COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 8 AVRIL 2025

APPROUVÉ LORS DE LA CME du 10 JUIN 2025

Sommaire

1. Informations du président 6
2. Approbation des comptes rendus des CME des 11 février et 11 mars 2025 10
3. Information sur la lettre de cadrage de la révision des effectifs 2026
de praticiens hospitaliers : disciplines en tension (reporté) **Erreur ! Signet non défini.**
4. Bilan 2024 et axes de travail 2025 de la commission du médicament
et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) 10
5. Propositions du groupe de travail sur la médecine génomique 13
6. Résultats de la 2e édition du baromètre social 18
7. Évolutions d'ORBIS et point sur l'alimentation du dossier médical partagé 22
8. Questions diverses 25

CME du mardi 8 avril 2025

15h00 – 18h00

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation des comptes rendus des CME des 11 février et 11 mars 2025
3. Information sur la lettre de cadrage de la révision des effectifs 2026 de praticiens hospitaliers : disciplines en tension (M. Emmanuel RAISON)
4. Bilan 2024 et axes de travail 2025 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) (P^rs^ Stéphane MOULY et Pascal PAUBEL, Mme Laurence NIVET)
5. Propositions du groupe de travail sur la médecine génomique (Pr Xavier JEUNEMAÎTRE)
6. Résultats de la 2e édition du baromètre social (Mme Laetitia BUFFET)
7. Évolutions d'ORBIS et point sur l'alimentation du dossier médical partagé (M. Raphaël BEAUFRET)
8. Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

Composition D

- Avis sur le recrutement de deux CCA dans un établissement conventionné avec l'AP-HP

Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines médicales offerts à la mutation
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines médicales et pharmaceutiques offerts à la mutation
- Avis sur une demande de détachement d'une directrice de recherche dans le corps des PU-PH

- Assistent à la séance :

- ***Avec voix délibérative :***

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

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

- ***Avec voix consultative :***

  M. Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP

  Mme Aurore BREGEON, représentante de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSMIRT)

  Dr Julie ROUPRET-SERZEC, représentante des pharmaciens hospitaliers

- ***En qualité d'invités permanents :***
  Pr Lynda BENSEFA-COLAS, médecin responsable de la médecine du travail
  Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
  M. Glenn TANGUY-LATUILIÈRE, directeur adjoint de cabinet du président de la CME

- ***Les représentants de l'Administration :***
  Pr Étienne GAYAT, directeur général adjoint
  MM. Emmanuel RAISON et Kévin MARCOMBE, directeur et directeur adjoint des affaires médicales (DAM)

- ***Secrétariat de la CME :***
  Mme Sylvie LE GUILLOU (DAM)

- ***Invités :***
  Pr Stéphane MOULY, président de la commission des médicaments et dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) de l'AP-HP
  Mme Laurence NIVET, directrice déléguée, direction générale
  Pr Xavier JEUNEMAÎTRE, responsable de la mission de déploiement de la médecine génomique à l'AP-HP
  M. Steve GLANET, société BVA *People Consulting*
  Mmes Pierelle BOURSALY et Juliette THANWERDAS, département de la qualité de vie et des conditions de travail, direction des ressources humaines
  M. Raphaël BEAUFRET, directeur de la stratégie numérique (DSN)
  M. Thierry DE LAITRE, responsable du centre de solutions applicatives (DSN)
  Dr Christophe VINCENT-CASSY, responsable du programme « dossier patient » (DSN)

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

1. Informations du président

Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU)

Le président informe la CME qu'elle doit désigner un représentant de la CME à la 3CU en remplacement du Dr Christophe TRIVALLE. Il propose la candidature du Dr Olivier MILLERON, qui lui a fait part de sa candidature.

Le Dr Olivier MILLERON se présente et exprime son intérêt pour ce poste qu'il considère comme essentiel pour la communication avec les représentants des usagers.

Le président constate l'absence d'autres candidatures et fait procéder au vote.

À l'unanimité, le Dr Olivier MILLERON est désigné pour représenter la CME à la commission centrale de concertation avec les usagers.

Composition de la CME

Le président informe la CME que le Pr Carole PLANES, chef du service des explorations fonctionnelles de l'hôpital Avicenne, a été élue le 17 mars doyenne de l'unité de formation et de recherche (UFR) « santé, médecine, biologie humaine (SMBH) de Bobigny (université Sorbonne – Paris-Nord). Elle succède au Pr Nathalie CHARNAUX, élue présidente de l'université Sorbonne Paris Nord le 9 janvier, et devient invitée permanente à la CME.

Le président informe la CME que le Pr Marc HUMBERT a été élu le 7 avril président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France, et le Pr Jean-Louis BEAUDEUX réélu vice-président. Le Pr Marc Humbert remplace ainsi le Pr Bruno RIOU et devient membre de la CME avec voix consultative.

Projet médical

Le président informe la CME qu'une réunion s'est tenue le 5 mars dans le cadre des travaux menés par la CME sur le projet médical. Elle a notamment porté sur les enjeux et difficultés rencontrées par la pédopsychiatrie. Il explique que, dans ce domaine, l'enjeu sera de renforcer la prise en charge pré-hospitalière et ambulatoire, ainsi que de développer des unités hybrides. Le problème majeur réside toutefois dans le nombre de lits trop faible, alors même que le nombre d'enfants et d'adolescents souffrant de problèmes mentaux est en augmentation continue depuis la crise du COVID. Une nouvelle réunion est prévue prochainement pour préciser les actions à envisager, notamment auprès de l'ARS.

Le Pr Vincent GAJDOS confirme que cette première réunion a permis un partage des points de vue entre les collégiales de pédiatrie et psychiatrie et la direction de la stratégie et de la transformation (DST). Le constat a été fait d'une embolisation des structures d'urgence du fait d'un défaut de prise en charge en aval et, à certains endroits, d'une problématique d'opérabilité des liaisons. Autour de ces deux enjeux, il pourrait être possible de s'inspirer de dispositifs mis en place dans d'autres hôpitaux pour désengorger les urgences et la pédiatrie aiguë. Une nouvelle rencontre avec la DST a été prévue pour approfondir ces réflexions. Un point sera ensuite fait avec le président de la CME.

Informations du directeur général

Le directeur général présente le point mensuel sur la situation des ressources humaines. Au niveau des effectifs infirmiers, il fait état, au mois de mars, d'un solde de - 1 et, sur l'ensemble du premier trimestre 2025, d'un solde de - 6, en amélioration par rapport aux années précédentes (- 29 au 1er trimestre 2024 et - 239 au 1er trimestre 2023). Il souligne que ce solde du 1er trimestre 2025 traduit une augmentation tant des arrivées (490 contre 426 au 1er trimestre 2024) que des départs (489 contre 455 au 1er trimestre 2024). Il y voit, s'agissant de la progression du nombre des départs,

un point d'attention à suivre au cours des prochains mois. À fin mars 2025, les effectifs infirmiers ont ainsi atteint 16 951 équivalents temps plein (ÉTP) rémunérés, soit une augmentation de 787 ÉTP par rapport à fin mars 2024, légèrement au-delà des projections initiales pour le début d'année 2025.

S'agissant de la dynamique des recrutements, il indique que 1 053 contrats d'allocation d'études (CAE) ont déjà été signés à ce jour (contre 1 071 à fin mars 2024), représentant 77 % de la cible annuelle. Il évoque toutefois des situations disparates en fonction des groupes hospitalo-universitaires (GHU), avec des GHU légèrement en deçà de leurs volumes de 2024 pour des cibles légèrement réduites (GHU Henri-Mondor et Paris-Seine-Saine-Denis), un GHU largement en-deçà de sa cible pour un objectif plus élevé qu'en 2024 (Centre) et des GHU en avance sur leurs objectifs (Nord, Sorbonne et Saclay). Il gage que les recrutements estivaux devraient être au même niveau qu'en 2024. Il évoque également un suivi à assurer de la captation des sorties d'instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de la fin mars 2025.

Le directeur général fait par ailleurs état d'une relative stabilité des effectifs dans un certain nombre de professions (préparateurs en pharmacie, sage-femmes, assistantes sociales et infirmières de blocs opératoires diplômées d'État [IBODE]). En revanche, il confirme un déficit en manipulateurs en radiologie (- 19), après trois mois consécutifs de solde négatif, devant donner lieu à la mise en œuvre d'un plan d'action spécifique.

Pour ce qui est de l'exécution budgétaire de l'exercice 2024, le directeur général indique que la prévision initiale de déficit à hauteur de 460 M€ pourrait être réajustée de 2 à 3 M€, du fait notamment du rattrapage d'importants volumes de provisions liées à la responsabilité médicale. Il fait observer que l'impact sur le déficit devrait être largement absorbé par le fait que l'activité et les recettes ont été plus importantes que prévues en fin d'exercice. Néanmoins, il fait état de facteurs externes à l'incidence négative, parmi lesquels des problématiques de financement dans le secteur des soins médicaux et de réadaptation (SMR), avec un sous-financement des séjours longs en SMR qui résulte d'une erreur dans le modèle national de rémunération.

Le directeur général souligne que le déficit global des établissements publics de santé en France, initialement estimé par la Fédération hospitalière de France (FHF) à plus de 3 Md€, devrait finalement s'établir à hauteur de 2,8 Md€, en augmentation de près d'1 Md€ par rapport à 2023. Il pointe ainsi une problématique globale de financement des établissements publics de santé. Dans ce contexte, il confirme qu'une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) est en cours pour analyser le sous-financement des mesures salariales et de l'inflation, dont les conclusions, attendues pour la fin du mois de mai ou le début du mois de juin 2025, et les éventuelles réponses nationales en découlant, seront essentielles pour l'élaboration du nouveau plan global de financement pluriannuel (PGFP) à cinq ans, devant être présenté aux instances durant l'été 2025. Parallèlement, une autre mission conjointe de l'IGAS et de l'Inspection générale des finances (IGF) se penche sur l'efficience hospitalière.

La campagne tarifaire 2025 apparait quant à elle plus favorable qu'anticipée, avec un objectif national de dépenses d'assurances maladie (ONDAM) rehaussé dans la nouvelle mouture de la loi de financement de la sécurité sociale votée par le Parlement. Les tarifs augmenteront globalement de 0,5 %, avec toutefois des variations en fonction des établissements et de leurs missions (+ 0,2 % sur l'ensemble des groupes homogènes de séjours (GHS), + 1 % pour les établissements abritant certaines spécialités (pédiatrie et cancérologie notamment), + 2,5 % pour les soins critiques, + 1,5 % pour l'hospitalisation à domicile [HAD]). Ont par ailleurs été prévues : une revalorisation de 50 M€ de la dotation socle des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), une revalorisation de 35 M€ de la dotation pour l'enseignement et une revalorisation de 5 M€ de la dotation pour les actes relevant du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN). Cependant, le coefficient prudentiel, c'est-à-dire la mise en réserve opérée

chaque année en début d'exercice pour pallier d'éventuels dépassements des hypothèses de volume d'actes et de séjours, ne devrait vraisemblablement pas pouvoir être récupéré en 2025. Au global, la revalorisation tarifaire pour l'exercice devrait ainsi produire un léger bonus, de l'ordre d'une dizaine de millions d'euros.

En ce qui concerne le capacitaire, **le directeur général** fait état, à date, avec des effectifs relativement stables en ce début d'année 2025, d'environ 10 500 lits ouverts en médecine chirurgie obstétrique (MCO), auxquels s'ajoutent un peu plus de 3 000 lits ouverts en SMR. Il constate ainsi une progression du capacitaire de l'ordre de 600 lits par rapport à la même date en 2023. Il évoque des taux de fermeture d'environ 12 % en MCO et 16 % en SMR et des taux d'occupation des lits de 90 % en MCO et 92 % en SMR. Du reste, il observe, dans un certains GHU, un taux d'occupation des lits en MCO en légère diminution, devant faire l'objet d'une analyse approfondie.

L'activité a quant à elle été plus faible qu'attendue en février 2025 et devrait être également en-deçà des attentes en mars 2025. L'impact de ces évolutions sur les recettes issues de la tarification à l'activité (T2A) devra être suivi, la trajectoire des dépenses d'intérim semblant par ailleurs tenue.

Le Dr François SALACHAS s'interroge sur la répartition intra-AP-HP des recrutements opérés et notamment sur l'évolution des dynamiques de recrutement des établissements situés dans et en dehors de Paris *intra-muros*. Il évoque une possible incidence de la suppression de la prime d'installation *extra-muros*, de la capacité à se loger intra et *extra-muros* et des temps de trajet sur ces dynamiques.

Le directeur général confirme que les sites *extra muros* ont connu une reprise plus rapide de leurs recrutements en 2023-2024. Il fait toutefois état d'un rééquilibrage amorcé au cours des derniers mois, avec notamment un GHU Sorbonne affichant un bon taux de réalisation de ses objectifs en matière de recrutement (à hauteur de 80 %), malgré un retard enregistré par le GHU Centre par rapport à sa cible (50 %). Il estime que, sur la période 2025-2026, l'AP-HP dans son ensemble devrait bénéficier d'une bonne dynamique de recrutement, du fait des recrutements déjà opérés par un certain nombre d'établissements hors-AP-HP et des effets du décret sur l'intérim. En parallèle, il souligne que l'enjeu sera de suivre l'évolution des volumes de départs. Il confirme par ailleurs une incidence des temps de trajet sur la répartition des recrutements.

Le Dr François SALACHAS souhaite qu'un éclairage puisse également être apporté sur la fidélisation des personnels recrutés au sein de l'AP-HP.

Le directeur général assure que ces chiffres pourront être communiqués. À titre d'exemple, il indique qu'environ 34 % des personnels infirmiers recrutés en 2019 sont aujourd'hui encore présents dans les effectifs. Il évoque par ailleurs, à trois ans, presque de manière contre-intuitive, un meilleur taux de fidélisation des personnels infirmiers recrutés par le biais d'un CAE.

Le Dr Éric LE BIHAN salue les mesures d'attractivité ainsi mises en œuvre. Il s'interroge toutefois sur les objectifs de l'AP-HP en matière de *ratios* infirmier/patients, ce ratio ayant désormais vocation à être encadré par la « loi JOMIER ».

Le directeur général évoque à cet égard des situations disparates, en fonction des établissements, des spécialités, voire des services d'une même spécialité, augurant d'une difficulté à mettre en œuvre la « loi JOMIER » compte tenu de la diversité des situations entre les différentes spécialités et parfois des différents services au sein d'une même spécialité. Il souligne qu'il conviendra d'attendre les objectifs fixés et les méthodes éventuellement proposées par les décrets d'application de cette loi, devant être promulgués dans un délai de cinq ans, sur propositions de la Haute Autorité de santé (HAS). Il rappelle par ailleurs que la « loi JOMIER » prévoit qu'en cas de non-respect du ratio fixé pendant trois jours consécutifs dans un service, la situation devra être signalée à l'agence régionale de santé (ARS), appelée le cas échéant à procéder à un arbitrage entre la fermeture de lits et la poursuite de l'activité. Il gage que cette régulation sera complexe à mettre en œuvre. À titre

personnel, il estime qu'une manière plus empirique de calculer le bon *ratio* au sein d'un service est de vérifier qu'il parvient à pourvoir ses postes en fidélisant ses professionnels.

Le Dr Patrick Pelloux demande si l'impact potentiel des mesures douanières prises par les États-Unis sur les achats de logiciels et de matériels de l'AP-HP a été anticipé.

Le directeur général indique que l'AP-HP est associée à des travaux menés par le ministère autour des enjeux de souveraineté et des risques de pénuries. À court terme, il gage que les mesures prises ne devraient pas se traduire par une interruption des livraisons. Du reste, il évoque, à moyen terme, un renchérissement potentiel du coût de certains achats, en fonction de la réponse apportée par l'Union européenne aux nouveaux droits de douane instaurés par les États-Unis. Il souligne qu'il conviendra de prendre la mesure de ces impacts le moment venu.

Le Dr Olivier Milleron rappelle qu'un *ratio* d'une infirmière pour 14 patients avait été retenu dans le cadre du projet initial de l'hôpital Grand-Paris Nord. Cet objectif ayant été abandonné, il estime qu'un groupe de travail associant la CME nécessiterait d'être constitué pour définir des *ratios* pour ce nouvel hôpital, les ratios soignant/patients recouvrant des enjeux de qualité des soins. Il observe, par ailleurs, que l'augmentation globale des tarifs de 0,5 % ne devrait pas couvrir l'augmentation mécanique des charges. L'AP-HP ayant déjà creusé son déficit en 2024 en dépit d'une plus forte activité (avec des ouvertures de lits et des recrutements), il s'interroge sur les perspectives pour l'avenir.

Le directeur général rappelle que, pour définir les *ratios* de l'hôpital Grand-Paris-Nord, le choix a été fait de partir des *ratios* actuels des services des hôpitaux Bichat et Beaujon dont la réalité n'est plus du tout d'une infirmière pour 14 patients. Il confirme par ailleurs que l'augmentation tarifaire de 0,5 % ne devrait pas suffire à couvrir le renchérissement des prix anticipé, lié au « glissement-vieillesse-technicité » (GVT) et à l'inflation. Il pointe néanmoins à cet endroit une amélioration par rapport à la première version du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), qui prévoyait une diminution des tarifs de 0,6 %. Il rappelle cependant que cette amélioration devrait être atténuée par la forte probabilité de ne pas obtenir la libération de la réserve prudentielle. Au global, il voit dans cette nouvelle campagne tarifaire une légère amélioration sans que cela soit de nature à répondre à la situation de dégradation financière observée depuis deux ans, en raison des effets des mesures salariales et de l'inflation. À cet égard, il espère que des réponses nationales pourront être apportées à cette situation qui concerne tous les CHU et même l'ensemble des hôpitaux publics.

Pour ce qui est de l'incidence des mesures douanières prises par les États-Unis et potentiellement par l'Union européenne, **le Pr Yann Parc** fait observer que l'AP-HP a largement recours à des matériels produits ailleurs qu'aux États-Unis. Il évoque de nombreux matériels produits ou assemblés dans d'autres pays (Chine, Mexique, Allemagne, Japon, Pays-Bas, etc.), y compris le cas échéant pour des labels états-uniens.

Le directeur général confirme qu'avec des chaînes de valeur largement imbriquées, il conviendra de suivre l'évolution des prix.

Le Dr François Salachas s'interroge sur le suivi assuré des effectifs et de la fidélisation des cadres au sein de l'AP-HP. Il estime par ailleurs que les équipes de suppléance internes aux hôpitaux nécessiteraient d'être relancées pour stabiliser les plannings, fidéliser un certain nombre de compétences et réduire le recours à l'intérim.

Le directeur général fait état d'une réflexion menée sur l'actualisation du « plan cadres » adopté en 2023 dans le cadre du plan des « 30 leviers pour agir ensemble » de l'AP-HP, s'appuyant sur des visites de terrain et devant aboutir d'ici le mois de juin 2025. L'enjeu sera ainsi de continuer à améliorer les conditions de travail et d'exercice des cadres au sein de l'AP-HP, dans un objectif de fidélisation et de recrutement sur les postes vacants (de cadres de proximité notamment). Il fait par

ailleurs état d'un consensus autour de la pertinence des équipes de suppléance pour stabiliser les plannings, par rapport au recours à l'intérim ou à des déplacements de professionnels d'un service à l'autre. Il mentionne des dispositions prises au sein de l'hôpital Ambroise-Paré pour renforcer l'attractivité de la suppléance, en cours d'essaimage.

Le Pr Jean-Damien RICARD pointe la nécessité de veiller aussi à l'adéquation entre les schémas horaires des services et des équipes de suppléance.

Le Dr Emmanuel BUI QUOC s'enquiert du risque qu'au regard des contraintes financières, les tutelles imposent à l'AP-HP une modification de ses programmes d'investissements humains ou matériels.

Le directeur général confirme qu'avec une trajectoire économique dégradée en 2024 et une diminution anticipée de sa capacité de financement propre, l'AP-HP pourrait se voir demander des ajustements dans sa trajectoire d'investissement. Il assure néanmoins que tout sera fait pour éviter ce scénario catastrophe. Dans cette optique, il souligne que l'enjeu sera de pouvoir attester d'une gestion rigoureuse (y compris en termes pertinence des activités et de juste prescription) et d'une atteinte des objectifs fixés en capacitaire et en activité (devant répondre à l'augmentation des besoins de santé de la population).

2. Approbation des comptes rendus des CME des 11 février et 11 mars 2025

Les comptes rendus des CME des 11 février et 11 mars 2025 sont approuvés à l'unanimité.

3. Bilan 2024 et axes de travail 2025 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS)

Le Pr Stéphane MOULY rappelle que la COMÉDIMS, placée sous l'égide de la CME, se réunit trois fois par an en séance plénière. Son bureau se réunit également quatre fois par an. Cette commission compte par ailleurs quatre sous-commissions en charge d'évaluer les médicaments et dispositifs médicaux :

- un comité du médicament (COMÉD), au périmètre recouvrant l'ensemble des médicaments hors onco-hématologie ;
- un comité des dispositifs médicaux stériles (CODIMS) ;
- une commission des anti-infectieux (COMAI) ;
- une commission des médicaments en onco-hématologie (COMOH).

La création d'une sous-commission dédiée aux médicaments en onco-hématologie, représentant un poste budgétaire très important, avec de nombreuses innovations thérapeutiques à analyser, aura permis de libérer du temps et de l'expertise pour évaluer les médicaments des autres spécialités.

Dans la composition de la COMÉDIMS et de chacune de ses sous-commissions, une attention a été portée à la parité entre hommes et femmes, ainsi qu'à une parité entre médecins et pharmacien, l'implication des médecins dans les réflexions sur le médicament et les dispositifs médicaux apparaissant fondamentale.

La COMÉDIMS exerce les missions suivantes :

- établir la liste des produits de santé mis à disposition de l'AP-HP (et, le cas échéant, des produits déréférencés au regard de l'évolution de la thérapeutique et des recommandations) ;
- émettre des recommandations en matière de prescription, de bon usage et de juste prescription : fiches de bon usage des antibiotiques, du potassium, des corticoïdes, des inhibiteurs de pompes à protons (IPP), etc. ;
- contribuer à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et du circuit du médicament (en lien avec les COMÉDIMS locales et dans le cadre des groupes d'experts ou de

travail sur la prise en charge médicamenteuse, y compris au-delà des procédures de certification) ;
- favoriser l'évaluation des dispositifs médicaux et l'accès aux dispositifs médicaux innovants et/ou coûteux (le cas échéant au travers d'essais cliniques ou la mise en place de registres, dans des domaines tels que la rythmologie interventionnelle) ;
- contribuer au développement du nouveau système d'information patient ORBIS de l'AP-HP (mise à jour du livret thérapeutique pour les nouveaux médicaments, informations et recommandations aux prescripteurs, interface avec l'outil *Pharmaclass* d'aide à la décision pharmaceutique et thérapeutique, etc.) ;
- renforcer les coopérations avec les COMÉDIMS des groupes hospitalo-universitaires (GHU).

Depuis 1999, la COMÉDIMS a ainsi évalué plus de 6 400 références. Depuis la précédente mandature, la COMÉDIMS porte également une attention à la substitution par des biosimilaires, générant des économies substantielles et permettant de financer l'innovation thérapeutique.

En 2024, la COMÉDIMS a également accompagné le déploiement dans les services de radiologie de la réforme des produits de contraste iodés. Elle a élaboré une campagne de sensibilisation au relais précoce par la voie orale et à la réduction de l'utilisation de la voie intraveineuse en vue de réduire la iatrogénie, la durée d'hospitalisation et le temps infirmier et dans une optique de développement durable. Cette action a vocation à être poursuivie en 2025, en lien avec les travaux du comité de la juste prescription sur l'utilisation des garde-veine aux urgences. La COMÉDIMS a engagé le déploiement de l'outil d'aide à la décision thérapeutique *Pharmaclass*, reposant sur l'intelligence artificielle et ayant vocation à être couplé à *Orbis*. Elle s'est penchée sur la substitution par des biosimilaires récents des inhibiteurs de la fraction C5 du complément. Elle a par ailleurs poursuivi son suivi des médicaments ou dispositifs médicaux innovants ou coûteux, ainsi que son travail de mise à jour du livret thérapeutique d'*Orbis*. Elle a également publié deux bulletins d'information ; ces publications seront désormais également diffusées au format digital.

En ce qui concerne les médicaments, dans un contexte d'augmentation conséquente du nombre de références analysées depuis 2022, la COMÉDIMS a accru son volume d'avis négatifs (34 % en 2024, contre 25 % en 2020). Ces avis défavorables, qui ne satisfont pas nécessairement les cliniciens et industriels, sont argumentés scientifiquement.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, l'activité de la COMÉDIMS s'est également inscrite en augmentation en 2024, avec des avis complexes à exprimer, s'agissant d'analyser des innovations technologiques avec une méthodologie moins étayée (par manque d'essais thérapeutiques comparatifs, notamment). Pour mener à bien ces évaluations, la COMÉDIMS a pu continuer à s'appuyer sur l'important travail fourni par le secrétariat scientifique de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS).

Le plan d'actions de la COMÉDIMS pour 2025 a été construit autour des axes suivants :

- poursuivre le suivi de la substitution par des biosimilaires (avec des groupes d'experts à l'appui, pour les biothérapies récemment tombées dans le domaine public notamment) ;
- poursuivre la rationalisation du référencement des facteurs de coagulation (toujours sur la base d'avis d'experts) ;
- poursuivre le suivi des médicaments et dispositifs intra-groupe homogène de séjours (GHS) innovants et coûteux (toujours dans un souci d'économies budgétaires, avec une attention particulière portée au domaine de la rythmologie interventionnelle) ;
- poursuivre le suivi des consommations et des causes de rejet des médicaments remboursés sur la liste en sus ;
- poursuivre le déploiement de fiches médico-économiques et de fiches de bon usage (dans un but de sensibilisation des prescripteurs au bon usage des antibiotiques, des inhibiteurs de la pompe à neutrons (IPP), des anticoagulants, etc.) ;

- réitérer une campagne de sensibilisation et de rationalisation de l'utilisation de la voie intraveineuse ;
- poursuivre le déploiement de la technologie innovante d'injection intrathécale à connectique spécifique des voies neuraxiales et périneurales (*NR-Fit*, « *neuraxial and regional anaesthesia fit* ».
- assurer la montée en charge du déploiement de l'outil numérique *Pharmaclass*.

L'outil *Pharmaclass* bénéficie d'un niveau de priorité élevé dans les projets de l'AP-HP et a fait l'objet d'un déploiement test dans les hôpitaux Bicêtre et Ambroise-Paré. L'enjeu sera de poursuivre la construction d'un corpus d'algorithmes validés collégialement par les prescripteurs et les pharmaciens, en vue de permettre un déploiement généralisé à l'horizon du début 2027. Le groupe de travail constitué à cet effet continuera de se réunir tous les deux mois, avec des sous-groupes de travail thématiques. À terme, cet outil devrait permettre d'accélérer et d'harmoniser à l'échelle de l'AP-HP la rationalisation et le bon usage des produits de santé. Concernant les anticoagulants, l'accent sera mis notamment sur le bon usage des héparines non fractionnées (HNF).

S'agissant des antibiotiques, le référencement et le livret de bon usage associé seront mis à jour, au regard notamment de l'évolution des recommandations des sociétés savantes concernant les durées d'antibiothérapie. La COMAI travaillera par ailleurs en lien avec différents groupes de travail, en intégrant en son sein des représentants de l'hygiène hospitalière notamment.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, l'accent sera mis sur le suivi des dispositifs coûteux financés dans le cadre des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS), l'évaluation ou la réévaluation des dispositifs disponibles par thématique (en neuroradiologie, notamment), la poursuite des réflexions lancées en 2023-2024 (autour de la connectique *NR-Fit* et de l'identification de l'empreinte carbone des équipements, notamment) et la mise à jour de certaines règles de bon usage.

Le président souligne l'importance du travail réalisé par la COMÉDIMS pour l'AP-HP, tant sur le plan scientifique que sur le plan économique. Il précise que les membres de la COMÉDIMS exercent leur mandat en toute indépendance, en déclarant l'ensemble de leurs liens d'intérêts et en se déportant si nécessaire des groupes de travail ou examens de dossiers.

Le Dr David OSMAN salue la richesse des projets présentés par la COMÉDIMS. Il demande si la COMÉDIMS a engagé des réflexions sur l'information des principaux prescripteurs à l'AP-HP que constituent les internes, qui ont besoin d'aide pour mieux prescrire et surtout dé-prescrire. Concernant l'outil *Pharmaclass*, il demande si le dispositif reposera sur une base commune à l'AP-HP et/ou sur des bases locales. Il s'interroge par ailleurs sur une possible gestion par les services eux-mêmes des alertes produites par l'outil, notamment dans les disciplines confrontées à des enjeux particuliers de sécurité médicamenteuse telles que la gériatrie ou la pédiatrie.

Le Pr Stéphane MOULY confirme des réflexions menées sur l'information et l'accompagnement des internes. Il gage que la digitalisation du bulletin de la COMÉDIMS devrait permettre d'en élargir la diffusion. Il évoque également une articulation à renforcer avec les COMÉDIMS des GHU, pour veiller à ce que les recommandations diffusées parviennent bien jusqu'aux jeunes professionnels, appelés à changer régulièrement de service. Il indique par ailleurs militer pour que l'outil *Pharmaclass* puisse aussi être utilisé par les médecins. Il évoque une sensibilité particulière aux enjeux liés au médicament et à la iatrogénie et une culture du travail avec les pharmaciens au sein du département de médecine interne de l'hôpital Lariboisière qu'il souhaiterait voir se diffuser plus largement au sein de l'AP-HP au travers de l'outil *Pharmaclass*. Pour ce qui est des algorithmes de l'outil, il confirme que les algorithmes généraux pourront être complétés par des algorithmes locaux (spécifiques à certains GHU, à certains services ou à certaines activités). Il fait état d'un appel lancé en ce sens aux services et aux hôpitaux, les invitant à désigner des interlocuteurs. Il précise que le

déploiement de cet outil ne pouvait être engagé, au-delà des enjeux de financement du projet, qu'une fois la puissance informatique nécessaire mobilisée.

Le Dr Patrick LÉGLISE souligne que l'enjeu sera ainsi d'outiller l'analyse pharmaceutique des prescriptions, en s'appuyant sur des cas d'usage par des équipes transversales et sur une validation des algorithmes avec les médecins.

4. Propositions du groupe de travail sur la médecine génomique

Le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE rappelle qu'une première mission a permis de faire le point sur la situation de la médecine génomique au sein de l'AP-HP. Cette mission, reposant sur des entretiens multiples (auprès des GHU, des collégiales, des instituts hospitalo-universitaires (IHU), de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), directions fonctionnelles et de la CME), a abouti à la définition d'un plan d'actions « médecine génomique AP-HP 2030 », approuvé par le comité de direction et le directoire de l'AP-HP. Dans le cadre de ce plan, deux premiers objectifs ont été fixés pour 2025 :

- la création d'une plateforme centralisée et mutualisée de l'AP-HP, adjointe à la plateforme SEQOIA (*sequencing omix information analysis*) de l'AP-HP, dans le bâtiment Ady-Steg de l'hôpital Broussais) ;
- l'extension des outils bio-informatiques de la génomique (calcul, stockage, réseau, interprétation), pour permettre la mise en place d'une base de données accessible et interactive (avec des enjeux éthiques et règlementaires, mais également de retour des données générées vers les prescripteurs).

Pour mener à bien ces actions, une stratégie de gouvernance a été élaborée avec la direction de la stratégie de transformation (DST) et la direction générale de l'AP-HP, reposant sur un comité de pilotage (en charge de définir et de valider les orientations stratégiques), un comité scientifique (en charge d'assurer une veille scientifique et d'examiner les cas d'usage en soins courants ou en recherche à intégrer à la plateforme génomique de l'AP-HP), une direction de projet (en charge du suivi opérationnel et du lien avec les directions fonctionnelles de l'AP-HP appelées à fournir une expertise), différents groupes de travail (dans un premier temps autour des enjeux liés aux séquenceurs, aux dimensions règlementaires et médico-économiques, à l'accès aux données et aux capacités bio-informatiques) et la gouvernance de la plateforme SEQOIA et des laboratoires de biologie médicale (LBM) des différents GHU de l'AP-HP.

Le comité de pilotage du programme a été conçu pour intégrer environ 30 membres de droit, dont les responsables de direction de projet, un binôme médical et administratif par GHU, un représentant de la génétique constitutionnelle, un représentant de la génétique somatique, le responsable de la stratégie cancer de l'AP-HP, le directeur médical et le directeur de la plateforme bio-informatique du laboratoire SEQOIA, un représentant des instituts hospitalo-universitaires (IHU) *Imagine*, *Institut du cerveau* (ICM) et *Institut européen de la leucémie* (THÉMA), le président de la CME, un membre de la conférence des doyens d'Île-de-France et un représentant des directions fonctionnelles du Siège de l'AP-HP.

Ce comité de pilotage aura pour missions principales de :

- définir les orientations stratégiques et les axes de travail du programme ;
- assurer le pilotage général du programme et superviser son avancement ;
- appointer le comité scientifique ;
- proposer la constitution de groupes de travail sur les axes le justifiant ;
- rendre compte à la direction de l'AP-HP de l'évolution des travaux.

Le comité scientifique du programme a été conçu pour intégrer des personnalités qualifiées issus des IHU et universités, des représentants de la génétique constitutionnelle et somatique (sur ses versants biologiques et cliniques), des personnalités externes francophones, des représentants de la cytogénétique, ainsi qu'un membre de la direction de projet.

Ce comité scientifique aura pour missions principales de :

- discuter des axes stratégiques du programme ;
- proposer une veille scientifique ;
- proposer des cas d'usage ou projets à intégrer à la plateforme de l'AP-HP ;
- rapporter au comité de pilotage afin d'éclairer ses décisions.

Autant que de besoin, ce comité scientifique pourra organiser des réunions thématiques avec des experts internes ou externes (Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM], Institut national de lutte contre le cancer [INCA], etc.)

La direction de projet sera appuyée par la DST. Elle aura pour principales missions de :

- préparer les réflexions en amont des différents comités et groupes de travail ;
- assurer la mise en place opérationnelle des actions validées par le comité de pilotage ;
- assurer l'intégration des cas d'usage proposés ;
- assurer l'articulation entre l'ensemble des parties prenantes ;
- fournir un rapport trimestriel d'activité au comité de pilotage et à la direction générale de l'AP-HP.

Un premier groupe de travail sera consacré au renouvellement des séquenceurs au sein des GHU, dans le cadre de l'appel d'offres lancé par l'AGEPS. Il associera des représentants de l'AGEPS, de chacun des GHU et de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP). Il assurera, par le biais d'un questionnaire, un recueil et une analyse des besoins de chacun des GHU (dans le champ de la médecine génomique constitutionnelle et somatique), potentiellement à l'horizon de la mi-mai 2025. Les propositions de renouvellement ainsi formulées pourront être validées par le comité de pilotage en juin 2025.

Un deuxième groupe de travail sera constitué autour des capacités bio-informatiques. Il réunira les directions techniques des laboratoires de SEQOIA et du centre de production des médicaments de thérapies innovantes [MOABI] et les responsables informatiques des différents GHU. Il aura à se pencher sur les enjeux d'infrastructures, d'interopérabilité des outils de bio-analyse (y compris avec la Banque nationale de données sur les maladies rares), d'interfaces logicielles (pour la prescription, l'analyse et l'interprétation) et de constitution d'une base de données génomiques.

Un groupe de travail spécifique sera consacré à l'accès aux données. Il aura à se pencher sur les conditions d'une utilisation rapide et fluide des données de séquençage produites par la plateforme, dans le respect des contraintes éthiques et règlementaires. Il devra pour cela définir des modes d'accès en fonction des données et utilisateurs et envisager les moyens techniques et conventions nécessaires. Il réunira des représentants des directions fonctionnelles de l'AP-HP en charge des questions techniques, informatiques, juridiques et financières, ainsi que des représentants des IHU, des GHU et des collégiales concernées. Les propositions ainsi formulées seront soumises au comité de pilotage.

Un quatrième groupe de travail a vocation à être consacré aux enjeux médico-économiques et règlementaires. Il réunira des représentants des différentes directions fonctionnelles concernées, des GHU, du laboratoire SEQOIA et de la génétique constitutionnelle et somatique. Il aura à envisager

la stratégie de l'AP-HP pour l'activité génome entier (en considérant son impact budgétaire), l'articulation avec le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) 2.0, le modèle de valorisation de l'activité génomique au sein de l'AP-HP (en prenant en compte l'interprétation assurée par les GHU), ainsi que l'anticipation et l'évaluation médico-économique des innovations à intégrer (autour du séquençage *long read* notamment).

L'objectif serait de pouvoir engager rapidement, dès le 1er semestre 2025, une phase pilote du déploiement de la plateforme, avec un appui opérationnel de SEQOIA, autour d'activités cibles (dont celle liée au génome prénatal). En parallèle, l'enjeu sera de mener les travaux d'adaptation des locaux jouxtant le laboratoire SEQOIA dans le bâtiment Ady-Steg et d'identifier, avec les GHU, des personnels potentiellement intéressés par une participation aux travaux de la plateforme (le cas échéant à temps partiel, au regard des contraintes budgétaires). L'objectif serait de permettre une mise en production au 1er semestre 2026 d'une plateforme à même de produire du *short read* et du *long read*.

En conclusion, **le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE** insiste sur la nécessité, pour réussir ce programme, d'un engagement collectif de toutes les parties prenantes, pour mobiliser les infrastructures et les compétences requises et développer des approches multi-omiques (génomique, transcriptomique, méthylome, protéomique, etc.). Il évoque également des arbitrages clés à obtenir du comité de pilotage, concernant notamment les allocations de locaux et le renouvellement des séquenceurs. Pour accompagner cette démarche, il réaffirme la volonté de mettre en place une gouvernance inclusive, impliquant les GHU, les IHU, les directions fonctionnelles et les représentants médicaux des disciplines concernées.

Le président souligne que ce plan, au-delà des enjeux économiques et d'efficience, recouvre d'importants enjeux médicaux et scientifiques car il s'agit de doter l'AP-HP de capacités à générer et analyser des données génétiques, le cas échéant en les croisant avec d'autres données médicales, cliniques ou encore biologiques. Il se félicite que l'AP-HP s'engage dans cette démarche avec une approche collective et insiste sur l'importance du regard qui sera porté sur la pertinence de ses activités de médecine génomique, tant pour la recherche que pour le soin et la prise en charge des patients, dans un contexte de développement de la médecine personnalisée.

Le directeur général précise que cette plateforme n'a pas vocation à consolider ou aspirer l'existant au sein des GHU, mais à apporter de nouvelles capacités, en matière de séquençage du génome entier notamment, cette activité appelant des investissements ne pouvant être portés par chaque GHU. Il confirme que la mise en œuvre de ces nouvelles capacités nécessitera une gouvernance globale et partagée, pour étudier les investissements à réaliser à l'échelle institutionnelle et les renouvellements de séquenceurs à opérer localement. Il souhaite que ce projet, répondant à des enjeux stratégiques majeurs, puisse être conduit rapidement.

Le Dr Olivier MILLERON s'interroge sur l'articulation prévue avec les centres de référence. Il évoque, vis-à-vis des anévrismes aortiques génétiques, l'existence d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) nationale recommandant de prescrire un séquençage du génome, ainsi que des capacités d'analyse en laboratoire déjà développées.

Le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE souligne que la gouvernance du programme est appelée à intégrer des membres des collégiales concernées, dont certains seront membres de centres de référence. Du reste, il rappelle que les centres de référence sont généralement tenus par des médecins de spécialité et ont pour objet de suivre des pathologies particulières (aux plans clinique, épidémiologique et de la recherche), le cas échéant en s'appuyant sur des indications de tests

génétiques, à réaliser par des généticiens sur des panels de gènes. Il indique n'avoir pas connaissance de centres de référence proposant aujourd'hui, pour le diagnostic des pathologies, un séquençage du génome entier. Il explique qu'il appartiendra aux filières de décider de l'opportunité d'un séquençage du génome entier. Le comité scientifique de la plateforme identifiera les cas d'usage pertinents. Les laboratoires des différents GHU auront ensuite la possibilité, s'ils le souhaitent, de basculer vers un séquençage du génome entier, qu'ils pourront récupérer et interpréter eux-mêmes. La plateforme vise ainsi à donner un accès à une technologie de masse, de la meilleure qualité possible et pour un coût le plus réduit possible, le séquençage du génome entier générant des volumes de données bien plus conséquents, nécessitant de mobiliser des capacités de calcul généralement supérieures à celles des laboratoires. Il ajoute que les indications prises en charge par le laboratoire SEQOIA dans le cadre du plan « France médecine génomique 2025 » n'ont pas vocation à être remises en cause. Il conviendra ensuite de répondre aux orientations du plan France médecine génomique pour la période 2026-2030.

Le Pr Yann PARC salue la mise en place d'un tel outil de travail. Cependant, il pointe la nécessité d'accompagner le développement de cette activité par la diffusion d'une culture médicale et paramédicale adaptée, s'agissant notamment de veiller à congeler des tissus pour disposer de matériels biologiques à analyser.

Le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE abonde en ce sens. Il gage qu'un groupe de travail devra également être constitué pour travailler sur l'articulation avec les bio-banques développées au niveau national et au niveau de l'AP-HP.

Le Dr Diane BOUVRY s'interroge sur les ressources humaines à mobiliser, en conseillers en génétique ou en généticiens cliniciens, pour assurer la restitution des analyses aux patients.

Le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE confirme qu'un travail devra être mené, le cas échéant en groupe de travail, sur les ressources humaines à mobiliser pour accompagner cette transformation de l'activité génomique de l'AP-HP, appelée à être de plus en plus prégnante dans le parcours de soins des patients. Il souligne que les généticiens cliniciens, aujourd'hui peu nombreux et cantonnés au diagnostic des maladies rares ou des cancers, ne pourront prendre en charge tous les patients. Il gage que les effectifs de conseillers en génétique de l'AP-HP, actuellement de l'ordre de 35 professionnels, devront probablement être doublés, avec des généticiens pour les encadrer (conformément à la règlementation, dans les conditions de délégation prévues). Il évoque également une réflexion à poursuivre sur le statut d'ingénieur pour les conseillers en génétique. Il estime qu'un plan de recrutement pluriannuel tenant compte des situations particulières et des besoins des GHU devra être mis en œuvre pour opérer cette restructuration.

Le Pr Jean-Marie JOUANNIC insiste sur l'urgence de développer une pratique du séquençage du génome en prénatal, l'absence de telles analyses, concernant les anomalies cérébrales notamment, aboutissant aujourd'hui à une réelle perte de chance pour les patients. Il rappelle qu'une réflexion a déjà été menée sur un possible déploiement au sein du GHU Sorbonne-Université, en collaboration avec les 7 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) de l'AP-HP, laquelle peut déjà s'appuyer sur de riches compétences en matière de caractérisation et d'analyse des anomalies de développement. Il s'enquiert du calendrier envisagé pour le démarrage de cette activité en prénatal.

Le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE fait état d'une présentation sur ce thème du génome fœtal proposée lors du dernier séminaire de la direction générale de l'AP-HP consacré à la médecine génomique. Il annonce que l'assemblée générale du groupement de coopération sanitaire (GCS) SEQOIA a

récemment accepté la prise en charge par le laboratoire SEQOIA de séquençages du génome prénatal (hors plan « France génomique »). Il ajoute que le projet PRENOMICS validé dans le cadre du centre de recherche clinique (CRC) de l'AP-HP, pourra être déployé sur la plateforme génomique de l'AP-HP, à condition qu'un financement à hauteur de 150 000 € puisse être mobilisé pour le séquençage des prélèvements, le cas échéant de manière transitoire auprès des GHU concernés.

Le Pr Jean-Marie JOUANNIC insiste sur la nécessité d'associer les CPDPN à ces réflexions.

Le Pr Nicolas DE ROUX estime que, s'agissant d'assurer l'interopérabilité entre les données omiques, l'enjeu majeur sera d'intégrer les données protéomiques – la protéomique étant appelée à devenir le bilan biochimique de demain. Il s'interroge sur la manière dont la plateforme génomique de l'AP-HP pourra répondre à ce besoin, allant au-delà du diagnostic des maladies génétiques.

Le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE estime qu'à cet égard, une approche fédérative pourrait être plus pertinente, la centralisation de multiples bases de données massives pouvant être plus onéreuse qu'une articulation entre des bases de données existantes. Un groupe de travail sera certainement constitué pour travailler sur le sujet.

Le Pr Nicolas DE ROUX pointe l'importance d'engager ces réflexions en amont, pour anticiper les investissements potentiellement colossaux à réaliser et ne pas avoir à rattraper ultérieurement des développements anarchiques. Il évoque un coût des équipements nécessaires à un laboratoire de biochimie aujourd'hui de l'ordre d'1 M€.

Le directeur général fait état d'une capacité de l'AP-HP à réaliser ainsi, à l'échelle institutionnelle, des investissements stratégiques, tant en équipements qu'en ressources humaines. Il confirme la volonté de l'AP-HP, à travers cette mission lancée autour de la génomique, d'aller au-delà des indications du plan « France génomique », pour être au rendez-vous des innovations thérapeutiques de demain.

Le Dr Julien FONSART s'interroge sur l'articulation prévue, à terme, entre la plateforme génomique constituée et le laboratoire SEQOIA. Il s'enquiert également des impacts anticipés sur les moyens et ressources des structures existantes dans le domaine de la génomique au sein de l'AP-HP.

Le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE explique que, physiquement, la plateforme jouxtera le laboratoire SEQOIA, au sein du bâtiment Ady-Steg. Il confirme que le souhait serait que ces deux structures ne forment plus, à terme, qu'un seul laboratoire, placé sous l'égide d'un GCS renouvelé, en charge de mener des activités propres à l'AP-HP et dans le cadre du plan « France génomique ». Pour ce qui est des moyens à mobiliser, les moyens alloués au laboratoire SEQOIA dans le cadre du plan « France génomique » devraient être renouvelés. La plateforme, à vocation technique et méthodologique, aura par ailleurs besoin d'un nombre limité de techniciens (de l'ordre de 3 à 5), d'un ingénieur de production et d'un ingénieur de qualité, ainsi que d'un directeur médical adjoint (à temps complet ou partiel). Ces ressources, dont la mobilisation au sein de l'AP-HP ne devrait pas soulever de difficulté, devraient permettre d'interagir avec les GHU et de répondre aux indications du plan « France génomique ».

Le président fait observer que, dans le contexte de l'évolution du RIHN et du passage à la nomenclature d'un certain nombre d'actes de génomique, les tests réalisés par des laboratoires privés sont appelés à se multiplier. Dans ce contexte, il souligne que la question de la pertinence des activités menées par l'AP-HP dans le domaine de la génomique se posera encore davantage. Selon lui, l'enjeu pour l'AP-HP sera de développer de bonnes capacités d'interprétation et de restitution des résultats aux patients, activités que les laboratoires privés n'assurent pas nécessairement. Il estime que l'AP-HP devra être en capacité de fournir une interprétation à des

patients ayant déjà sollicité un séquençage auprès d'un laboratoire privé. L'autre enjeu pour l'AP-HP sera de conserver ses professionnels du domaine, potentiellement incités à partir exercer dans des laboratoires privés offrant des conditions de travail et de rémunération différentes.

Le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE souligne qu'il serait regrettable que, dans ce contexte, l'AP-HP ne se positionne qu'en bout de chaîne, pour réaliser des consultations une fois les tests réalisés. Les prescriptions seraient alors réalisées par des médecins spécialistes et l'AP-HP ne serait appelée à mobiliser des ressources que pour l'interprétation, voyant ainsi lui échapper l'essentiel du bénéfice médico-économique. L'enjeu serait au contraire de mobiliser les structures cliniques de l'AP-HP (au sein des centres de référence notamment), pour aboutir à une maîtrise de l'ensemble de la chaine, du pré-analytique au post-analytique.

5. Résultats de la 2e édition du baromètre social

M. Steve FLANET, de la société BVA, indique que cette 2e édition du baromètre social de l'AP-HP a recueilli un taux de participation global de 41 % (correspondant à un total de 36 733 répondants, personnels médicaux [PM] et personnels non médicaux [PNM] confondus), soit un taux près de deux fois supérieur à celui de 22 % enregistré lors de la 1ère édition de l'enquête en 2023. Ce taux de participation, relativement homogène et en progression sur l'ensemble des sites de l'AP-HP, est de nature à fournir une base d'analyse plus solide, avec un niveau de précision plus important. Les taux de participation par métier sont également en augmentation, avec toutefois une plus grande hétérogénéité entre les métiers. Une très forte progression du taux de participation des internes a notamment été enregistrée, à hauteur de 22 % contre 5 % en 2023, de nature à permettre une plus grande fiabilité dans l'analyse des résultats pour cette population.

De manière générale, les résultats obtenus pour les principaux indicateurs du baromètre social de l'AP-HP sont en amélioration, en demeurant toutefois en retrait par rapport aux résultats observés dans la fonction publique hospitalière (FPH). Les fondamentaux observés en 2023 ont été conservés, s'agissant notamment de l'attachement des professionnels de l'AP-HP à leur travail, avec une large majorité exprimant le sentiment de faire un travail utile, d'être satisfaite par son travail (avec toutefois un taux de satisfaction encore inférieur à celui observé dans la fonction publique hospitalière) ou encore de parvenir à bien concilier vie personnelle et vie professionnelle (avec toutefois des résultats significativement en retrait chez les PM). Cette satisfaction globale à l'égard du travail ne s'érode que très légèrement avec l'ancienneté. La fierté d'appartenance à son service demeure forte par rapport à 2023. La fierté de travailler pour l'AP-HP est en légère hausse par rapport à 2023 (avec un léger décrochage chez les PM), même si celle-ci reste en-dessous de la moyenne observée dans la FPH, ainsi que la propension à recommander à un proche de se faire soigner au sein de l'AP-HP (plus élevée chez les PM).

Des progressions très nettes ont été observées autour des indicateurs relatifs aux moyens à disposition pour faire son travail (+ 15 points) et au temps à disposition pour faire son travail (+ 11 points). À cet égard, un rattrapage a été amorcé par rapport à la moyenne de la FPH. En cohérence, se sont inscrits en augmentation la propension à recommander l'AP-HP comme employeur (+ 5 points) et la confiance dans l'avenir de l'AP-HP (+ 7 points). Autour de ces indicateurs, les résultats obtenus sont toutefois demeurés inférieurs à ceux observés dans la FPH, avec également des résultats en retrait obtenus auprès des PM, seuls 37 % des PM s'étant notamment déclarés confiants dans l'avenir de l'AP-HP.

La relation à l'encadrement de proximité est apparue demeurer un point d'appui pour l'AP-HP, avec, sur toutes les dimensions interrogées, des résultats en progression par rapport à 2023 et nettement

supérieurs à ceux observés dans la fonction publique hospitalière (FPH). À cet égard, des résultats plus favorables encore ont été obtenus auprès des PM. En miroir, les encadrants ont également livré des appréciations globalement très positives sur les conditions d'exercice de leurs fonctions d'encadrement, en progression par rapport à 2023. Les PM encadrants ont toutefois exprimé une satisfaction moindre à l'égard de la fluidité de leur relation avec leur direction et de la formation nécessaire à l'exercice leurs fonctions.

L'appréciation de l'organisation du travail au sein de l'AP-HP s'est inscrite globalement en amélioration (« *je peux m'exprimer librement sur tous les sujets concernant le travail ; les dysfonctionnements de mon service sont analysés et traités en équipe* », avec une appréciation légèrement plus positive chez les PM), malgré une charge de travail demeurant perçue par la moitié des professionnels comme inéquitablement répartie (- 11 points par rapport à la FPH).

M. Steve Flanet indique que 17 % des professionnels de l'AP-HP (14 % chez les PM) ont indiqué avoir été victimes de violences au travail au cours des douze derniers mois, soit un volume globalement stable. Par rapport à 2023, ces violences sont toutefois apparues être davantage survenues entre professionnels que dans la relation avec les usagers, de façon plus marquée encore chez les PM. Ces violences sont par ailleurs apparues être majoritairement psychologiques, qu'il s'agisse de violences entre professionnels ou avec les usagers. Ont néanmoins été évoquées dans une moindre mesure des violences liées aux discriminations, des violences sexistes, voire des violences physiques.

Les indicateurs relatifs à la propension des professionnels à se projeter dans l'avenir au sein de l'AP-HP et à leur poste se sont également inscrits en progression (+ 2 points), avec toutefois des résultats légèrement en retrait chez les PM.

Pour faciliter la lecture de ces résultats, trois indicateurs synthétiques ont été produits cette année, ayant trait aux conditions de travail, à l'esprit d'équipe et au management, ainsi qu'à l'engagement. Les deux premiers de ces indicateurs ont ensuite été réunis pour former un indicateur relatif à la qualité de vie et aux conditions de travail (QVCT). Pour ces indicateurs synthétiques, par rapport aux résultats globaux de l'AP-HP et aux moyennes de la FPH, certaines familles de métiers se sont démarquées positivement (logistique, recherche clinique, ingénierie et maintenance technique, systèmes d'information, administratif) ; d'autres sont apparues plus en retrait (rééducation, médico-technique, soins, social, éducatif, psychologie et culturel). Le personnel médical apparaît dans la moyenne AP-HP mais en-dessous de la FPH pour la qualité de vie et les conditions de travail.

Au sein de l'indicateur synthétique d'engagement, certaines appréciations sont apparues évoluer défavorablement avec l'âge (possibilité de développer ses compétences dans son travail notamment) ; d'autres sont apparues évoluer favorablement avec l'âge (confiance dans l'avenir, fierté de travailler pour l'AP-HP et recommandation de l'AP-HP comme employeur notamment, en lien aussi avec le niveau de responsabilités exercées).

En conclusion, **M. Steve Flanet** constate une progression des résultats obtenus par l'AP-HP pour un certain nombre d'indicateurs, mettant en évidence un caractère atypique de l'année 2023 (au sortir de la crise du Covid-19). Cela étant, il observe des résultats encore globalement inférieurs à ceux observés aux mêmes dates pour la FPH, malgré un certain nombre de rattrapages amorcés.

Le Dr Diane Bouvry précise que des résultats plus ciblés par fonction, avec des points d'attention identifiés, ont également été communiqués aux membres de la CME.

Le directeur général rappelle que ce baromètre social n'a pas vocation à permettre l'attribution de bonnes ou de mauvaises notes, mais à constituer un outil de travail. Il salue l'augmentation du taux

de participation à cette enquête, ainsi que les progressions enregistrées vis-à-vis d'un certain nombre d'indicateurs. Malgré tout, il observe que les résultats de l'AP-HP demeurent globalement inférieurs à ceux observés au sein de la FPH. Il insiste donc sur la nécessité d'analyser plus finement ces résultats, par grand champ disciplinaire et par site, et surtout par service, en lien avec l'encadrement, pour identifier les points d'attention et les axes d'amélioration à travailler. Il ajoute que l'enjeu sera d'assurer une restitution de ces résultats et des plans d'actions mis en œuvre aux équipes, y compris dans l'optique de maintenir le taux de participation à l'enquête. Il souhaite que ce baromètre social puisse ainsi, en étant reconduit chaque année, être un instrument utile à l'AP-HP.

Le Pr Bertrand GODEAU note un taux de participation et des résultats en progression. Il y voit un signe d'autant plus encourageant que les personnels mécontents sont souvent les plus enclins à s'exprimer dans le cadre de ce type d'enquêtes. Il constate que la majorité des personnels de l'AP-HP sont plutôt satisfaits d'y travailler. Il estime que ce message nécessiterait d'être largement diffusé, sans remettre en cause l'intérêt d'une analyse plus fine des résultats. Du reste, il s'interroge sur le taux de participation enregistré dans les autres structures hospitalières.

M. Steve FLANET fait état de taux de participation de 40 à 50 % enregistrés au sein des structures hospitalières habituées à la conduite de telles enquêtes. Il rappelle qu'en 2023, le baromètre social de l'AP-HP n'en était qu'à sa 1ère édition.

Le directeur général observe que les résultats n'ont pas évolué significativement au cours du déroulement de l'enquête, à mesure que le taux de participation progressait. Il note également que certains indicateurs ont évolué de manière différente par rapport à 2023. Il en conclut que l'évolution globalement positive des résultats ne saurait être liée uniquement à l'évolution du taux de participation.

Le Pr Xavier JEUNEMAÎTRE s'interroge sur la possibilité de croiser ces indicateurs traduisant un ressenti avec des indicateurs « ressources humaines » objectifs (concernant les accidents et arrêts de travail, les dossiers déposés auprès des commissions de vie au travail, les violences psychiques signalées, etc.)

Le directeur général fait état d'une absence de base de données permettant de retracer les plaintes des ressources humaines déposées par service, bien que ces plaintes fassent l'objet d'un traitement. En revanche, il assure que le taux d'absentéisme et le taux d'accidents du travail font l'objet d'un suivi par service. Il ajoute qu'une attention sera portée à l'incidence éventuelle des schémas horaires sur ces indicateurs, dans un contexte marqué par des inquiétudes exprimées par les organisations syndicales quant aux incidences sur la qualité de vie travail de l'organisation du travail en 12 heures.

Le Pr Agnès HARTEMANN observe que, contrairement à l'idée selon laquelle les mécontents seraient davantage enclins à répondre à ce type d'enquêtes, certains personnels de l'AP-HP ont pu être réticents à répondre aux questions du baromètre social, par crainte d'être identifiés au sein de leur service. Elle sollicite un éclairage sur la méthodologie appelée à être appliquée pour préserver l'anonymat des répondants dans le cadre des restitutions par service.

Le directeur général rappelle qu'un seuil de sept répondants au sein d'une même catégorie pour permettre l'exploitation des résultats du baromètre social a été défini. Quoi qu'il en soit, il pointe l'intérêt, à travers ce type d'enquêtes, de suivre les évolutions dans le temps.

Le Pr Virginie SIGURET-DEPASSE observe que les personnels médico-techniques se sont positionnés en retrait par rapport aux indicateurs synthétiques relatifs à la qualité de vie au travail et aux conditions

de travail et à l'engagement. Elle y voit une possible traduction du mal-être de ces personnels dès lors qu'ils sont appelés à exercer au sein de grandes plateformes les éloignant du patient et déshumanisant leur travail. Pour adresser cette problématique, elle estime qu'il conviendra d'analyser finement les résultats pour cette population.

Le Dr François SALACHAS confirme l'intérêt de croiser ces indicateurs du baromètre social avec des indicateurs relatifs aux ressources humaines, concernant notamment l'absentéisme. Il évoque également une corrélation à analyser avec l'instabilité des plannings, résultant notamment des arrêts perlés. Or, il constate une difficulté à obtenir des données sur ce sujet, ne faisant pas l'objet d'un suivi par la direction des soins. Il observe par ailleurs que certains personnels n'ont pas répondu à l'enquête du baromètre social au motif qu'ils n'avaient pas bénéficié, suite à la 1ère édition, d'une restitution de qualité au niveau de leur service.

Le directeur général explique que le seuil d'exploitation des résultats a été abaissé à sept répondants précisément dans l'optique de pouvoir faire des restitutions par service, en l'absence de certitude quant à l'augmentation de la participation globale. Il constate que la matière ainsi collectée devrait permettre de proposer des restitutions par service de qualité. Il confirme qu'une attention sera portée à ce que l'encadrement assure ces restitutions de la manière la plus transparente et la plus utile possible. Il observe par ailleurs que le questionnaire de l'enquête comportait une question relative à l'instabilité des plannings.

Le Dr Diane BOUVRY fait état d'un ressenti interrogé sur la dimension suivante : *« Je connais mon planning suffisamment à l'avance*. »

Le Dr François SALACHAS estime que ce point (« *je connais mon planning suffisamment à l'avance* ») nécessiterait d'être reformulé, pour interroger le ressenti vis-à-vis des instabilités de planning auxquelles sont confrontés certains personnels au moment de prendre leur poste.

Le directeur général évoque la possibilité de reformuler cette question lors de la prochaine édition du baromètre social. À cet égard, il constate que, si l'appréciation du temps et des moyens disponibles pour faire son travail s'est globalement améliorée, la charge de travail demeure perçue par beaucoup comme inéquitablement répartie au sein des équipes.

Le Pr Nathalie SIAUVE note également l'existence d'un indicateur portant sur la dimension suivante : « *Je considère que mes jours de repos changent trop fréquemment à la dernière minute* »

Le Dr François SALACHAS sollicite un éclairage sur la nature et la localisation des sites pris en compte dans la parangonnage réalisé au périmètre de la FPH, ces dimensions étant susceptibles d'influer sur la perception de la qualité de vie au travail.

M. Steve FLANET fait état d'un parangonnage reposant sur un échantillon composite et représentatif, interrogé aux mêmes dates que l'AP-HP.

Le Dr François SALACHAS obtient confirmation que cet échantillon n'inclut aucun établissement privé.

M. Patrick LÉGLISE évoque une difficulté pour les services multisites à disposer de résultats à leur périmètre.

Le Dr Diane BOUVRY fait état de données disponibles par unité de gestion. Elle s'engage néanmoins à étudier la question.

Le Dr François SALACHAS note une volonté de faire en sorte que les résultats du baromètre social ne soient pas ressentis par les équipes comme un jugement ou un bulletin de notes. Il s'interroge sur l'approche pédagogique envisagée pour que cela ne soit pas le cas.

Le directeur général confirme la nécessité de faire en sorte que les résultats de ce baromètre social puissent être analysés à l'échelle des équipes, le cas échéant pour leur permettre d'identifier les axes d'amélioration à travailler. Il y voit un outil de travail et de dialogue, devant permettre aux équipes de progresser.

6. Évolutions d'ORBIS et point sur l'alimentation du dossier médical partagé

M. Raphaël BEAUFRET indique en préambule que la dernière enquête de satisfaction auprès des utilisateurs d'ORBIS a recueilli un taux de participation de 9 %, contre 7,5 % lors de la précédente édition. Dans le cadre de cette enquête, un taux de satisfaction global des utilisateurs d'ORBIS en progression de 3 points a été enregistré, avec une augmentation de la part des utilisateurs très satisfaits. Il confirme que le nombre d'utilisateurs d'ORBIS a par ailleurs continué d'augmenter, pour dépasser les 36 000 utilisateurs quotidiens. Il ajoute que, dans la nuit du 8 au 9 avril, une version mineure de l'outil sera mise en production. En 2026, l'enjeu sera ensuite de procéder à une montée de version majeure (pour passer à la version 8.5.26) et d'opérer une révolution technologique avec la mise en œuvre du projet *Care4U*.

Le projet *Care4U* permettra le déploiement d'une nouvelle architecture informatique devant ouvrir l'accès à des modules « U » déjà développés par *Dedalus*. Il permettra également la convergence entre les outils ORBIS et *DxCare* dans le périmètre de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). Dans ce cadre, l'AP-HP continuera à utiliser des modules standards développés par *Dedalus*, ainsi que des formulaires ou modules développés en propre répondant à des besoins spécifiques mais induisant des charges de maintien en conditions évolutives.

M. Thierry DE LAITRE explique que, dans le cadre du projet *Care4U*, des travaux ont été engagés sur le socle technique de l'outil, appelés à durer plusieurs années. Une première version d'un socle combinant l'ancienne et la nouvelle technologie sera livrée en 2026, qui permettra d'accélérer l'ouverture de nouveaux modules. En parallèle, une démarche d'étude des usages et d'analyse des opportunités de suppression ou de convergence d'un certain nombre de formulaires spécifiques sera menée en 2025-2026.

Le Dr Christophe VINCENT-CASSY précise que plus de 25 nouveaux modules pourront être activés progressivement dans la nouvelle architecture. L'accent sera mis notamment sur l'amélioration d'un certain nombre de fonctionnalités (dossier de soins, prescription support organe, gestion *per*-opératoire, etc.)

M. Thierry DE LAITRE indique que ce déploiement sera structuré autour de parcours pour les utilisateurs et de circuits. À chaque croisement entre un parcours utilisateurs et un circuit, il conviendra de s'interroger sur les briques et modules utilisés. En parallèle, il conviendra également d'accompagner les changements de pratiques pour les professionnels.

M. Raphaël BEAUFRET rappelle que les relations avec *Dedalus* sont parfois complexes dans la mesure où, bien que l'AP-HP constitue pour lui un important client (représentant 7 M€ de chiffre d'affaires), cet éditeur sert de nombreux clients, notamment sur le marché allemand (900 établissements avec *Orbis*, contre 50 actuellement France avant les migrations *DxCare* vers *Care4U*). Dans ce contexte, il est parfois difficile d'obtenir une visibilité sur la feuille de route des développements. Un accord a néanmoins été trouvé pour que *Dedalus* livre désormais, tous les six mois, une feuille de route claire. Cet accord pourrait être signé en marge du salon « Santexpo » en mai prochain. L'enjeu sera ensuite de voir dans quelle mesure certains jalons pourraient être contractuellement contraignants, avec des pénalités ou incitations associées. Dans l'attente de la mise en œuvre du projet *Care4U*,

M. Raphaël Beaufret assure que des évolutions continuent et vont continuer à être apportées à l'outil.

Le Dr Christophe Vincent-Cassy mentionne des développements réussis sur Orbis en 2024, par exemple pour les urgences de spécialité et la réanimation, autour du dossier transfusionnel, pour les chambres mortuaires, autour des circuits maternité et nouveau-né, ou encore autour du dossier de soin et de prescription et du dossier de spécialité. Il évoque également un déploiement en cours d'Orbis-Actes (pour la valorisation financière des activités), d'Orbis-HED (molécules onéreuses) et du service d'information médicale (Sim) sur la partie activités, codage, recettes.

M. Thierry de Laitre rappelle que la direction des services numériques (DSN) compte 12 développeurs se consacrant à des développements spécifiques sur Orbis, destinés à répondre à des besoins spécifiques de l'AP-HP. Parmi les grandes livraisons à venir de solutions produites par les équipes de la DSN, il mentionne : le dossier odontologie, le dossier interruption volontaire de grossesse, des évolutions pour la prise en charge ambulatoire, le dossier médico-social (dossier usager informatisé), ainsi que des évolutions devant permettre d'optimiser le périmètre de données (bilan médical initial, rendez-vous des blocs) du mode dégradé Orbis, dénommé Soupap. Il souligne que cette capacité à produire des développements spécifiques est enviée par de nombreux établissements français, qu'elle permet de pallier la relative absence de visibilité sur la feuille de route de *Dedalus* et aux décalages fréquents imposés par l'éditeur sur certains développements. Cependant, il pointe la nécessité de trouver un équilibre, pour ne pas multiplier le spécifique, difficile à maintenir, et de maximiser le standard.

M. Raphaël Beaufret fait état, au cours des trois dernières années, de près de 7 500 évolutions apportées à l'outil Orbis. Il évoque ainsi un important travail de maintenance en conditions évolutives et d'amélioration continue fourni par les équipes de la DSN, en réponse aux demandes des utilisateurs, qui se traduit dans les chiffres de satisfaction.

Le Dr Christophe Vincent-Cassy propose également un éclairage sur les améliorations apportées à l'accès aux documents médicaux dans Orbis. Il explique que, face à leur augmentation croissante (historique, interfaces avec d'autres applications, etc.) et sans système d'archivage à ce stade, il y a effectivement un enjeu de lisibilité. Des filtres (types de documents, dates, exclusion des documents importés, etc.) existent, mais la recherche ne fonctionne que sur les titres et non sur le contenu des documents. Une nouvelle fonctionnalité a été développée récemment pour recréer une vision documentaire spécifique correspondant au dossier transfusionnel (« dossier rouge »), permettant de retrouver, de façon dynamique, sans interférer dans le classement des documents, l'ensemble des éléments afférents au patient (carte de groupe, prescriptions de culots, etc.) Un projet en cours est la réalisation d'un développement similaire pour le domaine de l'anesthésie (« dossier jaune »).

M. Raphaël Beaufret évoque également des discussions menées avec *Dedalus* sur la possibilité de développer une fonctionnalité de recherche dans le contenu des documents, dans le cadre des évolutions autour de *Care4U*.

En conclusion, **M. Raphaël Beaufret** fait état d'une croissance exponentielle de l'alimentation et de la consultation des profils « Mon espace santé » des Français : 97 % en disposent et plus de 19 millions d'entre eux s'y sont déjà connectés. Plus de six documents par an sont désormais chargés par personne (par la biologie et l'imagerie de ville, les établissements médico-sociaux, les pharmaciens, les cabinets médicaux, l'hôpital, etc.) 90 % des documents chargés sont au moins consultés par une personne (qu'il s'agisse du patient lui-même ou d'un professionnel). Il indique que la consultation du dossier médical partagé (DMP) depuis Orbis par le biais d'un appel contextuel

permettant de rechercher le patient est de nouveau opérationnelle. Cependant, il constate que l'alimentation du dossier médical partagé (DMP) demeure plus faible en Île-de-France, en partie à cause de l'AP-HP. Il évoque une alimentation par l'AP-HP à hauteur de 200 000 documents par mois, pour un potentiel estimé à près d'un million de documents par mois. Il souligne que, pour adresser cette problématique, des progrès ont été faits dans la qualification des identités nationales de santé (INS), pour atteindre un taux de 68 % d'INS qualifiées. Il mentionne également des dysfonctionnements dans ORBIS appelés à être résolus en avril 2025, s'agissant notamment de la contrainte de devoir enregistrer un document avant de le valider. Il évoque enfin des actions engagées en lien avec les commissions médicales d'établissement locales et les directions de la qualité pour améliorer la production des documents de sortie et surtout la validation des documents créés, qui ne le sont malheureusement souvent pas ou avec retard dans certains services. Il y voit un enjeu majeur de santé publique, au regard de l'utilité de ces documents pour les patients, et les professionnels amenés à les prendre en charge.

Le Dr Éric LE BIHAN constate que les médecins anesthésistes sont amenés, pour assurer une consultation simple, à effectuer près de 35 clics dans ORBIS. Il évoque par ailleurs un dysfonctionnement dans la validation des consultations, devant permettre leur versement au DMP. Il explique qu'une visite pré-opératoire intervenant après une consultation validée doit être réalisée en mode « bris de glace ».

Le Dr Sonia DELAPORTE-CERCEAU confirme qu'ORBIS constitue un irritant au quotidien pour les médecins anesthésistes. Elle insiste sur la nécessité d'accélérer le déploiement du dossier per-opératoire, les services étant de moins en moins dotés en personnel pour gérer le circuit du dossier papier, avec un problème d'archivage et un risque de perte de documents potentiellement médicaux légaux (document per-opératoire, prescriptions et surveillance de salle de réveil). Elle évoque par ailleurs des difficultés rencontrées dans la production des comptes rendus ambulatoires.

Le Dr Christophe VINCENT-CASSY évoque un prototype de modèle de prise en charge ambulatoire déployé à l'hôpital Henri-Mondor en hématologie. Il indique que des pilotes secondaires sont en cours de déploiement. En parallèle, il évoque des travaux menés sur la production documentaire en ambulatoire. Il confirme par ailleurs une volonté de poursuivre le déploiement du module d'anesthésie per-opératoire, aujourd'hui déployé dans les hôpitaux Avicenne, Cochin, Saint-Antoine et Tenon. Il fait état de besoins très importants, au regard des 3 000 lits typés « soins critiques » de l'AP-HP. Pour 2025, il évoque un objectif d'augmenter de 10 % le nombre de ces lits déployés et des pistes d'accélération du déploiement étudiées. Concernant le contenu des comptes rendus des besoins en anesthésie, il indique qu'un module supplémentaire sur l'anesthésie (*anesthesia information management system*, AIMS) a été acquis, devant permettre d'apporter des compléments. Il fait également état de travaux avec la collégiale pour améliorer, en partenariat avec *Dedalus*, les fonctionnalités accessibles aux anesthésistes.

M. Raphaël BEAUFRET invite les professionnels à faire remonter, *via* les collégiales, les difficultés rencontrées et les besoins d'optimisation de l'outil *Orbis*, d'ici à ce que des outils plus propices puissent être mis en place pour organiser le recueil, dans une approche participative.

Le Dr Patrick PELLOUX fait état d'une problématique récurrente liée à une absence d'annulation des rendez-vous des patients décédés, alors même que de nombreux patients vivants attendent des rendez-vous. Il s'interroge sur la possibilité de développer une fonctionnalité permettant de faire

en sorte que l'enregistrement de la date de décès d'un patient entraîne l'annulation de ses rendez-vous programmés.

Le Dr Christophe VINCENT-CASSY explique que les données relatives aux décès peuvent être marqués dans *Orbis*, pour les patients décédés à l'AP-HP, et qu'en complément, les données des personnes décédées en France sont récupérées mensuellement auprès de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Le Pr Beatrix BARRY estime que ces informations nécessiteraient de pouvoir être remontées en interne au sein de l'AP-HP.

Le Dr Cyril CHARRON observe que les dossiers des patients décédés à l'AP-HP ne peuvent pas être fermés tant que les rendez-vous programmés n'ont pas été annulés. Il évoque en revanche une problématique potentielle pour les patients décédés en dehors de l'AP-HP. Du reste, il évoque la possibilité pour les médecins de renseigner la date de décès d'un patient dans son dossier.

Mme Fabienne HUARD observe qu'un certain nombre de documents sont déjà préremplis par ORBIS. Elle évoque néanmoins des besoins complémentaires, pour pouvoir se connecter au site e l'Assurance maladie pour les professionnels de santé, « Amelipro *»,* pour renseigner les arrêts de travail, les déclarations de grossesse, etc.

M. Raphaël BEAUFRET s'engage à étudier la question de l'annulation des rendez-vous programmés pour les patients décédés à l'AP-HP et en dehors de l'AP-HP. Il confirme par ailleurs un enjeu de connexion d'ORBIS aux télé-services intégrés de l'Assurance maladie, celle-ci étant appelée à demander cette connexion pour considérer la fiabilité d'un certain nombre de documents (ordonnances sécurisées, arrêts de travail, etc.) À cet égard, il évoque des problématiques liées aux feuilles de route tant de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) que de *Dedalus*. Il souligne que des modalités intermédiaires devront donc être définies avec la CNAM, notamment par un accès à une saisie dans « Amelipro », dès lors qu'il sera compatible pour une connexion par les professionnels hospitaliers, ce qui n'est pas encore le cas, malgré l'intégration de « Pro santé connect ».

Mme Fabienne HUARD insiste sur la nécessité, dans le cadre de ces travaux, de ne pas oublier les sage-femmes.

Le Pr Sandrine HOUZÉ fait savoir que, dans le cadre de l'alimentation du dossier médical partagé (DMP), le versement de certains résultats d'examens potentiellement difficiles à transmettre directement au patient peut être bloqué. La décision de bloquer ou non ces résultats est actuellement prise par les biologistes au sein des différents GHU. La proposition de la sous-commission *Numérique* et de la sous-commission *Biologie et radiologie* de la CME serait donc de constituer un groupe de travail, associant aussi des cliniciens, pour envisager une harmonisation de ces décisions et les conditions de libération de ces résultats pour les patients appelés à consulter en ville après avoir passé des examens au sein de l'AP-HP notamment.

7. Questions diverses

Le Pr Bernard GRANGER sollicite un éclairage sur les enquêtes de satisfaction conduites auprès de certains patients de l'AP-HP. Il constate que certains patients reçoivent un questionnaire, portant notamment sur l'attitude du médecin les ayant reçus. Il s'interroge sur l'origine de cette pratique, potentiellement instaurée par le précédent directeur général de l'AP-HP. Il souhaiterait également que soient communiqués l'ensemble des questions posées, les modalités de recueil et de traitement des réponses, le nombre de patients interrogés, le taux de réponse enregistré, le

caractère représentatif de l'échantillon des répondants, ainsi que les conditions de stockage et d'exploitation des données. Il s'étonne par ailleurs que les professionnels n'aient pas connaissance des réponses les concernant.

Le directeur général indique que le seul questionnaire aujourd'hui adressé aux patients de l'AP-HP se trouve être le questionnaire national *e-satis*, créé par décret en 2014, déployé à partir de 2015 et généralisé en 2016, sous l'égide de la Haute Autorité de santé (HAS). Ce questionnaire se déclinait jusqu'à présent en trois volets, pour les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) de plus de 48 heures, les séjours en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et les séjours en chirurgie ambulatoire, ayant vocation à permettre d'interroger les patients sur différentes dimensions ayant trait à l'accueil et à la prise en charge (explications données spontanément sur l'état de santé et les traitements, réponse aux questions par les médecins ou chirurgiens, clarté des réponses apportées, participation aux décisions concernant les soins ou traitements, soutien apporté par les médecins ou chirurgiens, etc.) En mars 2025, un volet supplémentaire consacré à la psychiatrie a été introduit, qui pourra également être communiqué à l'intersyndicale.

Le directeur général précise que les questionnaires redondants utilisés au sein de l'institution ont été supprimés. La possibilité a néanmoins été laissée aux services d'administrer des questionnaires propres, pour aborder des thématiques spécifiques à leur prise en charge. Il explique que les réponses aux questionnaires *e-satis* sont réceptionnées par l'AP-HP, qui s'efforce d'en assurer une restitution aux services, sous la forme de statistiques et de verbatims, le cas échéant au travers de réunions d'équipe.

Le Pr Bernard GRANGER observe que d'autres questionnaires ont circulé lors du mandat du précédent directeur général. Il prend néanmoins note de la suppression des questionnaires autres que ceux du dispositif *e-satis*, excepté ceux mis en place à l'initiative de certains services. Quoi qu'il en soit, il demande si, dans le cadre du dispositif *e-satis*, les patients ont vocation à être systématiquement interrogés. Il s'enquiert aussi du taux de réponse enregistré.

Le directeur général explique que ces enquêtes s'appuient sur des échantillons. En 2024, il fait état de cinq vagues d'enquêtes réalisées, ayant recueilli à l'AP-HP des taux de réponses de 24 % en MCO, 17 % en chirurgie ambulatoire et 24 % en SMR. Il mentionne également une nouvelle enquête sur les consultations, n'ayant obtenu un taux de réponses que de 8 %.

Le Pr Bernard GRANGER s'enquiert du nombre de patients ainsi interrogés.

Le directeur général fait état, en 2024, de 531 000 répondants au périmètre de la France entière et de 37 000 répondants au périmètre de l'AP-HP.

Le Pr Bertrand GODEAU après avoir pris contact avec la direction des relations avec les usagers du GHU Henri-Mondor, indique qu'un questionnaire spécifique centré sur la consultation en parallèle avec le questionnaire *e-satis* semble avoir été effectivement mis en place par l'AP-HP entre 2013 et 2015 dans le cadre d'une démarche qui serait spécifique à notre institution. Au sein du département médico-universitaire (DMU) de médecine, il fait état de nombreux questionnaires ainsi adressés à des consultants externes mais avec un taux de réponse de seulement 8 %. Les résultats ne sont pas nominatifs individuels mais disponibles uniquement à l'échelle d'un service et d'un DMU. À sa connaissance, aucun résultat de cette enquête n'a jamais été partagé.

Le directeur général s'engage à aborder la question avec la gouvernance de l'hôpital Henri-Mondor. Il confirme le principe de ne conserver que les questionnaires adressant des champs non couverts par les questionnaires *e-satis* tels que les hospitalisations de jour en médecine, le cas échéant en veillant à assurer une cohérence entre les questionnaires spécifiques et les questionnaires *e-satis*.

Il évoque également un questionnaire spécifique élaboré autour de la qualité de la restauration et de l'alimentation à l'AP-HP. Il précise que, pour les questionnaires développés par les services, un outil a été mis en place. De manière générale, il souligne que l'enjeu serait de ne pas multiplier les questionnaires généralistes risquant de perturber les patients. Il ajoute que les questionnaires *e-satis* ont vocation à permettre, dans le temps, des comparaisons entre établissements.

La séance est levée à 18 heures 30.