protection et de la maîtrise des données sensibles dans un contexte de mondialisation technologique.

M. Raphaël BEAUFRET explique, concernant l'achat d'IA, qu'il ne faut pas se limiter à réfléchir à une installation dans le *cloud*. Les vendeurs proposent également de les héberger sur des serveurs internes ou chez un prestataire choisi par l'acheteur. Pour les IA développées à partir des données de l'AP-HP, une offre de service permet l'apprentissage des algorithmes dans des environnements sécurisés et maitrisés par l'AP-HP. Les résultats obtenus peuvent ensuite être exportés sans risque de ré-identification des personnes concernées et vendus ou diffusés internationalement comme produits d'intelligence artificielle non liés aux données personnelles de santé.

Cependant, certains chercheurs et industriels préfèrent utiliser leurs propres environnements pour créer ces algorithmes, ce qui peut entraîner des discussions difficiles lorsqu'ils demandent le transfert des données malgré l'existence d'une offre sécurisée interne. Dans ce cas, si une dérogation est nécessaire, la nature de l'hébergement proposé est examinée selon une grille d'évaluation stricte.

Lorsque les paramètres d'un algorithme sont figés et labellisés comme dispositifs médicaux certifiés, ils peuvent être diffusés mondialement sans constituer des données personnelles sensibles.

Le Dr Cyril CHARRON précise que les données de santé de l'entrepôt de données de santé (EDS) demeurent exclusivement au sein de l'AP-HP et ne sont jamais externalisées. L'algorithme peut fonctionner chez un hébergeur différent en tant que « donnée de transit », mais sans stockage extérieur. Ce principe permet l'utilisation et le traitement des données tout en les maintenant strictement dans l'enceinte de l'AP-HP. Cette approche vise à éviter les risques liés à une sortie des données hors de l'institution.

6. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP (Mme Marie-Charlotte DALLE, M. Pascal DE WILDE)

Le président rappelle que le règlement intérieure l'AP-HP n'avait pas été mis à jour depuis 2020 et que de nombreuses lois et décrets ont été publiés depuis lors, notamment à la suite du « Ségur de

C1 - Interne

la santé » et à la « loi RIST », rendant une mise à jour indispensable. La direction des affaires juridiques (DAJ) travaille sur ce dossier depuis plusieurs mois, en concertation avec différentes instances. Le bureau de la CME a participé à plusieurs réunions de travail sur ce sujet : le 28 mai, une présentation des articles modifiés a été réalisée, à l'exception des articles 10 à 12 ; le 24 septembre, les derniers articles ont été discutés ; le 22 octobre, des échanges ont eu lieu sur l'annexe 17 relative au fonctionnement des départements médico-universitaires (DMU), des services et des unités fonctionnelles.

Le président rappelle la procédure d'adoption du règlement intérieur : le directeur général l'arrête après avoir recueilli l'avis du comité social d'établissement (CSE), de la CME et du conseil de surveillance. Le CSE donnera son avis le 10 décembre et le conseil de surveillance le 20 décembre, qui constitue donc une date-butoir.

Compte tenu de la transmission récente de la dernière version du document, laissant peu de temps pour son examen, **le président** estime qu'il sera difficile à la CME de rendre un avis définitif sur l'ensemble du document lors de cette réunion, mais des amendements pourront être proposés.

Le président précise que les principales modifications proposées concernent les modalités de nomination des chefs de service, détaillées dans les articles 10 à 12 et l'annexe 17. Les nouveautés incluent :

- la systématisation des appels à candidatures pour al nomination des chefs de service et responsables d'unités fonctionnelles de DMU et la publication des postes à pourvoir ;
- l'audition systématique par la commission *ad hoc* pour les demandes de renouvellement des chefferies de service à partir du troisième mandat ;
- la mise en place de mesures pour favoriser l'équilibre entre femmes et hommes aux postes de responsabilité ;
- la possibilité pour le président de la CME de déléguer sa compétence aux présidents de CME locales (CMEL), avec possibilité de reprise au niveau central de la décision conjointe de nomination par le directeur général et le président de la CME s'ils le jugent opportun.

Le président souligne l'importance accordée au service dans l'article 10, conformément au code de santé publique et à la « loi RIST ». Il invite les participants à examiner l'annexe 17, qui détaille les missions des chefs de service et des directeurs médicaux de DMU.

Le président insiste sur le rôle central des services dans l'organisation hospitalière, reconnu par la proposition de modification du règlement intérieur : ils constituent l'échelon de référence pour l'organisation, la pertinence, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que pour l'encadrement de proximité des équipes médicales, paramédicales et des étudiants en santé. Les services sont également garants de la qualité de vie au travail. Leurs missions comprennent la prise en charge des patients, l'élaboration des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, la mise en œuvre des projets de recherche médicale et paramédicale, ainsi que l'enseignement en lien avec le projet de DMU.

Le président aborde ensuite une nouvelle proposition concernant la présence des usagers et de leurs représentants dans les CMEL. Cette proposition, mentionnée à la page 45 du document, prévoit que la CMEL peut inviter de façon permanente un représentant des usagers proposé par le

C1 - Interne

directeur général. Le président exprime des réserves quant à cette proposition qui n'avait pas été débattue auparavant.

Le président partage pleinement l'idée que les représentants des usagers ont leur place dans diverses instances, telles que la commission des usagers, le conseil de surveillance, le directoire ou la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU). La CME centrale peut occasionnellement, comme elle l'a déjà fait, inviter des représentants des usagers si le sujet s'y prête, mais il estime que la CME étant essentiellement une instance médicale, il n'est pas souhaitable que les usagers y siègent de manière permanente.

Le président retient aussi une proposition de modification de la représentation des directeurs médicaux de DMU dans les CMEL. Il rappelle que tous les directeurs de DMU siègent actuellement à la CMEL, quel que soit leur nombre. Cette situation entraîne une variation importante du pourcentage de directeurs de DMU selon les GHU, allant de 6 % à 22 %. Le code de santé publique prévoit une règle pour la représentation des directeurs de DMU à la CME centrale : s'il y a plus de dix directeurs de DMU, un collège avec élection est mis en place. **Le président** propose d'appliquer cette règle aux CMEL : lorsqu'un GHU compte moins de 11 DMU, tous les directeurs médicaux de DMU siègent à la CMEL ; au-delà de 10, une élection est organisée. Les directeurs de DMU non élus pourront participer à la CMEL avec une voix consultative, mais non délibérative.

Le président indique que ces points lui semblent les plus importants à discuter. Il annonce qu'un document plus détaillé sera envoyé ultérieurement.

Le directeur général confirme que le processus a été initié en début d'année 2024 avec de nombreuses réunions, notamment celles du directoire et deux réunions du bureau de la CME. Le texte est cristallisé depuis juin ou juillet 2024, bien que des ajustements restent évidemment possibles. Il lui semble pertinent de finaliser ce dossier avant la fin de l'année 2024, compte tenu du temps investi. Un CSE avec les syndicats ainsi qu'un conseil de surveillance sont prévus en décembre pour éclairer la décision finale concernant le règlement basé sur les avis formulés par chacun. Les membres de la CME pourront proposer des inflexions au texte jusqu'à la dernière minute si nécessaire. Toute proposition nouvelle devra cependant être soumise à un débat plus large impliquant non seulement les instances centrales mais aussi les gouvernances des GHU afin d'assurer une concertation approfondie avant toute modification définitive prévue pour décembre.

Concernant la représentation des usagers, **le directeur général** rappelle que le règlement intérieur permet déjà à la CME d'inviter des représentants des usagers, une disposition qui n'est pas nouvelle puisqu'elle avait été étudiée en juillet 2024 par le directoire. Si aujourd'hui un souhait majoritaire émerge pour modifier certains points du texte actuel, l'évolution nécessitera quelques semaines supplémentaires afin que ces modifications soient débattues également au sein des gouvernances locales avant finalisation en décembre 2024.

Le président exprime à nouveau son désaccord quant à la possibilité de faire figurer dans le règlement intérieur l'inclusion de représentants des usagers en CMEL. Il souligne que cette décision n'est pas anodine et pourrait entraîner des conséquences importantes. En effet, une telle mention dans le règlement intérieur donnerait aux représentants des usagers le droit de demander à assister aux réunions, ce qui pourrait mettre les présidents de CMEL dans une position délicate s'ils devaient refuser.

C1 - Interne

Il estime que cette approche diffère significativement du fait de laisser aux présidents de CMEL la liberté d'inviter ou non les représentants des usagers. Le président rappelle que la CME est principalement une instance médicale et que, pour certains sujets, la présence des représentants des usagers pourrait ne pas être appropriée. Il précise qu'il n'est pas opposé à la démocratie sanitaire et souligne l'existence d'autres instances où les représentants des usagers sont présents et peuvent échanger avec la communauté médicale. Enfin, le président considère que ce sujet est suffisamment important pour mériter une discussion approfondie en directoire. Il ne se souvient pas qu'un tel échange ait eu lieu et suggère que si cette question était jugée cruciale, elle aurait dû être abordée dans cette instance pour permettre un débat.

Le directeur général exprime son respect pour les débats de fond. Il comprend la position de ses interlocuteurs sur le fond. Cependant, il souligne que l'argument consistant à rejeter un élément au motif qu'il n'avait pas été examiné auparavant n'est pas recevable. Dans ce cas, de nombreux amendements proposés aujourd'hui par le président de la CME tomberaient sous le coup du même principe. Il suggère que lorsque des sujets sont rouverts, ils doivent l'être complètement et faire l'objet d'une discussion approfondie. Si la décision est prise de ne pas inviter les représentants des usagers, elle sera respectée. Néanmoins, il ne souhaite pas utiliser l'argument du manque d'antériorité pour écarter les propositions soumises tardivement la veille au soir. Le directeur général conclut en précisant que c'est le seul point qu'il souhaitait soulever.

Mme Marie-Charlotte DALLE présente de manière synthétique le règlement intérieur en cours d'élaboration depuis un an et demi. Ce document a fait l'objet de nombreuses concertations et échanges. La version la plus récente, datant de 2019, nécessite divers ajustements imposés par les textes législatifs ainsi que des propositions politiques.

Les modifications issues des lois et règlements incluent notamment celles découlant de la « loi RIST » : évolution des compétences du directoire, rôle du président de la CME, retour du service comme échelon de référence, mise en œuvre de la politique par le directeur médical avec le chef de service, modification des compétences au sein de la CME. Il est également nécessaire d'intégrer le plan des situations sanitaires exceptionnelles et de fixer les âges d'admission des patients mineurs selon les spécificités des unités pédiatriques. Les droits de visite ont été modifiés à la suite de l'évolution post-COVID. Des ajustements concernent également l'ancien comité d'hygiène et des conditions de travail (CHSCT) devenu comité social d'établissement.

Concernant les discussions soumises aux instances dirigeantes, il y a un objectif institutionnel visant à renforcer la parité conformément à une loi qui entrera en vigueur le 1er janvier 2026. Cet objectif est déjà mentionné dans le règlement intérieur comme une règle.

Un autre point abordé concerne l'incompatibilité entre les fonctions de président de CMEL et celles de directeur médical DMU ;d cette incompatibilité était déjà admise tacitement.

Pour assurer la sécurité générale au sein des établissements de l'AP-HP, il est proposé que certains agents soient assermentés afin qu'ils puissent dresser des procès-verbaux concernant toute atteinte à la propriété. En matière de protection des personnels, il sera possible pour le directeur ou son représentant de déposer plainte pour agressions physiques ou verbales contre les agents.

L'interdiction totale de fumer est étendue à l'ensemble GHU dans l'enceinte de l'AP-HP. La tolérance accordée au vapotage a fait l'objet de discussions. Le principe retenu est d'autoriser le

C1 - Interne

vapotage sauf dans les structures destinées à l'hébergement des mineurs, dans les salles d'attente, dans les lieux de restauration et tous autres espaces fermés peu ventilés.

Il est également question de la neutralité et de la laïcité des services publics. Ces notions étaient déjà présentes dans le règlement intérieur. L'objectif a été de distinguer les droits et obligations des patients et les droits et obligations des personnels de santé.

Il est également proposé de simplifier la procédure de modification du règlement intérieur lorsqu'elle s'impose par la loi.

Plusieurs dispositions diverses sont mentionnées, notamment concernant le don du corps et le fonctionnement de l'école de chirurgie. Des précisions sont apportées sur les unités de soins de longue durée et l'intégration du collège de déontologie, qui fait office d'instance déontologique et de référent alerte et laïcité pour l'AP-HP. La composition des instances relatives à la qualité et à la sécurité des soins est mise à jour.

Le troisième axe majeur concerne les articles 10, 11 et 12. L'article 10 traite de l'organisation interne des GHU mettant en avant le service comme échelon de référence pour l'organisation, la pertinence, la qualité et la sécurité des soins. Il mentionne également la charte des départements médico-universitaire et précise que les décisions relatives aux structures médicales relèveront désormais d'une décision conjointe entre direction juridique et président de la CME. Enfin, il est mentionné que les GHU se dotent de responsables médicaux et médicotechniques pour disposer d'outils informatiques afin de faciliter le dialogue de gestion, notamment concernant l'allocation des ressources.

L'article 11 détaille les missions, nominations et fins de fonctions du directeur médical de DMU. Ce dernier sera nommé par décision conjointe du directeur général et du président de la CME, sur proposition conjointe du directeur du GHU, du président de la CMEL et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Le directeur médical de DMU pourra déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre des contrats de DMU.

L'article 12 concerne les missions, nominations et fins de fonctions des chefs de service et des responsables d'UF. La rédaction a été clarifiée et mise en conformité avec la loi. Le chef de service sera nommé par décision conjointe du directeur général et du président de la CME, après avis du directeur de DMU, du directeur général du GHU, du président de la CMEL et du directeur de l'unité fonctionnelle (UF). Une disposition sur la parité femmes/hommes dans les nominations des chefs de service a été incluse. Les procédures d'appel à candidature pour les praticiens seront publiées sur les sites internet de l'AP-HP, tant pour les nominations initiales que pour les renouvellements, et ce pour les chefs de service comme pour les responsables de DMU. Une ouverture à des praticiens extérieurs à l'AP-HP est possible sous certaines conditions.

Une commission *ad hoc* pourra être constituée pour éclairer les décisions de nomination, notamment pour les premières nominations, les renouvellements après au moins deux mandats, et en cas de pluralité de candidatures lors d'un renouvellement.

Mme Marie-Charlotte DALLE conclut en indiquant que l'annexe 17 reprend tous ces éléments en détail. Elle laisse la parole à M. Pascal DE WILDE, qui a travaillé sur ce sujet ces dernières semaines.

C1 - Interne

M. Pascal DE WILDE présente l'annexe 17 qui traite du principe essentiel du fonctionnement des structures médicales. Cette annexe, déjà présente dans le règlement intérieur en vigueur, a été mise à jour 5 ans auparavant pour intégrer la notion de DMU en remplacement de celle de pôle. L'annexe étant ancienne, à l'instar du reste du règlement intérieur, sa mise à jour a été jugée nécessaire.

La première modification a consisté à intégrer les articles 10, 11 et 12, conformément à l'évolution de la réglementation. L'essentiel des changements concerne le contenu des missions du service, intégrant l'esprit de la « loi RIST » et accordant des responsabilités plus importantes aux chefs de service. Il est notamment rappelé que le chef de service est responsable de la conduite générale du service. Un paragraphe à la rédaction simplifiée souligne l'importance du rôle du chef de service, avec la notion d'autorité fonctionnelle exercée sur le personnel. La rédaction vise à mettre en évidence l'importance de cette structure de référence, conformément à la « loi RIST ».

Parmi les nouveautés, **M. Pascal DE WILDE** mentionne l'intégration de la notion de charte de DMU, précisant la répartition des missions et des compétences entre les différents niveaux de gouvernance. En outre, au titre du renforcement du rôle des services, des éléments clés du « levier 17 » de la feuille de route sont incorporés, concernant l'amélioration du processus de décision pour davantage de transparence, de rapidité et de proximité.

Enfin, concernant les fédérations, les modifications intègrent le processus de nomination par décision conjointe entre le directeur général et le président de CME ou entre le directeur de GHU et le président de CMEL, conformément à l'esprit de la « loi RIST ».

Le Dr Olivier MILLERON juge le sujet passionnant car il traite de la gouvernance et des relations quotidiennes au sein de l'hôpital. Il exprime sa surprise d'en prendre connaissance tardivement. Le dossier devrait être communiqué à tous les médecins de l'AP-HP, afin qu'ils soient informés des nombreuses questions soulevées, relatives par exemple à la parité pour les chefferies de service, aux modalités de renouvellement des mandats, etc. L'intérêt pour le débat est en effet partagé par tous. C'est pourquoi le Dr Olivier MILLERON regrette d'avoir découvert les informations juste avant leur validation demandée.

Le président rappelle que le document ne sera pas nécessairement validé aujourd'hui. Il précise que les participants disposent de quelques jours supplémentaires pour apporter des commentaires y compris par écrit.

Le Pr Agnès HARTEMANN partage l'avis du Dr Olivier MILLERON. Elle estime qu'il aurait été pertinent de demander, ou qu'il est encore temps de le faire, au moins aux CMEL de consacrer une séance entière à ce sujet pour en diffuser les informations. Les changements sont importants ; il est crucial que les médecins des services en soient informés.

Elle se félicite du retour du service comme échelon de référence. Elle juge également intéressant l'élargissement du comité exécutif (COMEX) aux sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) et aux représentants de site. Elle est déjà intervenue, en outre, dans d'autres enceintes, sur le débat tendu de la limitation des mandats. Selon elle, les chefferies de service ne sont plus attractives pour les jeunes professionnels lorsqu'ils voient certaines personnes rester chef de service jusqu'à leur retraite. L'introduction d'une réévaluation par le comité exécutif (COMEX) tous les huit ans est

C1 - Interne

mentionnée, bien qu'elle souhaiterait voir une limite stricte fixée à douze ans sauf exceptions justifiées par certaines structures où personne ne souhaiterait candidater.

Par ailleurs, le document actuel n'utilise pas un langage inclusif concernant le genre des titulaires tels que « directrice » ou « cheffe », ce qui peut poser difficulté en matière de projection professionnelle.

Enfin, elle souligne un manque dans ce texte, relatif au cumul des mandats entre chef de service et directeur de DMU. Selon elle, ces rôles devraient être distincts afin d'éviter tout conflit d'intérêt et permettre une gestion efficace compte tenu des charges importantes associées à chaque poste respectivement.

Le président apporte un commentaire sur la question du nombre de mandats qui a suscité de nombreux débats. Il considère que le fait d'en parler constitue déjà une évolution, bien qu'insuffisante. La proposition actuelle, inscrite dans le règlement intérieur, prévoit qu'après deux mandats, un candidat doit justifier sa candidature pour un troisième mandat devant un comité *ad hoc*. Il soulève la question de la communication : les personnels doivent être informés des changements de chefferie en cours. Il partage l'avis précédent concernant la perception différente qu'ont les jeunes de la fonction de chef de service, comparée à celle de sa génération qui la considérait comme l'aboutissement d'une carrière. Cette évolution pourrait même entraîner des difficultés à trouver des candidats si elle n'est pas prise en compte. Le contexte en tout état de cause n'était pas propice à une limitation formelle du nombre de mandats.

Le Pr Béatrix Barry s'interroge sur la possibilité, dans le cadre de l'ouverture aux candidatures, qu'un chef de service de l'AP-HP issu d'un autre hôpital puisse postuler sur un poste de chef de service.

Le président affirme qu'il n'existe aucune limitation. En effet, il rappelle qu'il suffit de remplir les conditions nécessaires pour exercer la médecine et de posséder les compétences requises lorsqu'une candidature extérieure est sollicitée. Il considère toutefois que cette situation restera rare. Il précise que lorsque le directeur général aura consulté les différentes instances et arrêté la version définitive du règlement intérieur, il sera temps de revenir, probablement en janvier 2025, sur la question des délégations. Ce sujet avait déjà été évoqué en novembre 2020. Il s'agit notamment des délégations concernant la nomination des chefs de service, passant du président de la CME aux présidents de CMEL. Le président précise que cette étape ne viendra qu'après la finalisation du règlement intérieur. Il insiste sur le fait qu'il ne s'agira pas seulement d'en discuter, mais bien de mettre en place la délégation qui relève d'une décision du président de CME après information de la CME.

Le directeur général indique que la rédaction discutée en directoire stipule que le directeur général et le président de la CME peuvent déléguer leurs compétences respectivement aux directeurs de GHU et aux présidents de CMEL concernant les décisions de nomination des chefs de service et des responsables d'UF. Il est précisé qu'ils peuvent à tout moment reprendre cette délégation si nécessaire. La formulation utilisée respecte strictement les exigences juridiques, indiquant qu'il n'existe pas d'obligation, mais une invitation, à déléguer.

Le Pr Claire Poyart remercie le directeur général pour ces précisions, dont elle pense qu'elles doivent être portées à la connaissance de tous.

C1 - Interne

Le Dr François SALACHAS rapporte que le représentant médical de site au sein du COMEX de GHU, bien que dépourvu de pouvoir réel, permet la transmission d'informations. Cette fonction implique une présence permanente dans cette instance, qui est une instance décisionnelle importante, contrairement aux CMEL qui ont un pouvoir de décision plus limité.

Il souligne que les discussions actuelles se concentrent principalement sur l'équilibre au sein de la gouvernance médicale, notamment la répartition des pouvoirs entre les directeurs de DMU et les chefs de service. Il estime cependant que ces débats sont secondaires par rapport aux enjeux plus importants tels que les processus décisionnels et les projets de restructuration de l'hôpital.

Il cite en exemple les regroupements de services au sein d'un GHU, des décisions prises plusieurs années à l'avance. Bien qu'un groupe de travail soit théoriquement constitué conjointement par le président de CMEL et le directeur du GHU, la décision finale est entérinée en COMEX des années plus tard.

Pour un véritable rééquilibrage de la gouvernance, il évoque la possibilité d'intervenir en COMEX de GHU pour stopper ou modifier certaines décisions. Les décisions seraient soumises au vote de la CMEL, même si ce vote resterait consultatif dans le cadre actuel.

En conclusion, le **Dr François SALACHAS** estime que l'omission du rôle exécutif des COMEX de GHU dans les discussions sur la refonte de la gouvernance constitue une lacune importante.

Le président souligne que les représentants de site feront partie du comité *ad hoc* qui examinera les candidatures des chefferies de service.

Le Dr François SALACHAS considère qu'il n'est pas seulement question des candidatures, mais également des grands projets visant par exemple à supprimer certains services de chirurgie au sein du GHU.

Le président observe que la création et la suppression de ces services donnent lieu à un avis de la CMEL.

Le Dr François SALACHAS insiste sur le fait que le processus décisionnel se déroule très rapidement. Sans information de qualité en amont et un temps incompressible entre l'information et la décision, l'ensemble de la communauté médicale se retrouve complètement écartée et découvre les décisions alors que tout est joué. Il constate, par ailleurs, que les personnes qui prennent ces décisions n'en sont pas comptables eu égard à la durée des mandats, ce qui constitue une autre difficulté.

Le directeur général réagit en évoquant la réalité des gouvernances au-delà des textes. Il affirme qu'aucune suppression de service au sein d'un GHU ne s'opère sans un dialogue étroit entre le directeur ou la directrice du GHU, le président ou la présidente de la CMEL et le doyen concerné ou la doyenne concernée. Ce trio fonctionne et se concerte. En cas de blocage au sein de ce groupe, il est rare qu'une suppression de service soit effectivement réalisée.

Il souligne qu'un vote du COMEX exprimant son opposition ou une protestation générale n'est pas juridiquement contraignant. Cependant, si le COMEX s'oppose fermement à la suppression d'un service, sa position a un impact réel. Le directeur général estime qu'il est impossible de tout régir par des règlements intérieurs. Il invite à ne pas sous-estimer le fait que, même si le directeur de l'AP-HP dispose juridiquement de nombreuses prérogatives, il agit dans un environnement et une

C1 - Interne

gouvernance spécifiques. En réalité, il ne décide pas seul. Le directeur général applique ce constat à l'AP-HP comme aux GHU.

Le Pr Jean-Damien RICARD rejoint les propos du Pr Agnès HARTEMANN. Il regrette que l'occasion n'ait pas été saisie pour limiter le nombre de mandats. Il avait proposé cette limitation lors d'une réunion du groupe de travail. Il déplore cette situation, estimant qu'il faudra encore attendre cinq à dix ans pour observer un renouvellement plus important. La question de l'attrait des plus jeunes pour cette fonction a été abordée. Ce débat est, selon lui, indissociable de celui concernant la seconde partie de carrière des anciens chefs de service, un point jugé capital. Il soulève des interrogations sur les missions transversales qui leur sont confiées et leur place dans leur ancien service. Enfin, il aborde la question des non-renouvellements. En l'absence de limitation du nombre de mandats, il estime qu'il faudrait insister davantage sur le fait que le renouvellement ne doit pas être systématique. Ce choix nécessiterait un courage collectif de l'ensemble de la gouvernance pour ne pas renouveler certains chefs de service. Toutefois, il reconnaît que cette approche pourrait potentiellement engendrer davantage de contentieux.

Le Dr Diane BOUVRY souhaite compléter les propos du Pr Jean-Damien RICARD concernant le renouvellement par rapport à la mise en place de la loi sur les nominations équilibrées. Il semble que cette loi s'applique dès à présent, mais que les pénalités pour non-respect des pourcentages de femmes cheffes de service et directrices de DMU ne seront dues qu'à partir de janvier 2026 et janvier 2027. Cette situation laisse un peu de temps pour tenter d'inverser une tendance défavorable, puisque seulement un tiers des chefs de service et directeurs de DMU sont actuellement des femmes, alors que l'objectif est fixé à 50 %, ce qui paraît modeste compte tenu du fait que 60 % des médecins sont des femmes.

Plusieurs réunions du groupe de travail ont montré en outre que, bien que les quotas soient utiles pour donner une orientation générale, ils ne suffisent pas à motiver les femmes à postuler sur les postes de chef de service ou de directeur de DMU. Les campagnes publicitaires se révèlent également insuffisantes pour corriger la distorsion entre le nombre élevé de femmes médecins dans les hôpitaux et leur faible représentation dans les fonctions dirigeantes. Cette situation est liée au faible taux de renouvellement dans ces fonctions. Le directeur général a été informé du problème. La modification du règlement intérieur aurait pu permettre d'instaurer des procédures plus transparentes et régulières pour ces renouvellements.

En chiffres, environ 400 chefs sur 650 devront être remplacés entre 2024 et 2026 ; précisément, il y aura 418 mandats arrivant à terme durant cette période. Plus de 80 % devraient voir reconduire la même personne au poste occupé précédemment ; parmi ceux-ci, dans près de 90 % des cas, ce sera au moins leur troisième mandat consécutif avec seulement environ un tiers des postes occupés par des femmes. Parmi ceux dont le mandat prendra fin (75 sur ces mêmes chiffres), il est prévu de nommer un homme dans environ 45 %, une femme dans 30 % des cas (pour 25 % des cas, le choix demeure inconnu à ce jour).

Le président souligne l'importance cruciale de la question de l'après-carrière pour les chefs de service.

Le Dr Christophe TRIVALLE exprime le sentiment que les discussions sur la durée et le renouvellement des mandats ont été largement menées, que ce soit en commission ou en bureau. Cependant, il

C1 - Interne

souligne qu'un point abordé précédemment n'a pas été discuté à sa connaissance : la présence des représentants des usagers en CMEL. Cette question soulève logiquement celle de leur présence en CME. Il estime que ce sujet aurait dû être débattu en CME, constatant qu'il n'a pas été traité en bureau ou, à sa connaissance, au directoire. En tant que membre de la commission centrale des usagers (3CU), il n'a pas relevé de demande récente des représentants des usagers de participer aux CMEL ou à la CME. Il s'interroge sur l'existence éventuelle d'une demande historique en ce sens. En conclusion, il considère que ce point mérite d'être débattu en CME, soit aujourd'hui, soit lors d'une prochaine séance, avant qu'une décision définitive ne soit prise. Il précise ne pas être opposé à cette possibilité, mais insiste sur la nécessité de discuter ce sujet.

Le Dr Juliette Pavie exprime son accord total avec les propos du Dr Diane Bouvry. Lors du groupe de travail, il a été évoqué la possibilité qu'à l'issue d'un deuxième mandat, la nomination devienne dérogatoire. Cette idée mérite réflexion car elle introduit le principe selon lequel le renouvellement des chefs de service n'est pas systématique. La règle devrait stipuler une nomination pour un nombre déterminé de mandats ; au terme de ces mandats, toute prolongation serait exceptionnelle. La décision dérogatoire pourrait se justifier par l'absence de candidats ou le souhait du titulaire actuel de poursuivre sa mission inachevée. Ainsi, cette exception ouvrirait des perspectives aux jeunes désireux d'emprunter la voie exigeante de chef de service.

Le Pr Marie-Hélène Delfau-Larue demande une précision concernant le périmètre de la chefferie de service. Elle a compris que le service revenait au centre de l'organisation. De son côté, la gestion du personnel non médical semble toujours relever du cadre paramédical du DMU. À ce titre, elle pense que le DMU conserve un rôle décisionnaire important dans la répartition du personnel non médical. Elle sollicite une confirmation à ce sujet.

Le directeur général confirme que le chef de service, tel que mentionné dans le règlement intérieur, ne dispose pas d'une autorité directe sur les professionnels paramédicaux du service.

Le président évoque une autorité non pas hiérarchique mais fonctionnelle.

M. Pascal de Wilde précise que le chef de service exerce une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels, y compris les personnels paramédicaux. Par ailleurs, le règlement intérieur met fortement en avant le binôme chef de service – cadre de santé. Ce point est récurrent dans l'ensemble du document. Il avait fait l'objet de discussions au sein du bureau de la CME. L'ajout fréquent des cadres de santé dans ces discussions témoigne d'un travail collaboratif approfondi entre les chefs de service et leurs cadres respectifs.

Le Pr Marie-Hélène Delfau-Larue exprime son accord partiel avec la proposition, tout en émettant une réserve. Elle souligne que les cadres de DMU ne sont pas systématiquement dans un dialogue avec les cadres de proximité, eux-mêmes en lien avec les chefs de service. Cette situation pourrait s'avérer parfois complexe. Concernant les changements de chefs de service, elle fait remarquer, par ailleurs, que certains jeunes chercheurs ne sont pas enthousiastes à l'idée d'assumer une chefferie de service. Il en résulte de nombreuses situations où le maintien en poste est nécessaire faute de candidats.

Le Dr Julien Fonsart constate que, dans certaines parties du document, il est fait mention du directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) médicale, tandis que les directeurs des UFR de pharmacie et d'odontologie sont régulièrement omis. Cette omission est notamment constatée

C1 - Interne

dans le cadre du comité *ad hoc* et de la nomination des directeurs de DMU. Il estime qu'il serait nécessaire d'inclure systématiquement les doyens des autres UFR dès que l'UFR médicale est mentionnée car leur avis est également pertinent. Il note que parfois cette inclusion est faite, mais que dans d'autres cas, elle est absente.

Le président répond que ces oublis seront corrigés.

Le Pr Anne COUVELARD fait part de ses interrogations concernant la diffusion du règlement intérieur, notamment en raison de la complexité du document et de sa finalisation récente. La question se pose de savoir s'il est opportun de le diffuser dans sa forme actuelle aux médecins et aux élus de la CMEL pour en discuter. Cette démarche nécessiterait de consacrer un temps considérable à son examen, ce qui ne semble pas aisé. En revanche, elle insiste sur l'importance de transmettre les listes des chefferies de service qui se libèrent, une action déjà entreprise au GHU Paris-Nord. Elle suggère également de travailler posément sur les questions importantes et d'envisager des modifications ultérieures de certaines parties du règlement intérieur. Elle se prononce en particulier en faveur de la limitation du nombre de mandats, avec un renouvellement non systématique au bout de deux mandats, assorti de possibilités de dérogation. Tout en reconnaissant que cette solution ne fait pas l'unanimité et pourrait poser des difficultés de mise en œuvre en l'absence de successeur désigné, elle juge le moment opportun pour y travailler.

Le Pr Bernard GRANGER constate que la première « loi RIST » traitant de la gouvernance et de l'organisation interne date de 2021. Il déplore le fait que l'adaptation du règlement intérieur à cette loi se fasse avec trois ans de retard. Concernant la discussion générale sur les chefferies de service, il exprime sa satisfaction de voir le service remis au centre des préoccupations, comme demandé en 2019 lors des discussions sur la « loi hôpital, patient, santé, territoire » (HPST), qualifiée de « loi anti-service ». Il souligne que le terme « service » était même absent de la version initiale de cette loi. Le Pr Bernard GRANGER considère ce changement comme un retour de balancier, estimant que de nombreux débats auraient pu être évités. Il souligne la diversité des situations et met en garde contre l'imposition d'un cadre trop rigide, notamment pour limiter le nombre de mandats. Il regrette aussi que les mouvements d'un GHU à l'autre ne soient pas facilités du fait de la multiplicité des UFR de médecine. Selon lui, la souplesse est essentielle pour permettre à chaque service d'adapter son fonctionnement et de choisir ses responsables le plus librement possible.

En conclusion, il note que la discussion reste ouverte jusqu'à la prochaine CME, où le règlement intérieur sera soumis au vote.

Le président propose aux participants de relire les documents envoyés le jeudi précédent, notamment les amendements suggérés, afin de pouvoir réagir, étant entendu que les éventuelles suggestions supplémentaires devront être soumises dans les huit jours à venir pour permettre d'en rediscuter lors du prochain bureau. Il poursuit en indiquant qu'à l'issue de cette prochaine réunion, le texte sera transmis à la direction générale et qu'un document finalisé sera mis à disposition huit jours avant la CME du 3 décembre. Ce calendrier vise à bien organiser le processus.

Le président indique que la CME du séance du 3 décembre ne devrait pas donner lieu à un nouveau débat car l'objectif sera simplement d'émettre un avis. En fonction des amendements retenus ou rejetés par le directeur général, il sera décidé s'il est nécessaire d'aller au-delà d'un simple avis et de procéder à un vote sur les amendements.

C1 - Interne

Le Pr Marianne Ziol aborde la question du statut d'adjoint au chef de service, soulignant son importance pour l'attractivité, notamment pour les anciens chefs de service. Elle suggère que cette possibilité soit mentionnée dans le règlement intérieur, bien qu'elle ne doive pas être une obligation. Cette proposition aurait été écartée lors d'une réunion de bureau, ce qu'elle regrette. Elle estime que cette option pourrait encourager davantage de femmes à postuler, en permettant un partage des responsabilités. Elle souligne la difficulté d'assumer seul les responsabilités, particulièrement en matière d'enseignement. Ce statut d'adjoint pourrait également servir de préparation à de futures fonctions, sans que cela soit systématique. Elle insiste sur le caractère essentiel de cette proposition, affirmant que plusieurs personnes partagent cet avis. Elle conclut en réitérant l'importance d'inclure la mention de ce statut dans le règlement intérieur et de lui accorder une certaine reconnaissance.

Le Dr Diane Bouvry explique que cette proposition a été écartée, car elle présente des avantages mais aussi des inconvénients. Nommer un adjoint reviendrait à désigner implicitement son successeur, ce qui pourrait nuire aux efforts de transparence entrepris. De nombreux adjoints figurent déjà dans les organigrammes des chefs de service et deviennent souvent eux-mêmes chefs de service par la suite. Cette pratique est courante mais pas systématique. Elle craint que l'inclusion formelle d'une telle disposition dans le règlement intérieur ne restreigne la dynamique positive engagée jusqu'à présent.

Le Dr Patrick Léglise intervient pour soulever des points importants concernant l'autorité fonctionnelle des chefs de service. Il insiste sur la nécessité de préciser clairement le champ de cette autorité, notamment dans le cas où un chef de service aurait une autorité fonctionnelle sur un directeur de DMU qui n'est pas lui-même chef de service. Cette situation soulève des interrogations quant à son fonctionnement pratique.

Il évoque un autre point concernant les personnels paramédicaux qui sont parfois affectés à plusieurs services. Dans ce cas, il s'interroge sur la façon dont l'autorité fonctionnelle sera partagée entre les différents chefs de service concernés. Il estime que ces aspects nécessitent des éclaircissements.

Bien qu'il considère comme positive l'attribution d'une autorité fonctionnelle aux chefs de service, il souligne l'importance de définir précisément les modalités de cette autorité. Il juge qu'une organisation claire et bien structurée est essentielle pour éviter d'éventuels conflits interpersonnels.

M. Pascal de Wilde invite les participants à se référer au document traitant de l'autorité fonctionnelle. Il souligne que ce document fournit des informations détaillées sur le contenu et aborde spécifiquement le cas mentionné précédemment.

M. Marc Dupont reconnaît que ce cas particulier n'avait pas été examiné auparavant. Il explique que la situation d'un directeur de DMU sous l'autorité fonctionnelle de son chef de service n'avait pas été envisagée. Cette autorité fonctionnelle se traduit par la possibilité de donner des instructions sur le fonctionnement technique du service. Dans l'hypothèse où un directeur de DMU est membre du service sans en être le chef, il est nécessaire que le chef de service puisse organiser son équipe, y compris en donnant des directives au directeur de DMU. Dans ce cas précis, le directeur de DMU se trouve effectivement sous l'autorité fonctionnelle du chef de service.

C1 - Interne

Le Pr Sophie BRANCHEREAU exprime son regret quant à l'absence de progrès concernant la notion d'adjoint au chef de service, estimant qu'il est préjudiciable d'écarter cette idée. Elle souligne l'importance de cette fonction, au-delà d'une simple mention sur le papier à en-tête, eu égard à sa reconnaissance et à la responsabilité réelles. Cette approche permettrait selon elle d'attirer de nouveaux talents. Le travail en binôme sur certaines tâches du service est une demande des plus jeunes collaborateurs. Elle fait remarquer que certains assument déjà ce rôle sans reconnaissance officielle, ce qui les place dans une situation délicate. Elle insiste sur la nécessité d'aborder ce sujet en profondeur, suggérant la réalisation d'une enquête à l'échelle du service pour y réfléchir. Bien qu'elle reconnaisse que cette question ne puisse pas être intégrée immédiatement dans le règlement intérieur en raison de contraintes de temps, elle considère qu'écarter complètement cette solution serait une erreur regrettable.

Le président demande au Pr Sophie BRANCHEREAU de bien vouloir préciser le type de reconnaissance qu'elle envisage.

Le Pr Sophie BRANCHEREAU souligne l'importance du statut pour la reconnaissance professionnelle. Il existe actuellement des situations où certains individus ne bénéficient pas de cette reconnaissance, non par manque d'humilité fonctionnelle, mais plutôt en raison d'une approche qui privilégie le travail en binôme. Cette problématique a été discutée dans son entourage. De nombreux jeunes praticiens hospitaliers se trouvent dans l'impossibilité d'être nommés, car dans de nombreux services, la préférence est donnée à la nomination d'un professeur des universités. Pourtant, le duo PU-PH s'avère extrêmement efficace pour certaines activités. L'objectif n'est pas nécessairement d'accéder au poste de chef de service, mais plutôt de travailler sur différents aspects du service. Elle estime que la vision centrée uniquement sur le rôle de chef de service est désormais dépassée. Il est nécessaire d'adopter une approche plus collaborative et diversifiée dans l'organisation des services hospitaliers.

Le Pr Vincent GAJDOS confirme qu'il est tout à fait possible d'être directeur médical de DMU et de répondre aux attentes de son chef de service sans que cela ne pose la moindre difficulté. Il exprime son accord avec le Pr Sophie BRANCHEREAU et souligne l'importance de l'évolution des cultures. Il souligne par ailleurs que les jeunes professeurs des universités sont peu enclins à assumer des fonctions administratives lourdes et contraignantes qui pourraient entraver leur progression sur d'autres sujets prioritaires à ce stade de leur carrière et de leur construction personnelle. Il préconise de ne pas s'interdire d'adopter des modèles différents selon les services, les opportunités et les intérêts locaux. Il évoque par exemple la possibilité d'une direction bicéphale avec un praticien hospitalier gérant l'activité clinique du service, associé à un PU disposant de davantage de temps pour s'occuper des aspects universitaires. L'essentiel étant que les personnes s'accordent sur un projet commun.

Il regrette enfin qu'il ne soit question dans cette discussion que des chefs de service, sans évoquer les équipes qui élaborent autour du candidat à la chefferie de service un projet de service. Il insiste sur le fait que le bon fonctionnement d'un service est très largement favorisé par sa cohésion et sur un projet conjoint dans lequel chacun trouve sa place et s'épanouit dans son domaine de compétence.

Le directeur général aborde la question des nominations des chefs de service et de la durée d'exercice de cette responsabilité. Il explique que le projet de règlement intérieur présenté à la CME

C1 - Interne

poursuit trois objectifs : accroître la transparence du système, favoriser la parité et encourager le renouvellement. L'intention est de réduire la durée des chefferies, qui peuvent actuellement s'étendre sur 16, 20 ou 24 ans.

Concernant la limitation du nombre de mandats, **le directeur général** se dit opposé à une règle inflexible de deux ou trois mandats sans possibilité de dérogation. Il estime qu'une telle rigidité ne serait pas applicable dans toutes les situations. La proposition évoquée par certains membres prévoit une limitation à deux mandats sauf dérogation. Le directeur général souligne cependant l'importance que les dérogations restent suffisamment rares pour que la règle conserve sa pertinence.

Il évoque ensuite la question de l'application de cette nouvelle règle uniquement aux nouveaux chefs de service, ce qui signifie que ses effets ne se feraient sentir que dans huit à douze ans. **Le directeur général** insiste sur l'urgence d'agir dans les prochaines années, estimant que l'absence de changement dans les pratiques à court et moyen termes poserait difficulté. Il rappelle que l'objectif n'est pas uniquement de se conformer au nouveau cadre législatif qui prévoit des sanctions financières, mais il répond à une nécessité plus large visant à favoriser le renouvellement, la parité et la rotation des chefs de service.

Pour atteindre ces objectifs, le règlement intérieur prévoit la publication systématique de tous les postes et l'examen des candidatures. **Le directeur général** souligne l'importance du rôle des gouvernances locales dans ce processus de renouvellement. Il précise que le règlement impose un passage devant une commission à partir du deuxième renouvellement et pour chaque renouvellement ultérieur.

Enfin, **le directeur général** insiste sur la nécessité d'anticiper et de préparer les successions en amont. Il appelle à une mobilisation de la gouvernance centrale et des gouvernances locales sur ce point, considérant que c'est sur cette base que l'efficacité du nouveau système sera jugée.

Le directeur général souligne l'importance fondamentale des décisions à prendre concernant les renouvellements de mandats prévus en 2025. Il invite à communiquer clairement aux personnes concernées si ce mandat pourrait être le dernier, permettant ainsi une préparation de quatre ans pour la suite. Il estime qu'au-delà d'informer les chefs de service compétents ayant effectué plusieurs mandats de réfléchir à leur succession, il est également crucial d'aborder le cas des chefs de service dont les capacités à exercer cette responsabilité peut être mise en doute. Ces derniers devraient être invités à céder leur place, même après un ou deux mandats seulement.

Concernant la procédure, il reste un délai d'un mois pour les discussions, y compris au niveau des GHU. Il reconnaît la pertinence de la remarque du Pr Anne COUVELARD sur la complexité du document brut et s'engage à fournir rapidement une version plus accessible pour faciliter les échanges.

Le directeur général précise que la CME sera consultée pour avis, mais rappelle que, conformément à la « loi HPST », la décision finale revient au directeur. Celui-ci s'efforce depuis le début de faire évoluer l'institution en recherchant un consensus, en tenant compte des discussions au sein de diverses instances. Il souligne l'importance d'obtenir l'adhésion sincère et convaincue des gouvernances pour que les changements soient effectifs dans les années à venir. L'objectif est de faire évoluer les pratiques avec un consensus et une conviction partagée. Le directeur général

C1 - Interne

refuse d'imposer des règles arbitraires, notamment concernant la durée des mandats, *a fortiori* s'il peut y être facilement dérogé. Il insiste sur la nécessité d'un effort collectif dans la même direction.

En conclusion, **le directeur général** précise que l'adoption d'un nouveau règlement intérieur au 31 décembre 2024 n'empêchera pas de le réviser ultérieurement si l'institution poursuit sa réflexion et parvient à un accord sur une nouvelle étape jugée raisonnable et souhaitable. Il envisage la possibilité de retravailler le règlement intérieur dans les 12 à 24 mois si ce travail s'avère nécessaire et souhaitable.

Le président insiste sur l'importance de relire le document sous huit jours et de lui transmettre les commentaires éventuels. Une discussion est prévue au bureau du 19 novembre, suivie de la CME le 3 décembre. La version définitive sera disponible huit jours avant cette date.

7. Avis sur le rapport social unique (RSU) 2023 (MM. Florian TAYSSE et Emmanuel RAISON)

Le point est reporté.

8. Questions diverses

Aucune question n'est posée.

La séance est levée à 18 heures 30.

C1 - Interne