

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 8 FÉVRIER 2022

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 8 MARS 2022

Sommaire

1. Informations du président	6
2. Approbation du compte rendu de la CME du 11 janvier 2022	8
3. Bilan et projets du comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)	8
4. Point sur la mise en œuvre de la réforme du statut des contractuels	12
5. Orientations de la direction générale concernant l'attractivité pour les personnels infirmiers	17
6. Avis sur la nouvelle charte informatique de l'AP-HP	23
7. Avis sur le schéma directeur des systèmes d'information	23
8. Avis sur deux protocoles de coopération médico-infirmière	23
9. Questions diverses	25

CME du mardi 8 février 2022

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation du compte rendu de la CME du 11 janvier 2022
3. Bilan et projets du comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) (P^r Agathe RAYNAUD-SIMON)
4. Point sur la mise en œuvre de la réforme du statut des contractuels (P^r Jean-Damien RICARD, M^{me} Hélène OPPETIT)
5. Orientations de la direction générale concernant l'attractivité pour les personnels infirmiers (M^{mes} Laetitia BUFFET et Vanessa FAGE-MOREEL)
6. Avis sur la nouvelle charte informatique de l'AP-HP (P^r Hubert DUCOU LE POINTE, M^{me} Donatienne BLIN) (sans nouvelle présentation)
7. Avis sur le schéma directeur des systèmes d'information (P^r Hubert DUCOU LE POINTE, D^r Laurent TRÉLUYER, M. Pierre BLONDÉ)
8. Avis sur deux protocoles de coopération médico-infirmière :
 - « Surveillance et adaptation du traitement anticoagulant de patients sous anti-vitamine K, en présentiel ou en télésurveillance » (D^r Georges ESTÉPHAN)
 - « Utilisation d'un échographe par l'infirmier ou le manipulateur d'électroradiologie médicale pour le repérage par écho-guidage des veines ou artères des membres supérieurs et inférieurs » (P^r Hubert DUCOU LE POINTE)
9. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
P ^r	Philippe	ANRACT	D ^r	Éric	LE BIHAN
D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Michel	LEJOYEUX
D ^r	Thomas	APARICIO	P ^r	Rachel	LEVY
P ^r	Elie	AZOULAY	P ^r	Xavier	MARIETTE
D ^r	Guy	BENOIT	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
D ^r	Lynda	BENSEFA-COLAS	D ^r	Rafik	MASMOUDI
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Diane	BOUVRY	M.	Louis-Paul	PATY
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	D ^r	Juliette	PAVIE
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Antoine	PELHUCHE
P ^r	Jean-Claude	CAREL	P ^r	Antoine	PELISSOLO
P ^r	Alain	CARIOU	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
D ^r	Cyril	CHARRON	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
P ^r	Olivier	CLÉMENT	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Yves	COHEN	P ^r	Louis	PUYBASSET
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Jean-Damien	RICARD
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D ^r	Nathalie	RICOME
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Georges	ESTEPHAN	P ^r	Rémi	SALOMON
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Thomas	SIMILOWSKI
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Caroline	SUBERBIELLE
P ^r	Bernard	GRANGER	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Jean-François	HERMIEU	D ^r	Christophe	TRIVALLE
P ^r	Marc	HUMBERT	M ^{me}	Karine	VIRETTE

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)

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

- P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- 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)
- D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin responsable de la médecine du travail

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

- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général

- M^{mes} Laetitia BUFFE et Stéphanie DECOOPMAN, P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, directrices générales adjointes ;
- MM. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER et Florent BOUSQUIÉ, M^{me} Manuela KLAPOUSZCZAK, direction générale
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information (DSI)
- M^{me} Vannessa FAGE-MOREEL, directrice des ressources humaines (DRH)
- M^{me} Marie-Charlotte DALLE et M. Marc DUPONT, directrice et directeur adjoint des affaires juridiques (DAJ)
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie et de la transformation (DST)
- M^{me} Hélène OPPETIT et M. Olivier TRÉTON, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M. Patrick CHANSON et M^{me} Véronique DROUET, direction de la communication
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

- **Invités :**

- M^{me} Donatienne BLIN et M. Pierre BLONDÉ, DSI
- M^{mes} Sophie BRUN et Sophie DE CHAMBINE, DST
- P^r Agathe RAYNAUD-SIMON, chef du service de gériatrie aiguë, Bichat

- **Secrétariat de la CME :**

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

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Jean-Yves ARTIGOU, Frédéric BATTEUX, Fadi BDEOUI, Sébastien BEAUNE, Sadek BELOUCIF, Jacques BODDAERT, Olivier BOURDON, Yves-Hervé CASTIER, Julie CHOPART, Anne COUVELARD, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALES, Vianney DESCROIX, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Julien FLOURIOT, Bruno GREFF, Sophie GUILLAUME, Christian GUY-COICHARD, Emelyne HAMELIN, Sandrine HOUZÉ, Youcef KADRI, Éric LE GUERN, Laurent MANDELBROT, Salomé MASCARELL, Giovanna MELICA, Vianney MOURMAN, Patrick PELLOUX, Clara SALINO, Virginie SIGURET-DEPASSE, Ishai-Yaacov SITBON, Samir TINE, Valéry TROSINI-DÉSERT, Michel VAUBOURDOLLE, et Noël ZAHR.

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

La CME a rendu hommage au P^f Ronan ROUSSEL, chef du service de diabétologie-endocrinologie-nutrition de Bichat, décédé accidentellement le 30 janvier 2022 à l'âge de 51 ans.

1. Informations du président

Le président informe la CME que le P^f Bruno RIOU, doyen de la faculté de médecine Sorbonne-Université, a été réélu à l'unanimité président de la conférence des doyens d'Île-de-France le 7 février et que le P^f Didier SAMUEL, doyen de la faculté de médecine Paris-Saclay, a été élu le 4 février à la présidence de la conférence des doyens de CHU.

Le président souhaite la bienvenue à M^{me} Laëtitia BUFFET, nommée directrice générale adjointe en remplacement de M. Pierre-Emmanuel LECERF et informe du départ prochain de M^{me} Hélène OPPETIT pour le CHU de Reims, et de M. Olivier TRÉTON. Tout en regrettant ses deux départs quasi-simultanés, il les remercie pour le travail mené avec les membres de la CME, notamment pour mettre en œuvre les nombreuses réformes issues du « Ségur de la santé ». Il souhaite que ces départs soient rapidement remplacés et rappelle que la CME s'est positionnée fortement et à plusieurs reprises pour qu'il n'y ait pas de fusion entre la direction des personnels médicaux et la direction des ressources humaines non médicales.

Le président indique que le retard dans la publication des postes ouverts pour la révision des effectifs hospitalo-universitaires 2022 va probablement obliger à prévoir à nouveau de réunir une CME en formation restreinte en juillet, voire en août... pour des nominations au 1^{er} septembre.

Le président informe ensuite de la situation d'un praticien hospitalier – professeur des universités suspendu par les ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur, suivie de la saisine de l'instance disciplinaire des hospitalo-universitaires et du retrait de sa responsabilité d'une formation spécialisée transversale (FST). Le D^r Adeline CAMBON-BINDER, de l'hôpital Saint-Antoine, a été désignée en soutien de l'équipe et la collègue d'orthopédie a été sollicitée pour réorganiser l'offre « SOS mains » de l'AP-HP à plus long terme.

Temps de travail des urgentistes

L'association professionnelle *SAMU – Urgences de France* a adressé un courrier au directeur général et au président de la CME le 2 janvier pour demander le paiement du temps de travail additionnel dès la 40^e heure réalisée, en application de l'instruction de juillet 2015. Le directeur général et le président de la CME ont reçu la collégiale des urgentistes, présidée par le D^r Hélène GOULET. La collégiale est sur la même ligne et estime que le protocole de l'AP-HP conclu avec la collégiale au 1^{er} janvier 2016, qui prévoit notamment une cible en personnel médical de 3,7 équivalents temps plein (ÉTP) pour 10 000 passages pour les services d'accueil des urgences (SAU) adultes n'a jamais été atteint hors période de pandémie. Le directeur général a évoqué ce sujet au directoire du 1^{er} février et s'exprimera ensuite.

Évaluation des départements médico-universitaires (DMU)

Le président rappelle la mise en place d'un groupe *ad hoc* chargé de l'évaluation des DMU, dont il a annoncé la création et précisé les objectifs lors de la CME du 11 janvier. Il remercie le P^f Bahram BODAGHI, à qui il a confié la présidence de ce groupe, pour l'investissement qu'il a déjà mis au lancement de ces travaux, et l'invite à en faire un bref état d'avancement.

Le P^f Bahram BODAGHI confirme que la mise en place de ce groupe a été proposée par le président lors de la CME du 11 janvier dernier. Il remercie ses membres : les présidents des CME locales, les doyens (P^{fs} Nathalie CHARNAUX et Bruno RIOU), les présidents des sous-commissions des structures des CMEL (P^{fs} Alain CARIU et Agnès LEFORT), les directeurs de DMU (P^{fs} René ADAM, Louis PUYBASSET et Jean-Damien RICARD), les représentants à la CME des collèges hospitaliers et hospitalo-

universitaires de chirurgie et de médecine, les P^{rs} Bernard GRANGER, Luc de PONTUAL, Antoine PELISSOLO, Sophie BRANCHEREAU et les D^{rs} François SALACHAS, Juliette PAVIE, Valéry TROSINI, Emmanuel BUI-QUOC, Guy BENOIT, Sandrine HOUZÉ et M^{me} Audrey DARNIEAUD, ainsi que des représentants de la direction, M. Vincent-Nicolas DELPECH, M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN et M. Aurélien MOLLARD et des cadres de soins, soit 27 personnes.

Une première réunion a eu lieu le 28 janvier. Elle sera suivie d'un séminaire d'une journée en visio-conférence le samedi 12 février, au cours duquel seront auditionnés les directeurs, présidents de CME locale et doyens de plusieurs groupes hospitalo-universitaires (Nord et Saclay), des cadres paramédicaux, ainsi que les inter-collégiales, collégiales ou syndicats des médecins, des chirurgiens, des biologistes, de la radiologie et de la gériatrie. À l'issue de ces échanges, le groupe finalisera le questionnaire qui sera envoyé d'ici fin février aux personnels médicaux. *Hospinnomics* a été chargé de rendre ce questionnaire attractif et d'aider à l'exploitation des résultats.

Le président ajoute que la direction générale a souhaité de son côté animer sur le sujet un groupe de personnels paramédicaux, auquel des médecins du groupe *ad hoc* participeront, tandis que les GHU ont pour la plupart entamé une démarche d'évaluation locale. Cela permettra aux dynamiques, qui sont parallèles à ce stade, de se fructifier mutuellement.

Informations de la direction générale

M^{me} Laëtitia BUFFET indique qu'elle a rejoint l'AP-HP courant janvier en tant que directrice générale adjointe. Auparavant, elle s'est notamment occupée des sujets de prise en charge et d'accompagnement de la personne âgée, avant de prendre la responsabilité du groupe spécial chargé de l'approvisionnement et de la logistique des vaccins contre la Covid-19. Désormais, elle sera en charge des sujets ressources humaines et juridiques, ainsi que de l'inspection interne.

Le directeur général annonce qu'après une longue carrière qu'il avait commencée comme brancardier et terminée en tant que directeur du groupe hospitalo-universitaire (GHU) AP-HP-Centre, M. Serge MOREL a pris sa retraite le 31 janvier. M. Didier FRANDJI s'est donc vu confier la direction du GHU à compter du 1^{er} février 2022. Par conséquent, un nouveau directeur des finances devra être recruté. Pour l'instant, l'intérim est assuré par M^{me} Stéphanie DECOOPMAN, en même temps que sa fonction de direction générale adjointe. En revanche, elle a été déchargée de l'intérim de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), celle-ci ayant été confiée à M. Milan LAZAREVIC. Il précise par ailleurs que le P^r Éric VICAUT assure seulement de manière transitoire l'animation de la recherche, le temps que le P^r Gabriel STEG dépose son dossier. Enfin, le directeur général tient à préciser que M. Olivier TRÉTON n'a pas encore quitté ses fonctions et que les démarches en cours, qui seront partagées en temps utile, sont en cours d'organisation. Il propose d'ailleurs de discuter lors d'une prochaine séance des organisations futures à la demande de la CME.

Le directeur général indique que nombre de patients COVID-19 pris en charge est en baisse, à la fois en soins critiques et en hospitalisation conventionnelle. La situation, qui est restée longtemps stable, diminue désormais de manière nette en Île-de-France. Concernant le bilan de l'année 2021, qui pourra être présenté plus en détail, il a connu de très fortes tensions en matière d'effectifs, toutefois, l'activité ne diminue que de 6 % par rapport à 2019 mais remonte par rapport à 2020, malgré la prise en charge d'un nombre très élevé de patients. Beaucoup de patients ont été retardés ou déprogrammés, au prix d'une organisation très lourde à gérer pour tout le monde. Par ailleurs, l'hospitalisation partielle et la chirurgie ambulatoire se sont montrées particulièrement dynamiques, grâce à une capacité d'adaptation, sous très forte contrainte de la part des équipes, qu'il convient de saluer.

À la suite d'une suggestion du D^r Matthieu PICCOLI, les P^r Bruno RIOU et Rémi SALOMON et le directeur général ont saisi le collège de déontologie de l'AP-HP afin de suggérer l'élaboration d'une charte anti-désinformation. Il propose de diffuser la lettre de saisine aux membres de la CME. En cette période de crise, l'objectif est de sensibiliser chacun d'une part à la lutte contre les éléments de désinformation allant à l'encontre de ce que vivent les personnels en poste, mais également au respect de la liberté d'expression d'autre part. Ce sujet donnera lieu à plusieurs mois de travail et à des auditions.

2. Approbation du compte rendu de la CME du 11 janvier 2022

Le compte rendu de la CME du 11 janvier est approuvé à l'unanimité.

3. Bilan et projets du comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) (P^r Agathe RAYNAUD-SIMON)

Le président rappelle l'importance de ce sujet suivi par la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU) et par le CLAN, qui concerne patients et soignants. Il souligne l'impact de la dénutrition en matière de morbi-mortalité, lequel est parfois sous-estimé, notamment en gériatrie et en pédiatrie, mais aussi dans le suivi des maladies chroniques et en réanimation.

Le P^r Agathe RAYNAUD-SIMON indique qu'elle préside le CLAN central et que M. Richard AGNETTI, cadre supérieur de santé diététicien, en est le vice-président. Le CLAN central se compose également des présidents et vice-présidents des CLAN locaux de tous les sites, des présidents des commissions pédiatriques et gériatriques, d'un biologiste spécialisé en nutrition, d'un pharmacien de site hospitalier, de la direction des soins et des activités paramédicales, des directions fonctionnelles du Siège, de médecins spécialisés, ainsi que d'un représentant des usagers. Un représentant de la CME pourra également être désigné.

La question de l'alimentation et de la nutrition à l'hôpital suscite beaucoup d'attentes, notamment en matière de sécurité et d'hygiène, mais aussi de satisfaction et de plaisir. À l'hôpital, 60 % des aliments sont destinés aux malades et 40 % aux professionnels, ces deux cibles présentant des différences. Au-delà de ce besoin individuel, il existe un besoin thérapeutique, dont l'enjeu est d'adapter l'offre individuelle dans un système très collectif. De plus, le système doit être cohérent avec les contraintes de développement durable, tout en tenant compte des importantes contraintes budgétaires.

La dénutrition à l'hôpital concerne 10 % des enfants, 30 % des adultes, 40 % en cas de cancer, 50 % des personnes âgées et 60 % en chirurgie digestive. Sa prévalence est donc très importante. Cette dénutrition n'est pourtant pas une fatalité et sa prise en charge permet de diminuer les risques de décès, infections nosocomiales, complications post-opératoires et réadmissions.

L'anorexie constitue la difficulté principale pour les patients. Souvent, les malades n'ont pas faim et les équipes pensent qu'elles ne peuvent pas lutter contre cette perte d'appétit. Or, il est possible d'améliorer la prise en charge nutritionnelle. Pour y parvenir, l'alimentation doit avoir du goût, avec des produits denses en énergie et en protéine, avec du gras, du sucre et du sel. L'alimentation des malades est totalement différente de celle des personnes en bonne santé. Pour les jeunes, l'enjeu est de prévenir l'obésité, tandis qu'il est plutôt question de prévenir la dénutrition chez les personnes plus âgées ou malades.

En France et à l'échelle européenne, les directives sont très claires pour simplifier et réduire les contraintes alimentaires, car plus il y a de menus différents à préparer et plus leur préparation devient compliquée, ce qui fait baisser la qualité. Depuis la publication de ces recommandations,

le CLAN s'attelle à réaliser un état des lieux, après une première démarche engagée il y a 10 ans, et vérifie la mise en conformité, site par site, des intitulés des aliments, des contenus et des textures.

Les acteurs de la prise en charge nutritionnelle sont principalement les diététiciens. À ce jour, à l'AP-HP, on en compte 406 pour 375 ÉTP, soit environ 1 diététicien pour 44 malades par jour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en soins de suite et de réadaptation (SSR), sans compter l'hôpital de jour, les consultations, l'hospitalisation à domicile et les unités de soin de longue durée (USLD). Par conséquent, il est nécessaire de recentrer l'activité des diététiciens sur le soin, de mettre en place des délégations de soin, ainsi que des protocoles de coopération entre les médecins et les diététiciens.

Les CLAN existent depuis plus de 20 ans, mais ils restent insuffisants pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des malades dans les services. Il faut donc développer les unités transversales de diététique et nutrition (UTDN), afin de favoriser les bonnes pratiques et les avis d'experts. Leur mission est de dépister, diagnostiquer, coder et prendre en charge la dénutrition. Elles jouent également un rôle de relais vers la ville, car souvent, lors de la sortie de l'hôpital, les malades doivent être accompagnés sur le plan nutritionnel. Il existe environ une soixantaine d'UTDN en France. Leur bilan clinique est très positif en matière de prise en charge et de bonnes pratiques. Leur bilan financier est également satisfaisant, en particulier en raison du codage de la dénutrition : le fait de coder une population hospitalière revient à augmenter les apports de 700 € par malade.

La COVID-19 a été l'occasion de mettre en lumière les UTDN, notamment celle de la Pitié-Salpêtrière qui est très dynamique et a publié deux articles sur les variations du statut nutritionnel pendant cette maladie. Le CLAN a également proposé un protocole de prise en charge nutritionnelle à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS).

L'AP-HP compte actuellement 4 UTDN dans les hôpitaux Joffre-Dupuytren, Robert-Debré, la Pitié-Salpêtrière et à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). Parmi les prochaines, la candidature la plus aboutie est celle de l'hôpital Beaujon, portée par le P^f Francisca JOLY. La demande a été effectuée il y a 3 ans et est soutenue par le CLAN central. En parallèle, des études sont en cours afin de vérifier s'il est possible de mettre en place des UTDN dans les autres hôpitaux et trois groupes de travail ont été lancés et œuvrent pour la rédaction d'une charte spécifique.

Le CLAN central dispose d'une commission gériatrique. Actuellement, ses travaux portent sur l'appropriation des nouvelles recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), qui font évoluer les critères de dénutrition. Puisque la HAS préconise désormais de mesurer la force et la masse musculaire, des études sont en cours afin de vérifier s'il est nécessaire d'investir dans du matériel adapté. D'autres études concernent le « manger main » (nourriture sans fourchette ni couteau) et un protocole sera diffusé à ce sujet. En parallèle, la commission pédiatrique se penche sur l'utilisation des critères de dénutrition chez l'enfant.

L'alimentation dépend forcément de l'organisation des cuisines. Les 39 sites de l'AP-HP comptent 5 unités centrales de production, 18 cuisines de production, 10 cuisines relais en régie, et 6 cuisines relais concédées. 37 cuisines sont en liaison froide et 2 en liaison chaude. Toutefois, seuls 10 % des produits cuisinés à l'AP-HP proviennent de produits crus cuisinés sur place, le reste étant 30 % de produits de 4^e et 5^e gammes à assembler, 27 % de produits prêts à l'emploi à portionner, 33 % de produits prêts à l'emploi mono-portion. C'est une alimentation moins chère mais qui ne donne pas le même goût que celle basée sur des produits bruts.

En matière de développement durable, l'enjeu prioritaire est d'éviter le gaspillage. Il est donc important de maintenir l'offre nutritionnelle pour les malades à faible appétit, par exemple en

mettant en place des dîners à 4 composantes en gériatrie. Pour les professionnels et certains malades ou familles, il pourrait être proposé d'installer des réfrigérateurs connectés, avec 75 % de produits frais et des informations sur les plats et leur provenance.

En 2021, l'AP-HP a participé à la semaine nationale de la dénutrition, qui a réuni 1 200 partenaires avec 10 000 actions, 30 « webinaires », 1 million de prospectus distribués, ainsi que des mentions dans la presse. Au sein de l'AP-HP, 100 % des GHU et 75 % des sites hors GHU ont été concernés. Des actions communes et 80 actions spécifiques ont ainsi été effectuées.

Le président considère qu'il s'agit d'un sujet majeur. Depuis plusieurs années, l'alimentation est toutefois le critère qui reçoit invariablement les plus mauvaises notes des patients. Or, il semble désormais possible de proposer des produits de qualité à une échelle industrielle, à des coûts qui ne sont pas exorbitants. Il convient donc de voir comment améliorer la qualité des repas. Ceux-ci pourraient être adaptés en fonction des patients, du besoin médical et du goût de chacun. Pour le soignant, le fait de donner un bon repas ou de mieux le présenter, participe à sa satisfaction.

Le président ajoute que le ratio de 1 diététicien pour 44 patients n'est pas suffisant. Or, l'alimentation est aussi importante que les médicaments. Par conséquent, la qualité des soins baissera si l'AP-HP manque de diététiciens et ne parvient pas à conserver ceux qui sont en place. Enfin, puisque ces diététiciens exercent souvent dans des unités transverses, la notion de travail d'équipe doit donc être prise en compte.

Le P^r Agathe RAYNAUD- SIMON rappelle d'abord que la question de l'attractivité des postes de cuisiniers se pose. Il est par exemple nécessaire de simplifier les contraintes, comme la multiplication des menus pour un travail dans de meilleures conditions. Par exemple, les barquettes de courgettes à l'eau et le fromage blanc 0 % ne devraient plus être proposés.

Par ailleurs, la mission des unités transversales est essentiellement médicale et diététique, tandis que la relation avec les cuisines est plutôt assurée par les CLAN locaux. Le rôle de l'unité transversale souvent composée d'un médecin, d'un infirmier et d'un temps de secrétariat mais pas forcément de diététicien, est d'appuyer le travail des diététiciens qui restent attachés à leur service, afin de régler les situations complexes. La dénutrition est une réalité qui n'est pas suffisamment reconnue dans les services, notamment dans le codage. L'enjeu pour les CLAN est également d'aller au plus près des équipes, mais ce travail n'est pas suffisant. Le préalable est donc de trouver un médecin nutritionniste motivé, ce qui n'est pas toujours facile.

Le D^r François SALACHAS indique qu'il a par le passé participé au CLAN de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Il souhaite savoir combien coûte la nourriture des patients dans le budget de l'AP-HP. Par ailleurs, il s'enquiert des aliments jetés. Enfin, il a été rapporté qu'au sein de certains services, notamment en gériatrie, le repas du soir était sauté, faute de personnel pour le servir. Dans certains services composés de 15 patients, les équipes ne peuvent donner que 3 à 4 repas.

Le P^r Agathe RAYNAUD- SIMON explique qu'une unité (petit déjeuner + déjeuner ou goûter + dîner) coûte 6,65 € par patient, soit le double pour une journée entière. 43 % du prix concerne les denrées et le reste l'accompagnement. Toutefois, la part de l'alimentation dans le forfait journalier a tendance à décroître ces dernières années, ce qui explique la présence de nombreux produits de 5^e gamme. 80 % des personnes âgées hospitalisées n'atteignent pas leurs besoins protéiques et énergétiques, notamment en raison d'un manque de temps pour les faire manger. En effet, le soignant ne peut pas se contenter de déposer le plateau et de revenir plus tard, car la personne prise en charge ne mangera pas si elle n'est pas stimulée. Pour ces personnes malades qui n'ont souvent pas faim, il faut proposer des aliments beaucoup plus denses que ceux qui sont actuellement utilisés conformément aux recommandations européennes. Elle n'a toutefois jamais été alertée de l'absence totale de dîner pour certains patients, faute de soignants. Il est en effet

très long de faire manger un patient, c'est pourquoi il est recommandé de donner les repas en salle commune pour qu'un aidant puisse en aider plusieurs à la fois.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite des précisions quant à la date de déploiement du protocole manger-main et si une gamme d'aliments spécifiques sera disponible pour le mettre en œuvre. Il demande également comment dépister la malnutrition sans avoir les moyens de mesurer la sarcopénie chez les plus de 70 ans.

Le P^r Agathe RAYNAUD-SIMON confirme que les nouvelles recommandations comportent la mesure de la masse musculaire, comme élément pronostic majeur, et ne pas pouvoir la mesurer à l'hôpital pose question. Pour la mesurer, il faut utiliser un impédance-mètre, voire un dynamomètre. À ce propos, la commission de gériatrie a prévu des études, en utilisant à la fois les anciens et les nouveaux critères sur une même population, afin de déterminer si le fait d'investir dans de tels instruments présente un intérêt. Le coût de ces équipements a été estimé entre 5 000 et 7 000 €. Leur utilisation ne présente aucune difficulté et prend 10 minutes au maximum. Enfin, une réunion est prévue fin février afin de finaliser le protocole manger-main.

Le directeur général recommande qu'une réunion de suivi sur ces sujets soit organisée pour mobiliser les directions. Par ailleurs, les enquêtes de satisfaction des usagers ne font apparaître aucune différence entre le fait de préparer les repas dans les cuisines ou de les sous-traiter. Des études ont été menées pour vérifier s'il était nécessaire de ré-internaliser la préparation mais finalement les mêmes équilibres ont été maintenus. En outre, un certain nombre d'actions sont entreprises à l'échelle des services afin de s'améliorer. La difficulté est d'étendre ces initiatives localisées, à plus grande échelle. Un travail avait débuté avant la crise sanitaire et certains éléments pourraient être repris. En outre, la loi de 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, dite « Loi ÉGALIM », devrait avoir un impact positif en augmentant la part du bio d'un certain nombre de produits. Au cours des prochaines années, il ne faudra pas se contenter d'appliquer uniquement ces obligations mais de s'engager à faire encore mieux. De même, la question de la présentation et du temps pour servir devra être posée. Enfin, il demande au P^r Agathe RAYNAUD-SIMON quelle réponse lui est apportée localement lorsqu'elle indique qu'il est inutile d'acheter des fromages blancs à 0 % car il rappelle que la direction des achats fait en principe partie du CLAN.

Le P^r Agathe RAYNAUD-SIMON a compris que cette délivrance était la conséquence d'un menu de substitution en mode dégradé. Elle propose donc qu'il n'en soit plus proposé du tout, même par substitution car aucun patient n'en a besoin.

Le président rapporte que les cuisiniers aimeraient discuter des aliments qu'ils doivent utiliser.

Le directeur général annonce qu'une distribution de tickets-restaurants sera lancée au sein de plusieurs établissements pour les équipes de nuit en lien avec la direction de la stratégie de la transformation (DST). Cette décision fait suite à une discussion avec les organisations syndicales et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) afin de répondre aux réclamations liées au manque de qualité des collations de nuit. Cette proposition pourra se combiner avec l'installation de frigos connectés. Ce dispositif est plus coûteux et comme cela est prévu par la loi, une petite participation sera demandée aux salariés. De même, afin de privilégier l'alimentation des équipes de nuit, la collation des équipes d'après-midi sera restreinte.

Le président annonce qu'un point de suivi sera effectué d'ici quelques mois au sujet des travaux du CLAN.

Le D^r SONIA CERCEAU souhaite savoir si un budget sera alloué à l'AP-HP pour la mise en œuvre de la loi ÉGALIM. Face à la mauvaise qualité des collations du personnel de nuit (paquets de chips et

produits parfois périmés) qui questionne sur le grignotage sous-jacent de ces équipes, elle demande si des frigos connectés seront financés. Enfin, elle demande comment sera gérée la suppression des plastiques des plateaux des malades, comme le prévoit la loi ÉGALIM.

Le directeur général précise que le coût consolidé de la restauration atteint 113 M€ par an. 20 M€ supplémentaires ont été prévus au cours des prochaines années, notamment pour absorber la loi ÉGALIM. En parallèle, le coût des collations s'élève à 6 M€ annuels. Désormais, l'objectif est de vérifier que la mise en place des tickets-restaurants et de réfrigérateurs connectés permettra d'augmenter le taux de satisfaction. Des expérimentations sur site sont ainsi prévues. Il précise que le coût des frigos connectés actuellement expérimentés est assez élevé et il faudra peut-être réfléchir à investir dans des équipements qui seraient à la main de l'AP-HP pour leur approvisionnement.

Le D^r Éric LE BIHAN estime que la nourriture mise à la disposition des médecins effectuant des gardes de 24 heures est inacceptable.

Le directeur général considère que la situation dépend des sites. Il rapporte qu'en CHSCT la récrimination inverse a été énoncée puisque le personnel non médical serait parfois exclu de certains modes de repas réservés aux médecins. Ces deux sujets seront donc traités équitablement.

4. Point sur la mise en œuvre de la réforme du statut des contractuels (P^r Jean-Damien RICARD, M^{me} Hélène OPPETIT)

Le président annonce que les décrets et arrêtés portant réforme de la plupart des statuts médicaux ont été publiés au Journal officiel le 6 février. Ils sont disponibles sur le [site de la CME](#). Cette dernière donnera plus tard son avis sur les options envisagées concernant les contractuels et organisera un suivi de cette réforme.

M^{me} Hélène OPPETIT précise que ce point d'étape a mobilisé de nombreuses personnes depuis 6 mois. Un comité de pilotage a également été mis en place depuis plus d'un an. Les objectifs de la réforme sont les suivants : augmenter l'attractivité des contractuels et faire varier les éléments de rémunération, afin de tenir compte des disciplines en tension, de la concurrence avec le secteur privé ; favoriser les liens avec l'hôpital et préserver les activités cliniques essentielles ; favoriser un accès rapide au statut de praticien hospitalier (PH) et offrir une alternative à l'intérim, dont le « Ségur de la santé » entend limiter les dérives.

La réforme a été annoncée à l'été 2020, le projet de décret a été transmis en octobre 2021 et la publication a eu lieu le 6 février 2022. Elle met en place un contrat unique remplaçant et regroupant les praticiens contractuels, les attachés et les cliniciens. Quatre motifs de recours sont prévus, avec une durée limitée sauf pour les contrats inférieurs à 5 demi-journées, qui peuvent être en contrat à durée indéterminée (CDI). Une grille de rémunération devra également être définie, avec un plancher, un plafond et une possibilité de part variable permettant d'atteindre 8 900 € brut pour un motif de recrutement précis.

Chaque établissement de santé devra déterminer sa politique de rémunération, conciliant amélioration des rémunérations, cohérence dans les parcours professionnels, valorisation et attractivité de l'exercice hospitalier.

La réforme comporte plusieurs enjeux :

- La revalorisation des rémunérations des contractuels tout en réaffirmant le principe de l'exercice hospitalier sous un statut de PH titulaire ;
- L'appropriation de la réforme par l'ensemble de la communauté hospitalière ;

- Le positionnement de l'AP-HP au sein de son territoire, à ce titre de nombreux contacts sont établis avec la fédération hospitalière de France
- La nécessité de repenser la structure des services entre PH titulaires, praticiens en période de « confirmation » post-internat et praticiens contractuels ;
- Un financement à hauteur de 12 M€, avec un effet prix qui devra éventuellement être compensé par un effet volume, au regard des incertitudes du budget 2022.

La proportion de praticiens contractuels (hors universitaires) est significativement plus forte à l'AP-HP (41 %) par rapport aux autres EPS (28 %), et 22 % de praticiens attachés contre 12,7 %. Cette réforme concerne 2 700 praticiens, soit 56 % des contractuels de l'AP-HP sur les trois prochaines années.

Le contrat unique précise les missions d'un contractuel dans un cadre plus souple. Avant le « Ségur », il existait trois types de contrats : les praticiens attachés, les praticiens contractuels et les cliniciens, historiquement peu utilisés à l'AP-HP. À la suite de la réforme, il n'y aura plus qu'un seul contrat mais avec quatre motifs de recrutement :

1. Tenir compte des situations ponctuelles de remplacement (accroissement temporaire activité, absence pour raisons de santé), dans la limite de deux ans ;
2. Attirer des compétences spécifiques en cas de difficultés de recrutement dans certaines spécialités et sur certains territoires, dans la limite de six ans ;
3. Proposer un statut d'accueil temporaire aux praticiens dans l'attente du concours national de PH et d'une titularisation au sein des établissements publics de santé, dans la limite de trois ans.
4. Développer les exercices mixtes et les coopérations ville hôpital, sans limite de durée et temps inférieur à 50 % ;

Le P^r Jean-Damien RICARD fait état d'une revalorisation assez substantielle des rémunérations. Il rappelle que la communauté médicale a été très investie dans ce processus. Le P^r Claire POYART et lui-même ont été missionnés par le P^r Rémi SALOMON et M^{me} Hélène OPPETIT pour participer à un comité de pilotage pluri-professionnel. Les premiers enjeux étaient de s'approprier la philosophie de la réforme envisagée puis d'identifier les principales problématiques en fonction des disciplines, et de proposer des solutions. Ce travail sera finalement soumis à l'approbation de la CME.

Le groupe de travail qu'ils co-animent comprend des personnes de la direction patients, qualité et affaires médicales (DPQAM), les deux vice-présidents de la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA), des représentants des attachés et contractuels de la CME, un large panel de collégiales, des présidents de sous-commissions du temps et des effectifs médicaux (CTEM) des CME locales, des directeurs des affaires médicales, des représentants de directeurs de DMU, des représentants de PCMEL, ainsi qu'un membre de la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) du Siège.

Les principes généraux de la réforme sont les suivants :

- L'exercice en tant que titulaire à l'hôpital public doit demeurer la règle ;
- L'application de cette réforme doit permettre une revalorisation des rémunérations des praticiens à chaque étape de la carrière hospitalière ;
- La réforme ne doit pas conduire à une baisse de rémunération ;
- L'éventuelle articulation entre les différents motifs de recrutement doit être pensée ;

- La cohérence et la progressivité des parcours entre eux et dans le temps doivent être prévues.

Une approche de gestion des ressources humaines fondée sur deux axes a été adoptée pour fixer le niveau de rémunération des contractuels. L'approche individuelle vise à valoriser le parcours du praticien, en tenant compte de son ancienneté et en gardant à l'esprit les différents parcours les plus souvent rencontrés. L'approche collective est quant à elle destinée à assurer un niveau de rémunération en fonction des niveaux de responsabilité, des missions exercées, ainsi que de la nature des activités et du territoire. À ce propos, une cartographie de la densité médicale fait apparaître les territoires en tension.

La recherche constitue un cas particulier. Deux situations ont été identifiées : les postes contractuels créés dans le cadre d'appel à projets avec un financement extérieur et les contractuels recrutés pour compenser du temps de recherche dans les services. Les possibilités qui seront offertes à ces personnes relèveront principalement des motifs 1 et 3, avec des rémunérations adaptées. En revanche, le financement des projets de recherche devra permettre d'accompagner cette rémunération. De plus, une attention devra être portée sur la durée des contrats, étant donné que la réforme ne permettra pas d'aller au-delà de 5 ans.

Différents motifs de recours ont été retenus. Le motif 4 vise à développer le lien ville-hôpital, avec une grille basée sur l'ancienneté à laquelle la possibilité d'attribuer des primes a été ajoutée. Le motif 1 est quant à lui destiné à faire face à une augmentation transitoire d'activité ou un remplacement, avec une grille basée sur l'ancienneté et une possibilité d'adaptation à certaines disciplines en tension. Dans le même temps, le motif 2 représente l'ancien contrat clinicien. Enfin, le motif 3 est celui utilisé dans l'attente de titularisation, mais il faudra éviter les distorsions de rémunération.

En synthèse, la réforme cherche à tenir compte des différents parcours, avec une notion de progression de la rémunération tout au long de la carrière et une absence de distorsions trop importantes entre les différents motifs de recours, ainsi qu'une prise en compte des missions spécifiques et de certaines disciplines (urgences, gériatrie, psychiatrie). Enfin, un point d'attention devra être porté sur la réforme en cours des statuts des médecins à diplôme hors union européenne, car les deux réformes sont parallèles, avec une augmentation des rémunérations dès lors que les candidats auront reçu leur autorisation d'exercice.

Le président fait remarquer que les impacts de cette réforme seront importants, d'autant que l'AP-HP compte un taux de contractuels supérieur de 10 points à la moyenne nationale. L'objectif est de mieux les payer et de leur offrir des emplois moins précaires. Toutefois, étant donné que l'enveloppe n'est pas extensible, il sera nécessaire de revoir le nombre des contractuels. Les missions des uns et des autres devront également être redéfinies. Quoi qu'il en soit, l'AP-HP, qui est l'un des premiers CHU à y réfléchir, suit avec attention les conséquences de cette réforme au niveau de la vie des services, d'autant que tout le monde est concerné. Il est donc important d'en comprendre les enjeux.

Le P^r Jean-Damien RICARD confirme que ce travail a démarré avec les équipes afin de prendre des exemples très concrets à l'échelle des sites ou des GH. Le but était d'observer l'organisation des services, d'identifier les personnes concernées, ainsi que d'engager la réflexion concernant les motifs de recours qui leur seront proposés. Une réflexion est également à l'œuvre au sujet d'une réorganisation plus générale des missions, en tenant compte du fait que le nombre de contractuels varie sensiblement en fonction des disciplines.

Le président précise que les praticiens attachés en CDI ne sont pas impactés par la réforme mais ne bénéficieront donc pas des revalorisations salariales.

Le P^r Jean-Damien RICARD confirme qu'une réflexion individuelle devra être engagée pour les personnes concernées si elles souhaitent passer sur le nouveau statut car ce dernier ne leur permettra pas de passer en CDI, sauf s'ils exercent à moins de 50 %.

Le D^r Emmanuel Bui QUOC demande si le décret du 6 février concerne aussi le statut des PH.

M^{me} Hélène OPPETIT confirme la publication simultanée de plusieurs textes réformant le statut des PH, des contractuels, l'activité libérale et d'autres évolutions. Ils seront présentés ultérieurement.

Le D^r Nathalie RicÔME qui a fait partie du groupe de travail, souhaite que cette réforme ne soit pas détournée de son but principal, qui est de favoriser la titularisation en tant que PH. Elle alerte contre le risque de *turn over* et de précarité qui conduirait les services à multiplier le recours à des professionnels en contrat court sans qu'on ne leur offre de possibilité de titularisation. Cela coûtera en temps de formation pour le service qui devra régulièrement réinvestir sur de jeunes et nouveaux professionnels. Il faudra également rester vigilant concernant le risque de disparité entre les groupes hospitaliers en matière de rémunération étant donné que les grilles de rémunération et les critères de recrutement demeurent compliqués. Il existe par ailleurs un risque de division entre les praticiens au sein des services, car certains contractuels pourraient être mieux rémunérés que certains PH, même si la majorité des contrats figurent parmi les bas salaires. Enfin, ces contrats ne comporteront pas d'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE).

Le D^r Marie ANTIGNAC souligne qu'il s'agit d'un sujet de taille pour la pharmacie hospitalière. Elle demande également si un praticien attaché en CDI bénéficiera automatiquement du statut de PH s'il en fait la demande.

M^{me} Hélène OPPETIT explique que les attachés en CDI pourront éventuellement solliciter le passage vers le nouveau contrat qui sera alors un contrat à durée déterminée (CDD). Il ne s'agit pas d'un passage automatique vers le statut de PH. Ils ne pourront bénéficier de ce nouveau contrat que si la direction accepte de modifier leur contrat et s'ils accordent sur le motif de recrutement à retenir. Ce sera de la gestion locale au cas par cas. Certains praticiens craignaient de voir disparaître la possibilité d'avoir des CDI à plein temps. En tout cas, les personnes actuellement en CDI le resteront, y compris les CDI à 50 %. Il faut noter que les praticiens actuellement en contrat triennal pourront bien accéder au CDI, ce qui est une nouveauté du décret allant dans le sens d'une sécurisation de l'emploi. Une cinquantaine de médecins en pharmacie et en biologie sont concernée.

Le D^r Nathalie RicÔME se satisfait également que les praticiens triennaux puissent passer en CDI au lieu de basculer sur ce nouveau statut précaire. Ils n'y trouveraient pas d'intérêt.

Le P^r Jean-Damien RICARD ajoute qu'un cadre général a été fixé. Chaque chef de service devra ensuite réfléchir avec son équipe aux impacts de cette réforme.

M. Guy BENOÎT craint qu'un problème majeur survienne au niveau de la pharmacie, car les 130 praticiens attachés recensés sont actuellement presque tous à plein temps. À cette situation s'ajoute la difficulté de travailler dans les PUI puisqu'une ancienneté est exigée pour assurer des recrutements. À très court terme, 20 collègues en CDD ne pourront pas rester alors qu'il est très difficile de trouver des candidats.

Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE souhaite savoir si cette réforme sera opérée à masse salariale constante.

M^{me} Hélène OPPETIT répond qu'un budget de 12 M€ a en effet été prévu mais les projections se situent à 10 M€. Toutefois, le budget 2022 reste incertain. Un effet volume est en revanche attendu et souhaitable. Par ailleurs, les titularisations ont augmenté de près de 20 % depuis 2 ans.

Or, pour continuer de faire croître ce nombre, la structure d'emplois actuelle ne pourra pas être conservée. En outre, l'objectif du groupe de travail est de se doter d'un cadre général pour l'institution. Par conséquent, il est espéré que les GHU n'auront pas de politiques de rémunération différentes entre eux, même si certains sujets doivent encore être levés. Quoi qu'il en soit, cette politique vise à mieux rémunérer les contractuels. Ce sont les praticiens attachés qui en bénéficieront le plus, étant donné qu'ils étaient jusqu'ici très mal rémunérés.

Le directeur général remercie pour la qualité du travail de groupe. Il souligne par ailleurs que la particularité de cette réforme est de conduire l'établissement à dégager de véritables marges de manœuvre pour effectuer des choix cohérents avec ses priorités. Une discussion devra donc avoir lieu avec les collégiales, car ces choix auront des impacts. Pour les disciplines souffrant d'un manque d'attractivité, les décisions de mise en œuvre de cette réforme devront être assumées afin d'y répondre. Par ailleurs, il est probable que les établissements non-universitaires de la région Île-de-France souhaiteront regarder leur positionnement par rapport à la grille de rémunération proposée par l'AP-HP. Par conséquent, il faudra rester attentif au maintien des équilibres financiers, notamment avec les praticiens statutaires, tout en tenant compte d'éventuels différentiels d'attractivité avec d'autres hôpitaux. L'AP-HP conservera son attrait intrinsèque, toutefois certains hôpitaux non-universitaires pourraient être amenés à payer un peu plus que ce que proposera l'AP-HP, afin de pallier leur manque d'attractivité. Il faudra ainsi éviter une forme de « course à l'échalote » qui déboucherait sur une situation ni saine ni soutenable.

Le D^r Christophe TRIVALLE attire l'attention sur la nécessité de peser le pour et le contre avant de recruter sur le statut d'ex cliniciens avec des salaires supérieurs à ceux des PH. Il faudra veiller à ne pas créer un corps de contractuels « mercenaires » changeant de poste tous les trois ans.

P^r Jean-Damien RICARD assure que ces recrutements seront surveillés, encadrés et contractualisés avec l'ARS. Le but est d'éviter une distorsion trop importante. De plus, cette réforme de grande ampleur ne pourra pas s'appliquer sans un accompagnement des équipes, afin de permettre des ajustements. Il serait en effet dommage de ne pas profiter de la flexibilité offerte par la réforme pour recruter dans les territoires où il est difficile de le faire.

Le D^r Diane BOUVRY rappelle que dans le cadre de la réforme des PH, une clause empêchait les PH à temps partiel d'exercer d'activité libérale dans un rayon de moins de 10 km par rapport à leur établissement de référence. Elle souhaite savoir si la même règle est prévue pour les praticiens en CDI à temps partiel.

M^{me} Hélène OPPETIT répond par la négative, l'objectif étant de les partager avec la ville.

Le D^r Diane BOUVRY souligne pourtant que cet objectif est le même pour les PH qui peuvent pas travailler uniquement à temps partiel.

M^{me} Hélène OPPETIT suppose que l'objectif du législateur était peut-être de faire prévaloir pour les PH des compléments de rémunération d'autre nature.

Le président précise que cette notion des 10 km reste optionnelle pour le chef d'établissement.

M^{me} Hélène OPPETIT s'engage à se pencher sur le nouveau décret, qui comporte peut-être des modifications.

Le président estime que la possibilité de jouer sur les salaires établissement par établissement permet de retrouver de l'attractivité là où il y avait un manque. Il est toutefois nécessaire de disposer du budget adéquat. Il faudra donc avoir la capacité d'augmenter l'enveloppe dans les endroits moins attractifs. Rien qu'au sein de l'AP-HP, certains hôpitaux moins attractifs que d'autres devraient pouvoir offrir des contrats plus avantageux. La question de la concurrence avec les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) se posera également, car il est difficile

de rester attractif lorsqu'il existe des écarts de salaire importants. C'est pour cette raison qu'un jeu de régulation transparent devra être mis en place, en se basant sur les besoins des bassins de population et les conditions d'attractivité.

P^r Jean-Damien RICARD doute de l'existence d'un d'appel d'air massif. Par exemple, il manque des dermatologues à la fois à l'hôpital Louis-Mourier et en ville. Ce n'est donc pas en proposant une rémunération supérieure à celle offerte à l'hôpital Cochin que l'ensemble de la profession sera vidée de son effectif.

Le président relève que l'existence de différences de salaires au sein d'une même équipe pourra poser problème.

Le P^r Bernard GRANGER estime que ce remarquable travail montre toutes les difficultés d'application du nouveau texte, qui introduit une souplesse et une meilleure rémunération. Il déplore l'effet volume induit par cette réforme et donc les diminutions de postes à venir. Bien qu'il ait conscience de la difficulté d'agir dans un budget contraint, il demande s'il existe des marges de manœuvre pour garder les ressources médicales sur lesquelles repose l'activité.

M^{me} Hélène OPPETIT pense qu'il existe effectivement des marges de manœuvre au sein des organisations médicales mais cela se fera au fil du temps. Dans le même temps, la pharmacie et la biologie sont concernées par de grands enjeux d'évolution de leurs métiers, étant donné que ces secteurs ont été fortement automatisés. Enfin, la communauté médicale devra s'emparer des sujets liés aux différences d'exercice professionnel entre les différents statuts.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI signale qu'un travail accompli depuis plusieurs années au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, puis étendu à l'ensemble du GHU Sorbonne-Université, consistant à réviser l'usage des contrats de cumul emploi-retraite (CER). Ce dispositif peut être utile dans certains cas mais il débouche parfois sur des dérives. Puisque les textes autorisent à présent les contrats de bénévolat hospitalier pour les collègues qui souhaiteraient conserver une activité après leur retraite, le GHU Sorbonne-Université a pris le parti de supprimer totalement la possibilité de recourir au CER, sauf exceptions sur ressources propres ou de fonds subventionnels. Ces CER sont remplacés par des contrats de bénévolat. Depuis 2015-2016, les CER ont ainsi pu être réduits de 19 à 4 et bientôt à 0 ÉTP. Une réflexion au sujet de ce modèle à l'échelle de l'institution pourrait probablement permettre d'absorber les augmentations de salaire définies par les textes, sans pour autant réduire les emplois des praticiens en activité.

Le P^r Rachel LÉVY s'inquiète de l'impact de la réforme concernant la biologie.

Le président assure que ce sujet sera suivi.

5. Orientations de la direction générale concernant l'attractivité pour les personnels infirmiers (M. Martin HIRSCH)

Le président rappelle que, lors de la CME du 11 janvier, il a souhaité que la direction générale fasse un point à la CME sur la faisabilité des diverses propositions qui ont émergé des diverses prises de parole de la communauté médicale en vue d'apporter des réponses concrètes à la crise des ressources en personnels infirmiers, les plus partagées pouvant être résumées en 4 points :

- Doter les chefs de service et cadres de soins de proximité de compétences en ce qui concerne le recrutement des personnels paramédicaux ;
- Définir des fiches de postes emportant des engagements en matière d'horaires de travail, de parcours de formation et de carrière, de reconnaissance de l'expérience et des

expertises acquises, d'encadrement des déplacements entre services et des périmètres de mobilité subie ;

- Organiser un dialogue de gestion des effectifs partant de l'estimation des besoins par les chefs de service et cadres de soins, et intégrant la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients, les temps de dialogue au sein des équipes, une marge raisonnable pour pallier les absences, les parcours de formation, la recherche en soins infirmiers, et l'accompagnement et le tutorat des jeunes professionnels ;
- Redéfinir les missions des cadres de soins, l'allègement de leurs tâches administratives et logistiques, leur positionnement dans la hiérarchie soignante, le renforcement de leurs effectifs, plus particulièrement la nuit.

Le directeur général indique que la discussion a été amorcée avec les représentants du personnel et les instances dont ils dépendent. Cette première présentation en CME n'est qu'un point d'étape et les mesures validées seront présentées en CME après la fin de la concertation avec les principaux intéressés. Pour l'heure, la plupart des éléments du projet social ne sont pas encore entrés en vigueur. Celui-ci a été négocié après le « Ségur de la santé », lorsque des marges de manœuvre étaient offertes à l'AP-HP. La situation n'a en revanche pas évolué depuis plusieurs semaines : sur les 18 000 postes d'infirmiers, 1 400 restent vacants à ce jour. La direction générale présente donc 11 mesures en cours de mise en œuvre ou pouvant être déployées rapidement.

La première mesure est d'embaucher un maximum de jeunes diplômés à la rentrée. Les sorties d'école ont lieu durant l'été et l'objectif est de recruter le plus possible à ce moment, en accueillant même les infirmiers en stage de fin de scolarité dès le printemps et en leur proposant un contrat d'allocation d'étude de 7 500 €, en échange d'un engagement de servir de 18 mois.

Dans le même temps, il faut faire connaître les dispositifs spécifiques d'attractivité comme la prime d'installation de 2 055 €, l'aide à l'installation de 700 à 1000 € sous condition de ressources ou les gardes d'enfants et crèche, notamment la prise en charge des dépassements de tarif après des retards dus à l'activité ou l'organisation dans les services.

Un grand palier doit être franchi en ce qui concerne l'accès au logement. Dès 2022, des logements seront ajoutés, en achetant davantage de droits de réservation et en mettant en place des conventions avec les bailleurs, à l'aide d'une nouvelle enveloppe de l'agence régionale de santé (ARS), qui a été prévue à cet effet. Cette mesure devrait se traduire à la fois par des logements sociaux et des logements intermédiaires. En effet, les revenus des infirmiers ne leur permettent généralement pas d'accéder aux logements sociaux. Au final, l'objectif est d'atteindre 12 000 logements.

Une mesure ponctuelle d'urgence a été mise en place en attendant les sorties d'école afin d'attirer les intérimaires et de les recruter. Actuellement, l'AP-HP connaît un fort niveau d'intérim, pour un tarif atteignant 22 ou 23 € de l'heure. Le dispositif de crise de l'ARS ouvert uniquement entre le 17 janvier et fin février permet de proposer aux intérimaires la même rémunération qu'en intérim mais dans le cadre d'un contrat de 6 ou 9 mois sans possibilité de faire des heures supplémentaires majorées. D'abord réticents, les représentants de la CGT ont fini par reconnaître l'intérêt de la mesure qui évite de payer des frais aux agences d'intérim. L'enjeu est désormais de mettre en place d'autres mesures visant à restreindre l'intérim. Confrontés aux mêmes difficultés, les Hospices civils de Lyon ont choisi de négocier des contrats de 6 ou 9 mois avec les sociétés d'intérim. De son côté, l'AP-HP a préféré opter pour le portage par l'hôpital, afin de ne pas encourager l'intérim, en se disant qu'il existait une possibilité d'intégration postérieure après cette période de 6 ou 9 mois.

Par ailleurs, il est prévu de donner davantage d'autonomie aux équipes dans la gestion des plannings et dans le choix des horaires, avec la possibilité de proposer des schémas horaires alternatifs comme cela est prévu par le projet social. En revanche, les organisations syndicales et les équipes de nuit ne sont globalement pas favorables aux organisations 12 heures.

Une autre mesure concerne la possibilité d'augmenter les rémunérations et le temps disponible, avec des heures supplémentaires contractualisées. L'agent s'engage alors sur un certain nombre d'heures supplémentaires au cours d'une période de plusieurs mois, qui peuvent être placées dans les plannings. Le but est d'avoir des horaires de travail plus satisfaisants pour les personnels, pouvant être mis en place sans pour autant être confronté à la difficulté de recrutement.

Des discussions sont en cours concernant la redynamisation de la vie d'équipe en repositionnant le binôme chef de service-cadre, en lui donnant plus de responsabilités. L'objectif est de pouvoir travailler davantage sur les temps collectifs de réunion de service et les espaces du dialogue, qui ont du mal à être placés. Dans ce contexte, la mise en place des projets d'engagement collectif sera cette année effectuée à l'échelle des services, avec des objectifs qu'ils fixeront.

La question de l'accompagnement des prises de poste est ressortie des discussions avec les professionnels. Cet accompagnement doit avoir lieu à la fois avant la prise de poste, en période de préprofessionnalisation, et durant les premiers mois. À ce propos, il a été demandé aux équipes d'apporter leur soutien et l'AP-HP a créé une prime de tutorat. Il est également prévu de flécher un certain nombre de contrats d'heures supplémentaires vers le tutorat.

En ce qui concerne les parcours professionnels, un certain nombre d'outils permettent d'effectuer des choix de carrière se traduisant par une véritable évolution, à la fois en matière de compétences, de responsabilités, de technicité, de rémunération, et donc de reconnaissance. L'objectif est que ces dispositifs ne soient pas des exceptions. Dans le même temps, les entretiens professionnels de carrière doivent être systématisés, afin de connaître les aspirations des paramédicaux afin de proposer les formations adéquates à leur parcours.

Les irritants du quotidien feront l'objectif d'un travail spécifique, notamment en ce qui concerne l'informatique. Dans le même temps, les enveloppes prévues devront être financièrement disponibles et d'utilisation plus facile, afin d'apporter des réponses immédiates aux besoins.

Les vacances de poste rendent parfois nécessaire la mobilité des professionnels entre services, mais celle-ci n'est pas toujours bien vécue. Il est donc nécessaire de renforcer les équipes de suppléance, notamment par le biais des contrats proposés aux intérimaires. En parallèle, il faudra réduire au sein d'un DMU ou d'un site, le périmètre des services au sein desquels la mobilité est possible car affichant les mêmes besoins en matière de compétences, tout en organisant des parcours de découverte de ces différents services et en formalisant des *check-list* pour sécuriser ces mobilités.

Des expérimentations ont été lancées avec des logisticiens, dans le but de repenser le rôle des cadres et de les libérer d'un certain nombre de tâches. Dans les mois à venir, un travail sera accompli site par site avec les cadres, afin de voir comment les aider. En outre, la question de la formation des cadres a été identifiée et un comité d'orientations stratégiques sera mis en place avec différents professionnels.

Un certain nombre de grands travaux structurants sont prévus dans le but d'impacter l'attractivité et le bien-être au travail. Il s'agit notamment de l'évaluation des DMU pour simplifier les circuits de décision, du sujet du logement, de la garde d'enfants, de la dynamique de « déprécarisation » des contractuels non médicaux et les mises en stage systématisées, de l'attractivité du travail de nuit, de l'évaluation de la charge de travail et des trajets domicile-travail.

Enfin, l'évolution des salaires mérite un focus. Jusqu'à il y a deux ans, les salaires des infirmiers (sans heures supplémentaires) démarraient autour de 1 900 € (échelon 1) et culminaient à 2 800 euros (échelon 10) par mois. Désormais, ces chiffres ont été portés respectivement à 2 100 € (échelon 1) et 3 200 € (échelon 11). Les augmentations atteignent ainsi 182 euros pour l'échelon 1 et 455 € pour la fin de carrière. Avec 10 heures supplémentaires, les rémunérations sont comprises entre 2 300 € et 3 600 €. Pour 20 heures supplémentaires soit 40 heures de travail par semaine, cette rémunération commence à 2 561 € et se termine à 4 000 €. Au final, les gains sont très importants en matière de rémunération.

Hors situation d'heures supplémentaires, les cadres démarrent désormais à 2 500 € nets au premier échelon et terminent leur carrière à 3 700 € nets à l'échelon 10, avec des augmentations atteignant en moyenne 426 € par mois.

Ces évolutions ne règlent pas pour autant la question des rémunérations, mais celle-ci se pose désormais dans des termes différents par rapport aux années précédentes. En effet, l'AP-HP dispose désormais d'un certain nombre de leviers, tels que la prime d'engagement collectif, les indemnités pour mettre en œuvre des protocoles de coopération, le pourcentage d'infirmiers pouvant avoir des pratiques avancées ou la gestion des heures supplémentaires. Enfin, les mesures organisationnelles de simplification souhaitées par tous pourront de nouveau être abordées à l'issue de l'évaluation des DMU.

Le président note qu'un certain nombre de propositions convergent avec les perspectives qui avaient été souhaitées par la CME.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle qu'il existe une demande de simplification des procédures administratives de la part de l'ensemble de la communauté hospitalière. Il s'enquiert de ce qui est prévu pour atteindre cet objectif.

Le P^r Sandrine Houzé demande si les propositions de la direction générale concernant notamment les places de crèche et les recrutements accélérés sont déclinées avec la même célérité dans tous les GHU. Par ailleurs, elle demande si les revalorisations salariales accordées aux infirmiers ont également été déclinées pour les autres personnels médicotechniques que l'AP-HP a du mal à recruter.

Le D^r Cyril CHARRON rappelle que de nombreux infirmiers sont partis en raison du ratio de patients traités par professionnel, cette situation étant source d'épuisement. Or, ce point semble ne pas avoir été abordé dans la présentation, sauf si cela entre dans le champ de la charge de travail.

Le directeur général explique que la méthode pour simplifier les organisations consiste à travailler avec tous les différents acteurs impliqués (cadres de proximité, cadres supérieurs, direction des soins, DRH, etc.). L'objectif est de réduire le nombre de sujets de gestion qui remontent encore au niveau du siège. Celui-ci doit donc poursuivre les démarches en cours et déléguer davantage aux GHU, à la lumière de ce qui a été observé ces derniers mois. Par ailleurs, les chances d'obtenir une place en crèche devront être les mêmes quel que soit le GHU avec l'objectif de tendre vers le 0 % de refus en crèche pour les paramédicaux. En parallèle, le ratio de patients par infirmier devra être défini au moyen d'une évaluation de la charge de travail. Un certain nombre de services comme les urgences ont été capables de le définir mais la tâche sera plus compliquée pour d'autres. Ce sujet sera en tout cas de nouveau abordé.

Le président confirme que les délégations du siège vers les GHU sont actuellement en pause. Lors des réunions avec les cadres, l'existence d'un fossé entre les directions et les services a été évoquée. L'enquête sur les DMU sera à ce titre éclairante. Au sein du service, le cadre et le chef de service ont en effet souvent l'impression de ne pas être entendus, notamment au sujet des horaires et des effectifs. S'il est toujours possible de mettre en place des « usines à gaz », il serait

plutôt souhaitable de faire confiance aux personnes sur le terrain. Ces derniers sont en effet ceux qui connaissent le mieux les besoins. Un dialogue pourrait alors se mettre en place entre les services et les directions, qui connaissent les impératifs budgétaires. Il est possible que la dynamique ait été mise en pause du fait de la crise sanitaire, mais il existe en tout cas une vraie demande pour que les besoins puissent être entendus au sein des services.

Le P^r Xavier MARIETTE souhaite que du personnel infirmier soit embauché. Si de nombreux éléments ont été proposés sur le plan financier, la question des conditions de travail devra être abordée. Dans le même temps, il est nécessaire d'empêcher les nouvelles démissions. À l'heure actuelle, tout le monde s'inquiète de la situation post COVID-19. Or, il constate qu'au sein d'un même service, certaines personnes sont embauchées en CDI alors que d'autres sont en contrat d'intérim avec un salaire supérieur de 50 %, ce qui peut démotiver le personnel statutaire. Il comprend la logique consistant à dire que puisque les personnels intérimaires sont déjà présents, autant les fidéliser. Toutefois, il propose que ces intérimaires ne soient pas conclus avec un service de soin donné mais avec le service de suppléance, afin d'éviter d'avoir des personnels d'un même service avec des statuts différents.

Le P^r Bertrand GODEAU souligne une amélioration significative des grilles salariales des cadres et des infirmiers. Il s'enquiert toutefois du temps qui sera nécessaire pour qu'un infirmier ou un cadre arrive au dernier échelon.

Le D^r SONIA CERCEAU souligne l'importance d'augmenter les cadres de nuit, afin d'éviter la déshérence à ce niveau. D'autre part, on parle d'attractivité voici un exemple concret : un projet de prime d'engagement collectif a été déposé au sein de son bloc opératoire, puisque le GHU Sorbonne-Université était pilote sur ce dispositif. Le projet a été déposé en juillet et les indicateurs retenus ont été présentés, comme demandés, en décembre. Il était annoncé que la prime devait initialement être versée fin décembre, puis elle a été reportée à fin janvier. Ne voyant toujours aucun versement une demande a été faite à nos tutelles, qui ont affirmé qu'une nouvelle commission devait rediscuter de la distribution de la prime. S'agissant du message envoyé, ce genre de procédé est terrible. Or il doit exister un climat de confiance entre le personnel paramédical, le personnel médical et les tutelles administratives. Au final, dans ce cas, un élément positif et potentiellement fédérateur arrive à générer une situation totalement délétère s'agissant de la confiance

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite que le groupe sur la charge de travail propose des ratios plus élevés, dans un souci d'attractivité. En outre, il souligne l'importance de faire participer les paramédicaux à la gouvernance, au-delà de la vie du service, ce qui est peut-être déjà prévu dans l'autonomisation des équipes. Par ailleurs, il demande combien sont déjà à l'échelon 10 ou 11 et pareil pour les cadres qui doivent sans doute atteindre moins systématiquement le haut de la grille. La question est donc de savoir comment valoriser les infirmiers qui restent par rapport à ceux qui sont partis, ainsi que les autres paramédicaux. Quoi qu'il en soit, il n'est pas acceptable qu'un intérimaire touchant une prime gagne autant, voire plus, qu'un infirmier en poste qui effectue des heures supplémentaires.

Le D^r François SALACHAS estime qu'au vu de la gravité du problème, il est urgent de recruter. En effet, l'offre de soins s'est considérablement détériorée à l'AP-HP, faute de personnel, par exemple en neuro-vasculaire. La question est de connaître les chances que ce plan décliné en 11 points obtienne des résultats rapidement. Il n'y voit pas de choc d'attractivité. Il se demande s'il s'agit d'un problème de confiance envers la direction générale. Pour l'heure, tous les directeurs médicaux et chefs de service sont confrontés au problème de savoir s'il faut essayer de remonter le nombre de lits mais avec des ratios insuffisants, ce qui va détruire les équipes. L'enjeu est donc de sécuriser les équipes, en maintenant peut-être certains lits fermés et en cherchant à donner

envie de rester aux personnels qui ne sont pas encore partis. Pour y parvenir, un véritable choc de confiance sera nécessaire, ce qui passera par une subsidiarité dans la définition des conditions de travail. Il faudra alors choisir entre faire confiance aux équipes pour évaluer leur charge de travail ou se lancer dans des « usines à gaz ». Enfin, concernant le recrutement dans les écoles d'infirmiers, les stagiaires viennent travailler dans des équipes fragilisées où personne ne peut leur apprendre leur métier, or pour être en mesure de recruter, il est essentiel qu'ils puissent se projeter sur une amélioration de leurs futures conditions de travail.

Le directeur général annonce que la prime d'engagement collectif a été anticipée, en l'appliquant au deuxième semestre 2021, décembre inclus. Il n'a en revanche jamais été prévu qu'elle soit versée en décembre. Initialement, il avait espéré qu'elle pourrait être versée en janvier, mais elle le sera finalement en mars. Ce décalage s'explique par des raisons techniques incompressibles liées au paramétrage du logiciel de paie qui prend du temps et a déjà dû absorber d'autres évolutions de rémunérations en janvier et février. Durant ces deux mois, toutes les rémunérations des personnels non médicaux ont été adaptées aux grilles du « Ségur », et la prime « pouvoir d'achat » a dû être créée en plus, mais il confirme en toute transparence, un versement en mars. Par ailleurs, il s'inquiète que les médecins aient été exclus de cette prime dans l'exemple pris au GHU Sorbonne-Université, ce qui est contraire aux règles négociés et à l'esprit du dispositif.

Le D^r Sonia CERCEAU précise que puisque les personnes concernées étaient trop nombreuses, elle a pris la décision d'exclure les médecins, afin que le personnel paramédical puisse être inclus.

Le directeur général indique que le sujet pourra de nouveau être abordé. En outre, il confirme que les recrutements d'intérimaires ont été en priorité fléchés vers les équipes de suppléance sans exclure la possibilité pour un service identifié d'en bénéficier. Il aurait toutefois été mal compris de ne pas laisser de souplesse aux GHU sur ces recrutements, donc les deux sont possibles. En tout cas, une part non négligeable devrait en effet se diriger vers les équipes de suppléance. Actuellement, une centaine de dossiers sont en cours, dont 20 qui ont été constitués. L'enjeu est de réduire le nombre de postes vacants le plus rapidement possible. Un point plus précis pourra être fait à ce sujet, en tenant compte des effets de raccourcissement, non encore visibles mais qui apparaîtront dans les prochaines années.

Le président propose que la direction envoie à la CME ces éléments pour diffusion.

Le directeur général estime préférable de proposer un temps d'échange en plus d'un support. Sur la question des ratios, la direction générale est bien sur prête à accorder sa confiance aux équipes mais il faudra veiller à ne pas remplacer une frustration par une autre, en évitant que tous les services définissent des ratios incompatibles avec les effectifs à disposition. Il est donc nécessaire de trouver des raisons objectives. Essayer de comprendre pourquoi dans d'autres hôpitaux européens les ratios semblent différents et l'expliquer peut permettre de proposer de bonnes solutions. Dès lors, les échanges avec les réseaux de CHU européens sont utiles.

En outre, la confiance doit être réciproque. D'un côté, la direction fait tout pour permettre à l'hôpital de fonctionner en impliquant l'ensemble des acteurs afin de trouver des solutions, afin de favoriser l'intérêt commun. Il faut toutefois faire avec une concentration de contraintes connues ou pressenties. Parmi les critères de réussite, il faut admettre que c'est un travail collectif qui produit des effets, bons ou mauvais, sans opposer une communauté à une autre ou n'attribuer les mérites qu'à l'une ou l'autre. Dans le même temps, il convient de comprendre pourquoi à discipline équivalente, certains services rencontrent plus de difficultés que d'autres. Ce sont des sujets à traiter collectivement. En ce qui concerne la neurologie, un travail est en cours avec les acteurs et il est espéré que les réouvertures de lit pourront avoir lieu. La direction n'a pas l'obsession de ré ouvrir les lits coûte que coûte.

Ces derniers mois, une étude a toutefois été menée afin de voir comment éviter de se retrouver prisonnier de cette question et le but est d'avoir des types de prise en charge permettant de bien traiter les patients sans forcément avoir besoin que l'ensemble des lits aient été rouverts au bout d'un an. Pour que tout fonctionne, le nombre de lits ouverts à la fin ne sera pas le seul critère. Des équipes plus solides doivent donc être mises en place.

Le président note que certains points ont bien avancé, tandis que la situation est plus compliquée pour d'autres. Même si les conditions de travail ne dépendent pas uniquement des ratios, ce point demeure malgré tout incontournable. Celui-ci pourra être abordé de différentes manières, en mettant en place un dialogue avec les services, afin de restaurer la confiance même si, de fait, toutes les demandes ne pourront pas être prises en compte. Ce sujet sera de nouveau abordé dans les semaines à venir.

6. Avis sur la nouvelle charte informatique de l'AP-HP (P^r Hubert DUCOU LE POINTE, M^{me} Donatienne BLIN)

Le président précise que la charte a été retravaillée pour tenir compte des remarques qui ont été formulées lors de la dernière séance.

Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE confirme que la remarque concernant le respect du droit syndical a été intégrée. Une précision a également été ajoutée quant à la saisine du délégué à la protection des données (DPO). En parallèle, certaines demandes n'appelaient pas de modification mais les interrogations des uns et des autres ont reçu une réponse. Pour rappel, la date limite pour demander des modifications de la charte avait été fixée au 1^{er} février.

La CME approuve à l'unanimité la nouvelle charte informatique de l'AP-HP

7. Avis sur le schéma directeur des systèmes d'information (P^r Hubert DUCOU LE POINTE, D^r Laurent TRÉLUYER, M. Pierre BLONDÉ)

Le président reporte ce point en raison de l'horaire tardif qui ne permet pas de disposer du temps suffisant pour examiner cet important dossier.

8. Avis sur deux protocoles de coopération médico-infirmière :

a. « Surveillance et adaptation du traitement anticoagulant de patients sous anti-vitamine K, en présentiel ou en télésurveillance » (D^r Georges ESTÉPHAN)

Le président rappelle que ce protocole avait été évoqué lors de la CME du 11 janvier. Suite aux remarques émises par certains membres de la CME, son approbation avait toutefois été reportée.

Le D^r Georges ESTÉPHAN confirme que le protocole a été ajourné, afin de clarifier les points soulevés par les rapporteurs. Une seconde audition par le comité de pilotage a donc eu lieu le 19 janvier, au cours de laquelle l'intégration dans les critères d'expérience d'une deuxième année de formation a été validée. Concernant le ratio délégué/déléguant et la responsabilité juridique institutionnelle, les explications apportées sont suffisantes. Il remercie donc l'équipe promotrice et le comité de pilotage. Il invite la CME à rendre un avis favorable.

La CME adopte à l'unanimité des voix exprimées et une abstention le protocole « Surveillance et adaptation du traitement anticoagulant de patients sous anti-vitamine K, en présentiel ou en télésurveillance »

b. Protocole « Utilisation d'un échographe par l'infirmier ou le manipulateur d'électroradiologie médicale pour le repérage par écho-guidage des veines ou artères des membres supérieurs et inférieurs » (P^r Hubert DUCOU LE POINTE)

Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE assure que ce dossier pose peu de difficultés. Par le passé, le protocole avait en effet déjà reçu une autorisation à la fois au niveau régional et national. Une extension de celui-ci est désormais proposée. Ce protocole concerne l'utilisation d'un échographe par les infirmiers diplômé d'État (IDE) dont les infirmiers spécialisés (IBODE, IPDE) et les infirmiers en pratique avancée (IPA) ou le manipulateur en électroradiologie médicale (MERM) pour le repérage des veines ou artères des membres supérieurs et inférieurs.

Les objectifs sont d'améliorer le confort des patients, optimiser leur prise en charge, diminuer la douleur ainsi que le recours aux médecins pour cette pratique. Pour réaliser la prescription médicale de prélèvements sanguins ou de pose de voies veineuses périphériques, l'infirmier ou le MERM réalise des actes dérogatoires en lien avec l'échographie.

Afin d'acquérir cette compétence, une formation théorique et pratique sont prévues. La formation théorique dure 3 heures et comprend notamment les bases physiques de l'échographie, la technique d'écho-guidage, ainsi que les règles d'asepsie cutanée. La formation pratique dure 4 heures. Au cours de celle-ci, le déléguant supervise une dizaine de gestes. L'enseignement théorique est ensuite évalué par un contrôle des connaissances et l'enseignement pratique par le déléguant.

Un maintien des compétences est prévu. À ce propos, une activité minimum de trois ponctions par mois sous écho-guidage doit être réalisée. Une fois par an, le délégué doit également être évalué par le déléguant lors de la réalisation de trois actes dérogatoires. Par ailleurs, les critères d'inclusion correspondent à un abord veineux ou artériel difficile et/ou douloureux, avec des critères spécifiques pour les enfants et les adultes. Pour pouvoir bénéficier du protocole, le patient doit être en mesure de l'accepter.

Les critères d'alerte et les intervenants sont très clairement identifiés. L'importance du déléguant est considérable, celui-ci ayant la responsabilité de réaliser le geste en l'absence du délégué. Il est donc important que le déléguant choisisse les délégués avec attention. En outre, la supervision ne semble pas poser de problème. Enfin, le déléguant doit être un médecin formé à l'utilisation d'un échographe pour le repérage écho-guidé des veines ou artères des membres supérieurs et inférieurs en vue d'un abord veineux ou artériel.

Au final, il propose à la CME de rendre un avis favorable concernant ce protocole, considérant qu'il s'agit d'une extension d'un protocole en vigueur, que le protocole est utile pour les patients et les soignants, que celui-ci est bien rédigé et que toutes les modifications ayant été demandées à chaque étape ont été apportées.

Le D^r SONIA CERCEAU ajoute que ce protocole est également utilisé en pédiatrie où l'expérience pour réussir ce geste doit être très importante, ce qui implique l'achat de sondes très onéreuses. Or il existe des systèmes beaucoup plus simples à infra-rouge pour perfuser des enfants en dehors de tout protocole de coopération. Il est donc étonnant qu'ils n'aient pas été inclus à l'organigramme de décision et que l'on envisage seulement l'échec de pose et l'échographie.

Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE croit savoir que ces éléments ont été ajoutés au protocole complet.

Le D^r Éric LE BIHAN précise que le geste est très difficile sur le plan technique, en raison de la nécessité de guider une aiguille dans une veine de taille très réduite. Il ne peut donc pas être réalisé par une personne qui n'a pas l'habitude du maniement de l'échographie. Le risque d'erreur de repérage, de ponctionner un nerf ou une artère est non négligeable.

Le P^r Hubert Ducou LE POINTE reconnaît que le geste est difficile. En revanche, il est pratiqué par des infirmiers ou des manipulateurs ayant l'habitude de piquer. Certaines équipes assurent jusqu'à 40 scanners injectés et ponctions veineuses par jour. De plus, les dix premiers actes seront intégralement accompagnés par le déléguant.

Le P^r Jean-Damien RICARD souligne que l'équipe du P^r Éric MAURY, à l'hôpital Saint-Antoine, promeut depuis très longtemps l'utilisation de l'échographie avec de bons résultats.

Le D^r Cyril CHARRON demande si à partir du moment où le protocole est publié, une autre équipe peut s'en saisir en appliquant les mêmes critères.

Le D^r SONIA CERCEAU confirme que dans ce cas, toutes les équipes de l'AP-HP peuvent l'utiliser.

Le D^r Cyril CHARRON souhaite savoir où le protocole sera disponible.

Le président confirme qu'il s'agit d'une décision du directeur général après avis de la CME.

Le directeur général rappelle que la procédure d'approbation a été récemment assouplie ce qui permet d'en adopter beaucoup plus et plus rapidement. Aussi, il souhaite qu'un recueil ou onglet soit constitué, pour donner un accès rapide à la liste de l'ensemble des protocoles.

Le président informe que ce protocole et ceux adoptés récemment sont accessibles sur le [site de la CME](#).

M^{me} Sophie ALLEAUME rappelle qu'il existe déjà un fichier recensant l'ensemble des protocoles. Il est régulièrement mis à jour et transmis à tous les sites via les coordonnateurs généraux de soins, directeurs des soins et référents coopération.

La CME approuve à l'unanimité des voix exprimées et 3 abstentions le protocole de coopération « Utilisation d'un échographe par l'infirmier ou le manipulateur d'électroradiologie médicale pour le repérage par écho-guidage des veines ou artères des membres supérieurs et inférieurs »

9. Questions diverses

Le président relaie une question concernant les primes attribuées aux chefs de service et responsables d'unités fonctionnelles.

Le directeur général explique que les textes sont appliqués. Ils prévoient une prime pour les chefs de service, les directeurs de départements médico-universitaires (DMU) et le président de la CME. Pour les unités fonctionnelles (UF), un travail de recensement est en cours afin d'identifier les critères d'homogénéisation de manière à éventuellement les transformer en services. Pour l'instant, il semble qu'aucun responsable d'unité fonctionnelle n'ait reçu la prime, mais seulement les chefs de service identifiés comme tels.

Le P^r Bernard GRANGER confirme qu'il n'a pas reçu cette prime en tant que responsable d'unité fonctionnelle rattachée à un DMU. Or, selon son interprétation, les textes prévoient qu'un responsable d'unité fonctionnelle directement rattachée au DMU a exactement les mêmes prérogatives qu'un chef de service. Un travail d'homogénéisation devait donc être accompli.

Le P^r Thomas SIMILOWSKI demande si l'attribution de la prime aux responsables d'UF passe obligatoirement par la transformation de l'UF en service car le cas échéant, cela va générer de l'anxiété dans son GHU.

Le directeur général pense que tel n'est pas le cas. Par ailleurs, la copie de Sorbonne Université est encore attendue quant à l'état du lieu du versement de la prime.

Le P^r Jean-Claude CAREL souligne que la question est de savoir si les unités fonctionnelles rattachées aux DMU sont ou non assimilées à un service. À ce propos, une note de M^{me} Christine

WELTY, alors directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) considérait que toute unité fonctionnelle rattachée au DMU équivalait à un service. Certaines intégrées à des services ou départements de grande taille pourraient être considérées comme des services. Par exemple, l'anesthésie-réanimation de Lariboisière compte 3 ou 4 unités fonctionnelles. Or le fait de ne pas considérer les responsables de ces grosses unités intégrées à des départements comme des chefs de service serait une injustice et risquerait de désorganiser la structure hospitalière, pour un enjeu financier modeste. Au final, le véritable enjeu se situe au niveau des unités fonctionnelles intégrées dans un département ou un service plus que dans les unités fonctionnelles rattachées directement au DMU.

Le P^r Claire POYART note que la question a été évoquée par un certain nombre de collègues. Il sera donc demandé aux directeurs de DMU, en concertation avec le président de la commission des structures, le P^r Alain CARIOU et la gouvernance du GHU, de résoudre ce problème. À sa connaissance, il faudrait transformer les UF en service.

Le directeur général conclut qu'il s'agit d'un sujet sur lequel il est important d'avoir une vision cohérente sur l'ensemble des GHU de l'AP-HP.

Le P^r Thomas SIMILOWSKI regrette la contradiction qui ressort de ces interventions et créent de la confusion. Une réponse devra donc être apportée à la question de savoir si la prime implique un changement de statut de l'unité fonctionnelle en un service. Si la réponse est négative, les listes sont établies et facilement gérables. Dans le cas contraire, la situation sera beaucoup plus compliquée à gérer.

La séance plénière est levée à 19 heures 45.