

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 1^{er} JUIN 2021

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE 2021

Sommaire

1. Informations du président de la CME	6
2. Protocoles de coopération	11
3. Prise en charge des patients décédés	15
4. Point sur la réforme de la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE)	18
5. Présentation de la note de cadrage de la révision des effectifs 2022 de praticiens hospitalier	21
6. Instruction « frontière » 2020 : gradation des prises en charge ambulatoires	22
7. Approbation du compte rendu de la CME du 4 mai 2021	24
8. Questions diverses	24

CME du mardi 1^{er} juin 2021

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME
2. Protocoles de coopération (D^{rs} Sophie DE CHAMBINE et Gilles GALULA, M^{me} Sophie ALLEAUME)
3. Prise en charge des patients décédés (M. Marc DUPONT, M^{me} Yannick TOLILA-HUET)
4. Point sur la réforme de la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) (M^{me} Hélène OPPETIT)
5. Présentation de la note de cadrage de la révision des effectifs 2022 de praticiens hospitaliers (M^{me} Hélène OPPETIT)
6. Instruction « frontière » 2020 : gradation des prises en charge ambulatoires (M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, M. Didier FRANDJI)
7. Approbation du compte rendu de la CME du 4 mai 2021
8. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

1. Avis sur les demandes de consultanat 2021-2022
2. Avis sur les candidatures aux emplois de PHU offerts au recrutement au 1^{er} septembre 2021
3. Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines médicales, pharmaceutiques, odontologiques nommés au 1^{er} septembre 2021
4. Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines médicales, pharmaceutiques, odontologiques nommés au 1^{er} septembre 2021

- Assistent à la séance :

• **Avec voix délibérative :**

P ^r	Véronique	ABADIE	M ^{me}	Sophie	GUILLAUME
P ^r	René	ADAM	P ^r	Christian	GUY-COICHARD
D ^r	Marie	ANTIGNAC	D ^r	Jean-François	HERMIEU
D ^r	Thomas	APARICIO	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
P ^r	Jean-Yves	ARTIGOU	D ^r	Eric	LE BIHAN
D ^r	Fadi	BDEOUI	P ^r	Eric	LE GUERN
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Rachel	LEVY
M.	Guy	BENOIT	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Xavier	MARIETTE
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Giovanna	MELICA
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Jean-Claude	CAREL	P ^r	Yann	PARC
P ^r	Alain	CARIOU	M.	Louis-Paul	PATY
D ^r	Cyril	CHARRON	D ^r	Juliette	PAVIE
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	Patrick	PELLOUX
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
P ^r	Yves	COHEN	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Claire	POYART
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Jean-Damien	RICARD
D ^r	Jean-Philippe	DAVID	D ^r	Nathalie	RICOME
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Thomas	SIMILOWSKI
D ^r	Georges	ESTEPHAN	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D ^r	Thierry	FAILLOT	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
M.	Julien	FLOURIOT	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Samir	TINE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Bernard	GRANGER	D ^r	Valéry	TROSINI-DESERT
Dr	Bruno	GREFF	D ^r	Noël	ZAHR

• **Avec voix consultative :**

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)

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

- P^r Philippe RUSZIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- D^r Michèle GRANIER, présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers

d'Île-de-France

- M^{me} Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'Île de France (ARS)
- M^{me} Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

• **Les représentants de l'administration :**

- M. Sylvain DUCROZ, directeur des ressources humaines
- M^{me} Hélène OPPETIT et M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ et M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeurs généraux adjoints ;
- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- M. Florent BOUSQUIÉ, directeur de cabinet adjoint du directeur général
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, direction de la stratégie et de la transformation (DST)
- M^{me} Véronique DROUET et M. Patrick CHANSON, directrice adjointe et directeur de la communication
- M^{me} Charline NICOLAS et M. Marc DUPONT, directrice et directeur adjoint des affaires juridiques (DAJ)

• **Invités**

- M^{me} Audrey VOLPÉ,, DAJ
- D^r Jean-Guilhem XERRI, DST
- M. Paul TANDONNET, direction de la communication
- P^r Bruno FAUTREL, chef de service de rhumatologie, hôpital Pitie salpêtrière
- D^r Sophie DE CHAMBINE, DST
- M^{me} Yannick TOLILA-HUET, présidente de la collégiale des professionnels de chambres mortuaires
- M^{me} Sophie ALLEAUME, DST
- M. Michel COHEN, direction économique financière du patrimoine et de l'investissement (DÉFIP)

• **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)
- M^{me} Déborah ENTE (DPQAM)

• **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Philippe ANRACT, Élie AZOULAY, Frédéric BATTEUX, Sébastien BEAUNE, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Donia BOUZID, Sophie BRANCHEREAU, Yves-Hervé CASTIER, Solenn DE POURTALES, Vianney DESCROIX, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Mathilde DUVAL, Emelyne HAMELIN, Sandrine HOUZÉ, Marc HUMBERT, Youcef KADRI, Véronique LEBLOND, Michel LEJOYEUX, Salomé MASCARELL, Rafik MASMUDI, Stefan NERAAL, Antoine PELISSOLO, Louis PUYBASSET, Bruno RIOU, Clara SALINO, Virginie SIGURET-DEPASSE, et Michel VAUBOURDOLLE.

La séance s'ouvre à 16 heures 30, sous la présidence du P^r Rémi SALOMON.

1. Informations du président de la CME

Le président envisage une reprise des réunions de la CME en présentiel après l'été, sous réserve de l'évolution à venir de la pandémie. Il souligne toutefois que la salle des instances n'offre pas une configuration et des conditions optimales de réunion et souhaite que l'Administration puisse lui faire des propositions pour la rentrée.

Gouvernance

La loi RIST a été publiée au Journal officiel le 11 mai dernier ainsi que deux décrets le 27 mai qui concernent la gouvernance. Ces textes semblent rendre nécessaire un nouveau décret spécifique à l'AP-HP et le président souhaite être associé le plus en amont possible aux discussions que la direction générale aura avec le ministère pour sa préparation..

Réforme du statut des contractuels

Le président indique que des éléments restent à obtenir sur les différents aspects démographiques des effectifs de contractuels à l'AP-HP et sur leurs caractéristiques, seul un état des lieux précis permettant en effet d'asseoir la réflexion sur des données factuelles (nombre de contractuels, d'attachés, de temps partiels par discipline, etc.). Cette réforme fera l'objet d'un décret qui devrait sortir a priori en septembre.

Réforme du statut des contractuels

Le président indique que des éléments restent à obtenir sur la démographie afin de s'appuyer sur un état des lieux précis et asseoir la réflexion sur des données factuelles (nombre de contractuels, d'attachés, de temps partiels par discipline, etc.). Un décret est également attendu dans la suite de cette réforme, *a priori* en septembre.

Le D^r Nathalie RICOME confirme qu'elle a assisté à un groupe de travail dénommé « La Ruche » qui conduira à mettre en place d'autres groupes de travail pour définir les modalités de mise en place de la réforme. Participent également à ce groupe de travail de préfiguration M^{me} Hélène OPPETIT et le D^r Diane BOUVRY entre autres. Il est prévu de mettre en place trois groupes de travail : un groupe de travail « missions », un groupe de travail « leviers de la rémunération » et un groupe de travail « financement ». Elle s'étonne que les représentants des praticiens contractuels ne fassent pas partie du groupe de travail « missions » alors qu'ils seront les premiers concernés par la réforme. Sa crainte est que les missions nouvellement définies aboutissent à des sous-diplômes et conduisent à ce qu'un contractuel soit moins bien considéré qu'un praticien hospitalier titulaire. Il lui semble compliqué de définir des niveaux de rémunération différents selon les missions confiées. Elle redoute des dérives avec des missions attribuées par statut alors que le diplôme de départ serait identique. Il est difficile de distinguer entre deux seniors.

Le président indique que ce dossier sera de nouveau débattu en CME prochainement.

M^{me} Hélène OPPETIT précise que l'objet n'est pas d'aboutir à une différenciation par statut. Le travail devra être mené par le groupe de travail *ad hoc* qui se réunira le 7 juin en s'appuyant sur les compétences des groupes hospitalo-universitaires (GHU), qu'il s'agisse de médecins ou de directeurs. Elle ne pense pas opportun de traiter ce sujet par bribes en CME.

Le D^r Nathalie RICOME ajoute qu'elle dispose d'un document émanant d'un syndicat ayant participé aux réunions de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) mais qu'elle ne peut pas partager. Or, d'après ce document, les missions ne seraient pas définies nationalement. Elle souhaite donc savoir si la définition des rémunérations en fonction des missions sera une particularité propre de l'AP-HP. Pour sa part, elle estime prématuré de constituer un groupe de travail « missions » alors que le sujet n'est pas évoqué au niveau national.

Le D^r Julie CHOPART indique que de nombreuses questions sont soulevées sur l'organisation et la répartition des missions au sein du service. Au vu du quotidien de l'hôpital, elle ne voit pas comment des missions différentes pourront être confiées selon le statut. Elle attend donc avec impatience d'obtenir davantage de précisions.

Le président reconnaît que ce sont des questions importantes et légitimes.

Le D^r Claire POYART confirme que de nombreuses questions se posent, notamment sur la possibilité de définir des missions par spécialité il sera donc important d'établir une cartographie comme l'a souligné le président. Ces questions seront traitées par le groupe de travail en associant les collégiales.

Groupe tripartite relatif à la prime d'engagement collectif

Le D^r Diane BOUVRY indique qu'une réunion du groupe tripartite s'est tenue la semaine passée. Elle était la seule représentante de la CME à y participer. Cependant, le calendrier des réunions n'est pas toujours connu à l'avance, ce qui ne facilite pas les participations. Le décret relatif à la prime d'engagement collectif n'est toujours pas paru. Pour 2021, il est évoqué la possibilité de mettre en place une prime d'engagement collectif au niveau des sites hospitaliers avec une attribution de la prime à tous les agents du site pour un même objectif atteint. Un guide méthodologique relatif à la constitution des projets a été remis : il est très complet mais assez long (26 pages). Afin de disposer d'un cadre simplifié, des exemples de projets en une page ont été proposés. Elle indique avoir renouvelé le souhait de mise en place d'un mécanisme institutionnel pour que l'ensemble des équipes soit incité et accompagné à déposer des projets, mais aussi pour que ces dépôts ne soient pas le seul fait des équipes les plus avancées ou les moins fragiles de l'établissement. À sa connaissance, la date de la prochaine réunion du groupe tripartite n'est pas encore fixée.

M. Pierre-Emmanuel LECERF croit savoir que la publication du décret est imminente. D'après ses informations, ce texte serait très proche du décret de 2020 sur l'intéressement collectif. Son principe est de réserver un budget permettant d'accorder une prime d'engagement collectif dès lors qu'un service s'engage dans une démarche d'amélioration. Si le décret paraît effectivement, il sera possible de présenter le dispositif à la prochaine CME. Par ailleurs, des retours des organisations syndicales SUD et CFDT sont attendus sur le guide méthodologique. Il remercie le P^r Marie-Noëlle PERALDI et le D^r Diane BOUVRY pour le travail engagé, notamment pour établir des projets clairs et précis en une page. Ce travail a permis de désinhiber la discussion et de montrer qu'il était possible d'établir un projet succinctement tout en fixant des axes d'amélioration à atteindre. Les retours des organisations syndicales ont d'ailleurs été assez élogieux sur ce travail de synthèse.

Deux points du projet social sont presque aboutis. Le premier concerne le protocole sur l'organisation du temps de travail négocié avec les organisations syndicales. Ce texte, qui pourrait être mis à la signature vendredi 4 juin, propose la mise en place des heures supplémentaires majorées et valide l'expérimentation du schéma horaire en 8 heures. Pour rappel, les heures

supplémentaires majorées au titre de la crise COVID vont s'arrêter prochainement avec la fin de l'état d'urgence sanitaire, le nouveau dispositif apparaît donc utile pour prendre le relais. Le deuxième dossier du projet social concerne le protocole de déprécarisation qui cible diverses catégories de personnel (aides-soignants, ouvriers, agents logistiques, agents techniques et administratifs). Il conduira à lancer des concours et donc à proposer une déprécarisation à environ 500 agents contractuels.

Programme de formation au management des chefs de service

Le P^r Jean-Damien RICARD signale que ce projet est issu d'une proposition conjointe du bureau de la CME, de la commission de la vie hospitalière, du département du développement professionnel continu (DPCM), de la direction des ressources humaines (DRH) et de la direction patients qualité et affaires médicales (DPQAM). Cette proposition, issue du plan ressources humaines – personnel médical (RHPM) de 2016, s'appuie sur le décret du 11 mars 2016, sur la feuille de route et sur la « loi RIST » du 26 avril 2021 dont l'article 34 rend obligatoire la formation des postes à responsabilités. Dans ce cadre, un accompagnement des nouveaux chefs de service est proposé au moment de leur prise de fonction sous la forme d'un accompagnement individuel de cinq séances d'une heure trente avec la possibilité, par la suite, de participer à un groupe de pairs pour échanger sur les difficultés rencontrées. Un bilan sera réalisé à six mois et permettra de compléter, au besoin et à la carte, la formation en fonction des attentes exprimées. Il s'agit là d'un dispositif intéressant.

Le président souligne que c'est un sujet important, évoqué depuis plusieurs années. Il devrait prochainement se concrétiser et sera suivi attentivement.

Calendrier budgétaire

Le président ajoute que la présentation de l'état prévisionnel recettes et dépenses (ÉPRD) 2021 et du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2021-2025 est repoussée à la CME du mois de juillet, voire plus tardivement. De fait, la présentation du projet d'établissement sera également reportée. Ce projet a toutefois été présenté au directoire du 25 mai et **le président** transmettra à tous les membres le projet d'établissement dans cette version actuelle, afin de pouvoir rendre un avis en juillet ou en septembre.

L'ÉPRD a été présenté au directoire et à la sous-commission activités-ressources (CAR) du 25 mai. Parmi les éléments positifs, il faut retenir les mesures du « Ségur de la santé » et l'augmentation de la rémunération des paramédicaux et médecins. Dans le cadre du projet social, il acte aussi une première tranche de création de 900 équivalents temps plein (ÉTP) personnel non médical (PNM). En revanche, un blocage de la masse salariale du personnel médical serait envisagé. De plus, dans un montage à iso-budget, l'augmentation de la rémunération des contractuels pourrait conduire à une diminution des effectifs, ce qui soulève des questions pour l'organisation des services. De même, les nouveaux projets médicaux ne pourraient avoir lieu que sur des redéploiements. Des inquiétudes sont aussi signalées quant au remboursement de la dette et aux investissements.

M. Guy BENOIT reconnaît que quelques éléments sont positifs mais d'autres sont très inquiétants. Depuis des années, le déficit de l'AP-HP est chronique, de l'ordre de 150 M€ depuis 2017. La capacité d'autofinancement (CAF) nette est de l'ordre de 50 M€. Le taux d'emprunt augmente considérablement passant de 300 à 450 M€. De plus, l'AP-HP emprunte sur 50 ans. Il en découle le blocage de la masse salariale. Par ailleurs, il constate que la CAF nette sera de 50 M€ cette année alors que les recettes des ventes ont été de 63 M€, c'est-à-dire que les recettes ne servent pas intégralement l'investissement mais servent aussi à rembourser la dette.

Le D^r Emmanuel Bui-Quoc observe une progression du déficit 2020 à 244 M€, soit une progression de 70 M€ par rapport à 2019 malgré la garantie de financement de l'année COVID. Cette situation tient entre autres aux immobilisations sur les comptes épargne temps (CET) et aux créances dépréciées.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande quel pourrait être le montant de la reprise de la dette de l'AP-HP puisque le ministre de la Santé a annoncé la reprise de celle des hospices civils de Lyon à hauteur de 250 M€.

M. Pierre-Emmanuel LECERF confirme que des discussions sont en cours avec l'agence régionale de santé (ARS) concernant le budget quinquennal avec un axe majeur de discussions portant sur la reprise de la dette ou les subventions d'investissement pour les grands projets. L'AP-HP porte une augmentation substantielle de ses besoins d'investissement et du coût de ses investissements, à la fois pour tenir compte d'éléments capacitaires nouveaux et des surcoûts de construction. En outre, les comptes 2020 de l'AP-HP ne sont pas encore clôturés car des délégations de crédit n'ont été obtenues qu'en avril 2021 et ces éléments doivent être pris en compte par les commissaires aux comptes. La garantie de financement de l'État permet de maintenir le niveau de capacité d'autofinancement et de marge brute de l'AP-HP. Pour autant, le déficit peut apparaître plus important car l'AP-HP doit constituer des provisions (pour les comptes épargne temps, les augmentations de rémunération prévues par le « Ségur », etc.). Cela étant, l'AP-HP affiche bien la même capacité d'autofinancement et la même marge brute, permettant la conservation d'une partie des recettes pour financer l'investissement futur. En outre, la garantie de financement porte sur l'année de référence 2019, qui n'était pas une année exceptionnelle. C'est ce qui conduit à une capacité d'autofinancement de 50 M€. Le travail mené sur le PGFP avec l'ARS consiste à sortir de cette mécanique en présentant des perspectives de croissance, perspectives tirées par le projet d'établissement et le projet médical. De plus, le budget social, qui a été délégué, permet de créer 638 emplois de personnel non médical et 150 emplois de personnel médical. Ce sont ces éléments qui permettront d'augmenter la capacité d'autofinancement sans compter les sujets des subventions d'investissement et de la reprise de la dette.

Le directeur général intervient en réponse à M^{me} Leïla BOUZLAFA au sujet du décompte du temps de travail pour les internes. Le nouveau protocole, qui remplace celui de 2015, ne concerne pas le temps de travail des internes, ni des médecins, mais uniquement le temps de travail des personnels non médicaux. Cependant, dans le cadre du projet social, des discussions ont porté sur la concordance des temps entre équipes médicales et paramédicales, sujet cher au président de la CME. Elle peut avoir une influence majeure sur l'attractivité et la qualité de prise en charge des patients. C'est donc un sujet sur lequel il conviendra de travailler, notamment au niveau des services. En outre, des postes médicaux sont créés en nombre important. Cependant, la réforme des contractuels n'est pas accompagnée d'un financement externe pour assurer cette revalorisation. Sauf si ce budget est pris sur d'autres lignes, cette problématique reste pleine et entière.

L'AP-HP a des besoins et des projets importants en investissements. L'objectif est de financer les grands projets, de continuer à inscrire des projets d'investissement nouveaux et de poursuivre les investissements courants. En effet, les grands projets ne doivent pas limiter les besoins en investissements plus quotidiens. Les investissements ont fortement augmenté au cours des dernières années passant de 300 M€ à 600 M€. Aujourd'hui, il est impossible d'estimer le montant des investissements à venir sans information sur les conditions de reprise de la dette. Il était avancé au départ qu'un tiers de la dette serait reprise mais désormais cela ne concernerait que la part se situant au-dessus d'un niveau de surendettement à une date donnée. Des discussions sont

en cours pour déterminer si les critères doivent être revus ou si d'autres modes de financement existeront. Dans tous les cas, l'AP-HP ne souhaite pas réduire son ambition en matière d'investissements qui est justifiée et légitime par rapport aux besoins des patients et des équipes.

Le président rappelle qu'il avait été annoncé initialement qu'il ne serait pas tenu compte du degré d'endettement des hôpitaux.

Le directeur général confirme que ces éléments avaient été annoncés il y a 18 mois.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que la reprise de dette portait initialement sur un montant de 13,4 Md€ au niveau national. Ce montant qui se base sur la dette hospitalière de 2019 a été inscrit dans une loi de 2020 pour une reprise au titre de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Cependant, l'Union européenne (UE) a été sollicitée car les acteurs privés ont contesté cette décision d'aide faussant la concurrence. L'UE a donc confirmé le montant tout en spécifiant que cette aide ne pourrait pas être accordée au seul titre de la reprise de dette car ce critère serait automatiquement favorable aux seuls hôpitaux publics. Par conséquent, il a été décidé que la reprise de dette ne concernerait que la partie située au-dessus d'un niveau de dette de 30 %, le reste relevant de subvention directe. C'est donc au niveau des subventions directes aux investissements que l'AP-HP peut obtenir des soutiens et non uniquement au titre de la reprise d'une partie de la dette.

Le P^r Yann PARC considère qu'emprunter à 50 ans pose question car l'horizon est trop lointain. Cette échéance peut aussi jouer dans l'attractivité car elle complexifie la compréhension des projets et leur aboutissement. La permanence des déficits est décourageante alors même que les niveaux de salaire ne sont pas très élevés et que les équipes travaillent dur. Cet ensemble place les équipes dans des situations complexes.

Le directeur général souligne que le sujet de la dette était peu évoqué jusqu'alors avant d'évoquer le mécanisme de reprise de la dette. Chaque année, l'AP-HP remboursait environ 150 M€ d'intérêt et de capital et réempruntait la même somme. Si la dette est tant évoquée en 2021, c'est qu'un levier peut permettre de dégager des marges de manœuvre. Par ailleurs, l'AP-HP a pour particularité d'avoir un taux d'endettement relativement maîtrisé par rapport aux autres hôpitaux. Il a été longtemps situé autour de 30 % pour se situer aujourd'hui autour de 34 %. Les hospices civils de Lyon se situent au-delà de 40 %. De plus, les taux d'intérêt des emprunts sont de bonne qualité. Aucun de ses prédécesseurs ne s'est engagé dans des emprunts toxiques et la notation financière de l'AP-HP lui permet d'être perçu comme un bon emprunteur. Comme un particulier peut emprunter à 20 ou 25 ans pour acquérir sa résidence principale, l'AP-HP qui existe depuis 1849 peut emprunter jusqu'à 50 ans. En outre, les taux d'intérêt sur des échéances longues sont très peu élevés, ce n'est donc pas une course en avant puisque le taux global d'endettement reste maîtrisé. La structure de la dette de l'AP-HP comprend davantage d'emprunts de long terme que d'emprunts de moyen terme, mais cette structure n'emporte pas de coûts plus élevés, au contraire. Pour l'opération concernant l'Hôtel-Dieu, l'AP-HP percevra à l'inverse des recettes de loyers pendant 80 ans.

Le président rappelle pourquoi les hôpitaux se sont endettés. L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) augmente certes avec le vieillissement de la population et avec le poids des maladies chroniques mais l'écart entre les besoins et le budget nécessite aussi d'emprunter, ce qui explique que cet endettement perdure. Certains hôpitaux sont certes plus endettés que d'autres, notamment ceux ayant fait appel à des emprunts toxiques ou ayant moins bien géré leurs fonds, mais la mécanique de l'ONDAM conduit fatalement à un endettement.

Le D^r Patrick PELLOUX sollicite des précisions sur le taux d'emprunt auquel peut prétendre l'AP-HP et souhaite savoir si l'institution peut bénéficier d'emprunts à taux négatifs.

Le directeur général indique que le taux d'intérêt moyen est de l'ordre de 2 %. Au cours des dernières années, plusieurs emprunts ont été souscrits à des taux négatifs (de l'ordre de - 0,5 %).

Le D^r François SALACHAS rappelle que, lors des réunions tripartites, beaucoup ont exprimé leurs doutes quant à l'effet majeur que pourrait jouer la concordance des temps sur l'attractivité. Ce qui prime avant tout, c'est de disposer d'équipes en nombre suffisant. C'est donc sur la charge de travail qu'il faut se pencher pour rendre l'AP-HP attractive. Or, pour le moment, aucune proposition n'est formulée en ce sens. De plus, pour mener la réflexion, il conviendra d'associer des soignants de terrain et pas uniquement des directions de soins infirmiers qui sont assez éloignés des problèmes du quotidien. Par ailleurs aucune mise à jour des recrutements opérés à l'AP-HP n'a été présentée, malgré ses relances : aucune information n'est communiquée sur le solde net de personnel paramédical qui aurait pu être recruté. Pourtant, sa demande est que la communauté médicale soit régulièrement informée sur ces questions.

Le directeur général rappelle que les négociations ont porté sur deux questions à la suite de la négociation tripartite pour laquelle le corps médical avait indiqué ne pas vouloir être partie prenante. Ces deux sujets sont : la déprécarisation – qui est une thématique essentielle pour jouer sur l'attractivité - et le temps de travail, thème sur lequel il est important de trouver un accord pour les personnels.

Le président rappelle que l'évaluation de la charge de travail est une discussion très ancienne. Il se félicite qu'elle soit désormais inscrite dans le projet social car elle est essentielle pour la qualité de vie au travail.

Le directeur général indique que la situation s'améliore à un rythme plus rapide que les prévisions les plus optimistes, 90 % de salles d'opération fonctionnent et il remercie à nouveau toutes les équipes impliquées dans la prise en charge de la troisième vague. Par ailleurs, 67 % des personnels sont vaccinés toutes catégories confondues. Il remercie enfin M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint, qui a quitté l'équipe de direction. Il sera remplacé.

Le président se joint au directeur général pour remercier M. François CRÉMIEUX.

2. Protocoles de coopération

Le D^r Gilles GALULA présente les perspectives de déploiement des protocoles de coopération à l'AP-HP à la suite d'une modification récente de la réglementation qui entraîne une plus forte implication de l'AP-HP et de la CME. Les protocoles de coopération ont été créés en 2009. L'organisation était alors centrée autour de la région et de l'ARS. Il a été noté à l'AP-HP une forte implication des équipes autour de ces protocoles avec une vingtaine de protocole de coopération mis en place sur des thématiques différentes. Plus de 60 équipes ont été concernées. L'AP-HP est promoteur de 12 protocoles parmi les 58 régionaux et 5 parmi les 13 protocoles nationaux. D'autres protocoles pourront désormais être mis en place avec une visée locale du fait de l'évolution de la réglementation.

Le D^r Sophie DE CHAMBINE explique que cette évolution du cadre législatif conduit à la création de deux catégories de protocole : les protocoles nationaux régis par le comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) qui transformera les anciens protocoles régionaux en protocoles nationaux et les protocoles locaux qui seront propres à l'AP-HP. Pour ces protocoles

locaux, le processus de validation et d'autorisation sera internalisé. Autrefois, c'était l'ARS qui vérifiait le besoin et le cadre réglementaire mais c'est désormais à l'AP-HP que revient ce rôle. De même, l'avis conforme sur la qualité et la sécurité des soins était autrefois du ressort de la Haute Autorité de santé (HAS) et revient désormais à la CME et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Enfin l'autorisation était hier donnée par le directeur général de l'ARS alors qu'elle relèvera désormais du directeur général de l'AP-HP après avis de la CME et de la CSIRMT. En outre, la « loi RIST » permettra aussi de mettre en place des protocoles territoriaux avec des partenaires (maisons de santé, etc.) mais cette nouveauté fera l'objet d'une présentation ultérieure.

Dans cette nouvelle configuration, le rôle de la CME et de la CSIRMT sera de rendre un avis sur le respect des exigences de qualité et de sécurité (respect des bonnes pratiques, organisation, modalités d'inclusion, modalités de supervision, etc.). L'avis des commissions, s'il est positif, pourra être repris par le directeur général pour autorisation.

Il est proposé que la CME et la CSIRMT soient éclairées par un comité de pilotage regroupant des représentants de ces deux commissions et les directions fonctionnelles du siège (directions de la stratégie de la transformation, des ressources humaines, des affaires médicales, des affaires juridiques et des systèmes d'information). Le comité de pilotage priorisera les projets soumis par les équipes, auditionnera les promoteurs, vérifiera la conformité du projet aux exigences de qualité et de sécurité et proposera un avis aux commissions. Les équipes qui soumettront des projets pourront être accompagnées de référents et d'experts en matière de qualité et de sécurité. Par ailleurs, une *task force* permettra d'apporter une expertise complémentaire.

M^{me} Sophie ALLEAUME indique que trente projets sont identifiés mais certains sont plus avancés que d'autres. Elle propose donc que ces deux commissions s'impliquent pour ceux plus avancés. C'est le cas notamment du projet relatif à la prise en charge des patients allergiques et du projet sur le suivi des receveurs de foie et de foie-rein, ces deux projets ayant fait l'objet d'une instruction par les experts nationaux et les parties prenantes sans aller au terme de l'instruction. D'autres protocoles anciens ont dû être actualisés car les équipes ont estimé qu'ils devaient évoluer pour être plus représentatifs de leurs pratiques. Parmi ceux, le protocole portant sur le suivi des patients traités par anti-cancéreux oraux pourrait faire l'objet d'une instruction prochaine. Par ailleurs, des protocoles sont finalisés mais n'ont pas bénéficié ni d'un avis d'un expert national ni de l'avis des parties prenantes. Pour ces projets, ce sera à l'AP-HP d'organiser l'instruction complète. Enfin, certains dossiers ont fait l'objet d'une instruction complète mais ont reçu un avis non favorable. Pour ces projets, l'AP-HP devra se pencher de nouveau sur leur autorisation.

Pour atteindre l'objectif de 1 000 professionnels engagés dans les protocoles de coopération, il convient de promouvoir les protocoles déjà autorisés. Toute équipe intéressée par la thématique de dérogation peut s'inscrire dans un protocole validé sans besoin de le réécrire. Ces derniers seront donc rapides dans leur mise en œuvre à la condition que les professionnels soient formés sur la délégation visée. Les formations seront plus ou moins importantes en fonction du thème de la délégation. D'ores et déjà plusieurs protocoles présentent un fort potentiel d'inclusion, par exemple le protocole sur le service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) portant sur la demande anticipée de radios par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA). Pour celui-ci, 400 professionnels pourraient être ciblés à terme. Certes, la crise sanitaire est venue ralentir les formations mais celles-ci pourront reprendre sur cette thématique.

D'autres protocoles pourront être mis en place à la réserve de dispenser une formation de quelques heures, par exemple sur le repérage échographique des veines et artères qui est un acte technique médical simple qui pourrait être à la main des infirmiers.

Il conviendra aussi de mettre en place des circuits d'instruction et d'autorisation rapide. Un appui pourra être apporté aux équipes pour les soutenir afin de parvenir à une optimisation des organisations médico-soignantes.

Enfin, il faudra faire preuve de collégialité sur les nouveaux protocoles à mettre en œuvre. L'objectif serait de favoriser l'émergence de protocoles sur les métiers en tension et de déployer le réseau des référents voire de l'amplifier. L'objectif serait également de rendre mieux accessibles les outils. Pour cela, un site internet interactif sera mis en place. Enfin, il faudra s'assurer que la coopération et la pratique avancées soient systématiquement prises en compte dans la réflexion sur les projets médicaux. À l'échelle des départements médico-universitaires (DMU), de nombreuses sollicitations sont collectées mais l'information et la formation sur ce dispositif devront être maintenues. Cette thématique devra aussi être intégrée à la réflexion sur les conférences stratégiques et budgétaires afin d'anticiper l'organisation médico soignante.

Le président souligne que les collégiales auront un rôle essentiel à jouer dans les protocoles de coopération.

Le P^r Jean-Damien RICARD s'enquiert du plan de communication qui sera lancé auprès des sites et des groupes hospitalo-universitaires (GHU) pour faire émerger ces protocoles. Il relève que les référents ne sont sans doute pas connus sur les sites. Il ajoute que cela fait plusieurs années que les infirmiers de son service adaptent l'insuline et il serait donc utile que ces interventions puissent se matérialiser dans un protocole.

M^{me} Sophie ALLEAUME indique que des réunions des référents ont déjà lieu deux fois par an. La prochaine aura lieu le 1^{er} juillet. L'objectif est d'étendre progressivement ces réunions à d'autres experts et référents médicaux. La mise en place d'un site intranet et sa promotion permettront aussi d'impliquer plus largement et de mettre en place des relais.

Le directeur général propose également d'utiliser les différents canaux de communication existants (« 7 jours à l'AP-HP », brochure « Nous », etc.)

Le D^r Sophie DE CHAMBINE ajoute que l'équipe peut se rendre disponible pour donner cette information lors des réunions des commissions médicales d'établissement locale (CMEL).

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU considère qu'il est important de développer certains protocoles avec les infirmiers et autres paramédicaux. Cependant, il faut distinguer la prescription de la radio à l'arrivée aux urgences et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chirurgicale ou encore la pose de voies veineuses centrales. Elle comprend que des solutions doivent être apportées pour les métiers en tension mais elle invite à prendre garde aux dérives, car il ne faudrait pas déléguer des actes au prétexte que le métier est en tension et que les médecins sont en nombre insuffisant. Adopter cette approche serait très dangereux. En revanche, un protocole peut être mis en place s'il est considéré que l'infirmier ou l'aide-soignant peut acquérir la compétence visée, mais l'approche ne doit pas être inversée. De plus, les personnels non médicaux sont également en tension dans les services.

Le P^r Jean-Damien RICARD ne partage pas totalement cet avis. En Suisse, il existe des équipes dédiées, par exemple des cathétéristes, qui ne font que cet acte et qui le font avec un taux de complications inférieur à celui de médecins.

Le D^r Patrick PELLOUX rejoint le point de vue du D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU car il pense que ces mesures sont promues pour pallier les difficultés de la démographie médicale. La première d'entre elles est que le nombre d'étudiants en médecine est insuffisant, problème pour lequel la délégation n'est pas la solution. Pour autant, il comprend parfaitement le souhait de développer les compétences des infirmiers. Or, ces décisions risquent de favoriser une « lutte des classes » entre ceux qui pourront consulter un médecin, *a fortiori* dans un établissement privé, et ceux qui

consulteront des infirmiers de protocoles avancés en se rendant à l'hôpital public. Il entend que ces coopérations puissent exister dans certains domaines : pour l'adaptation du protocole d'insuline, pour la prescription des radios aux urgences, etc. En revanche, qu'un projet vise à intégrer des infirmiers de protocole avancé dans les camions des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) en lieu et place des médecins est une limite à ne pas franchir.

Le D^r Christophe TRIVALLE entend qu'il faut se garder de toute dérive mais rappelle aussi que ces pratiques existent déjà depuis plusieurs années, même si elles ne s'appellent pas protocoles de coopération. Lorsque ces organisations existent, elles doivent être reconnues comme un protocole de coopération, ce qui permettra aux infirmiers d'être revalorisés. Dans les spécialités où ces organisations ne sembleront pas opportunes, il suffira que les médecins ne s'y engagent pas. En gériatrie, il existe des protocoles de coopération en urodynamique qui sont opérants ainsi que pour la prise en charge des escarres. Cependant, lorsque les infirmiers sont dans les services, il peut arriver que ces derniers ne puissent pas mettre en pratique le protocole car ils ne peuvent pas endosser toutes les missions. Dans les disciplines en tension comme la gériatrie, les infirmiers de protocole avancé ne disposent pas toujours du temps nécessaire. C'est donc la limite de cette organisation.

Le président indique que le comité de pilotage permettra de caler les protocoles, leurs limites et de s'assurer de l'égal accès à un soin de qualité partout.

Le directeur général estime que l'AP-HP n'est pas encore concernée par les exemples de dérives des coopérations et des délégations et surtout que des procédures sont prévues pour encadrer ces dispositions. Tous les pays ayant beaucoup développé les protocoles et les pratiques avancées ne l'ont pas fait pour des raisons démographiques. Le mouvement a été retardé en France car les praticiens libéraux y voyaient une menace directe à leurs revenus. Ils ont donc bloqué l'évolution de cette pratique à l'hôpital où, par ailleurs, les traditions hospitalières y étaient aussi plutôt hostiles. C'est un historique important. Or, c'est le développement de ces dispositifs qui a permis de revaloriser les qualifications dans les pays cités en exemple, ce qui explique aussi une partie de l'écart de salaire entre la France et d'autres pays dans le classement de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le directeur général souhaite surtout que la nouvelle procédure permette d'accélérer la mise en place des protocoles, avec un délai de quelques mois, alors qu'il pouvait se compter en années auparavant. Celui-ci n'est pas précisé dans la présentation mais il ne pourra en principe pas excéder six mois.

Le D^r Bruno GREFF souhaiterait savoir qui porte la responsabilité de l'acte pris en exemple en Suisse pour établir une véritable comparaison. En France, le protocole conduit à ce que le médecin reste responsable de l'acte délégué, raison pour laquelle des réserves peuvent être émises lors de la délégation d'un acte à risque plus élevé.

Le P^r Jean-Claude CAREL constate que l'autorisation de ces protocoles permettrait d'officialiser des situations existantes. Ces délégations sont aussi des éléments concourant à la valorisation salariale des personnels non médicaux, même si elle reste modeste. Il souhaite par conséquent que ces mécanismes soient encouragés plutôt que de sombrer dans le corporatisme. Pour sa part, il souhaite les promouvoir, raison pour laquelle il a accepté de participer au groupe en charge de les évaluer.

M^{me} Leïla BOUZLafa s'étonne que le premier argument avancé soit celui du transfert de compétences pour économiser du temps médical. Or le temps de travail d'un médecin est largement consacré à des tâches administratives et de secrétariat. Aussi elle préférerait plutôt que les secrétariats des services soient mieux dotés en temps plein.

Le D^r Brigitte SOUDRIE rejoint le point de vue du P^r Jean-Claude CAREL et invite à ne pas craindre cette évolution. Dans son service, beaucoup d'infirmiers sont plus compétents que les médecins

pour certains gestes techniques délicats. Certains de ces actes ne sont pas maîtrisés par les médecins, ce qui peut signifier que la formation médicale est insuffisante sur ce point. Par ailleurs, le métier des infirmiers évolue et ils souhaitent acquérir de nouvelles compétences ; il faut donc les encourager. La problématique n'est souvent pas celle de la pénurie de médecins mais celle de leur désintérêt pour certains gestes techniques et de leur manque de formation associée.

Le D^r Nathalie RICOME invite à mettre en place des coopérations avec les pharmacies hospitalières pour le suivi des traitements. Alors que la pharmacie clinique s'est beaucoup développée, cette orientation serait utile.

3. Prise en charge des patients décédés

Le président a rencontré M^{me} Yannick TOLLILA-HUET, présidente de la collégiale des professionnels de chambres mortuaires, il y a quelques semaines après s'être interrogé sur la pertinence de l'utilisation des housses mortuaires pendant la crise pandémique. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et le ministère avaient aussi été saisis de cette question. Depuis, la réglementation a évolué avec la parution d'un décret. Avec le D^r Diane BOUVRY, il a visité la chambre mortuaire de Bichat. Ce sujet a été présenté à la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU). Les soins *post-mortem* constituent l'une des dimensions du soin.

M. Marc DUPONT souligne que 25 sites hospitaliers disposent d'une chambre mortuaire alors que 11 en sont dépourvus. Ces chambres mortuaires emploient 87 agents et prennent en charge environ 18 000 décès par an. L'activité a été très importante en mars-avril 2020 avec des capacités dépassées invitant à prendre des mesures exceptionnelles : transfert des corps vers d'autres chambres mortuaires, mise à disposition de camions réfrigérés et de containers, réaménagement de locaux afin de dégager des surfaces supplémentaires. La capacité de l'AP-HP en équipements fixes et mobiles a plus que doublée entre mars et mai passant de 640 places à 1 385.

La nouvelle réglementation fait de la présentation des corps un droit des familles. Jusqu'en janvier 2021, la mise en bière immédiate du corps était la règle ainsi que la mise en place des corps en housse mortuaires ce qui limitait beaucoup les possibilités de présentation. Depuis décembre 2020, ne sont considérés comme corps COVID que les corps des patients décédés dans les 10 jours après l'apparition des premiers symptômes ou après un test positif. Cette simplification a permis la présentation des corps aux familles et d'assurer les procédures de soins habituelles.

Des points d'attention sont identifiés pour l'avenir. Il est tout d'abord important de renseigner correctement le certificat de décès, ce qui permettra d'indiquer si le corps sera à placer dans une housse mortuaire ou non. Si tel est le cas, la procédure sera plus restrictive notamment en vue de la présentation aux familles. La crise a aussi mis en avant les limites du système d'information utilisé, le logiciel *Thanatos*, qui est aujourd'hui sous-dimensionné. Un travail est en cours avec *Orbis*. La crise a aussi appelé à harmoniser les pratiques des chambres mortuaires en termes de transport, d'habillage, de préparation des corps, etc. Beaucoup de pratiques reposent sur l'usage sans que des procédures soient établies : ce travail devra être mené pour s'appuyer sur des pratiques professionnelles validées. Enfin, la crise a eu pour effet de promouvoir le certificat électronique de décès. Il doit maintenant se généraliser sur tous les sites, d'autant plus qu'il est plébiscité une fois mis en place.

M^{me} Yannick TOLLILA-HUET souligne que la crise COVID est venue bouleverser l'activité des chambres mortuaires et a demandé au personnel de faire preuve d'une grande capacité d'adaptation afin de pouvoir accueillir dignement les corps des patients décédés.

Elle souhaite à l'avenir que soit privilégié le certificat de décès en format électronique. Dans tous les cas, celui-ci doit être correctement rempli pour ne pas gêner ensuite les opérations funéraires. Les chambres mortuaires sont des services de soins mais pas des funérariums : aussi, si le certificat est correctement renseigné, le patient décédé pourra quitter la chambre mortuaire dont la vocation n'est pas de garder en dépôt les corps. Le certificat de décès électronique est très facile à remplir mais il doit recevoir l'adhésion de tous les médecins qui doivent accepter de télécharger l'application sur leur téléphone portable. Elle invite aussi à ne plus utiliser les formulaires anciens du Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs (CERFA) qui peuvent encore circuler. Toutes les demandes de prélèvements se font également par ce support. Toutefois, environ 20 % des certificats comportent des erreurs. Pour les patients COVID, elle rappelle qu'il n'existe plus d'obligation de mise en bière immédiate, quel que soit le délai d'apparition des symptômes. Par ailleurs, le marché pour le transport funéraire des corps entre les hôpitaux non dotés d'une chambre vers ceux qui en ont s'élève à 1,5 M€ par an. En regard de cette somme, les chambres mortuaires ne cessent d'être réduites dans leurs moyens : l'hôpital Lariboisière fermera sa chambre mortuaire bientôt ainsi que l'hôpital Saint-Louis le temps de réaliser des travaux. Toutes les chambres mortuaires ne disposent pas de cadre de santé ou de responsable. Enfin, il existe des procédures établies par la collégiale mais elles ne sont pas forcément mises en œuvre partout. Concernant les protocoles de coopération, depuis 2017, ce sont les soignants des chambres mortuaires qui enlèvent les pacemakers des défunts. Cependant, il a été annoncé qu'ils ne pourraient plus le faire ou qu'un protocole devait être établi. Enfin, elle indique que le passage en chambre mortuaire de l'hôpital fait économiser à la famille tous les frais relatifs au transport, à la préparation du corps et à la mise en bière.

Le président fait remarquer que 11 hôpitaux de l'AP-HP n'ont pas de chambre mortuaire, ce qui pose problème en matière de soins *post-mortem* mais aussi en termes d'égalité de l'accès à ces soins en fonction du lieu du décès. Le développement du certificat médical électronique doit se poursuivre car tous les praticiens n'ont pas l'habitude de le remplir et peuvent faire des erreurs ou utiliser des imprimés obsolètes. Il confirme que pour bien travailler, les équipes des chambres mortuaires doivent être en nombre suffisant et estime que chaque hôpital devrait être doté d'une chambre mortuaire.

Le D^r Christophe TRIVALLE s'étonne qu'il n'y ait pas de chambre mortuaire à Fernand-Widal, Bretonneau et Charles-Foix alors que ce sont des hôpitaux gériatriques. En outre, depuis dix ans, les médecins de Paul-Brousse utilisent les certificats électroniques et leur utilisation est simple, notamment pour un cas COVID avec un rappel des cases à cocher. L'usage de documents papier perdure toutefois pour les corps qui partent à l'étranger pour y être inhumés. Les ambassades n'acceptent pas toujours le certificat électronique.

M^{me} Yannick TOLLIA-HUET explique que les documents-types annexés au certificat de décès présentent la synthèse des opérations funéraires. Or cette synthèse fournit toutes les informations utiles. Celle-ci avec éventuellement le certificat de non-contagion suffisent auprès des ambassades et pour les rapatriements à l'étranger.

M. Marc DUPONT précise que l'hôpital Charles-Foix dispose d'une chambre mortuaire. Il reconnaît que les rapatriements vers l'étranger, nombreux pendant la crise, sont des opérations sur lesquelles l'AP-HP n'a pas toujours la main puisqu'elles sont gérées par les consulats et les opérateurs funéraires.

Le D^r Julie CHOPART souligne que l'hôpital Bretonneau compte 210 lits de gériatrie et 20 lits en unités de soins palliatifs (USP). Les décès sont nombreux et il est difficile de fonctionner sans chambre mortuaire. Cependant, savoir que les patients décédés sont confiés aux équipes des

hôpitaux Bichat et Beaujon, en particulier au service de M^{me} Yannick TOLILA-HUET est une aide extrêmement précieuse.

Le D^r Vianney MOURMAN souligne que le service rendu par les chambres mortuaires est essentiel. Dans les hôpitaux privés et les funérariums, ces services sont facturés rapidement mais les populations qui s'adressent à l'hôpital public ne peuvent pas souvent supporter ce coût. À l'hôpital Lariboisière, la chambre mortuaire sera fermée en raison des travaux. Les équipes sont inquiètes et des questions se posent sur sa réouverture après travaux. De plus, il est difficile pour une famille qui se rendait régulièrement dans une unité de soins palliatifs (USP) d'aller chercher le corps de son proche dans un autre hôpital. En outre, pour les soignants, il n'est plus possible d'assister à la levée de corps alors qu'il s'agit du dernier lien avec les familles et un moyen de clore une histoire.

Le président indique que la présence de professionnels lors des levées de corps reste la pratique dans certains endroits, notamment en pédiatrie.

Le D^r Vianney MOURMAN confirme mais il sait qu'elle se perd ailleurs. Il souhaite savoir si la volonté de l'AP-HP est d'arrêter l'activité des chambres mortuaires.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne que les services d'aide médicale urgente (SAMU) sont confrontés quotidiennement au problème des certificats médicaux car les médecins libéraux ne veulent plus se déplacer pour les établir. Les opérateurs comme *SOS médecins* ou *Urgences médicales de Paris* ne se déplacent plus, notamment pour constater le décès d'une personne âgée à son domicile. L'ARS a débloqué un forfait de 150 € pour que ces opérateurs soient encouragés à le faire, mais cela ne suffit pas. Aussi, l'AP-HP envoie souvent un médecin ou une unité mobile hospitalière pour soulager les familles. Il existe un vrai problème concernant le certificat de décès à l'extérieur de l'hôpital.

M^{me} Audrey DARNIEAUD demande si les certificats de décès électroniques concernent aussi les décès de nouveaux nés.

M^{me} Yannick TOLILA-HUET indique qu'il existe deux modèles de certificat : un spécifique pour le nouveau-né de moins de 28 jours, et le modèle adulte au-delà.

Le P^r Jean-Damien RICARD souhaite remercier les équipes des chambres mortuaires. Il regrette un déficit de places et notamment la non-adaptation des cellules pour la prise en charge de corps de patients obèses, mis en exergue pendant la crise COVID.

M. Marc DUPONT souhaite aussi remercier les bénévoles qui ont prêté main forte pour déplacer des patients obèses décédés, notamment à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

M^{me} Yannick TOLILA-HUET remercie surtout les équipes des chambres mortuaires qui ont toujours été présentes.

Le président se joint à ces remerciements.

Le directeur général souhaite répondre au D^r Vianney MOURMAN et indique que l'AP-HP n'a pas la volonté de se dégager des chambres mortuaires.

Le D^r Vianney MOURMAN a entendu parler de nombreuses contaminations au moment où la possibilité de rouvrir les housses mortuaires a été accordée, le virus se condensant dans la housse avant de s'échapper au moment de l'ouverture.

Le président note la remarque même s'il estime ce phénomène surprenant.

M^{me} Yannick TOLILA-HUET ne pense pas que ce risque ait été avéré.

Le président explique que la difficulté est que des recommandations ont eu cours pendant 9 mois avant de proposer une évolution, ce qui a pu soulever des inquiétudes. Pour autant, le virus se transmet par voie respiratoire. Aussi, les contaminations doivent être très limitées après le décès.

Le D^r Vianney MOURMAN ajoute que, malgré cette crainte, les équipes ont continué à assurer les ouvertures de housses.

M. Marc DUPONT indique que, si les chambres mortuaires sont la suite des soins, alors il faut en tirer les conséquences et écrire les pratiques professionnelles comme pour tous les autres soins. Or, il est vrai que les équipes ont été parfois un peu prises au dépourvu pendant la crise.

M^{me} Yannick TOLLA-HUET souhaite rendre compte d'autres difficultés rencontrées par les chambres mortuaires. Notamment, le logiciel utilisé par les chambres mortuaires est obsolète et ne permet pas de suivre les places occupées et disponibles. Il n'existe pas non plus de dossier spécifique dans *Orbis*, et donc aucune visibilité du nombre de défunts. Or certains corps sont de ce fait conservés plusieurs mois. Pour cette raison, elle est en faveur d'une facturation des séjours au-delà de 7 jours comme la loi l'autorise.

Le président constate l'intérêt des membres de la CME pour ce sujet. Une des prérogatives de la CME est la qualité des soins et la cellule QSS & CAPCU suivra ce dossier.

4. Point sur la réforme de la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE)

M. Olivier TRÉTON indique que les PADHUE sont des praticiens titulaires d'un diplôme de médecine extra-communautaire qui visent le plein exercice en France et qui doivent, pour cela, exercer sous un régime d'associé et sous la responsabilité d'un senior. À l'AP-HP, on recense 755 praticiens sous ce régime, soit 610 équivalents temps plein (ÉTP). Très majoritairement, ils pratiquent dans des services de gériatrie, les urgences, l'anesthésie ou la pharmacie. Historiquement, ces praticiens doivent passer des épreuves annuelles de vérification des connaissances (EVC) avec un quota de places par discipline fixé au niveau national. La réforme réduit la durée de la période d'associé de 3 ans à 2 ans. Les praticiens lauréats des EVC étaient autrefois recrutés de gré à gré par les établissements sur des contrats d'attachés associés ou d'assistants associés, c'est-à-dire sur des contrats de courte durée. Sur la période de 3 ans, ces praticiens pouvaient changer d'hôpital. Or, à partir des épreuves d'octobre 2021, leur classement aux EVC leur donnera accès prioritairement aux postes proposés sur une liste. Ils seront ensuite affectés par le Centre national de gestion (CNG) sur le poste choisi.

En passant d'un contrat à un statut, il sera mis fin aux surenchères de rémunération qui pouvaient exister entre les établissements pour recruter ces praticiens. En 2021, le nombre de places offertes aux EVC sera doublé passant de 1 000 à 2 000. Autrefois, les services pouvant recevoir des PADHUE devaient être agréés pour recevoir les internes, or il suffira désormais que l'unité soit dotée d'un praticien titulaire de la spécialité avec l'avis favorable du président de la CMEL.

Cette année, une liste nationale des disciplines en tension, prioritaires par rapport aux autres, a été établie. Elle couvre la médecine anesthésie-réanimation (MAR), la médecine intensive réanimation (MIR), la gynécologie médicale, la gynécologie obstétrique, les urgences, la médecine générale et la psychiatrie. Les instructions nationales visent aussi à favoriser les territoires et les établissements en difficulté de recrutement.

Un recensement a été réalisé par chaque ARS, et en Île-de-France entre le 28 avril et le 5 mai 2021. 87 établissements ont répondu dont 26 hôpitaux pour l'AP-HP comptabilisant 1 000 demandes dont 557 sur des disciplines identifiées en tension. Sur ce total, l'AP-HP est à l'origine de 119 demandes. Sur les disciplines en tension, 33 postes sur 53 demandes ont été

arbitrées favorablement par l'ARS pour l'AP-HP. Ce nombre est de 331 sur 457 pour les hôpitaux publics hors AP-HP. En dehors de l'AP-HP, l'ARS a favorisé les territoires les plus en tension, à savoir la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise. Par discipline à l'AP-HP, les arbitrages de l'ARS sont relativement favorables avec 9 demandes acceptées sur 9 pour les services d'accueil des urgences (SAU) mais uniquement 13 sur 25 pour les MAR. Pour les disciplines hors tension, notamment la gériatrie, 22 demandes ont remonté mais seulement 5 ont été retenues et inscrites sur liste complémentaire. Par établissement, hormis le groupe hospitalo-universitaire (GHU) Paris-Seine-Saint-Denis qui a formulé peu de demandes (4) mais qui ont été toutes acceptées, les arbitrages de l'ARS sont plutôt en faveur des GHU situés sur des territoires *extra muros*, comme Paris-Nord et Paris-Saclay.

Enfin, les enjeux principaux portent sur la répartition des disciplines en tension car elle apparaît trop restrictive pour l'Île-de-France. A *minima*, il conviendrait d'inclure la gériatrie voire de modifier le dispositif pour aller dans le sens d'une régionalisation de la liste des disciplines identifiées en tension. Sur ce point, l'AP-HP est soutenue par la Fédération hospitalière de France (FHF) et un courrier a été envoyé en ce sens au ministère. Il apparaît aussi nécessaire de travailler en amont du recensement et d'engager une réflexion avec les collégiales. Enfin, une question technique porte sur la pharmacie qui reste à trancher car jusqu'alors, les pharmaciens n'avaient pas besoin de passer les EVC pour accéder au contrat d'attaché associé. Il semblerait que les pharmaciens n'entrent pas dans les quotas nationaux. Enfin, le dossier soulève des enjeux transversaux liés à la capacité de l'AP-HP à fidéliser les PADHUE, une fois qu'ils ont obtenu le plein exercice, avec des parcours de formation attractifs. Il a été demandé à l'ARS si l'AP-HP pouvait moduler les postes au sein de l'enveloppe attribuée et quelques ajustements seront donc effectués, notamment à Henri-Mondor, afin d'accroître le nombre de postes en gériatrie.

Le président rappelle qu'au moment du recrutement de gré à gré, beaucoup de médecins venaient du Maghreb pour rejoindre des hôpitaux parisiens. Or ces derniers pourraient être moins enclins à rejoindre un hôpital situé dans un désert médical éloigné de Paris. Il pourrait s'agir d'un handicap restreignant l'attractivité du mécanisme. Il reconnaît que le fait que la gériatrie ne soit pas identifiée en 2021 comme une discipline en tension pose question. Il espère qu'un plus grand temps de préparation en 2022 permettra de trouver des solutions. Plus globalement, ce sujet comme celui des contractuels et celui de la révision des effectifs seront à discuter avec la direction générale et l'ARS.

Le P^r Bahram BODAGHI a entendu la déception de certaines disciplines face aux arbitrages et aux critères fixés. Une réunion s'organisera pour établir un argumentaire en présence de M^{me} Hélène OPPETIT, M. Olivier TRÉTON et tous ceux qui le souhaiteront. Cette réunion permettra de faire évoluer les critères utilisés l'année prochaine.

Le D^r Michèle GRANIER souligne que le recensement a été effectué dans un temps resserré. Les demandes remontées par les hôpitaux généraux ont été assez hétérogènes : certains ont fait remonter tous leurs postes de PADHUE actuels tandis que d'autres ont ciblé leurs nouveaux besoins. Pour 2022, il serait utile de disposer d'une feuille de route pour des demandes plus homogènes. La FHF avait mené une enquête sur les médecins PADHUE dans les hôpitaux généraux et en avait recensé plus de 1 500. Une enveloppe de 350 postes semble donc peu élevée par rapport à la demande en Ile-de-France. L'ARS aurait apparemment porté ce nombre à 480 ; une rencontre est prévue en ce sens avec le cabinet du ministère. Les hôpitaux généraux sont aussi inquiets à propos des spécialités en tension, notamment la gériatrie, où les internes sont peu nombreux. Les services font donc beaucoup appel à des PADHUE dans ces secteurs. L'ARS espère que le dispositif sera reconduit en 2022 avec davantage de postes. Cependant, la réflexion devra être menée en anticipation avec l'ARS pour réfléchir aux modalités de proposition des postes.

Le président confirme que ce dossier sera suivi.

Le P^r Bertrand GODEAU s'étonne que la médecine générale soit identifiée comme une discipline en tension.

M^{me} Hélène OPPETIT confirme que la médecine générale a été identifiée comme une discipline en tension. Des GHU ont sollicité des postes sur cette discipline, y compris au titre de la gériatrie. En revanche, dans l'enveloppe impartie, il n'est pas possible de demander plus de postes, y compris en médecine générale sauf si l'ARS réussit à obtenir un quota de postes plus important pour l'Île-de-France.

Le P^r Bertrand GODEAU estime que cette réforme donne un mauvais signal aux médecins qui viennent des pays du Maghreb. Il considère aussi que la définition d'une discipline en tension est arbitraire. De plus, tous les services de médecine en difficulté en raison de la diminution du nombre d'internes ne figurent pas comme disciplines en tension. Enfin, la disparition de la logique de gré à gré sera aussi une lourdeur supplémentaire.

M^{me} Hélène OPPETIT souligne que la demande portée est celle d'une régionalisation des disciplines en tension sachant que la gériatrie semblerait moins en tension dans d'autres régions. Elle entend par ailleurs la remarque exprimée sur le gré à gré mais ce n'est pas forcément un signal négatif aux médecins PADHUE car la réforme emporte aussi des avantages notamment la réduction à deux ans de la période d'associé et l'amélioration de leur statut. Demain, ce seront aux médecins à diplôme étranger de choisir leur affectation parmi les postes ouverts.

M^{me} Catherine PAUGAM-BURTZ ajoute qu'il y aura 2 000 postes ouverts cette année contre 1 100 les années précédentes.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que les réformes se succèdent et qu'elles vont toutes dans un sens défavorable pour le fonctionnement des services. Par le passé, il existait un examen et il était relativement aisé de trouver des PADHUE. Puis, avec le concours, le processus a été rendu plus complexe avec une tendance à la surenchère. La nouvelle réforme évitera certes la surenchère puisque les PADHUE choisiront des postes sur une liste prédéfinie et leur rémunération sera encadrée mais dans des hôpitaux où personne d'autre ne veut travailler ce qui n'est pas valorisant. Pour la gériatrie, 80 PADHUE sont recensés aujourd'hui, 22 ont été demandés mais seuls 5 ont été accordés sur liste complémentaire, donc au final aucun poste. Cette réforme va obliger à réfléchir aux solutions à leur proposer pour les fidéliser, par exemple en leur proposant des postes de praticien hospitalier (PH). Cependant, il faudra alors nommer de nombreux PH pour que l'hôpital continue de fonctionner.

Le D^r Nathalie RICOME demande ce qu'il adviendra des praticiens associés après la période de consolidation des deux ans.

M^{me} Hélène OPPETIT indique que l'objet du groupe de travail sur les contractuels sera de préciser quelle solution proposer. Après le plein exercice, ils pourront accéder au statut de PH ou de contractuel.

Le P^r Bertrand GODEAU souhaite insister sur la régionalisation des besoins et des demandes d'autant plus que la répartition des internes est très variable suivant les régions. Pour la diabétologie-endocrinologie, par exemple, l'Île-de-France est très défavorisée et beaucoup de services n'ont plus d'internes. Pour établir la liste des disciplines en tension, la réflexion doit résolument être régionale en associant tous les acteurs.

Le P^r Jean-Louis LAPLANCHE fait part de la grande inquiétude des laboratoires de biologie dont les équipes médicales reposent en grande partie sur les PADHUE. Dans son service, il a 5 PADHUE à temps plein. Ceci associé à la réforme des contrats courts, soulève de nombreuses craintes.

Le D^r Christophe TRIVALLE précise que les besoins sont variables d'une région à l'autre. Pour la suite de leur carrière, les solutions à proposer se posent avec force car, une fois inscrits au Conseil de l'Ordre, ces professionnels rejoignent souvent le secteur privé ou des maisons de retraite dans lesquelles ils sont payés comme des PH, voire mieux.

Le D^r Julie CHOPART confirme que les PADHUE ne restent pas sur des postes de praticiens attachés.

M^{me} Hélène OPPETIT souligne que le parcours des gériatres au sein de l'AP-HP a été étudié. Il a été souligné qu'aucun PH ne voulait rejoindre les unités de soins de longue durée (USLD). La prise en charge des personnes âgées est donc dévolue aux PADHUE. La question des parcours mixtes entre courts séjours et USLD sera donc à ouvrir.

5. Présentation de la note de cadrage de la révision des effectifs 2022 de praticiens hospitaliers

M^{me} Hélène OPPETIT indique que la révision des effectifs est un temps fort de la gestion des emplois et des compétences à l'AP-HP. Elle permet de promouvoir et de titulariser de jeunes praticiens afin de faire vivre les projets médicaux, soutenir l'attractivité de l'AP-HP et poursuivre la politique de séniorisation. La CME est centrée sur les aspects stratégiques des ressources humaines médicales en appui des projets médicaux des GHU avec une réflexion sur l'évolution des disciplines en tension, la politique d'attractivité médicale et la politique territoriale. Cette révision des effectifs s'inscrit dans le nécessaire dialogue de gestion permettant le respect de la trajectoire budgétaire.

Le contexte de la révision des effectifs est fortement marqué par les avancées majeures du « Ségur de la santé » passées ou à venir. Parmi les mesures passées, on trouve la revalorisation de la grille de rémunération des praticiens hospitaliers, la revalorisation de l'indemnité de service public exclusif. Parmi les mesures à venir, il faut retenir la mise en place d'un statut unique pour les PH et des modalités plus souples et mieux rémunérées, partagées avec la ville et les autres établissements.

La révision 2021 s'est caractérisée par une augmentation souhaitée des titularisations de 25 % alors que le taux de titularisation à l'AP-HP y est plus faible que dans les autres CHU. Elle intervient aussi en appui des orientations stratégiques de l'AP-HP et des évolutions constatées, à savoir le développement des disciplines et prises en charge émergentes (disciplines interventionnelles, génétique...), la consolidation du regain d'attractivité de certaines disciplines en tension (MAR, imagerie, pédiatrie, psychiatrie...) et l'accompagnement des spécialités fragiles (gériatrie, MIR et psychiatrie...). La trajectoire budgétaire de l'AP-HP est centrée sur une évolution positive des effectifs de personnels paramédicaux dans le cadre du projet social de l'AP-HP et porte une neutralité des effectifs médicaux pour la révision 2022. Pour ce qui concerne le calendrier, les GHU sont actuellement en train d'auditionner les candidats, l'ensemble des informations devant remonter en septembre 2021. À partir de cette date, pourront se tenir les réunions du groupe restreint de la CME en vue d'une présentation du dossier à la CME de décembre 2021.

Le P^r Bernard GRANGER indique qu'à l'hôpital Robert-Debré, dans le service de pédopsychiatrie, il a été octroyé 5 postes fléchés pour cette discipline particulièrement en tension. De plus, la crise a montré les besoins criants dans cette discipline. Des candidats sont identifiés pour ces postes mais les équipes se heurtent aux contraintes du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER). En effet, le GHU se félicite que la pédopsychiatrie ait obtenu des postes mais il indique que ce renfort ne doit pas avoir lieu au détriment des autres demandes. Il souhaite donc connaître la doctrine de l'AP-HP en la matière d'autant que cet exemple n'est pas un cas isolé. Il se demande s'il ne serait pas préférable de ne pas comptabiliser les postes fléchés dans le TPER afin de ne pas pénaliser les autres disciplines.

Le P^r Jean-Claude CAREL précise que l'analyse des demandes dans le cadre de la révision des effectifs 2022 n'est pas encore arrivée à son terme. L'ARS incite effectivement à créer des postes dans certaines disciplines. Cependant, à TPER constant, ce sont des créations de postes qui aboutissent à la suppression d'autres postes.

M^{me} Hélène OPPETIT indique que, pour les appels à projets, les centres maladies rares et les structures sur dotations, l'ARS donne des moyens inclus dans le TPER du GHU. Si une question se pose, elle doit être soulevée lors des conférences budgétaires dans le cadre du cycle de gestion. Ne connaissant pas le fond du sujet, elle ne peut pas se prononcer sur le cas d'espèce.

Le président demande s'il faut en déduire que les postes fléchés viennent augmenter d'autant le TPER.

M^{me} Hélène OPPETIT indique que les crédits alloués à ces structures doivent abonder le TPER. Par ailleurs, la détermination du TPER d'un GHU est abordée lors des conférences budgétaires.

Le directeur général souligne que des crédits peuvent être affectés pour quelques années, par exemple pour des centres maladies rares, avant labélisation. Cette situation peut conduire certains centres à perdre leur financement. Plus globalement, chaque structure dispose d'un budget dans le cadre duquel les dépenses doivent s'inscrire. Les réorganisations des services doivent justement permettre à d'autres activités de se développer.

Le P^r Bernard GRANGER comprend qu'il existe une situation de blocage et qu'il faudra poursuivre les discussions. Les derniers commentaires ne laissent pas présager une issue favorable pour les services de pédopsychiatrie malgré les besoins. La discussion va donc se poursuivre mais il regrette qu'il n'y ait pas une souplesse plus grande sur le TPER, même s'il comprend parfaitement qu'il faille viser un équilibre des grandes masses financières.

6. « Instruction frontière » 2020 : gradation des prises en charge ambulatoires

Le P^r Bruno FAUTREL présente la réflexion menée sur l'ambulatoire en médecine qui fait suite aux travaux menés par la mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) de 2016-2017 ayant abouti à une impossibilité de modélisation. Un groupe de travail a été mis en place avec des représentants des collégiales. Il en ressort que l'ambulatoire en médecine n'est pas associé à un virage ambulatoire. En chirurgie, le virage ambulatoire se traduit par une diminution du nombre de lits mais tous les services ayant développé l'ambulatoire ont également augmenté leur activité en nombre de séjours dans leur secteur d'hospitalisation complète. Dans les années 2012-2013, des contrôles sur l'activité d'hôpital de jour ont abouti à un désengagement des services de médecine dans l'activité ambulatoire médicale. L'assurance-maladie a donc indiqué que ces contrôles avaient été contre-productifs et qu'il fallait revoir la « circulaire frontière ». Il ressort des travaux du groupe de travail que les hôpitaux de jour sont pertinents à quatre étapes du parcours. L'ambulatoire est premièrement pertinent au moment du diagnostic d'une maladie grave ou chronique intégrant l'annonce de la maladie et son bilan initial pour entamer les traitements. L'ambulatoire est deuxièmement pertinent au moment du recadrage d'une maladie mal équilibrée nécessitant un ajustement du traitement. L'ambulatoire peut troisièmement être nécessaire pour la thérapeutique pour les traitements à dispensation hospitalière ou pour certains gestes comme les endoscopies. Enfin, l'ambulatoire fait sens pour l'évaluation systématique et standardisée de comorbidités dans une optique de santé préventive.

Ce travail a conduit à mettre en avant la nécessaire coordination, en amont pour programmer la venue du patient et organiser les examens nécessaires et en aval afin d'organiser la suite de la prise en charge. Le groupe de travail a souhaité insister sur le rôle clé de la coordination car, dès

que des tensions surviennent, ces professionnels (assistante médico-administrative, infirmiers, aide-soignant) sont remis au lit du patient. Il convient cependant que ces rôles de coordination soient protégés pour s'assurer d'une prise en charge de qualité.

Par ailleurs, dans les hôpitaux universitaires, l'accueil des étudiants n'est jamais pris en compte dans les structures ambulatoires alors qu'il faut penser l'ambulatoire aussi comme un moyen de formation des médecins et paramédicaux.

L'objectif est d'apporter un cadre adapté à certains types de prise en charge pour des soins qui ne peuvent pas se faire en soins externes et qui requièrent une surveillance particulière ou une approche multidisciplinaire. Une première circulaire a été publiée en 2006 mais elle ne répondait qu'imparfaitement à la situation puisqu'assez rapidement, des conflits ont vu le jour avec l'assurance-maladie conduisant à des déclassements de séjours et des indus de la tarification à l'activité (T2A). Face à cette situation, un moratoire a été déclaré par l'assurance maladie le temps que des travaux soient initiés sur ce dossier. Le ministère a déclenché un groupe de travail pluridisciplinaire pour élaborer un texte plus opérationnel. Le nouveau texte est précis, il correspond à l'évolution des prises en charge et laisse plus de place à l'ambulatoire lorsque cela est pertinent.

Le D^r Louis BRUNEL explique que trois conditions doivent être remplies pour aboutir à une facturation. Il faut tout d'abord une admission dans une structure d'hospitalisation à temps partiel mais pour des raisons tenant à l'organisation des services, notamment s'agissant des prises en charge coordonnées, le patient peut être hospitalisé au sein d'une autre unité que la structure d'hôpital de jour (HDJ). La deuxième condition est caractérisée par la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale (donnant lieu à un groupe homogène de séjour [GHS] à taux plein), la réalisation d'un acte « classant » au sens de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) (avec un GHS taux plein), la réalisation d'au moins 3 « interventions » (aboutissant à un GHS taux plein ou minoré selon situations), l'existence d'un « contexte patient » ou d'une « surveillance particulière » (pour un GHS taux plein) ou l'administration d'un produit de la réserve hospitalière (GHS taux plein). La troisième condition est relative à la prise en charge coordonnée par un professionnel médical - médecin, dentiste ou sage-femme- et doit donner lieu à la réalisation d'une synthèse le jour de l'hospitalisation.

Le texte précédent invoquait la multidisciplinarité alors que le nouveau texte évoque le nombre d'interventions. Les forfaits prestations intermédiaires (FPI) ont été supprimés car ils ne concernaient que quelques spécialités. Il est désormais fait appel aux GHS minorés. La notion de rescrit tarifaire a été ajoutée pour permettre aux hôpitaux et sociétés savantes, pour les activités qui n'entrent pas dans le cadre de la « circulaire frontière » de demander un avis pour le faire entrer dans le dispositif.

M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN explique que le développement de l'ambulatoire soulève des enjeux de programmation, à la fois en termes d'espaces et de circuits qui doivent être bien identifiés et balisés. Il convient aussi de « protocoliser » les interventions pour permettre un accès plus fluide aux plateaux techniques mais aussi pour optimiser la programmation grâce à un système d'information adapté. La nouvelle instruction « frontière » sécurise, notamment avec la notion de rescrit. Il existe aussi des enjeux autour des organisations innovantes qui ont émergé pendant la crise, comme les téléconsultations, la télé-expertise pour les seconds avis, l'utilisation de l'espace patient pour envoyer des questionnaires et d'échanger des documents. La direction de la stratégie et de la transformation (DST) relancera par ailleurs un « club HDJ » pour partager ces informations et éditer un guide sur la nouvelle instruction « frontière » et la rendre assimilable. Elle sera aussi en appui pour accompagner les HDJ dans l'optimisation et la « protocolisation ».

Le président espère que la nouvelle circulaire permettra une meilleure prise en compte de l'activité en ambulatoire. Beaucoup d'actes ont lieu en coordination avec la médecine de ville et ce sont des éléments à prendre en compte. Une communication circonstanciée sera nécessaire pour que chacun l'appréhende correctement avec un système d'information performant.

7. Approbation du compte rendu de la CME du 4 mai 2021

Le compte rendu de la CME du 4 mai 2021 est approuvé.

8. Questions diverses

Le D^r François SALACHAS souhaite savoir si les demandes d'intérim, notamment pour les aides-soignants, sont interdites. Si tel est le cas, il faudra refaire les plannings d'été. Il souhaite aussi savoir si cette décision est une directive centrale ou un arbitrage dans les groupes hospitaliers. Ce problème se pose en l'occurrence dans un service de réanimation mais d'après ses informations, ce serait interdit sur l'ensemble du GHU.

Le directeur général confirme qu'il n'y a pas eu de directive centrale mais va se rapprocher de M^{me} Christine WELTY pour en savoir plus.

Le P^r Virginie SIGURET-DEPASSE signale qu'il existe un mouvement social des techniciens de laboratoire et des diététiciens qui est soutenu par les biologistes membres de la CME et les directeurs de DMU de biologie médicale et l'ensemble de l'inter-collégiale de biologie médicale. Ce mouvement social demande notamment la réingénierie de ce métier, aujourd'hui de baccalauréat + 2, alors que ce sont, pour certains, des techniciens tout à fait exceptionnels qui pourraient bénéficier d'un niveau licence. Un courrier a été adressé à la direction générale de l'AP-HP en ce sens.

Le directeur général confirme la réception de ce courrier. La direction des ressources humaines a proposé de recevoir ces techniciens de laboratoire mais ces derniers n'ont pas donné suite. Leur regret principal est que leur profession n'ait pas été prise en compte dans les mesures du « Ségur de la santé » puisqu'il a été annoncé que ce mouvement serait subordonné à la réingénierie de leur formation. Le cabinet du ministère de la Santé semble indiquer que ce reclassement interviendrait le 1^{er} janvier 2022, donc assez rapidement.

Le P^r Virginie SIGURET-DEPASSE insiste toutefois sur la nécessaire réingénierie pour cette profession. De plus, le mouvement tient aussi à des éléments plus complexes liés à leurs formations respectives. Pour autant, ces professionnels ont été très présents, notamment pendant la crise COVID.

La séance est levée à 19 heures 25