

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 13 SEPTEMBRE 2016**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 11 OCTOBRE 2016**

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Approbation du règlement intérieur de la CME de l'AP-HP	9
III.	Hospitalisation à domicile	10
IV.	Avis sur la charte d'utilisation de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP	12
V.	Information sur le rapport de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie de la santé (AVIESAN) « France médecine génomique 2025 »	13
VI.	Nouvelle législation sur les droits des patients en fin de vie	15
VII.	Point sur la politique d'accueil des patients étrangers non-résidents à l'AP-HP	18
VIII.	Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville, et projet <i>Médecins partenaires</i>	20
IX.	Approbation du compte rendu de la CME du 5 juillet 2016	23
X.	Questions diverses	23

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

1. Informations du président de la CME (P^f Noël GARABEDIAN)
2. Approbation du règlement intérieur de la CME de l'AP-HP (P^f Jean-Yves ARTIGOU)
3. Hospitalisation à domicile (D^r Matthieu DE STAMPA, M^{me} Laurence NIVET)
4. Avis sur la charte d'utilisation de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP
5. Information sur le rapport de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) « France médecine génomique 2025 » (P^{rs} Catherine BOILEAU)
6. Nouvelle législation sur les droits des patients en fin de vie (M. Marc DUPONT, P^f Sadek BELOUCIF)
7. Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville, et projet *Médecins partenaires* (M^{me} Sophie de CHAMBINE, M. Étienne GRASS)
8. Point sur la politique d'accueil des patients étrangers non-résidents à l'AP-HP (D^r Florence VEBER)
9. Questions diverses
10. Approbation du compte rendu de la CME du 5 juillet 2016

SEANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines pharmaceutiques

Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines pharmaceutiques

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M^{me} le P^r Nelly ACHOUR
- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Joël ANKRI
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BEGUE
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M. le D^r Guy BENOIT
- M. le P^r Olivier BENVENISTE
- M^{me} le D^r Catherine BERNARD
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M. le P^r Francis BONNET
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- M^{me} le D^r Clara BOUCHE
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Christophe CELLIER
- M^{me} le P^r Françoise BOTTEREL CHARTIER
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHERON
- M. le P^r Yves COHEN
- M. le P^r Philippe CORNU
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Alain FAYE
- M^{me} le P^r Marysette FOLLIGUET
- M. le P^r Noël GARABEDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le P^r François GOFFINET
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M^{me} Sophie GUILLAUME
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le P^r Olivier HELENON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M. le P^r Michel LEJOYEUX
- M^{me} le D^r Roberta LORENZON
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M^{me} le D^r Véronique MOLINA
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le D^r Isabelle NEGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le P^r Rémy NIZARD
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M. le P^r Michel PEUCHMAUR
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOQUER
- M^{me} le P^r Claire POYART
- M. le P^r Dominique PRIE
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le D^r Thomas SCHOUMAN
- M. le P^r Éric THERVET
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le D^r Denis TIXIER
- M. le P^r Jean-Marc TRELUYER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le P^r Noël ZAHR
- M. le P^r Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^f Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
- M. le P^f Louis MAMAM, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
- M. le P^f Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P^f Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

- ***les représentants de l'administration :***

- M^{me} Laure BEDIER, directrice des affaires juridiques
- M^{me} Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOME, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP)
- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

- M^{me} Hélène OPPETIT, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDE, (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN ; Pierre CARLI; Patrick DASSIER ; Blandine DENIS ; Jacques DURANTEAU ; Vincent JARLIER ; Julien LENGLET ; Laurent MANDELBROT ; Antoine PELHUCHE ; Patrick PELLOUX ; Valérie PERUT ; Philippe RUSZNIEWSKI ; Rémi-Henri SALOMON
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL ; Anna KARIMOVA ; Marion TEULIER. MM. Jules GREGORY ; Yann FLÉCHER

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

I. Informations du président de la CME

Le président remercie les communautés locales qui l'accueillent lors de ses visites dans les hôpitaux et groupes hospitaliers (GH). Elles permettent des échanges fructueux et francs sur les problèmes et enjeux stratégiques locaux. Il peut ainsi mieux s'en faire le relais au niveau central et elles pourront alimenter les débats lors des conférences stratégiques et budgétaires.

Le D^r Fabienne LECIEUX, était invitée à titre permanent à la CME en sa qualité de responsable de la coordination des services de santé au travail de l'AP-HP. Elle a souhaité être mutée à Cochin et quitte donc la CME. Son remplaçant sera présent à nos réunions dès sa nomination. La représentation de la médecine du travail à la CME est importante, notamment sur les sujets concernant la prévention des risques psychosociaux.

Le D^r Blandine DENIS a été nommée praticien hospitalier à Saint-Louis le 1^{er} juillet. Elle quitte donc la CME où elle siégeait dans le collège des personnels non titulaires. Son suppléant, le D^r Denis TIXIER, la remplacera.

Plan d'action relatif à la prévention et au traitement des situations individuelles complexes ou à risques concernant les personnels médicaux

Le plan d'action pour la prévention des risques psychosociaux voté par la CME prévoit la constitution d'un comité central de suivi du dispositif de prévention des risques psychosociaux. En accord avec le président de la CME, le directeur général a arrêté sa composition :

- cinq représentants de la CME : son président et sa vice-présidente, le président et le vice-président de la sous-commission *Vie hospitalière* (D^r Nicolas DANTCHEV et P^r Rémi SALOMON) ; le président de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (P^r Thierry BEGUE) ;
- un président de CME locale, le P^r Joël ANKRI (hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest) ;
- un doyen, le P^r Gérard FRIEDLANDER (Paris-Descartes) ;
- la coordinatrice des services de santé au travail ;
- trois représentants de la DOMU, dont sa directrice ;
- un directeur de GH, M. Serge MOREL (hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix) ;
- un représentant du conseil de l'Ordre des médecins.

Le président précise que les difficultés doivent d'abord être résolues au niveau local. Le comité central ne doit traiter que des cas qui n'auront pas pu être résolus localement. Il espère donc qu'ils seront peu nombreux. Il fait confiance aux présidents de CME locale, aux directeurs des GH et aux sous-commissions *Vie hospitalière* locales, et souhaite des réunions régulières entre les sous-commissions *Vie hospitalière* de la CME et des CME locales.

Le président vient de signer une première série de nominations de responsables de structures (chefferies de service et unités fonctionnelles [UF] directement rattachées aux pôles). Il souligne l'importance de la nouvelle procédure prévue par le plan d'action pour la prévention des risques psychosociaux. Il sera très vigilant sur son respect. Les candidatures doivent être bien étudiées et les choix mûrement réfléchis afin de s'assurer des indispensables qualités à la fois professionnelles et humaines des candidats. Les chefs de service ne sont pas nommés à vie et leur nomination peut être remise en cause. Ils doivent préparer leur succession suffisamment en amont de leur départ en

retraite et faire confiance aux jeunes. Les demandes de renouvellement de chefferie de service à plus de 63 ans interrogent donc.

Anesthésistes-réanimateurs

Suite à la réactivation de la cellule *Anesthésie-réanimation* de la CME, le directeur général a confié à la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) la réalisation d'un audit sur les conditions d'exercice et les facteurs d'attractivité des médecins anesthésistes-réanimateurs à l'AP-HP. Les modalités de recrutement doivent être harmonisées au sein de l'AP-HP.

Coordination de l'innovation à l'AP-HP

Le P^f Loïc GUILLEVIN quitte la présidence du comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT). À cette occasion, le président, les P^{fs} Bertrand FONTAINE et Catherine BOILEAU, et M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE ont engagé une réflexion sur une stratégie globale de l'innovation à l'AP-HP et sur la structuration des diverses instances qui y concourent aujourd'hui (CEDIT, agence générale des équipements et produits de santé [AGEPS], sous-commission *Recherche* de la CME, etc.).

Révision des effectifs de praticiens hospitaliers (PH)

Les réunions du groupe restreint de la CME avec les GH ont débuté. Chaque GH connaît le montant de l'efficience qu'il doit réaliser. Le niveau central ne refait pas ce qui a été vu au niveau local, qui doit avoir réfléchi soigneusement à la pertinence médicale des demandes de postes, y compris lorsqu'ils sont autofinancés. Au niveau central, la CME doit répartir l'enveloppe de 0,4 % de la masse salariale du personnel médical sénior, soit l'équivalent de 19 postes, en s'assurant de l'équité entre les GH.

Groupes de travail CME-DOMU

Le président va mettre en place deux groupes de travail en coordination avec la DOMU sur :

- les pathologies du sommeil ;
- l'anorexie mentale et les troubles du comportement alimentaire.

Les membres de la CME qui souhaitent participer à ces groupes sont les bienvenus.

Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)

La CME doit proposer au directeur général un nouveau programme d'action QSS & CAPCU 2017-2020. Il sera préparé par la cellule QSS & CAPCU et le P^f Christian RICHARD, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) de l'AP-HP, en coordonnera les travaux avec l'appui du D^f Marie-Laure PIBAROT.

Les responsables médicaux de la QSS & CAPCU des GH seront associés à la préparation de ce programme. Les présidents de CME locale qui n'ont pas encore répondu au courriel du président leur demandant de transmettre au D^f PIBAROT les coordonnées de leurs responsables sont invités à le faire rapidement.

École de chirurgie

Un premier état des lieux et une première esquisse de l'organisation future de l'école de chirurgie a été produite. Le directoire en prendra prochainement connaissance afin de prendre des décisions concernant l'implantation et le futur de l'école.

Informations du directeur général.

Le directeur général rappelle que la nouvelle organisation du temps de travail, actée en avril, s'applique au 1^{er} septembre. Le chantier n'est pas terminé pour autant, un très petit nombre de sites (4) attendent un jugement sur des expertises contestées par l'AP-HP. Par ailleurs, l'esprit de cette réforme est de permettre aux organisations de continuer à évoluer. Enfin, la question de la concordance des temps médicaux et non médicaux est encore à l'examen, notamment dans le groupe de travail qui s'y consacre et auquel participe le P^f Rémi SALOMON. Cette question est essentielle pour l'obtention des gains attendus en particulier à l'attention de services rendus aux patients.

Les données d'activité de l'AP-HP montrent une bonne dynamique sur les 7 premiers mois de l'année 2016, en hospitalisation complète, mais aussi et surtout en hospitalisation partielle (séances de radiothérapie et dialyse et développement de l'ambulatoire en chirurgie et médecine). L'attractivité de l'AP-HP et la mobilisation de ses équipes restent donc fortes, il faut que la situation se confirme dans les prochains mois. Elle est également importante pour les équilibres financiers de l'AP-HP.

Les modalités d'affectation des crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) continuent d'inquiéter le directeur général. Il en avait fait part au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) lors de sa présence en juin à la CME, et continue de porter les intérêts de l'AP-HP devant la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et la ministre. Un engagement de stabilisation de ces dotations figurait pourtant à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) qui avait été adopté et approuvé. Cette question pourra être reprise au moment de l'ÉPRD modificatif, pour tenir compte d'un certain nombre d'évolutions.

Le projet de l'hôpital Nord a été déclaré éligible pour une instruction devant le comité interministériel de la performance et de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), qui rendra une décision définitive le 13 décembre. L'implantation sur le site de Saint-Ouen se fera malgré l'absence d'accord spontané du maire.

La fondation AP-HP pour la recherche a élu le président de son conseil scientifique en la personne du P^f Jean-François DELFRAISSY. Elle dispose également d'un directeur et est maintenant en mesure de fonctionner. Des projets commencent à lui parvenir qui pourront être présentés à la CME.

Une réunion de crise s'est tenue le 3 septembre au soir avec la direction générale de la santé (DGS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), suite au signalement de trois contaminations néo-natales au *bacillus cereus*. Deux de ces contaminations ont touché des grands prématurés, qui sont décédés depuis, sans qu'on sache si cette contamination en est la cause. La seule origine commune identifiée à ces contaminations est le lait traité au lactarium de Necker, qui alimente toute la région Île-de-France et quelques régions avoisinantes. Bien que la responsabilité de ce lait ne soit pas confirmée, quelques indices le laissent penser. Ce lait a donc été remplacé par celui, lyophilisé, du lactarium de Marmande. Les perturbations induites sont lourdes, mais les décisions difficiles qui ont été prises s'avèrent rétrospectivement totalement justifiées.

II. Approbation du règlement intérieur de la CME de l'AP-HP.

Le P^f Jean-Yves ARTIGOU rappelle que dans sa séance du 9 février 2016, la CME a mis en place à la demande de son président le comité du règlement intérieur avec mission de soumettre à la CME dans les six mois une proposition de règlement intérieur.

Le comité du règlement intérieur est composé de :

- René ADAM ;
- Jean-Claude CAREL ;
- Sophie CROZIER (vice-présidente) ;
- Paul LEGMANN ;
- Michel LEJOYEUX ;
- Catherine RAVIER ;
- Jean-Yves ARTIGOU (président).

De nombreux membres de la CME ont été sollicités notamment les responsables des sous-commissions et la vice-présidente.

Le rôle particulièrement actif de Catherine Ravier est souligné.

Les travaux ont commencé en février 2016, d'abord au sein du comité et de la CME jusqu'en mai, puis, de manière élargie ensuite en consultant, la DAJ et la DOMU notamment.

Les articulations entre la CME et les CME locales, et entre leurs présidents respectifs, ont fait l'objet d'une analyse particulièrement attentive. Toutes les compétences qu'il a été possible de déléguer l'ont été. Néanmoins, les textes de loi sont contraignants, et davantage adaptés aux autres CHU que l'AP-HP.

Le règlement proposé met en valeur les six sous-commissions et la CCOPS. Il souligne l'intérêt des travaux transversaux entre les sous-commissions.

Certains éléments nouveaux apparaissent : la QSS& CAPCU, le groupe *Premier aval des urgences* et le représentant de la CME pour les relations internationales ont été inscrits à ce règlement.

Ce règlement intérieur de la CME a l'ambition de servir de *vade-mecum* pour les membres de la CME et de façon générale pour tous les membres de l'AP-HP.

Le président souligne que la CME est liée par la loi qui ne permet pas de délégation de compétences du président de la CME aux présidents de CME locale. Il n'y a pas de volonté des Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) pour faire évoluer les textes en ce sens. Cela n'empêche pas que dans les faits, les choses fonctionnent très bien et le président se félicite de l'excellente entente qui existe entre les présidents des CME centrale et locales.

Le D^r Christophe TRIVALLE signale que le règlement intérieur n'interdit pas de « tweeter » en CME, et demande si l'accord obtenu sous la précédente mandature vaut toujours.

Le président indique que ce point aurait pu figurer dans le règlement intérieur. Il n'est pas favorable à la pratique des *tweets*, démocratique en apparence, mais qui peut en réalité rendre la CME moins démocratique si elle conduit à limiter les informations qui y sont livrées.

Le règlement intérieur est adopté à l'unanimité.

III. Hospitalisation à domicile (HàD)

M^{me} Laurence NIVET rappelle que l'HàD de l'AP-HP est la plus importante HàD publique de France. Elle couvre l'ensemble du Grand Paris et représente la moitié de l'activité des HàD franciliennes.

Ses principaux prescripteurs sont les groupes hospitaliers (GH) de l'AP-HP, même si la part des établissements de santé publics et privés hors AP-HP augmente. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) et la médecine de ville sont également prescripteurs.

L'HàD de l'AP-HP prend en charge 700 patients en moyenne par jour. Le produit de son activité, d'environ 70 M€, représente 1 % des produits de l'AP-HP. Elle mobilise 695 équivalents temps plein (ÉTP) de personnels non médicaux et 22 ÉTP de personnels médicaux (14 médecins et 8 pharmaciens).

Le D^r Matthieu de STAMPA précise que l'HàD est un établissement de santé, avec une offre de soins multiple, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le médecin traitant reste le médecin référent du patient en HàD. Le médecin coordonnateur HàD vient en appui, lorsque le premier ne peut pas intervenir à domicile.

L'HàD de l'AP-HP dispose d'une PUI avec accès aux médicaments de la réserve hospitalière et en marché à l'APHP.

Elle compte neuf filières patients :

- oncologie ;
- soins palliatifs (19 % des journées adultes réalisées en 2015) ;
- gériatrie ;
- plaies chroniques (avec un développement de la télémédecine) ;
- post-chirurgie ;
- infectiologie et traitements intraveineux ;
- handicap lié aux pathologies neurologiques chroniques ;
- pédiatrie (15 % de l'activité) ;
- obstétrique (*ante et post-partum*).

L'HàD de l'AP-HP dispose d'une plateforme avec un numéro de téléphone unique, ainsi que d'infirmières de coordination disposées dans l'ensemble des GH.

Un outil d'aide à l'orientation du patient en HàD est en cours de finalisation.

Des protocoles avec les services hospitaliers de l'AP-HP sont en cours de formalisation pour les patients effectuant des allers retours fréquents entre l'hôpital et leur domicile (ex : BPCO et insuffisance cardiaque sévère).

Par ailleurs, le système d'information de l'HàD s'ouvre aux prescripteurs hospitaliers, principalement pour le suivi des plaies.

Un programme de recherche sur les impacts patients d'une prise en charge HàD est en cours avec l'évaluation des paramètres cliniques et médico-économiques.

M^{me} Laurence NIVET explique que le développement de l'HàD de l'AP-HP s'inscrit dans les orientations nationales précisées dans la circulaire du 18 décembre 2013. L'objectif fixé est

d'atteindre 35 patients pris en charge pour 100 000 habitants. L'Île-de-France en compte 21 pour 100 000 habitants.

Le plan stratégique de l'AP-HP prévoit une augmentation de 5 % par an environ de l'activité HâD sur la durée du plan pour atteindre +20% d'activité. En 2015, elle a augmenté, en nombre de journées, de 8 % pour les adultes et de 12 % en pédiatrie par rapport à 2014. Elle a en revanche diminué de 33 % en obstétrique, suite au recadrage des prises en charge en HâD obstétrique. En 2016, elle augmente de 19 % en obstétrique, se stabilise en HâD adultes (mais avec des admissions en hausse de 15 %, notamment en chimiothérapie) et augmente de 21 % en HâD pédiatrique, avec l'ouverture d'une unité pédiatrique à l'hôpital Béclère.

Afin d'accroître le recours des GH de l'AP-HP à l'HâD de l'AP-HP, des rencontres sont organisées annuellement avec l'ensemble des gouvernances de ces GH ; et régulièrement avec les pôles et services particulièrement concernés. L'objectif est d'établir des relations pérennes entre équipes médicales et soignantes. Le retour d'information sur le recours des services à l'HâD est en progrès.

En nombre de journées, la coopération avec les hôpitaux hors AP-HP (notamment Aulnay, Bégin, Curie, Versailles) augmente de 13 % en juillet 2016 par rapport à juillet 2015.

En réponse à l'ouverture de nouvelles fenêtres d'autorisation de l'ARSIF, le territoire couvert par l'HâD de l'AP-HP a été étendu, même s'il reste inférieur à l'autorisation de couverture régionale dont elle dispose.

Un travail est en cours pour participer aux projets médicaux de territoire des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et le développement du maillage territorial de proximité se poursuit, avec notamment une augmentation de 14 % des prises en charge en ÉHPAD à fin août 2016 (en journées).

Le P^f Rémi SALOMON souligne que l'HâD permet de réaliser des économies tout en augmentant la qualité des soins. Le rapprochement de l'HâD et de la médecine de ville s'opère naturellement. Il convient encore d'homogénéiser les pratiques pour mettre en place des structures transversales entre les services de même spécialité.

Des publications universitaires restent également à produire pour valoriser l'HâD.

Le D^f Matthieu DE STAMPA explique que des études comparatives sont menées à l'étranger, mais pas en France.

Le P^f Thierry BEGUE demande comment faire appel à l'HâD dans le cadre d'une consultation.

En post-chirurgie, il reste difficile d'obtenir l'accord de l'HâD pour associer des pansements lourds à des traitements antibiotiques.

Le D^f Matthieu DE STAMPA explique qu'en province, près de 40 % des recours à l'HâD sont issus de la médecine de ville, contre 3 % en Île-de-France, où l'HâD est associée dans les représentations à l'hospitalisation classique. Un effort de communication est donc nécessaire.

L'HâD travaille de concert avec les établissements hospitaliers afin d'adapter l'ensemble du protocole hospitalier en ville. Les équipes de nuit de l'HâD assurent des soins programmés dont les antibiothérapies. Seule la ressource en kinésithérapie à domicile reste parfois difficile à trouver.

Le D^f Nathalie DE CASTRO objecte que les complications liées aux pathologies lourdes ne peuvent pas être anticipées et réglées en amont. Or, il arrive dans ces cas-là que le service des frais de séjour

l'appelle pour savoir si l'hospitalisation est vraiment nécessaire. Cette culpabilisation est difficile à supporter, surtout quand on accueille les patients payants acceptés initialement par d'autres services.

Le D^r Matthieu DE STAMPA convient que l'HàD n'a pas vocation à traiter les patients légers, qui sont souvent pris en charge par d'autres prestataires. En revanche, contrairement à certaines idées persistantes, l'HàD est plus adaptée pour les patients lourds, même lorsqu'ils vivent seuls. En matière de suivi biologique, une harmonisation des pratiques est nécessaire : certains prescripteurs souhaitent continuer à assurer ce suivi, quand d'autres le délèguent au médecin traitant ou coordonnateur.

Le P^r Jean-Luc DUMAS estime que l'HàD représente, notamment en matière de coordination médicale inter-équipes, des possibilités universitaires d'apprentissage de l'exercice hospitalier très riches hors des enceintes hospitalières. Elle est également un champ d'investigation important pour la médecine à distance.

Le D^r Matthieu DE STAMPA explique que l'HàD reçoit des étudiants pour des stages de trois jours, mais n'a pas encore reçu l'agrément pour recevoir des internes et externes de médecine générale.

Le P^r Dominique ISRAËL-BIET estime que l'HàD ne pratique pas suffisamment d'actes en soins palliatifs, par exemple en matière respiratoire, nutritionnelle ou psychologique.

Le D^r Matthieu DE STAMPA précise que l'HàD pratique ce type d'actes, par exemple dans le cadre de BPCO avec insuffisance respiratoire terminale. Ses intervenants sont multiples : diététiciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, assistantes sociales. Un comité soins palliatifs en HàD travaille sur ce point au sein de l'HàD.

Le D^r Michel DRU signale que les familles des patients en soins palliatifs à domicile appellent souvent le SAMU faute de pouvoir joindre l'HàD. Parfois, le patient est ainsi hospitalisé alors qu'un simple renseignement des familles aurait permis de l'éviter en leur indiquant comment soulager le patient.

Le D^r Matthieu DE STAMPA précise que l'HàD de l'AP-HP assure pourtant une astreinte médicale 24 heures sur 24. Par ailleurs, le dossier complet des patients est à domicile (dossier papier et tablette numérique). Il comporte notamment, en pédiatrie, mais aussi, depuis six mois pour les adultes, des « fiches de soins raisonnables » (appelées « fiches SAMU » en Île-de-France) qui apportent certaines précisions sur la conduite à tenir en cas d'aggravation de l'état clinique du patient.

Le président constate que l'HàD suscite beaucoup d'intérêt de la part de la communauté médicale. L'HàD prend place parmi les alternatives modernes à l'hospitalisation, au même titre que demain les hôtels hospitaliers. Elle ne doit cependant pas s'éparpiller car beaucoup de travail l'attend, mais concentrer ses efforts pour répondre aux attentes fortes de certaines disciplines).

IV. Avis sur la charte d'utilisation de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP

Le président remercie les P^{ts} Philippe LECHAT et Catherine BOILEAU, et M. Raphaël BEAUFRET pour ce travail qui est dorénavant finalisé, même si des modifications resteront possibles à l'avenir après retour d'expérience. Les enjeux ne sont pas seulement financiers. Ils sont aussi éthiques vis-à-vis des patients, et déontologiques entre médecins.

Le P^r Philippe LECHAT indique que la Commission nationale de l'informatique et des libertés CNIL a publié sa méthodologie de référence MR03 sur les études non interventionnelles (incluant

celles sur bases de données), ce qui permettra pour les études qui rentreront dans ce cadre de ne plus avoir à demander une autorisation étude par étude. L'autorisation de la CNIL pour la mise en place de l'entrepôt lui-même devrait être fournie prochainement.

Un bilan et les éventuels ajustements à réaliser seront présentés annuellement en CME.

Un comité scientifique et éthique sera mis en place pour s'assurer de la validité scientifique des projets soumis et de leur faisabilité.

Afin de valoriser cet entrepôt, l'AP-HP pourra décider de fournir certaines informations qui en sont issues (mais jamais des données individuelles) à des partenaires extérieurs qui les demandent, notamment dans le cadre de conventions.

Les patients seront informés de cet état de fait. Des propositions ont été émises auprès de la CNIL à cet effet. Un représentant des patients figurera notamment au comité scientifique et éthique.

Le recueil des données a commencé pour les études *Équipes de soin*, et s'élargira dès l'accord de la CNIL.

Le partage des données représente une culture contemporaine, à laquelle il faut s'adapter tout en posant les limites convenables.

Le président demande aux P^{rs} Catherine BOILEAU et Michel ZERAH de poursuivre la réflexion de la sous-commission *Recherche* et du groupe *Informatique* de la CME sur l'entrepôt de données car beaucoup de questions se posent encore, par exemple celle de savoir par qui et comment seront valorisées les données. Les dimensions éthique et déontologique sont au cœur des questions soulevées par cette entrée dans la modernité et doivent nous inciter à agir avec prudence.

Le P^r Michel ZERAH souligne l'équilibre et la maturité du document produit. L'entrepôt de données présente des dangers, mais suscite surtout beaucoup d'espoirs. Il faudra maintenant organiser, en aval, la manipulation des données, éventuellement en recourant à des ressources externes à l'AP-HP lorsque les volumes de données à manipuler seront trop importants ; et, en amont, la qualité des données, en développant les nouveaux métiers d'infirmière clinique, de *data manager*, etc.

Le P^r Catherine BOILEAU félicite le P^r Philippe LECHAT et M. Raphaël BEAUFRET pour leur travail remarquable. Ils ont tenu compte des inquiétudes de tous dans la rédaction de ce document. Il faudra maintenant apprendre à manier un tel volume de données.

Le président rappelle que les questions posées lors de la séance précédente montraient un besoin de maturation supplémentaire du document. Les nombreux échanges intervenus depuis ont permis d'aboutir au texte présenté ce jour. Les sujets liés à l'entrepôt continueront à être discutés en CME.

La charte d'utilisation de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP est adoptée à l'unanimité.

V. Information sur le rapport de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie de la santé (AVIESAN) « France médecine génomique 2025 »

Le P^r Catherine BOILEAU rappelle qu'au regard de la révolution du *Next Generation Sequencing* (NGS), le Premier ministre avait confié au P^r Yves LEVY une lettre de mission pour créer un plan national de médecine génomique et permettre à la France de rattraper son retard dans ce domaine.

L'AP-HP a voulu se positionner durant l'été à l'égard de ce plan, qui présente le défaut de ne pas évoquer les CHU. Pourtant, les prélèvements prévus au plan viendront des hôpitaux, notamment de l'AP-HP, et la qualité des analyses qui seront faites dépendra des compétences des médecins qui verront les malades et permettront de rechercher les corrélations entre génotype et phénotype.

Le plan prévoit jusqu'en 2020 la prise en charge de 235 000 séquences de génome par an, prioritairement affectées à la recherche en maladies rares et en oncologie. Même si la lettre de mission évoque surtout des fins de recherche, le plan s'oriente principalement vers le diagnostic.

Le plan est placé sous la responsabilité du Premier ministre, mais sa coordination est confiée à l'AVIESAN, qui est présidée par l'INSERM.

Le schéma organisationnel prévoit :

- 12 plateformes de séquençage à très haut débit ;
- un centre national de calcul intensif capable de traiter et d'exploiter le volume considérable de données générées ;
- un centre de référence technologique (le centre de référence, d'innovation, d'expertise et de transfert [CREFIX], qui sera basé au Centre national de génotypage [CNG] d'Évry, sous la tutelle du Commissariat à l'énergie atomique [CEA]) pour suivre les évolutions technologiques, très rapides actuellement ;
- des projets pilotes dès 2016 sur les maladies rares, les diabètes et cancers, pour « lever les verrous » technologiques ;
- un centre collecteur et analyseur de données (CAD), qui permettra de corréler les données génomiques aux données cliniques afin de constituer une « base nationale de variants », avec leurs annotations.

Or, la récupération hospitalière des données génétiques, comme leur mise en relation avec les phénotypes, posent actuellement des problèmes réglementaires et éthiques.

La ministre a annoncé que ce plan serait soutenu à hauteur de 670 M€ sur cinq ans, dont la répartition entre les plateformes et les différents centres prévus reste mal définie.

Le calendrier prévu est déjà dépassé, les trois premières plateformes prévues pour la fin 2016 n'ayant pas encore été définies.

M^{me} Christine WELTY indique que le directeur général a adressé à la ministre un courrier émettant les 7 contre-propositions de l'AP-HP pour amender le Plan « France Génomique 2025 » :

- intégrer la finalité de recherche, en complément, voire en amont, de la finalité diagnostique ;
- mieux valoriser le rôle des CHU ;
- préciser l'origine du financement du plan et ses bénéficiaires ;
- maintenir aux CHU leurs capacités internes d'analyses génome-phénotype et d'association entre les fichiers de variants et les autres données cliniques, hospitalières ou non ;
- centrer la plateforme dédiée aux maladies rares sur les champs de la bio-informatique et l'analyse clinico-biologique des données ;

- rassembler le CAD et le CRefIX au sein d'une structure unique de coordination des capacités de recherche mises en place sur les douze plateformes ;
- identifier la plateforme AP-HP - *IntegraGen* comme plateforme pilote afin de poser les premiers jalons concrets du Plan France génomique 2025.

Le D^r Clara BOUCHE souligne la nécessité de structurer les données phénotypiques sur un logiciel informatique afin qu'elles soient exploitables. Cela suppose l'aide d'une équipe informatique, mais aussi de secrétaires pour saisir les données.

Un personnel paramédical doit également être dédié pour effectuer les prélèvements sanguins, afin qu'une hospitalisation ne soit pas chaque fois nécessaire.

Le P^r Catherine BOILEAU estime que, comme pour l'entrepôt de données, les saisies en ligne en consultation sont le seul moyen de collecter suffisamment de données.

M^{me} Christine WELTY précise que des personnes dédiées attachés de recherche clinique (ARC), techniciens de recherche clinique (TEC) seront présentes en consultation pour recueillir les données, comme pour n'importe quel autre projet de recherche.

Le P^r Rémi SALOMON précise qu'il existe une approche alternative à la structuration des données par un logiciel nécessitant de recourir à des *data managers* et de rentrer les données dans une base : un moteur de recherche permettrait en effet de « fouiller » les données générées spontanément par les médecins (courriers, comptes rendus d'hospitalisation, etc.).

Par ailleurs, générer des données génomiques à très grande échelle est aujourd'hui facile, mais c'est une perte de temps et d'argent en l'absence de bio-informaticiens de très haut niveau.

Le directeur général rappelle que l'AP-HP a recruté le « numéro 2 » de l'institut Curie afin de constituer une cellule bio-informatique centrale. Avec l'adoption de la charte sur l'entrepôt des données (qui recevra l'autorisation de la CNIL) ; la convention avec *IntegraGen* qui a été signée ; et l'animation des projets de recherche, l'AP-HP est maintenant prête sur ces sujets.

Le D^r Julie PELTIER demande si le financement du contrat avec *IntegraGen* s'ajoutera à celui des plateformes de séquençage qui seront créées.

Le P^r Catherine BOILEAU explique que les plateformes créées ont pour objectif de générer des données. Elles peuvent être privées, publiques ou les deux. Or, le matériel dans ce domaine est très rapidement obsolète et l'AP-HP ne pourra pas le renouveler tous les deux ans. Dans ces conditions, le partenariat avec *IntégraGen*, qui est une entreprise privée, est très logique.

Les médecins sont nécessaires en amont comme en aval, car ce sont leurs compétences spécifiques qui permettront d'interpréter les données.

VI. Nouvelle législation sur les droits des patients en fin de vie

M. Marc DUPONT indique que la loi du 2 février 2016 (dite « Claeys Leonetti ») a été suivie de décrets publiés en août, ainsi que de recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) sur la manière de rédiger les directives anticipées.

Cette loi définit la fin de vie comme la situation dans laquelle se trouve une personne « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable ».

Cette loi s'inscrit dans la lignée de la loi de juin 1999 relative aux soins palliatifs ; de la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 relative aux droits des malades ; et surtout de la loi « LEONETTI » du 22 avril 2005. Les grands principes juridiques posés par cette succession de textes sont :

- la primauté du consentement du patient et le droit de refuser tout traitement ;
- l'interdiction de « l'obstination déraisonnable » ;
- le droit à une fin de vie digne et aux soins palliatifs.

Ces lois ont mis en place des outils (directives anticipées, personne de confiance), qui seront renforcés dans la loi de 2016, par les modifications suivantes :

- le nouveau statut des directives anticipées, qui deviennent opposables au médecin ;
- l'affirmation de la primauté du témoignage de la personne de confiance sur ceux de la famille et des proches concernant la volonté du patient ;
- la modification du code de déontologie médicale concernant la procédure collégiale mise en œuvre en cas de décision de limitation ou d'arrêt de traitement des personnes hors d'état de manifester leur volonté ;
- surtout, la création (sous conditions néanmoins) d'un droit à la « sédation profonde et continue » jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements de maintien en vie.

En outre, la loi du 2 février 2016 précise que la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des « traitements », qui peuvent donc être arrêtés également. Elle énumère les obligations du médecin face au refus de soin. Le médecin n'est désormais plus tenu de tout mettre en œuvre pour convaincre le patient d'accepter des soins indispensables.

Deux exceptions sont prévues à l'obligation faite au médecin de respecter les directives anticipées du patient :

- en cas d'urgence vitale, pendant un temps nécessaire à une évaluation complète de la situation ;
- lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

Dans ce second cas, le médecin devra mettre en œuvre une procédure collégiale.

Le P^f Sadek BELOUCIF présente le plan d'action de l'AP-HP qui résulte de cette loi. Outre une information des médecins et soignants ; de l'administration et des directeurs ; et des patients, une communication est surtout prévue entre ces trois acteurs. Le président de CME et le directeur général ont manifesté la volonté forte que ces modifications soient rapidement intégrées.

Un document exhaustif d'explicitation de la nouvelle loi figurera sur le site de la CME.

Des fiches et diaporamas ont été créés pour les soignés comme pour les soignants, avec le souci de trouver un vocabulaire commun à tous.

Malgré les exceptions énoncées, le nouveau droit à l'autonomie des patients risque de trouver des résistances dans les habitudes de paternalisme des médecins.

Dans un ordre de difficulté croissante, les quatre points suivants restent à préciser :

- les cas dans lesquels les directives anticipées peuvent apparaître « inappropriées » ;

- l'obligation faite aux soignants d'inciter les soignés à choisir une personne de confiance ;
- la procédure collégiale à suivre et l'éventuel droit à une clause de conscience en l'absence de directives anticipées ;
- la mesure dans laquelle la « sédation profonde et continue jusqu'au décès » peut entraîner le décès, sans pour autant constituer une euthanasie déguisée.

Le P^r Christian RICHARD demande si les travaux de la commission présidée par le P^r Sadek BELOUCIF seront intégrés à ceux de la cellule QSS & CAPCU.

Par ailleurs, le P^r Christian RICHARD demande ce qui est prévu pour que la question des directives anticipées soit dorénavant davantage abordée avec les patients. À ce jour, il semble que seul un patient sur dix fasse état de ses directives anticipées. La procédure de discussion collégiale des situations de limitation et arrêt de traitement des patients en fin de vie incapable de consentir, bien développée et appliquée dans les unités de réanimation, mériterait d'être étendue, lorsqu'elle s'applique, dans d'autres secteurs d'hospitalisation. Il est important d'organiser la formation des jeunes médecins sur ce thème, notamment concernant la notion de sédation profonde, qui reste difficile à bien formaliser et à expliquer. Une discussion avec les représentants des usagers est enfin indispensable.

Le P^r Sadek BELOUCIF précise que la cellule QSS & CAPCU est en interaction très forte avec les comités de lutte contre la douleur (CLUD).

Moins de 3 % des Français de plus de 65 ans ont émis des directives anticipées, contre plus de 15 % des Allemands.

Malgré le poids renforcé des patients dans les directives anticipées, les procédures collégiales sont appelées à se généraliser. Elles n'impliquent cependant pas une décision collégiale : seul le médecin peut décider en dernière instance.

M. Marc DUPONT explique que le plan de communication est désormais finalisé, et que différents supports d'information seront disponibles dans les semaines et mois à venir.

Les formations sur les procédures et la connaissance de la loi seront développées, avec des mises en pratique sur le terrain. Il est prévu qu'elles soient déclinées en fonction des spécialités.

Le président souligne que les cellules et responsables locaux de QSS & CAPCU peuvent être un bon relais dans les GH. Une communication plus large est cependant nécessaire. Les services les plus concernés doivent être sensibilisés en priorité.

Le directeur général remercie les personnes impliquées dans la mise en application de cette loi dans l'ensemble de l'AP-HP. Celle-ci possède un devoir d'exemplarité en la matière, comme elle se doit d'être en pointe dans l'utilisation scientifique et éthique des données. Les patients doivent pouvoir exercer leurs droits et pas un seul service de l'AP-HP ne doit ignorer cette loi. Les directives anticipées doivent donc être mises en place sans attendre. Elles concernent chacun, y compris les médecins. Ceux-ci doivent être exemplaires à l'égard des patients, mais aussi des soignants et des membres les plus jeunes de leurs équipes, qui ne manqueront pas de poser des questions difficiles dans l'application de cette loi. Des espaces de discussion, des séminaires, etc. doivent donc être organisés pour y répondre, en plus des documents qui seront diffusés. La mobilisation doit être immédiate.

VII. Point sur la politique d'accueil des patients étrangers non-résidents à l'AP-HP

Le D^r Florence WEBER rappelle les décisions présentées à la CME de juillet 2015 concernant le recouvrement des coûts et la nouvelle structuration de l'accueil des patients non-résidents.

Ces séjours (hors urgences, aide médicale d'État [AME], accords spécifiques), comptabilisés par le fait que le coût est majoré de 30 %, représentent aujourd'hui environ 2 500 séjours sur 1,2 M de séjours par an à l'AP-HP.

Le gouvernement incite aujourd'hui l'AP-HP à accueillir ces patients. Un document « Venir se soigner en France » où l'offre de l'AP-HP figure en bonne position, sera diffusé prochainement dans toutes les ambassades.

En réponse aux problèmes de recouvrement, les décisions suivantes avaient été prises :

- une limitation de la dispense d'avance de frais à 10 organismes (contre environ 600 auparavant) ;
- une systématisation du paiement de l'intégralité du devis payé à l'avance pour les individuels et pour les organismes ;
- un travail spécifique de recouvrement auprès de l'Algérie et de l'Arabie saoudite, qui ont maintenant payé une bonne partie de leurs dettes institutionnelles.

Le recouvrement global a ainsi été amélioré dans tous les GH, avec, à fin juin 2016, +12 points sur les flux d'urgence et +8 points sur les flux programmés. Le stock de dettes des organismes et patients non-résidents diminue pour la première fois dans les 6 premiers mois de l'année 2016.

Tous les CHU travaillent aujourd'hui à mieux structurer l'offre AP-HP, en s'appuyant sur des services et praticiens volontaires, et un cahier des charges commun à l'ensemble des CHU français, qui demande :

- l'identification d'un praticien impliqué ;
- une réponse rapide ;
- une hôtellerie satisfaisante ;
- une prise en charge dans le secteur public

L'AP-HP a recensé avec les équipes volontaires dans un premier temps 70 pathologies adultes et 40 pédiatriques qui correspondent à :

- un traitement standardisé ;
- une thérapeutique de recours et des équipes reconnues ;
- un flux de patients sans trop de tension.

Le dispositif, validé par les praticiens et les collégiales, prévoit notamment, pour les patients non-résidents, plutôt qu'une majoration des coûts de 30 %, une forfaitisation des prises en charge, sur une base légèrement inférieure aux offres européennes, afin de conserver un bon niveau d'attractivité ;

Par ailleurs, un certain nombre de mesures doivent aider à accueillir ces patients :

- des conciergeries, qui serviront à tous, et donc également aux patients non-résidents ;
- un codage spécifique à 9C (207 €) pour les consultations longues et complexes ;
- un arrêté tarifaire du directeur général en octobre ;
- un démarrage du programme au 1^{er} novembre 2016 ;

- la désignation d'un référent administratif et médecin par GH pour répondre aux questions et réaliser le suivi, qualitatif et quantitatif du dispositif ;
- une révision annuelle avec possibilité d'ajuster l'offre ;
- la présentation de cette offre en français et en anglais sur le site de l'AP-HP.

Les objectifs du dispositif sont les suivants :

- offrir une offre de recours structurée aux patients qui n'en bénéficient pas dans leur pays ;
- valoriser l'expertise de l'AP-HP ;
- augmenter les recettes de l'AP-HP.

Aucune priorité d'admission ni traitement préférentiel (aucun espace réservé) ne sont toutefois prévus, en conformité avec la politique de service public de l'AP-HP.

La patientèle visée est davantage de classe moyenne que *very important person* (VIP).

Le président souligne que les services les plus demandés par les patients étrangers le sont également par les patients français et présentent des listes d'attente importantes, ce qui est un souci. Il convient de ne pas dédier d'espaces aux patients étrangers et d'être vigilants sur les problèmes éthiques posés, par exemple pour les greffes ou les urgences. Dans le même temps, on constate que les patients étrangers s'orientent aujourd'hui vers les États-Unis, l'Angleterre, la Suisse, l'Allemagne, le Canada, etc., alors que la prise en charge est souvent meilleure en France. Le projet suscite des inquiétudes et des interrogations, mais pas de rejet. Il faut donc avancer avec prudence en conciliant rayonnement international de l'AP-HP et éthique. Il faut à la fois veiller à ne pas faire une médecine à deux vitesses et à ce que l'AP-HP ne soit pas marginalisée au niveau international.

Le directeur général confirme que la ligne directrice du dispositif est de répondre à un besoin de rayonnement international, en matière universitaire, de soin, de médecine et de santé publique. Ce raisonnement est donc différent de celui d'établissements privés ou étrangers, qui font de cette filière une source de profit. Il ne s'agit pas pour l'AP-HP de remplacer des malades assurés sociaux par des malades plus riches.

Il n'est toutefois pas question de perdre de l'argent avec cette filière, ce qui reviendrait à la faire payer par les patients résidents. C'est la raison pour laquelle elle a été restructurée. Les organismes admis sont dorénavant suivis de près pour éviter des difficultés de recouvrement. Les particuliers payent maintenant à l'avance, grâce à la mise en place de forfaits, qui évitent d'émettre chaque fois des devis.

Le P^r René Adam estime également que l'AP-HP a un intérêt stratégique à accueillir ces patients, afin de valoriser son savoir-faire. Il est anormal que ces patients se tournent dorénavant vers d'autres pays. Le D^r Florence VEBER a effectué (avec les collégiales et les directions des finances et des relations internationales) un travail considérable pour établir des forfaits pour chacune des 70 pathologies retenues.

M. le D^r Guy BENOIT insiste sur la nécessité d'améliorer le recouvrement des recettes dans les six premiers mois, car elles deviennent beaucoup plus difficiles à recouvrer ensuite.

Le président remarque que le recours à un paiement en préadmission est peut-être nécessaire car les dettes des patients français aussi sont problématiques.

Le D^r Florence VEBER ajoute que les paiements en ligne sont un bon moyen de favoriser le paiement avant admission auprès des étrangers. Chaque praticien doit adhérer à cette politique de recouvrement pour son propre service.

Le D^r Nathalie DE CASTRO objecte que les complications liées aux pathologies lourdes ne peuvent pas être anticipées et réglées en amont. Or, il arrive dans ces cas-là que le service des frais de séjour l'appelle pour savoir si l'hospitalisation est vraiment nécessaire. Cette culpabilisation est difficile à supporter, d'autant qu'elle accueille les patients d'autres services.

Le D^r Alain FAYE souligne que les complications postopératoires sont toujours possibles, et peuvent rendre l'application d'un forfait difficile.

Le D^r Julie PELTIER note que le critère d'une hôtellerie correcte devrait s'appliquer à toute l'AP-HP, et non seulement à l'accueil des patients étrangers.

Elle demande si, conformément aux préconisations, du personnel dédié est prévu pour les porteurs de BHRé. Dans le cas contraire, les complications possibles incluent la fermeture du service pour cause de transmission secondaire.

Le D^r Florence VEBER explique qu'un dépistage est prévu pour tout patient venant de l'étranger. Les tests effectués ont montré que seuls 50 % des patients étrangers semblent être dépistés, mais ceux qui l'ont été ne présentaient pas de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRé). Le coût des risques liés aux BHRé a cependant été intégré globalement aux forfaits en collaboration avec le service hygiène du D^r Sandra FOURNIER.

Le D^r Anne GERVAIS rappelle que l'AP-HP a une mission de service public et que l'accueil des patients résidents n'en fait pas partie. Il est donc préférable que les patients concernés ne soient que 2 500. Il ne faut pas que ces hospitalisations programmées s'effectuent au détriment de la prise en charge de patients arrivant aux urgences qui ne seraient pas pris en charge faute de place. Les pathologies forfaitisables sont, par définition, standardisées mais la standardisation a des limites quand il s'agit de l'humain : actuellement 10 % des devis prépayés sont dépassés ce qui est logique. L'amélioration du recouvrement et le suivi financier ne suffit pas il faut améliorer le suivi médical : recueillir les typologies des séjours, durées moyennes de séjour (DMS), BHRé, aléas thérapeutiques. Un prestataire externe avait mené une étude en 2011, qu'il faudrait actualiser en interne avec le recueil prospectif d'éléments médicaux.

Le président estime que les personnes qui reçoivent les patients étrangers dans les GH doivent être formées de manière homogène et au même niveau qu'à l'étranger. Elles doivent pouvoir répondre en anglais et envoyer les devis très rapidement. Il appelle aussi à la responsabilité des médecins accueillant des patients étrangers qui doivent au préalable évaluer totalement le dossier (durée de séjour, lourdeur de la pathologie...)

Il indique que la CME suivra régulièrement ce dossier et demande au D^r VEBER de refaire un point dans quelques mois.

VIII. Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville, et projet *Médecins partenaires*

Le D^r Sophie DE CHAMBINE rappelle que cette coopération est un engagement du plan stratégique de l'AP-HP.

Elle présentera les résultats de deux enquêtes, qui montrent que de nombreuses équipes hospitalières pratiquent déjà cette coopération, et qu'elle est très attendue par les médecins de ville.

L'enquête menée auprès des services de l'AP-HP est déclarative, et permettrait de répondre sur un site en ligne.

193 questionnaires ont été remplis, en grande majorité par des médecins.

Ils ont permis d'identifier 261 actions unitaires, menées par 138 services différents (le plus souvent cliniques), venant de tous les GH. Dans 2/3 des cas, le périmètre de ces actions est le service.

Dans l'ordre de fréquence décroissant, les thèmes d'action sont les suivants :

- l'accès aux hôpitaux (96 actions), pour faciliter les rendez-vous ou les consultations, mais aussi et surtout (deux tiers des actions) pour faciliter la remise d'avis médicaux ;
- les actions de formation pour les professionnels de ville ;
- la continuité des soins après la prise en charge hospitalière ;
- le suivi partagé entre médecin hospitalier et de ville dans la prise en charge d'un malade (notamment en obstétrique, mais aussi en cancérologie) ;
- la promotion de la santé publique ;
- les actions de recherche.

Les interlocuteurs sont le plus souvent des médecins de ville, généralistes et spécialistes ; des structures de ville (maisons de santé, centres de santé) ; mais aussi des personnels paramédicaux, médico-sociaux, etc.

Les services ayant mis en place des actions couvrent 39 disciplines. Certaines n'ont mis en place qu'une seule action ; d'autres (notamment la psychiatrie, la pédiatrie, la médecine interne, la gynécologie obstétrique et la gériatrie) en ont mis plusieurs en place (jusqu'à 39 pour la pédiatrie). 29 services ont mis en œuvre au moins 3 actions de coopération.

7 GH disposent de coopérations avec des centres de santé, dont 2 qui ont réellement développé des stratégies structurées à cet égard.

Les actions existent donc, et il faut s'appuyer sur elles pour structurer la coopération avec les professionnels de ville, médecins et paramédicaux, à l'échelle des GH, selon trois axes :

- accompagner le développement des actions en cours (par de la communication et la mise en place d'outils d'échanges entre professionnels) ;
- mettre en place une organisation interne aux GH (notamment nomination de référents des partenariats avec la ville dans chaque GH : binôme médecin-directeur) ;
- mettre en œuvre les projets du plan stratégique relatifs à ces questions (organisations de parcours patients thématiques ; coopérations avec les centres de santé ; projet « Médecins partenaires »).

M^{me} Carole REQUILLARD présente les résultats du questionnaire adressé à 12 000 médecins de ville dans le cadre du projet « Médecins partenaires ».

800 médecins de ville y ont répondu et ont ainsi rejoint le réseau des médecins partenaires de l'AP-HP.

Comme attendu, le taux de satisfaction est relativement faible, avec plus de 50 % des médecins qui se disent insatisfaits de leurs relations avec l'AP-HP dans la prise en charge de leurs patients.

Les insatisfactions concernent surtout :

- les délais de premier rendez-vous en consultation ;
- la difficulté à faire admettre un patient directement dans un service ;
- l'absence de consultation des médecins de ville avant la sortie des patients.

Le questionnaire confirme que les médecins de ville attendent bien de l'AP-HP qu'elle tienne les engagements qu'elle a pris auprès d'eux :

- pouvoir joindre directement par téléphone un médecin senior pour un avis;
- diffuser en moins de 48h la lettre de sortie au médecin traitant par messagerie sécurisée si le médecin dispose d'un compte permettre aux médecins de ville de prendre rendez-vous en ligne pour le compte de leurs patients, y compris sur la base de créneau dédié, permettant un rendez-vous en urgence.

Les médecins de ville attendent également qu'on leur présente sur le site internet de l'AP-HP une offre de soins facile d'accès, fiable et exhaustive.

Certains services communiquent déjà avec la ville, mais de manière encore trop isolée.

Le président estime que les relations entre la ville et hôpital sont importantes et souhaitées par les médecins de ville. Il ajoute que les relations entre les hôpitaux le sont tout autant.

Il regrette que seuls 7 % des 12 000 médecins consultés aient répondu, même s'il paraît que ce taux de réponse est en réalité correct. Ce sont surtout les généralistes qui ont répondu et le taux de réponse des spécialistes est très bas. Or, les services de spécialités travaillent surtout avec les spécialistes de ville. Souvent, le travail se fait naturellement entre les services et leurs correspondants car il est fondamental dans la qualité de la prise en charge. Certaines pratiques de bon sens, comme la transmission rapide du compte rendu d'hospitalisation (CRH) ou un appel téléphonique quand c'est nécessaire, sont à privilégier.

Le P^r Éric THERVET indique n'avoir reçu que 5 réponses aux demandes d'adresses mail qu'il adresse systématiquement depuis 2 ans dans ses courriers aux médecins des patients qu'il reçoit en consultation. Il est difficile dans ces conditions de tenir ces médecins informés en continu. À l'inverse, les adresses mail des médecins de l'AP-HP sont toutes disponibles en ligne.

Le D^r Nathalie DE CASTRO signale que les médecins ont également du mal à se joindre entre eux au sein d'un même hôpital. Un problème de temps se pose pour répondre au téléphone.

Le P^r Thierry BEGUE demande si le questionnaire pourra être présenté aux membres de la CME.

M^{me} Carole REQUILLARD s'engage à leur remettre la trame du questionnaire et la synthèse détaillée qui en a été tirée.

Le D^r Alain FAYE note que, si 80 % des répondants ont encore des attentes à l'égard de l'AP-HP, c'est qu'ils ont une grande confiance dans la qualité des soins qui y sont dispensés.

Les améliorations proposées concernent toutes des prérequis à l'activité médicale. Elles ne doivent cependant pas lui nuire. Les comptes rendus d'hospitalisation en temps réel, les appels téléphoniques passés aux médecins avant la sortie des patients, etc., sont pris sur le temps médical. Dans certains établissements, par exemple à New-York, certaines personnes sont spécifiquement affectées à la saisie de ces comptes rendus, chaque geste médical étant facturé pour lui-même.

Le D^r Anne GERVAIS explique avoir les mêmes attentes à l'égard de l'AP-HP que les médecins de ville.

Le P^r Dominique PRIE demande comment l'activité d'expertise des médecins de l'AP-HP auprès des médecins de ville peut être valorisée.

Le président conclut sur l'importance de la culture du correspondant de ville.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 5 juillet 2016

Le compte rendu est approuvé à l'unanimité.

X. Questions diverses

1. Le D^r Anne GERVAIS signale que les consultations externes des diététiciennes, psychologues et ostéopathes ne sont pas remboursables par l'Assurance maladie et peuvent dorénavant être facturées par l'AP-HP. Cela pose problème pour les malades chroniques sans assurance complémentaire remboursant ces consultations. Cela constitue une inégalité d'accès aux soins, dommageable pour la prise en charge des malades. L'AP-HP devrait porter ce message, au moment où l'éducation thérapeutique est valorisée.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOME précise que la majorité de ces consultations sont financées via les missions d'intérêt général (MIG). Cependant, les activités de consultation qui ne sont pas couvertes par les MIG sont actuellement supportées par le GH sans recettes : c'est pourquoi il est envisagé dorénavant de les facturer.

2. Le président souhaite voir plus clair dans les consultations de médecine dite « parallèle » (ostéopathie, acupuncture, « médecines douces », etc.) qui se font à l'AP-HP et donc sous sa responsabilité. Il estime qu'un recensement serait utile pour savoir ce qui se passe réellement.

Le P^r Ariane MALLAT souligne que l'hypnose se développe, de manière très utile, en anesthésie, sans que les prérequis nécessaires à la pratique de l'hypnose par les infirmières soient encore connus.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 heures 25.

* *
*
*
*

La prochaine réunion de la commission médicale d'établissement est fixée au :

Mardi 11 octobre 2016 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mardi 27 septembre 2016 à 16 heures 30