

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 7 FÉVRIER 2017**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 7 MARS 2017**

SOMMAIRE

I - Informations du président de la CME	6
II - Plan d'action pour le renforcement de la sécurité des sites de l'AP-HP	10
III - Projet médical du groupe hospitalier (GH) <i>Hôpital universitaire Robert Debré</i>	12
IV - Plan stratégique 2017-2019 de la direction générale de la santé (DGS) et échange avec la CME	14
V - Méthode d'évaluation des pratiques de prescription des spécialités pharmaceutiques contenant du valproate de sodium à l'AP-HP	18
VI - Prescriptions de transports sanitaires à l'AP-HP	20
VII - Réhabilitation améliorée après chirurgie	22
VIII - Point sur la prise de rendez-vous en ligne à l'AP-HP	23
IX - Questions diverses	24
X - Approbation du compte rendu de la CME du 10 janvier 2017	24

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Plan d'action pour le renforcement de la sécurité des sites de l'AP-HP (M. Arnaud POUPARD)
3. Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpital universitaire Robert-Debré* (P^r Jean-Claude CAREL, M^{me} Stéphanie DECOOPMAN)
4. Plan stratégique 2017-2019 de la direction générale de la santé (DGS) et échange avec la CME (P^r Benoît VALLET, directeur général de la santé)
5. Méthode d'évaluation des pratiques de prescription des spécialités pharmaceutiques contenant du valproate de sodium à l'AP-HP (P^r Philippe RAVAUD)
6. Prescriptions de transports sanitaires à l'AP-HP (M. Pierre ALBERTINI, directeur général de la caisse primaire d'Assurance maladie de Paris)
7. Réhabilitation améliorée après chirurgie (D^r Anissa BELBACHIR, P^{rs} Dominique FLETCHER et Philippe ANRACT)
8. Point sur la prise de rendez-vous en ligne à l'AP-HP (M. Étienne GRASS)
9. Questions diverses
10. Approbation du compte rendu de la CME du 10 janvier 2017

- **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 BÉGUÉ
- M. Guy BENOÎT
- M^{me} le D^r Catherine BERNARD
- M. le P^r Francis BONNET
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Christophe CELLIER
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- 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 Patrick DASSIER
- 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 GARABÉDIAN
- 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 D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. Jean-Vincent LAQUA
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M. le P^r Michel LEJOYEUX
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOQUER
- M^{me} le P^r Claire POYART
- M. le P^r Dominique PRIÉ
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^r Rémi-Henri SALOMON
- M. le D^r Thomas SCHOUMAN
- M. le P^r Éric THERVET
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le P^r Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. Jérémie ZERBIT

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^f Louis MAMAN, 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. le P^f Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M. Michaël COHEN, directeur adjoint des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Catherine SUEUR, 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-NAUDÉ, (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PILOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN, Sadek BELOUCIF, Olivier BENVENISTE, Catherine BOILEAU, Françoise BOTTEREL CHARTIER, Gérard CHÉRON, Nicolas DANTCHEV, Jacques DURANTEAU, Pascale GAUSSEM, Olivier HÉLÉNON, Vincent JARLIER, Ariane MALLAT, Véronique MOLINA, Rémy NIZARD, Patrick PELLOUX, Julie PELTIER, Michel PEUCHMAUR, Bruno RIOU, Namik TARIGHT, Denis TIXIER, Noël ZAHR, Michel ZÉRAH
- M^{mes} Yvette NGUYEN et Géraldine POENOU. M. Yann FLÉCHER

La séance est ouverte à 16 heures 35, sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN.

I - Informations du président de la CME

Le président fait part des condoléances et du soutien de la communauté médicale à la famille et aux collègues de l'infirmier qui s'est suicidé à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) dans la nuit du 5 au 6 février.

Le P^r Éric THERVET revient sur le nouveau drame qui a frappé la communauté soignante. Une réunion extraordinaire du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) local s'est tenue le jour même du suicide en présence du directeur général. Tous les personnels de l'HEGP ont témoigné de leur solidarité envers la famille de cet infirmier apprécié des patients et dévoué au sein de son équipe. Il s'associe également au deuil de la famille, de son équipe et de l'ensemble de l'HEGP et de l'AP-HP.

La CME accueille M. Jérémie ZERBIT, interne en pharmacie, qui remplace M^{me} Anne-Sophie BOURREL. M^{me} Géraldine POENOU remplacera M. Jules GRÉGORY dans le collège des internes en médecine.

Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI)

L'évolution des indicateurs retenus pour le calcul des dotations et l'augmentation du nombre d'établissements éligibles aux MERRI profite aux petits CHU et défavorise les plus importants, c'est-à-dire l'AP-HP et les Hospices civils de Lyon (HCL). Le manque à gagner se compte en millions d'euros. Le bureau des présidents de CME des CHU du 6 février a évoqué ce sujet. Les présidents de CME des CHU ont suggéré de rédiger un communiqué invitant les autorités compétentes à rétablir le montant de la dotation versée à l'AP-HP sans affecter la leur. Cependant, attendre une décision qui conduirait à augmenter les dépenses publiques semble peu réaliste. L'AP-HP s'est donc rapprochée des HCL pour cosigner une lettre au ministère réclamant la mise en œuvre d'un modèle de répartition des dotations plus équitable au regard de l'importance respective des activités de recherche.

Le directeur général rappelle qu'il émet des réserves sur les modèles des nouveaux calculs des MERRI depuis plusieurs mois. À ce titre, il peut être noté un paradoxe puisque les indicateurs sur lesquels se basent les dotations sont satisfaisants et plutôt meilleurs à l'AP-HP que dans les autres CHU, mais au fur et à mesure que ces derniers s'améliorent, le mode de calcul retenu vient défavoriser l'AP-HP. En 2016, il a été possible de compenser ce phénomène par des expédients qui n'ont permis que de maintenir le niveau précédent. En définitive, il se trouve que le modèle de calcul des MERRI a été construit pour défavoriser l'AP-HP puisque les publications réalisées entre deux groupes hospitaliers rapportent moitié moins à Paris qu'ailleurs. En l'espèce, si le même mode de calcul s'appliquait aux groupes hospitaliers et non à l'AP-HP considéré comme un seul établissement, le gain s'élèverait à 45 M€ sur 4 ans et à 90 M€ pour une analyse par site.

Le directeur général entend protester contre ce mode de calcul. Cependant, les autres CHU craignent que le rétablissement dans ses droits de l'AP-HP s'opère à leur détriment, ce qui est exact, à l'exception des HCL qui font face aux mêmes difficultés que nous. De nombreux échanges ont eu lieu entre l'AP-HP et les HCL en vue de modifier le mode de calcul, qui pourrait donner lieu

à un courrier conjoint de protestation. L'AP-HP ne peut pas représenter la moitié de la recherche clinique en France et être lésée dans l'attribution des crédits et la communauté médicale doit se saisir également de cette question.

Le président reconnaît que cette position est difficile à défendre auprès des représentants des CHU, mais l'AP-HP n'a pas d'autre choix que de lutter pour demander sa juste part.

Consultants

Le président et le directeur général ont cosigné la note annuelle pour le renouvellement ou la nomination des consultants. Quel que soit le nombre de consultants que l'agence régionale de santé (ARS) attribuera à l'AP-HP, il sera vigilant sur les projets de consultanat qui doivent avoir un caractère transversal avec trois thématiques prioritaires :

- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) ;
- les missions de conciliation, de médiation et d'accompagnement des situations individuelles ;
- La participation aux travaux de la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) en matière d'organisation médicale.

Charte du management du personnel médical

La DOMU a communiqué aux groupes hospitaliers (GH) le plan d'action de management des ressources humaines médicales, la charte de management de l'équipe médicale et le guide de l'entretien individuel. Ils sont aussi disponibles sur le site de la CME.

Le président insiste sur le fait que l'entretien individuel ne doit pas être considéré comme une formalité administrative supplémentaire. Il est destiné à favoriser le dialogue dans les services. Ce n'est pas une évaluation des praticiens, mais un outil pour établir un dialogue régulier.

Groupes de travail stratégiques

Les groupes de travail lancés dans le cadre de la conférence des directeurs et présidents de CME locale des GH se mettent en place. La CME y sera associée. Le directeur général reviendra sur le sujet.

Centres hospitaliers d'Île-de-France

Le président a invité le D^r Pierre CHARESTAN, président des présidents de CME des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France, à venir échanger prochainement avec la CME de l'AP-HP sur leurs orientations et attentes vis-à-vis du CHU d'Île-de-France.

Journée cancer de l'AP-HP

Le président salue la qualité de la 1^{ère} journée cancer de l'AP-HP qui s'est tenue le 31 janvier. Il remercie la DOMU et le groupe stratégique *Cancer* de l'AP-HP qui l'ont organisée, et tout

particulièrement les P^{rs} CULINE et TOURNIGAND. L'AP-HP doit renforcer la lisibilité et la visibilité de son activité de prise en charge du cancer à AP-HP. Cette journée y participe.

Travaux de la CME

La première réunion du groupe *Relations hôpital-Université* présidé par le P^r Michel LEJOYEUX s'est tenue le 24 janvier. Elle a permis de jeter les premières bases d'une réflexion sur les statuts hospitalo-universitaires et sur les liens de travail entre l'hôpital et l'université.

Le président estime indispensable une réflexion sur l'organisation du développement professionnel continu (DPC) des médecins à l'AP-HP. Des réflexions sont en cours en lien avec les responsables du DPC et le directeur général. Des premières bases ont été tracées qu'il faudra approfondir.

Le groupe de travail *Hématologie* a restitué ses travaux devant le directoire du 6 février. Ses travaux seront également présentés devant la CME.

Informations du directeur général

Le directeur général souhaite revenir sur le drame qui a eu lieu à l'HEGP pour indiquer que la victime était un infirmier, qui n'était pas en service au moment des faits, mais qui est revenu au sein de l'hôpital pour s'y suicider. Face à une telle situation, les procédures mises au point avec les représentants du personnel, confiant au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) la première analyse de la situation, avec l'aide éventuelle d'une cellule d'analyse qui peut être mise à leur disposition, sans préjuger des causes du drame.

Lors de la réunion extraordinaire du CHSCT local le 6 février, les membres de l'instance ont indiqué avoir besoin d'un temps de réflexion afin de définir les moyens dont elle aura besoin. L'analyse qui sera menée devra être objective, autant que faire se peut. Que le suicide soit en lien ou non avec le travail, les éléments relatifs au contexte professionnel devront être investigués, étant entendu que le bien-être au travail doit être visé.

Depuis la réforme de l'organisation du temps de travail, il rappelle qu'il défend le principe du remplacement des agents absents pour longue maladie ou pour congé maternité afin d'éviter tout report de la charge de travail sur l'équipe en poste. En l'occurrence, d'après les remontées des collègues de la victime et des représentants du personnel, aucun signe avant-coureur n'avait été identifié permettant de déceler un malaise ou d'anticiper son geste.

Activité de néonatalogie de l'hôpital Tenon – Hôpitaux universitaires de l'Est parisien (HUEP)

Les activités de l'unité de néonatalogie de l'hôpital Tenon ont été suspendues en raison d'un sous-dimensionnement de l'encadrement médical et à la faveur des résultats de l'audit réalisé par une équipe médicale de Paris 6. Tous les efforts sont désormais fournis pour réunir les conditions nécessaires à une réouverture dans un délai de six mois. Pendant cette période, tout est mis en œuvre pour que les personnels affectés à ce secteur puissent travailler sur d'autres sites ou bénéficier de formations.

Campus hôpital Nord

Une période de débat public a été ouverte début février, obligatoire dès lors qu'un projet universitaire et de recherche dépasse un certain montant d'investissement. En revanche, les hôpitaux ne sont pas soumis à cette procédure. Pour autant la direction générale a souhaité volontairement lancer une telle démarche. Parallèlement, la discussion sur ce projet se structure avec les partenaires sociaux afin de cadrer la méthode de travail à déployer.

Investissements

À la suite des conférences budgétaires, les GH ont fait part de leurs inquiétudes quant au niveau d'investissement dont ils pourront bénéficier, tant pour les équipements que pour les bâtiments. Or, contrairement aux années précédentes où le plan d'investissement était systématiquement sous-exécuté, l'ensemble du programme d'investissement est désormais réalisé voire dépassé. Au titre de l'année 2016, 405 M€ ont été investis.

Malgré ces efforts, il est à noter un écart entre les besoins et la capacité de l'AP-HP à investir. Lors d'une discussion menée avec les présidents de CMEL, il a été proposé de passer en revue les chantiers afin d'identifier des modifications structurelles permettant de faire se rejoindre les capacités et les besoins d'investissement. Ce travail sera conduit jusqu'à l'été 2017 avec les présidents des CMEL, les directeurs de GH, des représentants de la CME désignés par le président, et les doyens. Dans ce cadre, quatre sous-groupes ont été constitués en vue de porter une vision d'ensemble.

Le président ajoute que des membres de la CME centrale seront représentés au sein de chaque sous-groupe de travail. Un retour sera organisé vers la CME en vue de présenter les premières productions.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaiterait obtenir quelques précisions sur un autre drame qui s'est déroulé à l'HEGP concernant un patient qui a été retrouvé décédé quatre jours après sa disparition.

Le directeur général confirme qu'un patient défunt a été retrouvé mardi dernier dans un local attenant au parking. Cependant, à ce stade, personne ne peut dire quel a été le parcours du patient pendant les trois jours pendant lesquels il a disparu.

Le P^r Éric THERVET confirme que tous les professionnels et praticiens savent qu'il est possible que certains patients fuguent. À sa connaissance, toutes les démarches ont été menées dans des temps acceptables mais il ne dispose pas de davantage d'informations.

Le directeur général précise qu'une enquête est en cours à laquelle est associée la présidente de la collégiale de gériatrie de l'AP-HP, le D^r Sylvie HAULON. Il rappelle que des actions ont été prises dans les sites gériatriques suite aux événements ayant eu lieu à Sainte Périne. Il peut aujourd'hui exister des difficultés à accompagner des patients présentant des troubles cognitifs dans des unités de soins aigus non adaptés à accueillir ce type de patients.

II - Plan d'action pour le renforcement de la sécurité des sites de l'AP-HP

M. Arnaud POUPARD, conseiller sécurité-défense de l'AP-HP, présente les grandes lignes du plan d'action pour le renforcement de la sécurité des sites de l'AP-HP qui a été déployé en octobre 2016. Dans un contexte de menace très élevée, ce plan d'action vise à améliorer la sécurité des personnes, des biens et des informations. Il s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle directive nationale de sécurité pour les établissements de santé. Parallèlement, une lettre commune des ministères de l'Intérieur et de la Santé ainsi qu'une instruction du ministère de la Santé mettent en place un plan d'action national soutenu par une enveloppe d'investissement de 75 M€ sur trois ans, coordonnée par les ARS. Des groupes de travail ont été constitués au sein des ARS en vue d'établir des critères de répartition de ces fonds budgétaires en vue de financer des moyens de contrôle d'accès, de vidéo-protection et bâtementaires.

Le plan d'action de l'AP-HP vise à intégrer durablement les spécificités du risque terroriste tout en intégrant les autres risques. Dorénavant, le sujet de la sécurité est intégré dans tout projet de construction ou de rénovation afin d'être plus efficace et de réaliser des économies sur le long terme. Le plan d'action de l'AP-HP comprend trois axes et soutient 17 mesures. Ces trois axes sont les suivants : renforcer la protection des bâtiments et des fonctions critiques, mieux se préparer à réagir en cas d'attentat, contribuer à la prévention de la radicalisation.

La sécurité concerne les salariés, les usagers, les sous-traitants, les prestataires mais aussi les biens, mobiliers et immobiliers. L'AP-HP entrepose des matières dangereuses qui peuvent potentiellement être utilisées par des personnes malveillantes. La sécurité vise aussi les systèmes d'informations et donc tous les dispositifs (techniques, biomédicaux...) en réseau.

Le plan d'action de l'AP-HP décrit les mesures à prendre en temps normal et en temps de crise. Il est complété par un accroissement des partenariats dans le secteur de la sécurité notamment dans le cadre des conventions santé-sécurité-justice qui doivent être mises à jour.

M. Arnaud POUPARD souligne qu'il reste difficile de sensibiliser les médecins à cette problématique notamment quant au rôle de la communauté médicale en cas de survenue d'un événement grave au sein de l'un de nos sites. Par exemple, le P^r RAUX rédige un plan d'action médical en cas de survenue d'un événement grave au sein à la Pitié-Salpêtrière. Ce plan, une fois finalisé, pourrait servir de base à d'autres chefs de service de l'AP-HP. Il profite donc de son intervention pour se tourner vers eux et les inviter à s'intéresser au sujet et à le relayer.

M^{me} Sophie GUILLAUME explique que la diffusion dans son hôpital du guide élaboré par l'AP-HP relatif aux consignes à suivre en cas d'attaque a déclenché un mal-être chez les soignants puisque précisément les règles à suivre sont d'abandonner les patients. C'est une situation à laquelle les soignants ne sont pas préparés et qui ne correspond pas à leur engagement et à leur implication auprès des patients. Par ailleurs, certaines consignes ne peuvent pas être respectées suivant les sites, comme le fait de débloquer les portes.

M. Arnaud POUPARD répond que les diagnostics de sécurité des sites doivent intégrer ces problématiques. La première mesure à prendre en cas d'attaque est de tronçonner le bâtiment pour ralentir la progression des assaillants. Les deux guides qui ont été diffusés ont été élaborés

avec le conseil de l'Ordre des médecins. Ces guides conseillent aux agents de s'échapper mais sous certaines conditions. Dans tous les cas, il convient d'identifier d'où vient la menace. Par ailleurs, pour se protéger, ces guides invitent à fermer les accès qui peuvent l'être et protéger ainsi les patients comme les personnels.

M^{me} Sophie GUILLAUME fait remarquer que les tests conduits au service d'aide médicale urgente (SAMU) ne peuvent être appliqués dans les structures qui accueillent des patients. Dans tous les cas, les règles édictées doivent s'adapter à la structure des sites et à leurs spécificités.

Au-delà des moyens à mettre en place pour assurer la sécurité des personnes et des biens, **M. Guy BENOÎT** insiste sur l'impérieuse nécessité de protéger le réseau. Il souhaite donc savoir si le risque de cyberattaque est anticipé.

M. Arnaud POUPARD confirme que la sécurité des systèmes d'information est un des volets du plan d'action national et du plan d'action de l'AP-HP. Ce plan ne vise pas que les équipements informatiques mais toutes les machines connectées en réseau. Dans ce cadre, la carte professionnelle qui sera déployée permettra un accès sécurisé à tous les systèmes d'information. Ces cartes permettront de multiplier les points de contrôle.

Le P^r Pierre CARLI souhaite que l'hôpital se dote de réflexes pour réagir intelligemment en cas d'intrusion.

M. Arnaud POUPARD ajoute qu'un module de formation sera proposé pour aider les personnels à bien réagir dans de telles circonstances.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI constate que les mesures permettant d'assurer la sécurité à l'entrée des sites de l'AP-HP sont très hétérogènes. Il souhaiterait donc savoir si des consignes d'ordre général sont données.

M. Arnaud POUPARD confirme qu'un des points du plan d'action porte sur la sécurité à l'entrée du site. Concernant l'entrée des véhicules, des contrôles aléatoires sont mis en place dès lors que le passage est très important, par exemple à la Pitié Salpêtrière, pour les autres sites, le plan d'action prévoit des contrôles systématiques.

Le président fait remarquer que les taxis et les ambulances rentrent dans les enceintes des hôpitaux sans contrôle.

M. Arnaud POUPARD confirme que le contrôle des véhicules est aléatoire.

Le P^r Éric THERVET tient à témoigner du bon déroulement des opérations ayant fait suite à l'attaque d'un soldat au Louvre. Par ailleurs, dans son hôpital, suite à une alerte à la bombe, les procédures ont été suivies sans que le personnel n'ait à abandonner les patients, d'autant que l'alerte à la bombe avait concerné un étage logeant des blocs opératoires. Les opérations de tronçonnage ont été coordonnées avec les différentes équipes de soins sans prendre de risques pour les patients.

Concernant l'entrée des véhicules sur les sites hospitaliers, **M. Stefan NERAAL** ajoute que les deux-roues motorisés ne sont jamais contrôlés.

Le directeur général précise que les sites sont certes hétérogènes en termes de bâti mais aussi en termes de moyens et de sensibilisation des équipes. Il convient de trouver un équilibre entre la sécurité visée et les contraintes qui sont jugées acceptables. Ces mesures ne concernent pas que l'exceptionnel puisque ce plan d'action peut aussi répondre aux situations d'insécurité quotidienne et apporter un soutien aux personnels et aux patients.

III - Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpital universitaire Robert Debré*

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN dresse un portrait de l'hôpital Robert-Debré en quelques chiffres. 34 % de la patientèle de l'hôpital est aujourd'hui parisienne, alors qu'elle représentait une majorité des usagers, il y a quatre ans encore, démontrant un recentrage de l'hôpital vers le nord de la région, notamment vers la Seine-Saint-Denis. Ce rééquilibrage correspond aussi au projet médical de l'hôpital. L'hospitalisation partielle augmente de manière très significative tant en chirurgie qu'en pédiatrie médicale. L'activité des urgences de Robert-Debré est très importante passant de 75 000 passages aux urgences en 2012 à 92 000 passages en 2016.

Le P^r Jean-Claude CAREL ajoute que la part des maladies chroniques est en forte progression à Robert-Debré passant de 13 % en 1998 à 32 % en 2012. Cet hôpital est aussi marqué par une part importante des populations précaires dans sa patientèle. La durée de séjour des enfants y est allongée de 36 % en raison de la précarité des patients (contre une augmentation de 15 % de la durée de séjour chez les adultes). Toutefois, ce phénomène n'est pas pris en charge par les modèles de valorisation.

L'hôpital universitaire Robert-Debré se structure autour de trois pôles médicaux (pédiatrie médicale, chirurgie-anesthésie, médecine périnatale) et deux pôles de biologie et support. L'hôpital accueille également des centres de référence pour les maladies rares et des programmes d'éducation thérapeutique. Une mutualisation forte est assurée entre les consultations, les hôpitaux de jour et les blocs opératoires. Cet atout comporte aussi des lourdeurs d'organisation.

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN indique que le projet stratégique et médical de Robert-Debré est construit de manière transversale afin que tous les pôles puissent s'y retrouver. Ce projet stratégique vise tout d'abord le maillage territorial autour de l'hôpital et les interactions supra-GH. Par exemple, l'activité de réanimation est recourus des unités de surveillance continue (USC) des hôpitaux du territoire. Des liens forts sont également noués avec les autres hôpitaux pédiatriques comme Trousseau et Necker. Le deuxième axe du plan stratégique vise à assurer la bonne prise en charge dans la bonne structure. La réflexion sur l'ambulatoire a conduit à mener des réflexions sur les plateaux techniques, les réanimations et les USC. Pour mieux accompagner les équipes, le troisième axe de force du plan vise une meilleure programmation en vue de maîtriser l'activité. L'ensemble de ce plan s'inscrit dans un contexte de certification, de consolidation de la trajectoire économique et d'investissement sur les compétences et le système d'information.

Le P^r Jean-Claude CAREL ajoute que les projets hospitalo-universitaires sont élaborés en collaboration avec le doyen de l'université. Ces projets ciblent divers sujets : le département hospitalo-universitaire (DHU) *Protect* essentiellement tourné vers la neuro-protection et la neuro-cognition, l'offre en hémato-oncologie et l'activité de greffe, la chirurgie pédiatrique, néonatale et

gynécologique, la prise en charge des maladies chroniques de l'enfant et de l'adolescent, la périnatalogie, la mobilisation en faveur du progrès médical tant sur le plan biologique que sur le plan de l'imagerie.

M^{me} Stéphanie DECOOPMAN précise que l'insertion dans le territoire est vitale pour Robert-Debré. Pour exercer correctement son rôle de recours, l'hôpital doit graduer les soins et les organiser en amont de l'hôpital. Cette démarche se poursuit avec les autres hôpitaux, les services d'accueil des urgences (SAU) mais aussi la médecine de ville et les centres de santé autour de l'hôpital.

Plusieurs investissements sont en cours ou envisagés. Ils concernent notamment la réhabilitation des 60 lits de chirurgie de l'hôpital et l'augmentation du nombre de greffes en matière de prise en charge de la drépanocytose. L'hôpital terminera à l'été 2017 une unité de nutrition parentérale de 40 000 poches : elle sera mise aux normes et permettra de répondre aux besoins dans une logique supra-GH et régionale. Un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) 3 teslas sera installé dans quelques semaines dans l'hôpital. La réanimation néonatale doit aussi être remise à niveau.

Le P^r Jean-Claude CAREL indique que la migration ORBIS de Robert-Debré revêt une forme originale puisqu'elle s'organisera en *big bang* et sur des éléments vitaux du parcours patient comme la délivrance des médicaments et leur administration par les infirmiers. Le GH souhaite également mener à bien un projet zéro papier et développer un hôtel hospitalier.

Le président souligne le rôle très important de l'hôpital Robert-Debré sur le bassin de population et en matière de recours. Il illustre bien aussi la difficulté à concilier parfois proximité et recours. L'audition de la collégiale de néonatalogie par la sous-commission *Structures et stratégie* de la CME fait apparaître une situation démographique inquiétante. Il souhaite savoir ce qu'il en est à Robert-Debré.

Le P^r Jean-Claude CAREL reconnaît que la néonatalogie est une discipline complexe qui allie une très grande technicité autour de la réanimation néonatale et des grands prématurés et la pédiatrie néonatale des suites de couches.

Le président estime que des actions doivent être entreprises pour susciter des vocations auprès des internes et des chefs de clinique afin de consolider de nos maternités de niveau 2. Il demande aux collégiales de néonatalogie et de pédiatrie de travailler sur ce sujet et de réfléchir à l'organisation de réseaux entre les grandes maternités et les autres.

Le P^r Jean-Claude CAREL précise que le projet médical des maternités de niveau 2A peut être revisité dans certains cas.

Le P^r François GOFFINET reconnaît que la situation ne pourra pas s'améliorer en privilégiant l'immobilisme. Il propose que la collégiale de gynéco-obstétrique et celle de pédiatrie prennent en charge ce problème avec la DOMU. Ce travail devra être initié dès 2017.

Le P^r Jean-Claude CAREL propose de relayer ce message auprès du P^r Pierre-Henri JARREAU.

Le D^r Marie BORNES convient du fait qu'une réflexion doit être menée sur le périmètre des maternités de type 2.

IV - Plan stratégique 2017-2019 de la direction générale de la santé (DGS) et échange avec la CME

Le P^r Benoît VALLET souhaite d'abord remercier l'implication de l'AP-HP pour l'aide qu'elle a apportée lors des moments difficiles des mois et années passés. Il ajoute que le tandem formé par le président de la CME et le directeur général de l'AP-HP permet de s'assurer que tous les moyens sont utilisés au service du patient en y associant les questions budgétaires et médicales. Cette double éthique se retrouve aussi au ministère de la santé entre la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Le P^r Benoît VALLET souhaite commenter le sujet des groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui est piloté par la DGOS. Depuis le 1^{er} juillet 2016, les GHT sont régulièrement constitués. Les projets médicaux partagés devront être finalisés le 1^{er} juillet 2017. Le projet médical partagé doit porter un projet de soins mais pas uniquement. La convention autorise par ailleurs des délégations d'activités et des transferts éventuels d'activités. Elle vise aussi l'organisation des activités et la répartition des emplois et les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement.

L'établissement support du GHT est celui qui porte le projet. Le GHT se déploie autour d'un système d'information hospitalier permettant la coordination et le partage d'informations. Les informations détenues à l'échelle du territoire doivent être exploitées pour mieux orienter les activités et mieux organiser les plateaux techniques, par exemple. Les données relatives aux durées de séjour contenues dans le département d'information médicale (DIM) doivent être utilisées dans une logique de *big data* pour construire un projet médical.

Le projet médical partagé est décrit dans le décret du 27 avril 2016. Ce projet comprend des objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le décret pose aussi la question de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (attentats, canicule, grippe, etc.). Ces situations exceptionnelles imposent aux établissements de s'adapter. Les pôles d'urgences ne sont pas les seuls à s'emparer de cette question : les pôles de santé publique peuvent également s'attacher aux paramètres épidémiologiques.

Le GHT permet de donner en tout point du territoire une porte d'entrée à un patient pour accéder à la meilleure offre de soins possible et doit permettre de réaliser de significatives économies d'échelle en matière de ressources humaines. À ce sujet, le P^r Benoît VALLET rappelle qu'il existe aussi un coût de la mauvaise qualité.

Les GHT constituent aussi un espace de démocratie en santé et un espace de santé publique (pour la prévention et la promotion de la santé, la sécurité des soins, la veille et la sécurité sanitaire). Environ 5 % du budget de la santé en France est consacré à l'effort de prévention primaire, essentiellement dans une approche individuelle. Alors que le tabagisme, la malnutrition, la consommation d'alcool et l'absence d'activité physique alimentent le curatif, il apparaît de bon sens d'accentuer la politique de prévention puisque ces quatre facteurs contribuent au fardeau

des maladies chroniques. La veille et la sécurité sanitaire, quant à elles, dépassent la gestion de la situation de crise et s'accompagnent de la surveillance des contacts infectieux et s'emparent des sujets d'épidémiologie de territoire.

Le P^r Benoît VALLET souligne que le déploiement des GHT et l'élaboration des projets médicaux partagés constituent un moment clé en matière de santé publique. De ce point de vue, le dispositif des GHT est complémentaire de la rénovation de la formation des professionnels de santé incluant la rénovation du 3^e cycle. Il rappelle que les présidents de CME sont déterminants dans le renforcement de la qualité et de la sécurité des soins. La DGS a par ailleurs engagé avec le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) une réflexion sur le financement du parcours de soins en vue d'un décloisonnement entre la médecine de ville et l'hôpital et de la prévention et de la promotion de la santé. Les présidents de CME peuvent contribuer à cette réflexion médico-économique en faveur de la prévention et de la promotion de la santé, y compris à l'intérieur des structures de soins.

Le président partage l'avis que la prévention et la promotion de santé doivent occuper une place plus importante, mais s'inquiète du risque que ferait peser une augmentation du budget consacré à la prévention sur celui consacré au curatif dans une enveloppe contrainte.

Concernant les GHT, **le président** regrette que la réflexion n'ait pas été menée à son terme en vue de graduer les différents hôpitaux comme cela a été fait certains grands pays étrangers. Aujourd'hui, certains centres hospitaliers se présentent comme établissements de recours alors qu'ils ne disposent pas de tous les moyens nécessaires. Le risque est également de saupoudrer les postes universitaires. Il estime dangereux de laisser penser que tout le monde peut tout faire.

Le P^r Benoît VALLET convient qu'il aurait été plus sage de commencer par les projets médicaux avant de définir les contours des GHT et qu'il aurait été utile d'élaborer un guide précisant les tailles critiques et les activités à atteindre pour que les GHT n'aient pas un périmètre d'opportunité mais un périmètre correspondant à un véritable enjeu de couverture sanitaire territoriale. Pour autant, la définition des GHT ne s'est pas réalisée sans fondement car les projets de territoire existent depuis plusieurs années. Sans GHT, ce sont les communautés hospitalières de territoire (CHT) qui auraient prévalu alors que ces structures n'organisent pas de mutualisation et favorisent la concurrence entre les établissements. Toutefois, l'élaboration des projets médicaux pourra conduire, dans certains cas, à revoir le périmètre des GHT. De même, les projets médicaux partagés pourront faire émerger des établissements primaires, secondaires et tertiaires. Ce format a aussi été proposé en vue de laisser une latitude d'action aux GHT tout en faisant confiance dans le génie productif des médecins et des directeurs.

Le travail à mener avec les doyens en matière de formation est crucial. Faire vivre un GHT, faire vivre des activités médicales dans des établissements regroupés revient aussi à se poser la question de la formation et d'une tutelle universitaire sur les activités de formation. Le GHT doit aussi permettre de maintenir les établissements et de leur conférer à chacun un rôle d'excellence (gériatrie, consultation, infectiologie, etc.). Le choix des terrains de stage pourra conduire à y former de jeunes professionnels qui auront ensuite le souhait d'y faire carrière.

Concernant la dualité entre le préventif et le curatif, **le P^f Benoît VALLET** souligne qu'une part plus importante du préventif ne viendra pas mettre en péril les établissements. Par ailleurs, les hôpitaux ne doivent pas laisser le préventif à la porte des établissements hospitaliers. Au contraire, le préventif et son financement doivent rentrer dans les établissements.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que l'initiative qui consiste à prescrire une activité physique sur ordonnance ne s'appuie sur aucun financement. Une telle solution ne permet pas d'assurer le développement de cette initiative. Il s'interroge par ailleurs sur la place de l'AP-HP dans les GHT.

Le P^f Benoît VALLET explique que l'AP-HP est incluse dans le plan stratégique de la DGS. Elle occupe une place différente mais a construit une carte des GHT. Elle n'est donc pas exclue de la démarche.

Le P^f Benoît VALLET rappelle que le décret d'application posant les conditions du sport sur ordonnance a été difficile à prendre car cette démarche met en présence la santé, le sport et l'éducation. Or toutes les parties prenantes (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, enseignants en éducation physique adaptée, etc.) y étaient réticentes craignant que leur activité ne soit rognée par cette disposition. Cependant, il faut savoir que les affections de longue durée concernent 10 M de personnes en France. Aussi, même si tous ces patients ne bénéficieront pas d'un programme d'activité physique, cette patientèle présente un potentiel colossal. **Le P^f Benoît VALLET** reconnaît toutefois son échec car il n'est pas parvenu à ce que la direction de la sécurité sociale accepte d'investir sur la prescription du sport sur ordonnance. Pour autant, le verbe « prescrire » figure dans les textes et il suffira d'une loi de financement de la Sécurité sociale pour mettre en place des besoins budgétaires en face de cette prescription. Par ailleurs, il existe déjà aujourd'hui des financements apportés par les complémentaires, les conseils régionaux et les agences régionales de santé. À cet effet, une instruction est en cours de rédaction en vue d'établir un guide permettant de guider le patient dans le choix du bon professionnel en fonction des pathologies et précisant également les lieux où l'activité physique adaptée pourra être pratiquée et comment elle pourra être financée. **Le P^f Benoît VALLET** reconnaît que le dispositif actuel n'est pas parfait mais qu'il présente néanmoins le mérite d'être une rupture paradigmatique dans la prescription.

Le P^f Rémi SALOMON convient qu'il faut renforcer la prévention car le médecin doit soigner mais aussi prévenir. Concernant les transferts d'activités, il souligne que les décisions ne doivent pas être prises sans prendre en considération la qualité de vie et les conditions de travail des personnels. Il souhaite par ailleurs que les décisions qui seront prises concernant les systèmes d'information permettront aux équipes de se reposer sur des systèmes structurants, robustes et permettant de mieux organiser l'activité.

Le P^f Benoît VALLET reconnaît la nécessité d'investir dans le système informatique tout en rappelant que cet investissement englobe aussi les talents médicaux. Trop souvent, les systèmes d'information ont été gouvernés par des ingénieurs et des techniciens et peu par la communauté médicale, mécanique avec laquelle il faut rompre. L'effort consenti dans les systèmes d'information doit permettre de mieux partager les données médicales. Par exemple, la création d'un carnet de santé dématérialisé doit permettre de tracer la vaccination et de créer des alertes au moment des rappels. Dans tous les cas, le système d'information doit améliorer le projet

médical, raison pour laquelle les médecins doivent en être les coordonnateurs pour leur donner du sens et les prioriser en fonction de l'usage, sachant que tous les investissements ne pourront pas être réalisés dans un temps court.

Le P^r Jean-Claude CAREL indique que Robert-Debré est un lien avec quatre GHT d'Île-de-France. La difficulté est cependant que l'AP-HP doit assister à l'élaboration des projets médicaux partagés, dans des climats qui peuvent parfois ne pas être sereins, tout en endossant un double rôle : un rôle de recours et un rôle de fournisseur de praticiens pour les établissements qui sont en situation de pénurie.

Le P^r Benoît VALLET explique que la participation de l'AP-HP doit permettre de mieux orienter les projets médicaux afin de garantir l'accès aux soins des patients et de permettre aux jeunes en formation d'exercer dans des milieux sécurisés et de qualité. Le GHT doit permettre à un patient de recevoir les meilleurs soins possibles en étant transféré vers le plateau technique compétent, si nécessaire, mais en bénéficiant d'une consultation de proximité.

Le P^r Thierry BÉGUÉ indique qu'il est sollicité par les GHT du sud de la région qui participent à des projets nécessitant des moyens techniques. De toute évidence, la question des moyens humains associés aux GHT n'est pas clarifiée. En outre, les contours des projets médicaux restent flous et la répartition des forces médicales par discipline peu claire.

Le P^r Benoît VALLET explique que le projet médical partagé doit permettre de structurer les démarches en fonction des flux de patients, des durées de séjour, des taux de mortalité et de morbidité, entre autres. Toutes ces données sont disponibles dans les DIM et doivent permettre d'orienter les projets médicaux. Les GHT doivent pouvoir organiser un partage de moyens contrairement aux CHT, afin de mieux coordonner les activités de façon à ce que les ressources soient utilisées de la manière la plus ajustée possible.

Le P^r Pierre CARLI rappelle que l'AP-HP a depuis longtemps un rôle important à jouer dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles et propose de partager avec ses interlocuteurs les données épidémiologiques.

Le directeur général entend de cette présentation que la dimension hospitalo-universitaire ne concerne pas que les disciplines médicales mais traverse également la prévention, la santé publique et l'organisation des soins. Il s'agit d'une orientation nouvelle car la France, contrairement aux pays anglo-saxons, produit peu d'articles dans ces domaines. La France commence aujourd'hui à s'équiper pour rattraper son retard mais il doit être possible de faire plus et mieux. Cette orientation doit aussi permettre d'avoir une influence médicale et scientifique sur les politiques de santé, au lieu d'être simplement ceux qui appliquent les politiques de santé.

Le directeur général rappelle que le taux de vaccination des professionnels de l'AP-HP est peu important, une obligation à la vaccination pour les professionnels de santé est-elle prévue ?

Le P^r Benoît VALLET souhaite privilégier la prudence plutôt que d'imposer la vaccination. Il existe la réelle volonté d'améliorer la couverture vaccinale des professionnels de santé. En chiffres, cette

amélioration doit faire porter la couverture vaccinale de 20 % à 70 % à terme. Il rappelle que la loi de modernisation du système de Santé a permis d'introduire un vecteur législatif qui permet de prendre un décret introduisant la notion de vaccination altruiste. À ce titre, cette nouveauté permettrait d'introduire la vaccination obligatoire contre la grippe. Toutefois, il faut avancer vers une disposition qui suscite l'adhésion des personnels, et cela sans rendre la vaccination obligatoire. Les deux institutions qui se sont prononcées sur le caractère obligatoire ou non de la vaccination des professionnels de santé sont le Haut Conseil de santé publique et le comité d'orientation du P^f Alain FISCHER, qui ont tous deux plaidé en faveur de recommandations fortes sans imposer l'obligation vaccinale. Un autre angle d'attaque peut passer par un meilleur accès au vaccin dans les établissements de soins en proposant la vaccination en proximité des postes de travail. Les infirmiers peuvent également être impliqués dans la vaccination initiale au-delà de la revaccination. **Le P^f Benoît VALLET** croit aussi à la vertu de l'exemplarité.

Le D^r Anne GERVAIS indique qu'il est mentionné dans le journal officiel du 10 janvier 2017 que l'Entyvio est non pris en sus pour la maladie de Crohn alors qu'il l'est pour la rectocolite. Pourtant, entre 150 et 200 patients reçoivent de l'Entyvio à l'AP-HP. Ainsi les 1990 euros que coûte la molécule devront être financés par les 350 € du tarif de l'hôpital de jour. En outre, le Stelara n'est accordé en autorisation temporaire d'utilisation (ATU) qu'en cas de résistance à l'Entyvio dans la maladie de Crohn.

Le P^f Benoît VALLET explique qu'il recevra les associations de patients à ce sujet la semaine suivante. Ce dossier est suivi de près. Il ne peut pas apporter de réponse aujourd'hui.

Le P^f Stanislas CHAUSSADE interroge le directeur général de la santé sur l'utilisation des biosimilaires du Remicade et constate que seuls la Pitié Salpêtrière et Cochin ont entamé cette bascule avec à la clef des économies importantes. Il souhaite par ailleurs qu'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) soit rédigée pour prescrire les nouveaux médicaments des MICI. En prenant de telles décisions de non remboursement de l'Entyvio, le risque est que les cliniques privées comme les centres hospitaliers se désengagent et envoient leurs malades vers les hôpitaux de l'AP-HP, ce qui viendra encore accentuer les difficultés financières des GH.

Le P^f Benoît VALLET précise que l'interchangeabilité a été introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale. Pour conclure, il souhaite répondre à la remarque du directeur général. Un appel à projets sera lancé pour mettre en place des unités d'expertise et de recherche en santé publique au niveau régional permettant d'améliorer la connaissance médico-économique, la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'interventionnel en population. Ces unités d'expertise et de recherche en santé publique constitueront un guichet commun et pourront fédérer les structures existantes pour répondre aux besoins de proximité et des décideurs de politiques territoriales, dont les ARS. Dans ce cadre, les CHU et les GHT pourront contribuer à cette création d'unités d'expertise et de recherche en santé publique.

V - Méthode d'évaluation des pratiques de prescription des spécialités pharmaceutiques contenant du valproate de sodium à l'AP-HP

M. Étienne GRASS indique que, suite au rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le directeur général de l'AP-HP a demandé à la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) de

conduire une mission d'audit pour définir les conditions dans lesquelles les conditions de prescription et dispensation (CPD) de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), définies en mai 2015, sont mises en œuvre. Les premières constatations de la mission ont conduit à adopter immédiatement des mesures correctrices. Ces mesures ont été adoptées le 12 octobre dernier en demandant aux directeurs des groupes hospitaliers d'assurer le retrait des stocks existants de spécialités à base de valproate, de mettre en œuvre la dispensation nominative de ces spécialités, et d'assurer que l'ensemble des prescripteurs potentiels du valproate soient en capacité de recueillir l'accord de soins des patientes concernées.

La DIA a également constaté que le niveau d'information des praticiens sur ces recommandations s'avère globalement satisfaisant pour les trois spécialités les plus concernées, à savoir la neurologie, la psychiatrie et la pédiatrie. Il est en revanche beaucoup plus aléatoire pour les autres praticiens, qui sont pourtant susceptibles d'être prescripteurs en renouvellement. Pour évaluer les pratiques de façon rapide et opérationnelle et améliorer la diffusion de l'information, une méthode nouvelle a été mise sur pieds en lien avec les équipes du P^r Philippe RAVAUD, les collégiales les plus concernées et les différentes autorités en charge de la sécurité sanitaire et des vigilances, sur la base de cas vignettes. Ces cas ont été élaborés dans le cadre d'un groupe de travail et validés par l'ANSM. Parallèlement, l'Assurance maladie a réalisé des requêtes sur le système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) pour identifier les femmes en âge de procréer ayant pu être exposées au valproate. Elle sollicitera prochainement l'AP-HP pour aller au-devant de ces patientes.

Le P^r Philippe RAVAUD explique que les vignettes qui sont utilisées pour sensibiliser les professionnels ont été utilisées initialement dans les sciences sociales dans les années 80 et 90 pour étudier les perceptions, les croyances et les attitudes. Typiquement, il s'agit de cas clinique, réalistes et contextualisés, demandant aux participants de décrire leur attitude dans la situation décrite. Les vignettes peuvent être déployées facilement à grande échelle, pour un coût assez faible. Elles permettent d'explorer l'influence de multiples paramètres. En revanche, elles ne représentent pas exactement le monde réel et ne représente que des pratiques déclarées. Dans le cas du valproate, sur 11 047 vignettes envoyées, plus de 3 500 personnes ont répondu : 89 % pensent que l'exercice leur a permis de mettre à jour leurs pratiques et 92 % affirment que cette méthode rapide d'évaluation et de sensibilisation est satisfaisante ou très satisfaisante.

Le président précise que le directeur général a poussé l'utilisation de cette méthode qui pourra être utilisée à l'occasion d'autres alertes.

Le P^r Benoît VALLET constate que cette méthode permet également de sensibiliser et d'apprendre sous une trame de *e-learning*. Cette même méthode pourrait être utilisée pour les dix ou quinze référentiels que chaque médecin a besoin de connaître dans sa pratique quotidienne. C'est peut-être un dispositif que la Haute autorité de santé pourrait introduire dans la certification ou dans sa démarche d'évaluation de la qualité dans les établissements de santé.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que la vignette aurait dû introduire un critère d'âge afin que les gériatres, non concernés par les risques du valproate, soient écartés de la réponse au questionnaire

VI - Prescriptions de transports sanitaires à l'AP-HP

M. Pierre ALBERTINI, directeur général de la caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) de Paris, explique que le sujet de la prescription de transports sanitaires est d'importance compte tenu de ses enjeux financiers. Quelques chiffres en attestent : plus de 3 Md€ ont été dépensés en transports sanitaires en France à fin novembre 2016. En année pleine, ces dépenses représentent près de 500 M€ en Île-de-France pour la seule population du régime général. La situation de Paris est atypique avec une part prépondérante des dépenses des transports en ambulance (74 % de la dépense). À Paris, le coût moyen d'un transport en véhicule sanitaire léger (VSL) est de 28 €, de 35 € en taxi et de 93 € en ambulance. Par ailleurs, la dépense croît à un rythme très élevé (+ 8 % en 2016). L'AP-HP représente plus d'un tiers des prescriptions pour l'ensemble des établissements d'Île-de-France et près des deux tiers pour les établissements parisiens. Il est à noter que la part relative des taxis ne cesse d'augmenter : + 17,5 % entre 2015 et 2016 contre + 3,8 % pour l'augmentation des transports en ambulances sur la même période.

Le contrat d'engagements signé avec l'agence régionale de santé et l'AP-HP vise, notamment, à optimiser le taux de recours au service central des ambulances (SCA) pour l'ensemble des transports pris en charge par l'Assurance maladie. À fin 2017, l'objectif est que 23 % des transports soient coordonnés (contre un taux de 15 % actuellement). Le contrat d'engagements permettra de mieux connaître et d'analyser la nature des dépenses de transports sanitaires grâce à la mise en place du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et grâce à une analyse périodique des dépenses de transports. Ce contrat vise aussi à mieux associer l'ensemble des acteurs, à commencer par les médecins, mais aussi en sensibilisant les patients et en informant et contrôlant les sociétés de transport sanitaire et les taxis. L'objectif est de favoriser de nouveaux modèles d'organisation en matière de transports sanitaires en choisissant le mode de transport en adéquation avec l'état du patient, en augmentant le taux de recours au SCA et en déployant un outil dématérialisé de prescriptions des transports (SPÉI), service de prescription électronique de transport intégré). Ce nouveau service est en pilote dans plusieurs établissements et en ville. Il est en cours d'expérimentation sur le GH *Hôpitaux universitaires de l'Est parisien* (HUEP) sur le site de Saint-Antoine. L'objectif est de pouvoir généraliser ce système dans les deux à trois ans à venir.

M. Pierre ALBERTINI rappelle que la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 (art. 80) établit que les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription du transport et seront inclus dans les tarifs des prestations à partir de 2018. Pour soutenir ce projet, il est visé une adaptation du parc de transporteurs aux besoins des patients, un renforcement des contrôles *a priori* et *a posteriori* et une limitation du conventionnement du nombre de taxis. Cette dernière disposition avait été prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, mais le décret d'application n'a pas encore été pris.

M. Pierre ALBERTINI compte sur la communauté médicale pour que la prescription de transports sanitaires, en particulier à la sortie, soit une prescription justifiée médicalement et conforme à l'état du patient.

Le président souligne qu'il s'agit d'un sujet important puisque les coûts des transports sanitaires inter-hospitaliers seront à la charge des établissements prescripteurs à partir de 2018.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE demande si les frais seront également à la charge des établissements si le patient est orienté vers un établissement participant au service public hospitalier (PSPH) ou privé.

M. Pierre ALBERTINI le confirme. Il souhaite que ces dépenses liées aux transports inter-établissement soient maîtrisées tout comme les dépenses prises en charge par l'Assurance maladie.

Le D^r Nathalie DE CASTRO n'a pas le sentiment de prescrire des transports sanitaires de façon induite. Dans de nombreuses situations, il n'existe pas d'autres solutions que le transport en ambulances, lorsque le patient est orienté vers des soins de suite ou lorsque le patient qui rentre à son domicile est très dépendant et isolé de sa famille. En hospitalisation, il existe peu de marges de manœuvre pour réduire ces dépenses.

M. Pierre ALBERTINI rappelle que tout ce qui est médicalement justifié a vocation à être pris en charge. Cependant l'augmentation de 17 % des dépenses de taxi sur une seule année ne peut qu'interpeller. Il n'a pas pu trouver une justification médicale ou sociale à cette forte augmentation constatée en 2016.

M. Guy BENOÎT demande si l'augmentation des dépenses sera reliée à l'augmentation des flux. Puisque les établissements devront prendre en charge ces dépenses, il souhaite également savoir si les crédits de l'Assurance maladie seront transférés vers l'AP-HP.

M. Pierre ALBERTINI explique que les outils qu'il a présentés permettront de disposer d'éléments précis sur l'évolution des flux et sur la nature des pathologies pour mieux affiner l'analyse de la dépense. Concernant les transports sanitaires inter-établissements, des décisions budgétaires devront être prises pour que les établissements puissent prendre en charge ces dépenses nouvelles.

Le D^r Christophe TRIVALLE s'enquiert des résultats des contrôles aléatoires effectués récemment auprès des sociétés de transports et des sociétés d'ambulances. Il souhaite par ailleurs savoir s'il est possible de réguler le tarif des taxis en appliquant des forfaits.

M. Pierre ALBERTINI confirme que des contrôles sont effectués par l'assurance-maladie mais aussi en partenariat avec la police et la gendarmerie. Ces contrôles conduisent à relever des anomalies. Cependant, l'Assurance maladie n'a pas la capacité à intervenir partout pour identifier toutes les pratiques déviantes. Pour autant, les contrôles permettent d'engager des procédures, de sanctionner voire de déconventionner des sociétés de transports sanitaires et de taxis. Pour répondre à la deuxième question du D^r TRIVALLE, **M. Pierre ALBERTINI** indique que le forfait de transport ne figure pas encore dans la réglementation mais qu'il s'agit probablement d'une piste intéressante, notamment pour les transports dans Paris *intra-muros*.

Le D^r Anne GERVAIS ajoute que la sous-commission *Activités-ressources* de la CME évalue la charge liée aux transports sanitaires inter-hospitaliers à 142 M€ par an pour l'AP-HP. Par ailleurs, elle souhaite savoir si une étude de la typologie des patients concernés ne pourrait pas apporter à l'AP-HP une aide utile, donc l'ouverture de SNIIRAM à l'AP-HP serait souhaitable.

M. Pierre ALBERTINI confirme que les éléments contenus dans les bases de données de l'Assurance maladie seront partagés, d'autant qu'il existe un intérêt commun à travailler sur ce sujet. Pour autant, il ne peut pas confirmer que SNIIRAM sera totalement ouvert.

VII - Réhabilitation améliorée après chirurgie

Le D^r Anissa BELBACHIR explique que la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) initiée par les chirurgiens est une approche multidisciplinaire qui doit réunir les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs et les soignants pour tendre au rétablissement rapide des capacités physiques et psychiques du patient opéré. Alors que les budgets sont contraints, les premiers résultats sur une chirurgie colique montrent que la RAAC permet de diminuer la durée de séjour et la morbidité, et donc les complications, et qu'elle permet surtout d'améliorer l'état fonctionnel du patient. Pour cela, il faut réunir plusieurs conditions : informer et éduquer le patient en préopératoire, prendre en charge la douleur, retirer les perfusions, les drainages et alimenter précocement.

Ce projet émane du comité de lutte contre la douleur de l'AP-HP qui a été présenté en 2014 à la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU). Le D^r Anissa BELBACHIR et le P^r Dominique FLETCHER ont été missionnés par le directeur général et le président de la CME en avril 2016 pour mettre ce projet en place à l'AP-HP, avec l'aide de la direction du pilotage de la transformation (DPT), de la DOMU et de la direction des systèmes d'information (DSI).

Le D^r Anissa BELBACHIR indique que tous les présidents des collégiales ont été sollicités mais aucune n'a reçu les pilotes du projet. Un séminaire sur la RAAC a été organisé en avril 2016 auquel ont été invités des anesthésistes et des chirurgiens ainsi que des représentants de la Haute Autorité de santé (HAS), de l'ARS et de la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM). Une formation en ligne ouverte à tous (*massive online open course*, MOOC), toujours ouverte, comptabilise 900 inscrits. Un module d'ORBIS en cours d'élaboration sera dédié aux procédures de la RAAC.

Le P^r Dominique FLETCHER ajoute qu'un appel d'offres a été lancé par l'ARS d'Île-de-France pour soutenir la RAAC. Sur les 13 services de l'AP-HP qui ont candidaté en tant que référents, 5 ont été retenus. Par ailleurs, 7 services sur 15 candidats bénéficieront d'un coaching. L'AP-HP a également adhéré au groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE). Les équipes membres de GRACE peuvent s'autoévaluer et se comparer aux autres groupes adhérents. Il est aussi à noter la participation à un projet descriptif des pratiques en vue de comparer les durées de séjours et les complications pour les actes suivants : prothèse totale du genou, colectomie et hystérectomie. Une analyse documentaire sera également menée pour comparer les pratiques. Ces actions se poursuivront en 2017. Une deuxième journée d'information sur la RAAC sera organisée fin 2017 centrée sur le développement des unités péri-opératoires gériatriques (UPOG).

Le P^r René ADAM note que ce projet répond à un enjeu stratégique majeur pour les patients et les équipes médicales, projet qui suppose des changements de mentalités et des changements organisationnels. Il souhaite savoir si des mesures incitatives seront prises pour aider les équipes à mieux se structurer et pour inciter les volontaires à entrer dans cette démarche.

Le P^r Dominique FLETCHER indique que des réorganisations des soins sont accessibles sans surcroît de personnel. Ces modifications supposent simplement des réaffectations de personnel ou des spécialisations sur certaines thématiques. Si le parcours du patient suppose une prise en charge kinésithérapique, celle-ci peut être réalisée en externe, en dehors de l'hôpital. En revanche, le poste d'infirmier coordinateur suppose une spécialisation et des moyens.

Le P^r Thierry BÉGUÉ rappelle que beaucoup de structures de rééducation des établissements sont dédiées au post-opératoire et qu'il est difficile de les faire travailler sur le préopératoire. Or la RAAC suppose aussi l'éducation des patients avant l'opération pour accélérer le retour au domicile. Par ailleurs, il constate que la disponibilité des salles d'opération reste difficile et qu'aucune initiative n'est prise en interne pour réorganiser les circuits.

Le D^r Anissa BELBACHIR indique qu'un kinésithérapeute est dédié au programme et prend les malades en charge en préopératoire au moment de la consultation d'anesthésie. Pour ce qui concerne l'organisation des services, avec les référents, il a été défini le chemin clinique avec le personnel associé. Ce projet sera présenté à tous les candidats.

Appartenant à un service qui expérimente la démarche, **le D^r Alain FAYE** souhaite témoigner de la vertu du dispositif qui permet de mieux partager les pratiques au bénéfice des patients. Les professionnels qui ne font pas partie du programme de RAAC bénéficient aussi de ces avancées dans une logique d'échange de bons procédés.

Le président demande aux porteurs du projet d'englober la pédiatrie dans leur réflexion.

Le D^r Anissa BELBACHIR indique qu'une collaboratrice du président a été conviée afin d'explorer la manière de déployer la RAAC en pédiatrie.

Le directeur général constate que les demandes de contacts initiés auprès des collégiales n'ont pas abouti. Alors que le programme de RAAC vise à la fois à réduire les coûts et à améliorer la prise en charge, il souhaite que cette démarche puisse essaimer largement dans l'institution.

VIII - Point sur la prise de rendez-vous en ligne à l'AP-HP

M. Étienne GRASS rappelle que des projets pilote sur la prise de rendez-vous en ligne ont été menés à Bicêtre et Paul-Brousse. Suite à ces expérimentations concluantes, le déploiement a démarré suite au marché passé avec la société *Doctolib*. Ce projet est prioritaire. Il doit permettre de rendre l'offre de soins plus lisible. Quatre services de l'HEGP ont déployé ce nouveau service, ce qui permet à chaque praticien de voir d'ores et déjà fonctionner le service. Pour que le système fonctionne, il est essentiel que les professionnels prennent du temps pour remplir les informations pertinentes de leurs fiches praticiens. Ils seront accompagnés pour cela. Le déploiement se poursuivra dans les autres GH courant 2017 sur la base du calendrier présenté à la CME.

Le président estime que la mise en place de ce module de prise de rendez-vous en ligne est essentielle.

IX - Questions diverses

Valeurs de l'AP-HP

Le D^r Nathalie DE CASTRO, après avoir pris connaissance du texte mis en ligne sur les valeurs de l'AP-HP, a le sentiment que l'AP-HP a vocation à créer des points pour le système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) et de respecter l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM), ce qui la surprend fortement.

Le directeur général souligne que ce texte est le fruit d'un groupe de travail pluridisciplinaire composé d'une quarantaine de personnes. Cette première version doit servir de base pour affiner les valeurs. Il y a une semaine, 400 premiers retours avaient été collectés. Ces remarques remonteront vers le groupe de travail pour amender le texte. Un consensus n'est probablement pas atteignable à ce sujet mais un texte reprenant les valeurs de l'AP-HP apparaît justifié.

X - Approbation du compte rendu de la CME du 10 janvier 2017

Le compte rendu de la CME du 10 janvier 2017 est adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 40.

* *
*
*

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

mardi 7 mars 2017 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 21 février 2016 à 16 heures 30