

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 7 MARS 2017

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU 11 AVRIL 2017

SOMMAIRE

I - Informations du président de la CME	6
II - Échange avec le D ^r Pierre CHARESTAN, président de la CME (PCME) de l'hôpital Pierre-Ballenger à Aulnay-sous-Bois, président de la conférence des PCME des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France	10
III - Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP	14
IV - Attractivité et fidélisation des praticiens des services d'urgences de l'AP-HP	16
V - Résultats de l'audit sur les pratiques de prescription des spécialités pharmaceutiques contenant du valproate de sodium à l'AP-HP	19
VI - Information du groupe de travail sur la coordination des temps médicaux et non médicaux à l'AP-HP	21
VII - Système d'information et confidentialité des données de santé à l'AP-HP	23
VIII - Questions diverses	24
IX - Approbation du compte rendu de la CME du 7 février 2017	25

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Échange avec le D^r Pierre CHARESTAN, président de la CME (PCME) de l'hôpital Robert-Ballenger à Aulnay-sous-Bois, président de la conférence des PCME des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France
3. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP (M. Marc DUPONT)
4. Attractivité et fidélisation des praticiens des services d'urgences de l'AP-HP (P^r Dominique PATERON)
5. Résultats de l'audit sur les pratiques de prescription des spécialités pharmaceutiques contenant du valproate de sodium à l'AP-HP (D^r Nicole PÉRIER)
6. Information du groupe de travail sur la coordination des temps médicaux et non médicaux à l'AP-HP (P^r Rémi SALOMON, M. Étienne GRASS)
7. Système d'information et confidentialité des données de santé à l'AP-HP (P^r Michel ZÉRAH, D^r Laurent TRÉLUYER)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 7 février 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 Yves AIGRAIN
- M. le P^r Joël ANKRI
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- 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 Clara BOUCHÉ
- 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 CHÉRON
- M. le P^r Yves COHEN
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- 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 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^{me} Sophie GUILLAUME
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- 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 Ariane MALLAT
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Véronique MOLINA
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le P^r Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M^{me} Géraldine POENOU
- M^{me} le D^r Élisabeth PORMOQUER
- 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 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. le D^r Noël ZAHR
- M. Jérémie ZERBIT
- M. le P^r Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^r Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
- M. le P^r Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

- M. le P^r 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. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M^{me} Véronique DROUET, direction de la communication
- M. Marc DUPONT, direction des affaires juridiques
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Catherine SUEUR, secrétaire générale
- M^{me} Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales
- 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} Philippe ARNAUD, Marie BORNES, Pierre CARLI, Philippe CORNU, Jacques DURANTEAU, Bertrand GUIDET, Vincent JARLIER, Dominique LE GULUDEC, Michel LEJOYEUX, Louis MAMAN, Michel PEUCHMAUR, Claire POYART, Philippe RUSZNIEWSKI, Namik TARIGHT, Denis TIXIER
- M^{me} Françoise ZANTMAN, 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 souhaite la bienvenue à M^{me} Géraldine POENOU qui remplace M. Jules GREGORY dans le collège des internes en médecine.

Groupes de travail stratégiques

Les groupes de travail stratégiques lancés par le directeur général travailleront en interaction avec la CME. Un séminaire est programmé les 24 et 25 mars en vue de faire travailler ces groupes sur cinq thématiques, deux membres de la CME participant à chacun des 4 premiers :

- logique de site : P^r Thierry BÉGUÉ, D^r Anne GERVAIS ;
- logique de discipline : P^{rs} Olivier BENVENISTE et Paul LEGMANN ;
- opportunités ouvertes par les innovations technologiques sur l'organisation interne et territoriale de l'offre de soins : P^r Catherine BOILEAU, D^r Sophie CROZIER ;
- leviers de transformation (gouvernance, questions financières, retour sur investissement...) : P^r Rémi SALOMON, M. Guy BENOÎT ;
- projet médical commun des groupes hospitaliers (GH) partenaires de l'université Pierre-et-Marie-Curie (UPMC).

Une restitution de ces travaux sera présentée et discutée à la CME lorsque les réflexions auront suffisamment avancé.

Groupe de suivi du rapport du P^r HANNOUN

Le groupe de suivi auditionnera les directeurs et présidents de CME locale (CMEL) des GH potentiellement concernés par les restructurations préconisées par le rapport sur la chirurgie du P^r HANNOUN :

- retour d'expérience sur le regroupement de la transplantation hépatique des GH *Hôpitaux universitaires de l'Est parisien* (HUEP) et la Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix ;
- projet de chirurgie digestive du GH HUEP ;
- fédération d'urologie des hôpitaux partenaires de l'UPMC ;
- projet de regroupement de la chirurgie maxillo-faciale des GH *Hôpitaux universitaires Saint-Louis – Lariboisière* et Paris Nord Val-de-Seine (HUPNVS) ;
- le projet concernant la chirurgie orthopédique et traumatologique des 3 GH HUPNVS, HUEP et *Hôpitaux universitaires Paris-Sud* (HUPS) ;
- les projets de chirurgie cancérologique en gynécologie et sénologie des GH HUPNVS et HUPS ;
- réflexion sur la transplantation pulmonaire entre le GH HUPNVS et l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP).

Un retour et une discussion seront organisés en CME.

École de chirurgie

Une lettre de mission est en cours de signature entre le directeur général et le président de la CME. Elle missionne le P^r Philippe HARDY pour préfigurer l'école et son installation sur le site de l'ancien hôpital Broussais, dans le bâtiment Leriche. Un travail conséquent reste toutefois à mener avant une installation que le président espère pouvoir intervenir avant la fin de son mandat.

Convention unique pour les essais cliniques

Le président indique qu'une plaquette a été remise sur table concernant la labélisation des structures tierces dans le cadre de la convention unique pour les essais cliniques à promotion industrielle.

Le P^r René ADAM précise que l'objectif de cette communication est d'organiser un rappel sur le nouveau cadre réglementaire. Cette plaquette rappelle que la date limite pour candidater en tant que structures tierces est fixée au 15 mars 2017.

Commission de répartition des postes d'internes

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU rappelle que la réforme du 3^e cycle des études médicales doit entrer en vigueur à partir du semestre de novembre 2017, incluant une phase socle. Pour ce qui concerne les commissions, les décisions prises s'apparentent à un *statu quo* avec des ouvertures venant compenser peu ou prou les fermetures en nombre. Pour la médecine générale, Les postes de médecine d'urgence ont été ouverts à l'AP-HP dans d'excellentes conditions avec 16 postes ouverts définis par le responsable de la collégiale. En revanche, 22 postes de gériatrie sont fermés, en partie parce que l'offre de soins est plus faible en été. Une réunion spécifique pour la gériatrie avec les coordonnateurs des deux disciplines est prévue le 14 avril dans le cadre du comté CME des internes en vue d'apporter des solutions à cette situation difficile pour les services.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU ajoute que la réforme suscite une émotion assez forte au niveau national, moins vive en Île-de-France, chez les internes qui se mobilisent.

M^{me} Géraldine POENOU informe la CME qu'une assemblée générale extraordinaire de l'Intersyndicale nationale des internes de spécialités (ISNI) a eu lieu le week-end des 4 et 5 mars 2017. Dans certaines régions, faute d'une préparation suffisante, il existe des craintes quant à la mise en place de la phase socle mais ces inquiétudes sont moins vives en Île-de-France où la préparation a permis de lever les incertitudes. Il perdure cependant deux interrogations : l'une concerne l'absence de décret détaillant les statuts de la phase 3, avec l'assistantat de 3^e cycle et son affectation ; l'autre les maquettes de certaines spécialités qui s'opposent fermement à la réforme.

Pour compléter l'information, **le P^r Bruno Riou** propose de communiquer la lettre de réponse des deux ministres au courrier de l'ISNI ainsi que la lettre de réponses détaillées des deux cabinets aux questions posées par l'ISNI.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE souhaite témoigner de l'insatisfaction de sa spécialité – l'hépatogastroentérologie – face à cette réforme. Même si des réunions ont été programmées, il fait le

constat d'une absence de concertation. Des arguments ont été avancés par notre conseil national des universités (CNU) pour démontrer qu'il était impossible de former des gastroentérologues en trois années plus une année supplémentaire de mise en condition. Ces remarques n'ont malheureusement pas été entendues. Alors que les gastroentérologues prennent en charge la moitié de la cancérologie digestive en France, qu'ils assurent la totalité de l'endoscopie digestive diagnostique et thérapeutique, de l'hépatologie... cette réforme qui est contraire aux recommandations européennes ne permettra pas plus de former correctement les médecins français à l'endoscopie. **Le P^f Stanislas CHAUSSADE** considère que cette réforme ne pourra que venir détériorer la qualité de la formation des gastroentérologues, raison pour laquelle tous les syndicats, les sociétés savantes, le CNU et les internes de la spécialité s'y opposent. Il déplore que cette réforme vienne mettre en place un système à deux vitesses conduisant à brader la formation des gastroentérologues tandis que les pneumologues par exemple bénéficieront d'une formation sur cinq années.

M. Stefan NERAAL confirme qu'il n'est pas prévu de lancer une grève des internes parisiens.

Appel à projets « France médecine génomique 2025 »

Le président indique que M^{me} Christine WELTY a présenté au directoire du 6 mars le dossier de candidature de l'AP-HP en réponse à l'appel à projets lancé par le ministère pour l'installation de 2 premières plateformes de séquençage à très haut débit en France. Il la félicite d'avoir réussi à finaliser le dossier en association avec l'institut Gustave-Roussy et l'institut Curie. Ce projet ambitieux dénommé SÉQOIA sera présenté à la CME du 11 avril.

M^{me} Christine WELTY ajoute que le projet SÉQOIA, au-delà de l'Institut Gustave-Roussy et l'institut Curie, réunit également l'institut hospitalo-universitaire (IHU) *Imagine* et les 7 universités d'Île-de-France possédant une unité de formation et de recherche (UFR) de médecine et pharmacie.

Qualité de vie au travail

Le président invite le P^f Rémi SALOMON à dire quelques mots d'un livre qui fait grand bruit dans la presse, *Omerta* de Valérie AUSLANDER. Ce livre évoque des témoignages de maltraitance d'étudiants hospitaliers et d'internes.

Le P^f Rémy SALOMON indique, au nom de la sous-commission *Vie hospitalière*, que cet ouvrage rend compte de témoignages individuels anonymes. L'AP-HP n'est à aucun moment nommée et ces cas se disséminent probablement sur l'ensemble du territoire national. Ce livre donne la parole à des élèves infirmiers et aides-soignants ainsi qu'à des internes et externes qui y livrent leur souffrance. À ce sujet, il rappelle que le plan dit *Ressources humaines – personnel médical* (RHPM) doit également s'adresser aux plus jeunes.

Le président souhaite que la CME porte ce message d'attention aux jeunes générations auxquelles on doit donner envie de poursuivre des carrières hospitalières.

Le directeur général revient sur l'événement dramatique ayant eu lieu à l'hôpital Cochin dont la victime est une infirmière qui travaillait depuis six ans dans le département d'informatique médicale (DIM). À l'hôpital Cochin, le codage est effectivement centralisé. Depuis quelques temps,

des questions se posaient sur le fonctionnement de cette équipe et sur l'organisation du travail. Des tensions avaient été identifiées et avaient conduit à la rédaction d'un rapport. Un audit venait par ailleurs de commencer.

Dans ce type de circonstances, il est impossible d'affirmer d'emblée, et sans plus d'informations, qu'il existe un lien entre le contexte professionnel et le suicide de cette salariée mais une enquête sera menée. Il remercie le D^r Nicolas DANTCHEV de s'être mobilisé dès l'annonce de cet événement dramatique pour apporter son soutien aux membres de l'équipe. Un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) extraordinaire se tiendra le 8 mars au matin auquel il participera. La procédure prévue s'enclenchera pour suivre et enquêter sur cette situation. De tels drames ne peuvent pas donner lieu à des visions simplistes et des conclusions hâtives versant dans l'un ou l'autre sens consistant à dire que la souffrance au travail est générale ou que les problèmes n'existent pas. Il souhaite que l'enquête puisse se dérouler dans la sérénité.

Le directeur général revient ensuite sur les circonstances de la disparition d'un patient à l'HEGP. Le rapport qui avait été rédigé à cette occasion a été rendu public la semaine passée. Sur cette affaire, l'AP-HP a reconnu sa responsabilité compte tenu de l'enchaînement de plusieurs dysfonctionnements qui ne tiennent pas uniquement aux dispositifs de sécurité. Une bonne gestion de ces questions dépend aussi de la coordination entre les équipes médicales, les équipes soignantes, les équipes techniques et administratives et les équipes de direction.

Environ 200 événements classés comme « fugues » ont été enregistrés sur le périmètre de l'HEGP en 2016, ordre de grandeur que l'on retrouve dans les autres groupes hospitaliers. Cependant, ce terme recouvre plusieurs situations, dont le cas des patients qui quittent les urgences avant avis médical. Il convient donc de mieux qualifier ces événements pour ne pas les considérer comme des faits de routine pour parfois les appréhender comme des faits alarmants. D'ailleurs, certains éléments du rapport fournissent des éléments de compréhension permettant de mieux jauger ces situations et apportent des pistes de réponses qu'elles soient techniques (vidéosurveillance) comme organisationnelles.

Mouvements de directeurs

M^{me} Anne COSTA a été nommée directrice du GH *Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest* (HUIFO). L'intérim du GH *Hôpitaux universitaires Paris-Ouest* (HUPO) a été confié à M^{me} Stéphanie DECOOPMAN. Considérant qu'une même personne ne pouvait pas chapeauter les GH HUPO et Robert-Debré, il a décidé de confier l'intérim de Robert-Debré à M^{me} Jihane BENDAÏRA.

ORBIS a commencé à être déployé à la Pitié-Salpêtrière. Cette bascule n'a pas été sans heurts compte tenu de la taille de l'hôpital mais aucune des difficultés de connexion n'est rédhibitoire, même si ces dysfonctionnements désorganisent évidemment une partie de l'activité.

Entrepôt de données de santé (EDS)

La commission nationale *Informatique et libertés* (CNIL) vient de donner un avis favorable, grâce, en particulier, aux efforts de la CME pour améliorer la transparence de la gouvernance et donner confiance dans la gestion de l'entrepôt de données de santé. L'AP-HP est l'un des premiers

groupes à recevoir l'approbation de la CNIL dans ce domaine, ce qui lui confie une responsabilité forte mais aussi l'autorise à mener des travaux à partir de ces données. Il propose de présenter un point sur les usages de cet entrepôt, notamment en lien avec la plate-forme SÉQUOIA, lors d'une prochaine réunion de la CME.

Comptes 2016

Les comptes 2016 de l'AP-HP seront présentés avant l'été. Au préalable, **le directeur général** souhaite partager quelques éléments. Il signale que les engagements ont été tenus en termes d'activité : les objectifs ont été atteints, sous l'effet d'une activité dynamique de l'hospitalisation partielle. Les recettes sont également au rendez-vous et conformes aux objectifs. Les recettes 2016 sont de meilleure tenue qu'en 2015.

Parallèlement, les charges ont été maîtrisées avec des dépenses de personnel qui s'établissent à 0,1 % en dessous de l'objectif fixé dans le budget rectificatif. **Le directeur général** rappelle que la direction avait annoncé aux instances qu'elle ne viserait pas à réduire les effectifs, engagement qui a été tenu puisque les effectifs sont globalement stables entre 2015 et 2016. Les projets portant sur l'organisation des rythmes de travail concourent aussi à maintenir cette stabilité des effectifs.

L'année 2016 a été marquée également par des investissements conséquents supérieurs aux prévisions. Les fondamentaux sont solides. Pour autant, il est difficile, pour l'heure, de présager du résultat comptable 2016 dans la mesure où la comptabilisation des provisions et créances, notamment, a dû être modifiée pour se conformer aux recommandations émises par les commissaires aux comptes dans la perspective de la certification des comptes.

Le P^r Éric THERVET souhaite revenir brièvement sur les fugues dénombrées dans les hôpitaux pour rappeler que certaines sont difficiles à identifier au sein des urgences. Il ajoute qu'il a rencontré, avec M^{me} Stéphanie DECOOPMAN, toutes les équipes de l'HEGP. Cette affaire a généré de la souffrance au sein du personnel administratif, technique, de la sécurité comme soignant et médical. La direction de l'hôpital a donc souhaité les écouter longuement et leur témoigner du soutien.

Le président exprime ses remerciements aux équipes de psychiatrie et salue leur engagement pour aider les personnes en difficulté, que ce soit lors des attentats ou lors des drames que connaît notre institution.

II - Échange avec le D^r Pierre CHARESTAN, président de la CME (PCME) de l'hôpital Robert-BALLENGER à Aulnay-sous-Bois, président de la conférence des PCME des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France

Le D^r Pierre CHARESTAN remercie le président de lui laisser l'opportunité de partager avec la CME les préoccupations des CH ainsi que leurs projets et ambitions pour l'avenir. La conférence des présidents de CME des CH regroupe 42 centres. Le D^r Pierre CHARESTAN a été élu président en février 2016, succédant ainsi au D^r Pierre FOUCAUD. Le vice-président de la conférence régionale est le D^r Hervé HAGÈGE, gastro-entérologue au centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC).

En Île-de-France, la grande couronne couvre 85 % du territoire et regroupe 45 % de la population francilienne. Cinq importants CH sont implantés en grande couronne : Pontoise, Poissy-Saint-Germain, Versailles, Sud francilien et le groupe hospitalier de l'est francilien (GHEF, Marne-la-Vallée).

La région Île-de-France présente plusieurs particularités. C'est la région où l'espérance de vie est la plus élevée et où la mortalité générale est la plus faible. En revanche, on y enregistre, dans quelques départements, une surmortalité infantile, une surmortalité féminine par cancer et une précarité sociale forte. La région jouit d'une grande attractivité mais quasi-exclusivement de son centre au détriment de sa grande périphérie. La région est également marquée par une forte hétérogénéité des territoires, des populations et des équipements entre le centre et la périphérie.

D'après les données de l'agence régionale de santé (ARS) de 2014, les CH regroupent 38 % des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de la région (contre 37 % pour l'AP-HP), 43 % des naissances (contre 22 % à l'AP-HP), 46 % des soins de suite et rééducation (SSR) (contre 23 % à l'AP-HP) et 37 % en psychiatrie (contre 20 % à l'AP-HP). Les recettes des CH se sont élevées à 6,5 Md€ pour 7,5 Md€ de recettes à l'AP-HP.

Le D^r Pierre CHARESTAN confirme que la démographie médicale est fragile avec un taux de vacance de postes de praticiens hospitaliers (PH) temps plein légèrement inférieur à la moyenne nationale.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 impacte fortement les organisations sanitaires par la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) imposant aux établissements publics d'élaborer et de partager les projets médicaux et les fonctions supports. La loi recommande de structurer les parcours et les filières de soins pour les fluidifier et pour maintenir et renforcer l'offre de soins de proximité. Elle vise à mettre en place un maillage territorial reposant sur une graduation de l'offre de soins. Elle entend favoriser la mutualisation des équipes entre les structures et le partage des compétences médicales rares, renforcer l'attractivité médicale et harmoniser les pratiques et modes de prise en charge.

Le D^r Pierre CHARESTAN rappelle qu'il existe 12 GHT de centres hospitaliers et 3 GHT de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Ces groupements sont hétérogènes, certains regroupant 11 établissements comme dans les Yvelines-Sud tandis que d'autres en regroupent deux. La maturité des groupements est aussi diverse : certains GHT ont opté pour une direction commune, une fusion tandis que d'autres poursuivent sur la base des mêmes modes de fonctionnement sans désignation d'une nouvelle personnalité morale. Les GHT font également face à des situations financières diverses. Par ailleurs, l'attractivité médicale des groupements de périphérie est plus faible. Un projet médical partagé devra être présenté par chaque GHT d'ici juin 2017.

Le D^r Pierre CHARESTAN commente ensuite la convention d'association entre les GHT et l'AP-HP précisant que le CHU a vocation à être associé à chaque GHT de son ressort universitaire dont il n'est pas membre. Les CHU coordonnent avec les GHT, en articulation étroite avec l'Université quatre missions :

- les missions d'enseignement et de formation initiale ;
- les missions de recherche ;

- les missions de référence et de recours ;
- les missions de gestion de la démographie médicale.

Concernant la mission d'enseignement et de formation initiale des professionnels médicaux, le CHU coordonne avec l'Université l'agrément des terrains de stage. Il gère les étudiants hospitaliers, les internes et les sages-femmes et développe l'enseignement à distance. La répartition des stages doit impérativement répondre à la fois aux exigences pédagogiques, à la nécessité de mailler les territoires couverts par les GHT et de travailler sur l'attractivité médicale.

S'agissant des missions de recherche, le rôle du CHU est de développer les recherches biomédicales et cliniques, de faire bénéficier les technologies de recherche, de diffuser les connaissances, de faire participer les CH à l'investigation et de faciliter l'accès aux compétences et prestations des plates-formes de soutien à la recherche clinique.

En ce qui concerne la mission de référence et de recours, l'objectif est de mettre en place une organisation graduée des filières définies par le projet médical partagé en coordination avec le ou les CHU impliqués.

Enfin, concernant les missions de gestion de la démographie médicale, l'objectif sera de mettre en adéquation les ressources médicales du 3^e cycle et les besoins médicaux, mais aussi de mettre en place des outils de gestion prévisionnelle partagée des emplois et des compétences et de faciliter et renforcer la mise en place de postes partagés d'assistants et de praticiens.

S'agissant des postes d'assistants partagés, **le D^r Pierre CHARESTAN** précise que ce dispositif est financé à hauteur de 60 % par l'ARS et à 40 % par les CH et CHU. Ces contrats sont d'une durée de 2 ans et leur objectif est de créer en fin de contrat, des postes de praticiens dans les CH concernés en lien avec le CHU. Alors que ce dispositif sera à sa 4^e édition en avril 2017, seulement 81 postes ont pu être créés depuis son démarrage, la région Île-de-France reste loin derrière les autres régions de France en la matière.

Dans un contexte marqué par une conjoncture économique préoccupante, de fortes contraintes financières, une concurrence féroce et de nombreuses restructurations, **le D^r Pierre CHARESTAN** termine son propos en affirmant que les CH de la région Île-de-France restent mobilisés, attentifs, ouverts au dialogue et convaincus de la nécessité de mieux structurer l'offre de soins en partenariat fort, constructif et intelligent avec l'AP-HP.

Le président souligne qu'un tiers des postes ne sont pas pourvus en anesthésie, radiologie et chirurgie.

Le D^r Pierre CHARESTAN remarque que ces taux sont en conformité avec ceux affichés au niveau national. Le phénomène qui le préoccupe le plus porte sur la fuite des internes.

Le président estime que la publicité faite sur les vacances de postes n'est pas suffisante et souhaite une réflexion sur une démarche plus structurée pour mieux en informer les chefs de clinique.

Alors que le dispositif des assistants termine sa 4^e édition, **le P^r Francis BONNET** souhaiterait qu'un bilan en soit tiré pour déterminer si les jeunes médecins intègrent les hôpitaux d'Île-de-France à l'issue de ce contrat et si ce dispositif renforce effectivement les collaborations avec les services universitaires.

Le D^r Pierre CHARESTAN reconnaît qu'il a été impossible d'évaluer les 3 dernières vagues et que le nombre de médecins ayant été recrutés par les établissements suite à ces contrats est inconnu à l'ARS. Il reconnaît que l'attractivité des établissements reste à construire.

Le P^r Bruno Riou précise qu'il est projeté de tirer le bilan de ces vagues avec l'ARS d'Île-de-France. Il ajoute que la commission pédagogique locale de subdivision comme la commission interrégionale devront être composées de membres différents conformément à ce que prévoit la réforme du 3^e cycle. Seul le coordonnateur sera commun. Par ailleurs, ces commissions devront intégrer, non seulement des étudiants, mais aussi des représentants des services académiques agréés non universitaires. Cette organisation sera de nature à faciliter les liens entre le CHU et la petite et la grande couronnes sur une discipline donnée. Il ajoute qu'une réflexion est également engagée en vue de mettre en place des postes d'internes partagés, qui pourraient devenir ensuite des assistants partagés.

Le P^r Thierry BÉGUÉ indique que de nombreuses collaborations ont été nouées par l'hôpital Antoine-Béclère avec les structures hospitalières du sud de l'Île-de-France. Concernant les groupements de territoire, il souhaite savoir si l'adossement en fonction de la proximité géographique prévaudra sur les préférences d'équipes. Il observe par ailleurs que plusieurs CH ne disposent pas d'une technologie avancée en chirurgie orthopédique : il souhaite savoir quel développement est envisagé pour ces services afin qu'ils puissent recevoir des internes et proposer des postes d'assistants partagés qui tablent sur une réelle pratique. Il constate par ailleurs que les assistants partagés ne se voient pas forcément proposer un poste de PH, situation qu'il faudrait corriger. Enfin, alors que la loi de modernisation du système de santé vient supprimer le diplôme d'études supérieures (DES) de chirurgie générale, il souhaite savoir quelle organisation devra être mise en place pour faire face à la pénurie d'internes.

Le D^r Pierre CHARESTAN souligne que la loi de modernisation du système de santé précise que les coopérations doivent se réaliser avec le CHU du GHT, cependant nous bénéficions d'une certaine souplesse en Île-de-France où il est autorisé de travailler avec le CHU associé ou non au GHT. Il affirme, par ailleurs, que les équipements et plateaux techniques dans les CH doivent répondre aux exigences des maquettes des spécialités pour recevoir et former les internes et assistants. Sur la réforme du 3^e cycle, il demande aux doyens et coordonnateurs une certaine vigilance sur la place importante des CH dans la formation des étudiants et futurs professionnels pour les 3 phases de la formation médicale.

Le P^r Jean-Luc DUMAS précise que le GHT peut avoir un CH référent et une université référente sans pour autant casser les collaborations historiques. Il estime par ailleurs que la question de l'avenir de l'assistant spécialiste devrait ne plus se poser à l'avenir puisque le jury étudiera aussi quel avenir sera proposé à cet assistant à l'issue de son contrat.

III - Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP

M. Marc DUPONT précise que cette mise à jour du règlement intérieur fait suite à la promulgation de la loi de modernisation du système de santé, de la loi LÉONETTI 2 sur la fin de vie, ainsi qu'au rapport dit « RHPM », au rapport portant sur les conflits d'intérêts et aux travaux relatifs aux structures médicales.

Les modifications les plus importantes sont les suivantes.

Dans son article 5, le règlement intérieur précise que l'AP-HP assure le service public hospitalier. Pour renforcer la sécurité des sites, les articles 34 et 237 mentionnent la mise en place de cartes professionnelles et leur port obligatoire. L'article 46 affirme l'interdiction devapoter dans les structures de l'AP-HP destinées à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ainsi que dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif. L'article 51 rappelle le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé, mais aussi de son mode de prise en charge (ambulatoire, domicile), notamment lorsqu'il relève de soins palliatifs. Les articles 57 et 171 mentionnent la lettre de liaison qui doit être remise au patient à sa sortie pour faciliter la coordination entre l'hôpital et la médecine de ville.

L'article 92 précise que les sages-femmes et les infirmiers, pour certains actes, peuvent soigner des patients mineurs sans le consentement parental. Cette faculté est désormais étendue aux actions de prévention, de dépistage et de diagnostic. L'article 116 indique que la personne avec laquelle était « pacsée » ou vivait en concubinage le patient décédé pourra accéder à son dossier médical.

L'article 119 indique que la désignation de la personne de confiance est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Les articles 121 et 217 précisent l'élargissement du champ du secret partagé et collectif.

L'article 143 précise les modalités de recherche d'un éventuel refus de don d'organes. Le refus de prélèvement est désormais principalement exprimé par l'inscription sur le registre national automatisé.

L'article 151 bis est un nouvel article relatif au respect de la vie privée : cette disposition n'est pas introduite par la loi mais fait suite à différentes affaires dans lesquelles des photographies avaient pu être prises sans l'autorisation des personnes dont l'image a été captée.

L'article 159 bis indique que les visiteurs médicaux ne peuvent accéder aux locaux et aux professionnels qu'avec l'accord exprès du responsable de la structure médicale. Plusieurs conditions sont fixées en corollaire visant à limiter les possibles conflits d'intérêts.

Les articles 176 et 176 bis disposent que les patients doivent être informés des frais et conditions de prise en charge ainsi que des dispenses de frais. Il y est indiqué également que le patient recevra une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge à sa sortie.

Au-delà de ces modifications portant sur le corps du règlement intérieur, **M. Marc DUPONT** ajoute que des corrections ont également été apportées aux annexes. Elles portent sur les champs suivants :

- annexe 1 concernant la composition de la CME ;
- annexe 7 pour étendre le champ des missions du CHSCT à la prévention ;
- annexe 8 concernant la nouvelle commission des usagers ;
- annexe 16 pour compléter et préciser la charte du bon usage du système d'information ;
- annexe 17 sur le fonctionnement des pôles.

Les articles 10 à 15 du règlement intérieur précisent le fonctionnement des pôles. L'annexe 17, qui les complète, prévoit que les pôles sont composés de deux types de structure : les services, d'une part, et les unités fonctionnelles (UF), d'autre part. La dénomination d'un service pourra diverger suivant les lieux : service, département, centre, institut, etc. Par ailleurs, des fédérations supra-GH permettront de construire des organisations permettant d'associer des activités médicales complémentaires tout en respectant l'architecture des pôles, des UF et des services. Ces ensembles seront qualifiés de fédérations. De la même manière, des fédérations intra-GH seront également possibles pour lier des services et UF de pôles différents.

Le directeur général ajoute qu'une phrase du rapport dit « RHPM » et reprise dans la charte a été débattue aux fins de savoir si elle devait figurer également au règlement intérieur. La question était de déterminer si les entretiens ayant lieu entre les médecins et les chefs de service pouvaient être portés à la connaissance des personnes appelées à trancher les différends. Une formulation adéquate a été trouvée afin de renvoyer vers la charte, cette solution permettant de ne pas avoir à modifier le règlement intérieur en cas de modification de la formulation.

M. Guy BENOÎT constate que le document mis en ligne sur le site internet est proche de la version finalisée en mai 2016 alors que la charte a été amendée en janvier 2017 pour en faire un document plus consensuel faisant référence aux risques psychosociaux. Il souhaite s'assurer que les modifications ont été acceptées et qu'il y fait référence au guide d'entretien dans sa version de janvier 2017 et non de mai 2016.

M. Marc DUPONT confirme que la version retenue est celle établie en janvier 2017.

Le D^r Anne GERVAIS ajoute que le document distingue désormais clairement les entretiens d'échanges pour les personnels médicaux et les entretiens d'évaluation pour les personnels paramédicaux et que les modalités d'entretien ne figurent pas dans le règlement (pas d'élaboration obligatoire d'un compte rendu).

En l'absence d'autres remarques, **le président** soumet le projet aux voix.

Le règlement intérieur de l'AP-HP est adopté à l'unanimité des voix exprimées et une abstention.

IV - Attractivité et fidélisation des praticiens des services d'urgences de l'AP-HP

Le P^r Dominique PATERON commence par un point de contexte en indiquant que les urgences vitales sont en situation de relative stabilité tandis que les autres urgences augmentent. Les urgences font face à de nouvelles priorités : alors qu'il est observé un déclin de la traumatologie routière, les pathologies cardiovasculaires et neurologiques ainsi que les complications aiguës des cancers et des maladies chroniques sont en augmentation. Les urgences doivent également faire face au vieillissement de la population, au handicap, à l'exclusion sociale, à la fin de vie et à l'hospitalisation à domicile. Les patients et la société expriment aujourd'hui de plus fortes attentes en matière de qualité et de sécurité. Les urgences sont appelés à gérer des situations sanitaires exceptionnelles, à faire face à la défaillance de la permanence des soins ambulatoires et à la concentration de l'offre de soins spécialisés.

L'attractivité des urgences dépend de trois points : l'aval, les effectifs et les statuts des urgentistes.

– *Aval*

Le P^r Dominique PATERON souligne que l'aval des urgences est la principale cause de pénibilité, surtout pour les services d'accueil des urgences (SAU) adultes. Par ailleurs, il faut retenir que ce ne sont pas les patients extrêmement graves (pour lesquels il existe des filières identifiées) ou les plus légers (pour lesquels il suffit d'ajouter un consultant) qui surchargent les urgences mais ce sont les malades qu'il faudrait hospitaliser mais pour lesquels aucun lit n'est disponible. Ces situations s'apparentent à une maltraitance pour les patients et créent des tensions au sein des équipes. En outre, l'aval des urgences n'est pas que le problème des urgentistes mais de tout l'hôpital. Des solutions peuvent être apportées pour lever ces difficultés :

- animer les commissions des activités non programmées ;
- mieux gérer les lits en favorisant le dialogue au sein de l'hôpital ;
- établir des plans d'hospitalisation élargie pour répondre aux engorgements ponctuels des urgences, en s'inspirant du plan *Bronchiolite* pour créer un plan type « ÉPIGER » ;
- fixer des règles d'hospitalisation ;
- réguler sur l'AP-HP les filières gériatriques ;
- travailler sur l'aval de l'aval.
- proposer une opération « zéro brancard dans les couloirs des urgences pour les malades à hospitaliser ».

– *Effectifs*

La circulaire de décembre 2014 fixe des ratios de personnel qui permettent d'homogénéiser les situations entre les différents services d'urgences de l'AP-HP. Ces règles peuvent être considérées comme arbitraires car uniquement basées sur la densité médicale au sein des services d'urgences. Les recommandations professionnelles recommandent un ratio compris entre 3,8 et 6 équivalents temps plein (ÉTP) pour 10 000 passages aux urgences tandis que les discussions conduites entre la DOMU et les organisations syndicales ont abouti à un ratio de 3,7 ÉTP pour les urgences adultes et de 2,9 ÉTP pour les enfants (ratio très contesté pour les urgences pédiatriques). Dans les faits, ces

ratios sont de 3,26 ÉTP pour les adultes et de 2,51 ÉTP pour les enfants en janvier 2017. À Bichat, Louis-Mourier, Bicêtre et Henri-Mondor, plus de 10 % des postes sont disponibles. Plus globalement, les SAU adultes sont confrontés à un défaut d'occupation des postes, contrairement aux SAU enfants où seuls 2,1 postes sont vacants. Dans les SAMU-SMUR, 3,1 postes sont disponibles. Si l'occupation des postes est correcte dans les SAMU-SMUR, il est à noter un défaut de postes pour assurer les lignes d'activité non clinique. Concernant les effectifs, **le P^r Dominique PATERON** soumet les solutions suivantes :

- raisonner à partir des organisations ;
- se fixer des objectifs partagés ;
- adapter la densité aux flux (et notamment adapter les ratios à l'augmentation des passages) ;
- mutualiser les postes entre SAU et SAMU-SMUR ;
- améliorer le choix de la médecine d'urgence.

- *Statuts*

Enfin, concernant les statuts, **le P^r Dominique PATERON** rappelle que les effectifs devaient être composés de 5 % de HU, de 45 % de PH, de 35 % de praticiens hospitaliers contractuels (PHC) et assistants et de 15 % d'attachés. En 2017, les effectifs se répartissent comme suit : 4,8 % de HU, 37,5 % de PH, 41,2 % de PHC et assistants et 16,5 % d'attachés, avec de grosses disparités selon les structures (SAMU-SMUR, SAU adultes, SAU pédiatriques). Les solutions sont :

- réviser les effectifs en proposant un traitement spécifique aux urgentistes pour leur permettre d'évoluer professionnellement vers les objectifs définis par l'AP-HP ;
- mener une action des GH sur l'évolution des praticiens hospitaliers attachés.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite comprendre comment il sera possible d'encadrer les DES en médecine d'urgence mis en place par la réforme alors que de nombreux postes sont vacants. Il sollicite également des précisions sur l'objectif de régulation des filières gériatriques.

Le P^r Dominique PATERON souligne que la première difficulté est de prendre en charge les malades. Sur certains sites, l'enjeu n'est pas d'être en mesure d'encadrer les étudiants mais d'établir les tableaux de service. Pour la gériatrie, l'AP-HP doit mettre en place une régulation globale afin que les GH puissent accueillir des malades.

Le D^r Julie PELTIER s'enquiert de la manière dont il sera possible d'attirer des médecins vers les urgences, notamment à Tenon où la fermeture de la chirurgie digestive est annoncée.

Le P^r Dominique PATERON suppose que le sujet doit être traité en favorisant la mutualisation.

Le président remarque que de nombreuses disciplines sont touchées par des problèmes d'attractivité : urgentistes, anesthésistes, radiologistes, gériatres... Cela traduit un problème global et un malaise. De toute évidence, le plan national d'attractivité n'est pas suffisant. Une réflexion beaucoup plus profonde sur le rôle des médecins hospitaliers et sur la façon d'attirer les jeunes est nécessaire au niveau national. La campagne présidentielle devrait être l'occasion de s'emparer de ces sujets.

Le P^r Paul LEGMANN observe que les passages aux urgences ne cessent d'augmenter depuis plusieurs années. Pour y faire face, il suppose que des liens différents pourraient être noués entre les urgences et la médecine de ville afin de pouvoir limiter l'accès aux structures lourdes que sont les SAU.

Le P^r Dominique PATERON rappelle que des liens sont déjà tissés avec des généralistes pour les patients légers. Cependant, il souligne que le faible nombre d'inscriptions au Conseil de l'Ordre en médecine générale ne pourra pas constituer une réponse.

Le président alerte sur la gravité de la situation qui voit le CHU accueillir de plus en plus d'urgences qui arrivent directement chez nous en l'absence de relais en ville et en raison de la fragilité du fonctionnement des réseaux avec les CH.

Le D^r Nathalie DE CASTRO constate que ce sont les politiques mises en place dans l'hôpital qui ont créé ces tensions au sein des urgences. Il est un fait que les services suivant les malades chroniques ne peuvent pas recevoir en urgence ces patients. De même, les hôpitaux de jour permettant d'accueillir les patients en chimiothérapie mais ceux-ci ne pourront pas être pris en charge si leur état se dégrade entre deux chimiothérapies. Plutôt que de proposer des mesures pour répondre chichement aux difficultés, il serait préférable de penser en amont aux organisations à mettre en place pour répondre aux besoins médicaux.

Le P^r Dominique PATERON rejoint ces commentaires. Il sait que des SAU des hôpitaux souffrent en particulier dans le nord de Paris. Il faut une anticipation suffisante des restructurations des établissements qui aboutissent à une augmentation des flux du SAU en termes de locaux et d'effectifs.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que des investissements ont été faits pour renforcer la médecine de ville et faire baisser la fréquentation des urgences. Or, il a constaté que lors d'évènements tels que l'*Euro* de football, une anticipation de l'évènement a permis d'organiser les urgences sans les saturer. Il est donc convaincu qu'il est possible de mieux faire mais il ne sera possible de jouer la carte de l'amont qu'avec l'ensemble de la communauté de l'hôpital. Pour y parvenir, il faudra également se montrer inventif et utiliser des technologies plus modernes.

Concernant les effectifs, **le D^r Patrick PELLOUX** reste optimiste et remercie l'AP-HP d'avoir titularisé nombre d'urgentistes. Pour autant, il sera difficile de réguler les flux vers les urgences de l'AP-HP car elles jouissent d'une image de qualité. Des patients de grande banlieue arrivent dans les établissements *intra-muros* faute d'une permanence des soins sur leur territoire. Il est donc persuadé qu'il faudra rouvrir des lits en ciblant des secteurs de spécialité pour alléger les contraintes.

Le D^r Anne GERVAIS estime que la régulation de l'amont est nécessaire mais non suffisante. Les gestionnaires affirment que 30 % de lits doivent être supprimés puisque la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) est de 4,2 lits pour 1 000 habitants contre 6,2 lits en France. Cette situation tient au fait que les malades chroniques qui devraient être prises en charge en amont, en ville, le sont à l'hôpital. Dans certaines pathologies (diabète et insuffisance cardiaque par exemple) près de 30 % des hospitalisations sont

considérées comme évitables (selon les critères de l'OCDE). Le problème demeurera donc (saturation des urgences) tant que l'organisation de la prise en charge de proximité, la ville, ne sera pas améliorée. En attendant il est fondamental que les services de médecine prenant en charge des cohortes de malades chroniques, s'organisent pour répondre aux besoins et décharger les urgences (consultations sans rendez-vous). Mais alors si on diminue les lits, il faudra maintenir des bras pour s'occuper de ces malades ambulatoires et éviter les hospitalisations.

Le directeur général ajoute que, lors d'une visite récente qu'il a effectuée avec les P^{rs} CAREL et SALOMON aux États-Unis, il a pu se rendre compte que les hôpitaux américains ne sont plus des hôpitaux mais des systèmes reposant autant sur les hôpitaux que sur les médecins de ville, lesquels sont affiliés à un hôpital ou salariés par celui-ci. La transition des hôpitaux américains a été très rapide : désormais 40 % des médecins de ville américains travaillent pour un hôpital. Cette réflexion organisationnelle et structurelle doit être menée aussi en France. Le CHU d'Île-de-France doit travailler sur le sujet et soumettre des propositions.

Le D^r Clara BOUCHÉ déplore que des mesures prises par certains services visant à limiter les passages aux urgences ne soient pas prises en compte. Ainsi les patients acceptés des urgences d'autres hôpitaux, même du même GH ne sont pas comptabilisés comme faisant partie de la filière "aval des urgences". De plus, les services qui ont leur propre gestion des urgences, par des consultations rapides, ou des prises en charge hospitalières directes ne sont pas considérés comme des patients pris aux urgences.

Le P^r Dominique ISRAËL-BIET ajoute que le parcours broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été travaillé avec l'appui de la collégiale de pneumologie. Des hôpitaux pilotes ont été identifiés : Pitié-Salpêtrière, Avicenne et Tenon. La démarche est en train de s'étendre aux autres hôpitaux. Ce projet englobe une réflexion sur la prise en charge globale des patients BPCO, particulièrement de leurs décompensations respiratoires, en amont des consultations d'urgence, lors de leur passage au SAU ainsi que sur l'aval, incluant kinésithérapeutes et services de SSR.

Le P^r Bruno RIOU souhaite faire un focus sur la situation très inquiétante du SAU de l'hôpital Louis-Mourier où tous les indicateurs sont au rouge. Si rien n'est fait, ils ne pourront pas passer l'été. Le chef de service des urgences est en très grande difficulté.

V - Résultats de l'audit sur les pratiques de prescription des spécialités pharmaceutiques contenant du valproate de sodium à l'AP-HP

Le D^r Nicole PÉRIER rappelle que, suite à la lettre de mission envoyée le 21 juillet 2016 par le directeur général à la direction de l'inspection et de l'audit (DIA), un groupe de travail a été aussitôt constitué avec l'ensemble des acteurs concernés pour travailler sur ce sujet. Dès les premiers constats de la mission, le directeur général a cosigné une note avec le président de la CME le 12 octobre 2016 demandant aux directeurs et présidents des CME locales de mettre en place sans délai des mesures en pharmacie à usage intérieur (PUI) et annonçant l'évaluation de pratiques par « cas vignette » des prescripteurs.

Compte tenu des risques encourus avec le valproate, les nouvelles conditions de prescription et de dispensation, édictées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de

santé (ANSM) en mai 2015, imposent que, chez les femmes en âge de procréer, la prescription initiale annuelle soit réservée aux spécialistes en neurologie, psychiatrie ou pédiatrie et qu'elle doit donner lieu à un accord de soins signé après information de la patiente. Le renouvellement peut, lui, être effectué par tout médecin dans la limite d'un an au terme duquel une réévaluation par le spécialiste est requise.

Le D^r Nicole PÉRIER précise que l'audit a montré que si 100 % des PUI ont reçu la lettre de l'ANSM du 26 mai 2015, seulement 27 % des médecins prescripteurs non psychiatres, neurologues ou pédiatres ont eu l'information. 76 % des PUI ont effectué une information aux médecins de leur site entre mai 2015 et fin 2016 et un tiers se sont adressées aux internes. Aucun relais institutionnel traitant du sujet du médicament n'a effectué de diffusion opérante de ces nouvelles conditions de prescription et de délivrance du valproate auprès des prescripteurs à l'AP-HP. Enfin, il est à noter que l'adaptation des systèmes de prescription informatisés est très variable (par exemple, PHEDRA est toujours en cours d'actualisation de ces informations). Cette situation appelle à renforcer la logico-vigilance au sein de l'AP-HP. L'audit préconise qu'une cellule opérationnelle de la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMs) soit mise en place pour assurer efficacement la diffusion et la gestion de ce type d'alerte ou d'information.

Le D^r Nicole PÉRIER ajoute que, par la note 12 octobre 2016, plusieurs mesures ont été prises avec le retrait des stocks de valproate, la dispensation nominative du médicament et l'archivage d'une copie de l'accord de soins en PUI. Pourtant, en novembre 2016, seuls 45 % des stocks étaient retirés, 40 % des PUI avaient mis en place une dispensation nominative et 26 % des accords de soins étaient archivés. En janvier 2017, la quasi-totalité des sites non gériatriques avaient mis en place ces mesures. La principale difficulté restant porte sur le recueil de l'accord de soins qui est complexe à mettre en œuvre en milieu hospitalier. Le groupe de travail a proposé de remplacer l'accord de soins par une attestation de signature d'accord afin de s'assurer que la patiente est autorisée à recevoir du valproate. Enfin la mission a utilisé la méthode des « cas vignettes » pour sensibiliser les prescripteurs de l'AP-HP. Cette méthode, qui a démontré toute son efficacité, a été présentée lors de la CME du 7 février 2017.

Le D^r Nicole PÉRIER souligne que le rapport final de l'audit a été remis au directeur général le 10 février 2017. Depuis lors, les actions sur ce sujet se poursuivent au niveau national. L'ANSM a demandé qu'une carte informative soit remise aux patients. Une note d'information de la direction générale de la santé (DGS) a été rédigée pour demander aux ARS et aux établissements d'assurer cette information auprès des prescripteurs. Un courrier de la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) vient compléter cette communication.

Le directeur général indique avoir échangé à ce sujet avec la présidente de l'association de défense des victimes. Le rapport lui a été transmis et cette dernière a salué le travail mené par l'AP-HP. Par ailleurs, l'assurance-maladie a fait suivre une information sur le nombre de femmes sous valproate, tel qu'indiqué dans le système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM). Ces femmes devront être contactées bénéficier d'une information complète. Cette affaire doit permettre de tirer des enseignements plus globaux pour s'assurer que les hôpitaux de l'AP-HP sont en mesure d'appliquer les recommandations sanitaires.

Le P^r Jean-Marc TRELUYER estime que la prévention des effets indésirables est le sujet majeur puisque le valproate n'est pas le seul médicament à avoir un effet tératogène et que ses risques sont connus depuis 1985. La meilleure solution est d'augmenter la prescription informatique. L'AP-HP doit donc se fixer comme objectif d'avoir 100 % de prescriptions informatiques dans un délai rapide.

Le président rappelle que certains praticiens ne connaissaient pas les effets potentiels du valproate. La diffusion de l'information doit donc aussi être améliorée.

M. Guy BENOÎT souligne que certaines difficultés tenaient aussi au fait que les prescripteurs ne connaissaient pas l'historique du patient orienté vers les urgences. La connexion au dossier pharmaceutique doit être facilitée.

Le P^r Sadek BELOUCIF observe qu'il est relativement facile de trouver le formulaire d'accord du patient dans le système d'information mais qu'aucun lien n'est proposé pour renvoyer vers la fiche mémo de la Haute Autorité de santé (HAS).

M. Guy BENOÎT précise que la base *DOCAMED* fournit une information actualisée.

VI - Information du groupe de travail sur la coordination des temps médicaux et non médicaux à l'AP-HP

Le P^r Rémi SALOMON souligne que ce sujet très important met en avant les vertus d'un travail collectif. Le travail sur l'articulation des temps médicaux et paramédicaux permet d'aborder trois aspects : la qualité et la sécurité des soins aux patients, puisqu'une mauvaise articulation des parcours peut générer des attentes ; la qualité de vie au travail (si l'infirmier doit attendre le médecin ou inversement) ; l'efficacité organisationnelle.

Pour traiter cette question, un groupe de travail a été constitué autour de 9 médecins, de 10 personnels paramédicaux, d'un sociologue et du chef de projet du groupe *Qualité de vie au travail* de la HAS. Ce groupe de travail avait pour mission de formuler des propositions pour faire progresser les organisations et de lancer des démarches expérimentales dans des sites pilotes. Ce groupe de travail s'est réuni à quatre reprises.

Souvent les décisions sur l'organisation sont prises par des personnes éloignées du soin, car les lignes managériales médicales et paramédicales sont séparées et parce que l'organisation en pôles peut parfois éloigner les lieux de décision et de réflexion des acteurs du soin.

Pour mener les expérimentations de terrain, **le P^r Rémi SALOMON** souligne que la méthode employée est celle proposée par l'Agence nationale d'aide à la performance (ANAP). Quatre sites ont été sélectionnés pour mener l'expérimentation : Bicêtre, Pitié-Salpêtrière, Tenon et un 4^e site qui reste à déterminer. Un consultant apporte son soutien : ce consultant d'origine universitaire a déjà travaillé avec l'ANAP. Ce consultant ne doit pas fixer l'organisation mais ce travail revient au binôme constitué d'un chef de service et d'un cadre de soins. L'objectif est que ces équipes trouvent en leur sein des solutions adaptées à leur contexte et des indicateurs permettant de

mesurer l'efficacité des mesures proposées. Ces expérimentations seront menées courant 2017 : si elles sont concluantes, l'expérience pourra être étendue à d'autres services.

Le président relève deux objectifs importants dans l'exposé du P^f SALOMON :

- retrouver la notion d'équipe soignante, là où équipes médicales et paramédicales ont été trop scindées au cours de ces dernières années ;
- retrouver le dialogue dans les équipes : les pôles ne doivent pas empêcher la tenue des conseils de service.

Le travail entamé par le groupe du P^f SALOMON s'inscrit donc dans la continuité du plan dit « RHPM » voté par la CME.

Le P^f Rémi SALOMON ajoute que cette réflexion ne vise pas à dire qu'il n'existe pas de problèmes liés aux moyens. À certains endroits, toutes les initiatives seront inutiles car il manquera un médecin ou un infirmier. Cependant, les deux démarches ne sont pas antinomiques. En dialoguant davantage, il doit être possible de gagner en qualité de soins, en qualité de vie au travail et en efficience.

Le D^f Christophe TRIVALLE estime que le projet est intéressant même s'il peut craindre une méthode labélisée ANAP reposant sur pléthore d'indicateurs. Plus globalement, il ne voit pas en quoi un meilleur dialogue entre les équipes est en lien avec la réflexion sur les temps de travail.

Le P^f Rémi SALOMON considère que l'ensemble de ces points sont liés, puisque tout retard d'un personnel dans la chaîne des soins viendra impacter le parcours de soins.

Le D^f Patrick DASSIER rappelle que la synchronisation est totale pour un PH d'anesthésie-réanimation (PHAR) qui travaille au bloc opératoire. Le matin, le PHAR est en synchronisation complète avec les brancardiers, car ceux-ci étant en nombre insuffisant, le PHAR est dans l'obligation de brancarder le patient s'il veut que le programme commence. Le soir, le PHAR est encore en complète synchronisation avec l'infirmier-anesthésiste diplômé d'État (IADE), puisque celui ou celle-ci est parti(e) et il se retrouve seul pour assumer les dépassements de soirée... Avant de parler de synchronisation, les PHAR attendent toujours la définition de la valeur en heures de leur demi-journée (question restée sans réponse de la part de la direction générale depuis 2015). Concernant les pistes possibles, il s'étonne que la programmation des congés et des congrès des praticiens hospitaliers ne soit pas une réalité. Une telle programmation permettrait une gestion optimum des ressources humaines et de l'ouverture des sites opératoires.

Le D^f Julie PELTIER note des recommandations de bon sens dans cette intervention, mais l'insuffisance de moyens pose aussi question. En particulier, elle s'interroge sur les moyens de gérer l'absentéisme non anticipée.

Le P^f Rémi SALOMON précise qu'il convient simplement d'identifier une solution en cas d'arrêt maladie non attendue.

Le D^r Nathalie DE CASTRO souligne que les consignes de bon sens sont appliquées dans les services où les effectifs sont suffisants. Le groupe de travail vise simplement à identifier des solutions qui ne sont pas à mettre en place dans tous les services mais à adapter suivant les situations.

VII - Système d'information et confidentialité des données de santé à l'AP-HP

Le P^r Michel ZÉRAH rappelle que le système d'information (SI) vise à garantir au patient la confidentialité de son dossier, notamment par la conformité des accès. Il vise aussi à attribuer aux professionnels des accès en lien avec leur métier, de répondre aux exigences légales et réglementaires et de mettre en œuvre une démarche globale de maîtrise des risques liés à la sécurité du SI.

Le système actuel présente des forces mais aussi des faiblesses. Du côté des forces, **le P^r Michel ZÉRAH** indique qu'il existe une mobilisation forte en vue de construire un SI performant et sécurisé. Du côté des faiblesses, en revanche, il faut reconnaître que la culture sécuritaire reste faible du fait du poids des habitudes. Le processus de gestion des habilitations est également perfectible. Par ailleurs, le SI devient attrayant car riche en données, mais les cyber-menaces et attaques deviennent aussi plus fréquentes. En outre, des agents n'ayant pas de droits d'accès utilisent ceux de leurs collègues. Certains comptes ne sont pas fermés au départ des agents. De surcroît, les habilitations ne sont pas définies de manière uniforme suivant les hôpitaux.

Face à ce constat, plusieurs actions sont à mettre en œuvre. Il faut premièrement mieux sensibiliser à la confidentialité des données de santé. Il faut aussi accélérer la maîtrise des arrivées, départs et mouvements des agents, définir des règles d'habilitation par métier, mettre en place un comité transverse d'habilitation, vérifier les comptes et les accès, contrôler *a posteriori* les connexions voire prévoir des sanctions en cas de non-respect des règles, améliorer la traçabilité des connexions et renforcer la confidentialité des données.

Le président souligne que le nouveau SI rend l'accès aux données très facile et qu'il faut donc faire preuve de la plus grande prudence dans la gestion des habilitations. Il soutient donc fortement la création d'un comité des habilitations.

Le directeur général reconnaît que l'AP-HP entre dans une nouvelle zone de risque. En dépit des risques encourus, il n'est pas possible de faire marche arrière car ces systèmes d'information présentent aussi de grands avantages. Il invite aussi à faire preuve de la plus grande fermeté face aux manquements. Certains ont eu la tentation de consulter des données non nécessaires à l'exercice de leurs missions : ces agissements doivent être sanctionnés. Parmi les valeurs de l'AP-HP, figure la préservation du secret médical. Il souhaite également que la robustesse du système pour faire face aux tentatives de *hacking* soit renforcée.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate à regret que les données administratives ne sont pas sécurisées contrairement aux données du malade.

Le P^r Michel ZÉRAH explique que les données ne peuvent pas être sécurisées *a priori*. Il faut donc travailler sur les comportements. Une amélioration du contrôle des accès permettra d'améliorer la sécurité.

Le président rappelle qu'en prêtant le serment d'HIPPOCRATE, les médecins ont aussi une responsabilité personnelle en matière de secret médical et de confidentialité des données.

Le D^r Nathalie DE CASTRO constate que l'enregistrement sous X ne garantit pas l'anonymat des patients au moment de la sortie pour permettre la facturation. Pourtant, ces enregistrements sous X sont demandés par certains patients.

Le P^r Michel ZÉRAH indique qu'il existe des systèmes complexes permettant de modifier l'identité d'un patient. Pour autant, des questions restent à explorer.

Le P^r Paul LEGMANN suggère de mettre en place un serveur permettant aux patients d'accéder à leurs comptes rendus, imageries et biologies, comme le système existe dans les laboratoires, ce qui permettrait d'éviter l'adressage des documents et le stockage de leurs coordonnées.

Le P^r Rémi SALOMON reconnaît qu'il est très difficile d'assurer la confidentialité des données de santé. En attendant, il faut rappeler la loi à chaque fois qu'une formation ORBIS est dispensée. Ces formations sont aussi l'occasion de rappeler qu'il ne faut pas enfreindre la loi.

Le P^r Bernard GRANGER indique que certains patients ne souhaitent pas que les autres services soient informés qu'ils sont suivis par un service de psychiatrie. Il faudrait donc pouvoir demander à ces patients s'ils acceptent que leurs consultations ou hospitalisations psychiatriques soient tracées dans le système.

Le D^r Laurent TRELUYER indique que la fonction « recherche de patient » permet de savoir si le patient a un dossier dans ORBIS. Cette fonctionnalité permet d'accéder aux informations sur l'adresse du patient entre autres. La commission d'identito-vigilance a été saisie pour savoir si ces informations sont toujours nécessaires dans le cadre de la recherche. En l'occurrence, le numéro de téléphone portable n'est pas forcément nécessaire. Un groupe de travail est constitué pour réfléchir à ces questions. Par ailleurs, pour facturer, il est nécessaire de fournir le vrai nom du patient mais les responsables de facturation devraient remettre le nom *alias* aussitôt après la facturation. Une note sera renvoyée vers l'ensemble des directeurs de GH et des responsables de facturation pour appeler à la vigilance sur ce point. Enfin, il sera rappelé que les *logs* sont tracés et qu'il existe des sanctions en cas d'infraction (à savoir que la personne en faute peut encourir un an de prison et 15 000 € d'amende et des sanctions administratives puisque ces règles figurent au règlement intérieur).

VIII - Questions diverses

Hôpital Jean-Verdier

Le D^r Christian GUY-COICHARD s'inquiète des transferts d'activités de l'hôpital Jean-Verdier vers Avicenne effectifs et d'autres transferts envisagés.

Le directeur général répond qu'un travail est conduit pour équilibrer les activités entre Avicenne et Jean-Verdier, supposant que l'AP-HP reste présente à Bondy et à Jean-Verdier. Des travaux sont en cours avec la mairie pour tisser des liens avec le centre de santé en vue de redéfinir un

nouveau projet médical pour Jean-Verdier en cohérence avec celui d'Avicenne, le tout porté par la communauté médicale commune des trois hôpitaux du groupe hospitalier.

Le P^r Yves COHEN ajoute qu'une commission de prospective a été mise en place pour évaluer les projets médicaux. Un de ces projets portait sur le mouvement des lits d'hospitalisation conventionnelle vers Avicenne à la demande du service de gynéco-obstétrique. C'est un des scénarios qui est en train d'être évalué. Il était de son devoir d'ouvrir l'ensemble des scénarios. Par ailleurs, les patients de Bondy n'ont pas besoin de lits de maternité mais de consultations de médecine généraliste et de spécialités. Si ce scénario est validé, le projet serait d'organiser des consultations de cardiologie, de rhumatologie, de neurologie, de médecine interne et de pneumologie à Bondy pour répondre aux besoins de la population. La communauté médicale se prononcera fin juin.

Interprétariat

Le D^r Nathalie DE CASTRO souligne que beaucoup de GH peuvent faire appel à *Interservice migrants* (ISM) pour des services de traduction. Elle s'étonne que ce recours ne soit pas général à toute l'AP-HP.

M^{me} Christine WELTY indique qu'un état des lieux est en cours en vue de passer un nouveau marché. À l'occasion du lancement de ce nouveau marché, le nombre d'interprètes et les langues à privilégier seront harmonisés afin de favoriser un meilleur accès à ce service.

IX - Approbation du compte rendu de la CME du 7 février 2017

Le compte rendu de la CME du 7 février 2017 est adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 40.