

## SOUS-COMMISSION DES STRUCTURES ET DE LA STRATEGIE

### Compte rendu Réunion du lundi 3 octobre 2016

#### **Membres Présents :**

Pr Philippe Arnaud  
Dr Anne-Reine Buisine  
Dr Sophie Crozier  
Pr Paul Legmann, président CSS

#### **DOMU :**

Mme Delphine Dubarry  
Mme Clémentine Blache  
Mme Chérifa Santangelo

#### **Invités :**

Pr Serge PERROT – Responsable médical du centre de traitement et d'évaluation de la douleur HTD - Cochin  
Dr Anissa BELBACHIR – Présidente du CLUD centrale

### **1. Groupes de travail Gériatrie**

Le Pr Legmann rappelle que le Pr Garabedian a demandé la mise en place de groupes de travail sur des disciplines dites sensibles, préalablement à une présentation en CME.

Le groupe de travail dédié à la gériatrie s'est réuni le 29 septembre pour un passage en bureau de CME le 25 octobre et en séance plénière de la CME le 8 novembre.

Il était composé :

- de la collégiale de gériatrie représentée par sa présidente, le Dr Sylvie Haulon et son vice président, le Pr Teuillet,
- des représentants de la discipline et/ou de la CME : le Pr Henry (représentant des gériatres à la CME), le Dr Sebbane et le Dr Trivalle (CME).
- de la référente Gériatrie à la DOMU : Albane Trihan,
- de membres de la CSS : le Pr Legmann, Isabelle Plantec et Delphine Dubarry.

#### **Etat des lieux – Forces et faiblesses :**

La gériatrie se caractérise par des liens importants avec d'autres disciplines : la médecine interne, la médecine générale, les urgences, l'orthopédie (UPOG), la cancérologie (UCOG), les soins palliatifs...

Cette spécialité est éclatée entre le MCO (gériatrie aigue), le SSR et le SLD.

De plus en plus de surspécialités apparaissent : cardiologie, psycho-gériatrie, onco-gériatrie.

#### **Le Pr Legmann présente les principales problématiques soulevées pour cette discipline :**

- La baisse d'attractivité de la discipline. En effet celle-ci connaît des problèmes importants de recrutement,
- Les restructurations annoncées n'ont pas porté les bénéfices escomptés,
- Le DES formera 35 médecins gériatres alors que les besoins sont estimés à +/- 90.

En 2017, le DESC de gériatrie deviendra un DES, comme pour d'autres disciplines. La création de ce DES risque paradoxalement d'entraîner une pénurie de médecins spécialisés en gériatrie. Par ailleurs, il y a moins de postes d'interne de médecine générale mis au choix en gériatrie depuis cet

année.

- La PAE (procédure d'Autorisation d'Exercice) est amenée à disparaître, or depuis quelques années beaucoup de médecins à diplôme étranger ont choisi la voie de la gériatrie pour valider leur procédure d'autorisation d'exercice (PAE),
- La pénurie de masseurs-kinésithérapeutes dans les hôpitaux et en particulier en gériatrie,
- La concurrence avec le secteur privé : les EHPAD et ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif). Ces établissements se sont organisés en renforçant et médicalisant leurs modes de prise en charge et proposent des salaires plus importants qu'à l'AP-HP qui n'arrive par conséquent pas à fidéliser les professionnels formés.

### **Propositions d'améliorations :**

- Recrutement des PHC dès le 4<sup>ème</sup> échelon (cf. anesthésistes),
- Titularisation des chefs de clinique plus tôt et surtout sans passer par le statut de PHC,
- Organisation de semestres de gériatrie obligatoires pour les internes de médecine générale, urgences, médecine interne ; la réflexion est à partager avec les doyens,
- Recrutement des masseurs-kinésithérapeutes de gériatrie adossé à celui de services de spécialité, MPR...
- Regroupement et décroisement des unités de médecine aigue, SSR et SLD. Faire tourner les médecins en particulier avec le SLD qui est la branche de la discipline la moins attractive et directement impactée par la réorganisation des EHPAD,
- Décroisement de la gériatrie par une réflexion sur les structures : faut-il des établissements qu'avec de la gériatrie ou mixtes (ex : Paul Brousse) ?
- Développement d'HDJ,
- Equipement plus systématique des établissements de gériatrie en imagerie pour limiter les déplacements de patients...

## **2. L'organisation de la prise en charge de la douleur**

Présentation du Pr Serge Perrot (voir [présentation PPT](#))

Le Pr Serge Perrot a proposé au Pr Legmann de mener une réflexion sur les structures de lutte contre la douleur à l'AP-HP pour pérenniser les structures existantes d'une part et imaginer de nouveaux modes de fonctionnement d'autre part (liens avec les hôpitaux de l'AP-HP partenaires dans les GHT, par exemple).

A ce jour, les structures labellisées douleur à l'AP-HP sont au nombre de 18 et comprennent :

- 10 centres
- 8 consultations

Cette présentation intervient dans le contexte du renouvellement de la labellisation de ces structures avec l'introduction de critères d'évaluation et de leurs modalités de financement MIG.

### **Les critères pour le renouvellement des labellisations**

- Activité annuelle : seuil qui passe de 500 consultations à 1 000 et/ou 400 patients en file active
- Proximité : délai < 1 heure de trajet pour le patient
- Existence d'activités multidisciplinaires
- Enseignement / recherche : au moins 3 publications PubMed en 5 ans (pour les centres).

## **Les modalités de financement**

La dotation MIG reste sans changement pour les centres et les consultations. Elle dépendra de la file active et non plus seulement du nombre de consultations.

## **Les risques à venir pour les structures douleurs sont la démographie et l'attractivité**

Compte tenu des départs en retraite des médecins de la douleur programmés dans les 5 ans à l'AP-HP, le Pr Perrot souhaiterait que leur poste puissent être sécurisés pour être remplacés et pérenniser ces structures.

Près de la moitié des départs à 5 ans concernent les anesthésistes, et les autres disciplines investies dans la prise en charge de la douleur sont : la rhumatologie, pédiatrie, neurologie, médecine générale... On est dans un creux qui tient compte de la conjoncture des financements dans les années 90 et la création du DESC qui date de moins de 10 ans.

Une enquête de la COMEDIF (COLLEGIALE DES MEDECINS DE LA DOULEUR D'ILE DE France) a été menée à l'initiative du Dr Nathalie ATTAL en 2016.

Celle-ci a permis de mettre en exergue les difficultés des structures douleur pour toute l'IDF, à savoir :

- 2/3 des structures douleur IDF s'estiment menacées ou fragilisées
- 3/4 des structures douleur IDF anticipent un départ des médecins dans les 5 ans
- 1/3 des structures douleur IDF anticipent un départ médical dans les 2 ans
- 2/3 de structures douleur IDF n'ont pas de solutions de remplacement

## **Pistes de réflexion**

Selon le Pr Serge Perrot, l'objectif de l'ARS est de réduire le nombre de structures pour effectuer des regroupements.

Des réflexions sont à mener pour envisager d'éventuelles mutualisations avec des consultations avancées entre structures de l'AP-HP et/ou hors AP-HP.

Une valorisation des équipes mobiles de la douleur est souhaitée également.

Selon Cherifa Santangelo, les structures douleurs de l'AP-HP devraient toutes être renouvelées par l'ARS, après avis du Ministère, afin de maintenir un maillage territorial suffisant.

Il est important que chaque direction de site concernée par les structures douleur puisse bien tracer l'activité « douleur » et afficher le nom du coordonnateur responsable de centre et/ou consultation de la douleur. 5/18 sites n'ont pas de structures apparentes sur l'axe médical du logiciel SIRIUS.

A priori, le remplacement des départs à la retraite des médecins dans les 2 ans a été anticipé et ne devrait pas poser de problème. Il est important de poursuivre la prospective pour une spécialité qui pourrait devenir sensible.

Une réflexion est en cours sur le maillage territoriale et les collaborations à envisager avec les GHT (notamment, R. Debré et A. Paré).

Une enquête auprès des patients au sein des hôpitaux de l'AP-HP a permis d'identifier 89 % de patients satisfaits par la prise en charge de leur douleur à l'hôpital.

Une réflexion pourra aussi être menée, à moyen terme, sur la qualité de la prise en charge du patient.

A ce titre Anissa Belbachir, présidente du CLUD, intervient pour présenter les collaborations qu'elle entretient avec le centre de la douleur de Cochin et ce dans un souci de complémentarité (douleurs post opératoires notamment).

Le Pr Legmann souhaite qu'un bilan de la démographie médicale de l'ensemble des praticiens des structures douleurs chroniques puisse être dressé en 2017, en relation avec la DRHPM et suivi CTEM.

**Prochaine réunion de la sous-commission structures et stratégie :**

**Lundi 7 novembre 2016 à 17h00**

**Salle 119 – 1<sup>er</sup> étage Siège AP-HP**