DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SEANCE

DU MARDI 10 AVRIL 2012

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 12 JUIN 2012

SOMMAIRE

I. Informations du Président et du vice-président de la CME 5

II. Bilan d'activité 2011 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux 6

III. Projet de restructuration de l'oncologie à l'AP-HP en centres intégrés (CIN), centres experts (CEX) et centres spécialisés (CS) 10

IV. Projets de coopération entre les professionnels de santé et programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) 14

V. Le traitement des demandes d'indemnisation à la suite d'accidents médicaux et le rôle des médecins conseils de l'AP-HP 17

VI. Inventaire patrimonial de l'Assistance Publique 21

VII. Présentation de l'école de chirurgie de l'AP-PH : activité et perspectives 25

VIII. Travaux de la sous-commission des Structures et de la Restructuration 28

IX. Approbation du compte-rendu de la séance du 14 février 2012 30

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1- Information du président et du vice-président de la CME *(Pr Loïc CAPRON, Dr Georges SEBBANE)*

2- Bilan d'activité 2011 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux (*Pr Jean-François BERGMANN*)

3- Projet de restructuration de l'oncologie à l'AP-HP en centres intégrés (CIN), centres experts (CEX) et centres spécialisés (CS) (*Pr Michel FOURNIER*)

4- Projets de coopérations entre professionnels de santé, programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale, 2010 et 2011 (*Mme Roselyne VASSEUR*)

5- Traitement des indemnisations à la suite d'accidents médicaux et rôle des médecins conseils à l'AP-HP (*Mme Laure BEDIER, P^rs^ Jean-Paul CHIGOT et Marc TADIE*)

6- Parc immobilier de l'AP-HP : domaines public et privé (*Mr Emmanuel QUISSAC*)

7- École de chirurgie de l'AP-HP (*Pr Pascal FRILEUX*)

8- Sous-commission des structures et restructurations (*Pr Gérard CHERON*)

9- Approbation du compte rendu de la séance du mardi 14 février 2012

10- Questions diverses.

SÉANCES RESTREINTES

Composition C

- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur des premières demandes et demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.

Composition A

- Avis sur une candidature à un emploi de PU-PH des disciplines pharmaceutiques offert à la mutation au titre de l'année 2012.

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix consultative :***
  - M. Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
  - M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central.

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
  - M. le Pr Jean-Luc DUMAS
  - M. le Pr Gérard LEVY
  - M. le Pr Serge UZAN

- ***les représentants de l'administration :***
  - Mme Mireille FAUGERE, directrice générale
  - Mme Monique RICOMES, secrétaire générale
  - M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale
  - M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
  - M. Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines
  - Mme Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

  - M. Etienne DEGUELLE, directeur de Cabinet
  - M. Jean PINSON, direction de la politique médicale
  - M. Jean-Michel DIEBOLT, direction de la politique médicale
  - M. Jérôme HUBIN, direction de la politique médicale

- ***membres excusés :***

  Mme le Dr Corinne GUERIN, Mme Isabelle KERHOAS, M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI, M. le Pr Dominique VALEYRE

La séance est ouverte à 8 heures 35, sous la présidence de M. CAPRON.

En préambule, **le président** présente les excuses des P^{rs} Jean MANTZ, Jean-François HUON, Olivier HENRY, Catherine BOILEAU et Yves COHEN, absents à la présente réunion.

I. Informations du président et du vice-président de la CME

Le président évoque l'épreuve que traverse le Pr Jean MANTZ, président de la CME locale du groupe hospitalier Hôpitaux Paris-Nord Val-de-Seine, regroupant les hôpitaux Bichat, Beaujon, Bretonneau, Louis-Mourier et Charles-Richet. Les membres de la CME s'unissent pour lui souhaiter un prompt et complet rétablissement.

Les sous-commissions de cette CMEL se sont réunies pour désigner un coordonnateur en la personne du Pr Philippe RUSZNIEWSKI. La vice-présidente de la CME locale, le Dr Marie-Paule CHAUVEHEID, interniste à l'hôpital Bichat, assurera son rôle et sera invitée à l'ensemble des réunions de la CME centrale et du bureau de la CME. Elle sera assistée par le Pr Philippe RUSZNIEWSKI.

Le cycle 2012 des conférences stratégiques et budgétaires des groupes hospitaliers (GH) et des structures non rattachées à un groupe hospitalier a débuté.

Après concertation avec les chirurgiens de la CME, réunis le 27 mars, il a été décidé de créer un groupe de travail consacré à l'attractivité et aux filières chirurgicales. Il sera animé par le Pr Noël GARABÉDIAN, membre de la CME. Outre des chirurgiens, il accueillera d'autres spécialités, notamment des médecins et des anesthésistes réanimateurs.

Le plan quinquennal de l'AP-HP 2010-2014 arrive à mi-parcours. La CME devra s'organiser avec la DPM et la Direction générale pour en dresser le bilan. Le plan suivant débutera le 1er janvier 2015.

Une visite sera effectuée au groupe hospitalier des Hôpitaux Paris-Nord Val-de-Seine. Suite au départ de son directeur, un intérim y est assuré.

Le Directoire s'est réuni le 20 mars 2012. La restructuration de l'oncologie à l'AP-HP a fait l'objet d'un débat. En outre, un premier bilan des pré-conférences stratégiques des groupes hospitaliers et des structures non rattachées a été présenté.

Le Pr Bertrand GUIDET rend hommage à la mémoire du Dr Patricia ROUX, chef de service de parasitologie durant près de vingt ans à l'hôpital Saint-Antoine. Elle avait de grandes qualités professionnelles et humaines.

Le Pr Christian RICHARD salue la mémoire du Pr André FELINE, psychiatre à l'hôpital de Bicêtre, qui fut longtemps un membre éminent de la CME.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, rappelle que les conférences budgétaires et stratégiques ont débuté. Mr Raoul BRIET, a annoncé que dans le cadre de sa nomination à la Cour des Comptes, il présentera en juin sa démission de la présidence du Conseil de Surveillance qui élira un nouveau président dès que le directeur général de l'ARS aura nommé une nouvelle personnalité qualifiée.

Mme Elisabeth de LAROCHELAMBERT assure la direction par intérim du groupe hospitalier universitaire Paris Centre (Cochin - Hôtel Dieu-Broca – La Rochefoucauld - La Collégiale) ; Philippe SUDREAU assure celle du groupe hospitalier universitaire Nord-Val-de-Seine (Bichat – Claude Bernard – Beaujon – Louis Mourier – Bretonneau – Charles Richet). Les directeurs intérimaires sont des directeurs de plein exercice, dans le cadre d'une gouvernance partagée avec la Direction générale.

II. Bilan d'activité 2011 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux

Le président rappelle que le Pr Jean-François BERGMANN achève douze ans de présidence à la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

Le Pr Jean-François BERGMANN rappelle les missions principales de la COMEDIMS qui sont l'évaluation des médicaments et l'établissement de la liste des médicaments innovants et coûteux, tarifés en sus dans le cadre du contrat de bon usage. 10 000 références de dispositifs médicaux et une quarantaine de classes de médicaments ont été réévaluées en 2011.

Par ailleurs, la COMEDIMS participe à la juste prescription dans le cadre du contrat de bon usage. En 2011, il a été possible de contenir la consommation de médicaments, tant au niveau des rétrocessions qu'au niveau des hospitalisations.

Les médicaments hors GHS font l'objet de l'augmentation la plus rapide (+ 5%). Celle des médicaments non innovants et coûteux (dans les GHS) est moindre (+ 1 %).

La hausse concerne essentiellement les médicaments immunosuppresseurs. En outre, le recours à des médicaments antihémorragiques a suscité 7 millions d'euros supplémentaires de dépenses pour le traitement de trois malades, à l'hôpital Kremlin-Bicêtre et à l'hôpital Necker. Leur traitement explique l'augmentation de 22 % qui a été enregistrée pour les facteurs antihémorragiques.

Les médicaments anticancéreux sont les plus coûteux.

L'augmentation du coût des médicaments dépassait 20 % par an dans les années 2000. Elle est devenue quasi nulle dans les années 2005. En 2007-2008, de nouveaux produits en hémato-cancérologie et en immunologie ont suscité une nouvelle hausse. Depuis trois ans, la situation redevient raisonnable.

Les prix des médicaments, bien négociés au niveau de l'AGEPS, sont plutôt en baisse. En revanche, le volume des médicaments prescrits augmente. En effet, les indications correspondant à des situations caractéristiques pour l'AP-HP sont plus nombreuses, qu'il s'agisse de médicaments de seconde et de troisième ligne, de médicaments innovants et coûteux ou de situations rares et complexes.

En ce qui concerne le dispositif médical, les résultats sont stables depuis trois ans. S'agissant des soins courants, les dépenses engagées dans les GHS sont supérieures à celles qui sont effectuées pour les médicaments.

Au cours des dix dernières années, la COMEDIMS a procédé à l'évaluation de 51 000 références. Il n'empêche qu'au total, le nombre de références reste faramineux.

Parmi les actions prioritaires, il convient de mieux impliquer le prescripteur dans le contexte des ordonnances de sortie et des prescriptions hors GHS.

Un effort permanent est réalisé en faveur de la juste prescription.

En ce qui concerne le circuit du médicament, les conclusions du rapport IGAS ont été intégrées à un certain nombre de travaux.

Enfin, l'accent est mis sur la démarche de qualité interne et externe.

Le travail de la commission s'effectue dans une indépendance concrétisée par la déclaration des liens d'intérêts même si ces derniers ne sont pas interdits. Plus les médicaments sont complexes, plus les décisions s'avèrent sensibles et plus le niveau de preuve, en termes d'évidence médicale, est faible. Cette situation s'amplifie avec le recours aux médicaments innovants. La pluralité et la collégialité fondent la qualité des décisions. Celles-ci sont diffusées mais de façon anonyme vis-à-vis des experts.

Des réunions de travail sont prévues pour traiter des thèmes comme l'ostéosynthèse, la cimentoplastie et les médicaments contre la douleur.

La réflexion sur la stratégie thérapeutique dans telle ou telle discipline ne suscite qu'un intérêt insuffisant chez les médecins et les chirurgiens. Les pharmaciens, en revanche, assurent une présence efficace aux réunions.

Les données relatives aux dispositifs médicaux pour 2011 sont disponibles. Selon les sources, ces données s'avèrent souvent divergentes. L'outil informatique reste archaïque et complexe.

L'amélioration de la communication envers le prescripteur, depuis les pharmaciens jusqu'aux infirmières, constitue un objectif important.

Enfin, la politique général de santé en France ne permet pas de prioriser les décisions. Dans ce contexte, il est difficile de réaliser des évaluations et de publier des recommandations.

Le Pr Jean-François BERGMANN explique que le Ministère de la Santé et la Direction de l'Hospitalisation sont chargés de définir une liste de médicaments innovants et coûteux. Ceux-ci représentent plus de la moitié du budget consacré par l'Assistance Publique aux médicaments. Ils constituent l'élément clé du contrat de bon usage signé par les hôpitaux. L'engagement est pris de prescrire raisonnablement ces médicaments innovants et coûteux, dont l'AMM est souvent en cours d'amélioration. Un contrôle est donc exercé sur leur prescription, effectuée de manière nominative et individuelle sur un logiciel spécifique. Les indications de prescription relèvent de quatre groupes qui correspondent respectivement :

- pour le groupe I, à l'AMM ;
- pour le groupe II, aux indications reconnues avec un haut niveau de preuve ;
- pour le groupe III, aux contre-indications, c'est-à-dire à 0,3 % des prescriptions ;
- pour le groupe IV, aux indications en devenir, soit 12 % des volumes de prescription au sein de l'AP-HP. Celles-ci doivent avoir été réalisées avec du bon sens, en s'appuyant sur la littérature et avec parcimonie. Le malade doit en avoir été informé. La décision doit être

justifiée scientifiquement dans le dossier. Ces conditions sont les plus favorables au remboursement.

Le président demande si ces médicaments sont remboursés à l'euro près.

Le Pr Jean-François BERGMANN répond que le pourcentage d'évolution doit se limiter, d'une année à l'autre, à 3 %. Jusqu'à présent, l'Assistance Publique n'a pas rencontré de problème pour obtenir le remboursement.

Le Pr Bertrand GUIDET demande comment le travail des CME locales peut s'articuler avec celui de la COMEDIMS central.

Le Pr Jean-François BERGMANN précise que d'étroites relations sont nouées. Des recherches ont été effectuées au sujet des prescriptions de médicaments ciblés, d'un hôpital à l'autre, en rhumatologie. La COMEDIMS souhaite que les praticiens puissent manifester un intérêt accru à ses propres recommandations, comme l'amélioration de la prescription de sortie. Une meilleure communication serait nécessaire sur le bon usage des médicaments génériques.

Le Pr Paul LEGMANN s'enquiert des liens existant entre la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux de l'HAS et celle qui a été créée au sein de l'AP-HP.

Le Pr Jean-François BERGMANN explique que, pour les dispositifs médicaux, les décisions d'admission se fondent sur la lecture des avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux. S'agissant des médicaments, elles reposent sur les avis de la commission de la transparence.

La commission se limite à évaluer les dispositifs les plus sensibles. Elle vérifie que le dispositif est utile mais elle ne fait pas jouer la concurrence. En outre, au sein de l'AP-HP, certaines castes d'utilisateurs refusent les essais randomisés qui permettent d'effectuer des comparaisons.

Le Pr Béatrice CRICKX demande s'il est possible d'adresser aux internes le livret élaboré par la COMEDIMS sur Smartphone.

Le Pr Jean-François BERGMANN se montre favorable.

Le Dr Guy BENOIT souligne que les relations entre les CMEL et le COMEDIMS sont essentiellement tissées par les participants. Les difficultés rencontrées au sein de la COMEDIMS pour susciter la participation des médecins se retrouvent dans les instances locales.

S'agissant des prescriptions, la COMEDIMS se doit d'être associé au développement de l'outil informatique ORBIS.

Le Pr Gérard REACH revient sur la problématique des prescriptions de sortie. Les formes combinées de médicaments contribuent à une meilleure observance de la part des patients. Cependant, les hôpitaux prescrivent les médicaments sous une forme dissociée. Une évolution de cette pratique serait souhaitable.

Le Pr Jean-François BERGMANN rappelle que les médicaments dissociés présentent l'avantage d'être gratuits. Enfin, l'amélioration de l'observance n'est pas forcément synonyme d'une amélioration de l'efficacité thérapeutique. Il faut surtout prendre le temps d'expliquer l'ordonnance

de sortie au patient. Les externes en pharmacie constituent d'ailleurs un vivier pour la transmission de l'information.

Le Pr Philippe ARNAUD estime particulièrement important que le président de la COMEDIMS soit un médecin clinicien. Par ailleurs, il est dommage de considérer que la prescription de médicaments plombe les finances de l'AP-HP alors que l'augmentation de la dépense en médicaments prescrits s'y limite à 1 %. Grace au travail concerté des pharmaciens, des médecins, de l'ensemble des professionnels de santé et des directeurs, les médicaments hors GHS ainsi que les médicaments rétrocédés aux patients ambulatoires sont remboursées à l'Euro près.

S'agissant des prescriptions de sortie, les patients qui sortent de l'hôpital en dehors des heures habituelles peuvent rencontrer des difficultés à trouver l'ensemble de leur prescription de produits de santé dans une officine de ville. Il serait donc souhaitable d'instaurer à l'AP-HP une plate-forme de pharmaciens cliniciens pour faire le lien ville-hôpital.

Le Pr Jean-François BERGMANN rappelle que les hôpitaux sont en butte aux pressions des visiteurs médicaux et du marketing industriel. La problématique de la prescription des médicaments nécessite une attention de tous les instants afin d'éviter tout dérapage.

Le président ajoute que les hôpitaux de l'AP-HP ont tendance à prescrire trop de médicaments. Des efforts restent nécessaires pour réaliser des économies financières.

Le Pr Jean-François BERGMANN observe aussi que les praticiens, notamment les internes, multiplient aussi les examens complémentaires.

Le Pr Christian RICHARD considère qu'un travail important reste à réaliser pour favoriser une meilleure réflexion en amont de la prescription des médicaments hors GHS. Il s'interroge aussi sur les conséquences financières de l'inscription de tel ou tel médicament hors GHS dans la liste des médicaments GHS.

Le Pr Jean-François BERGMANN répond que cet impact est difficile à évaluer. Le prix d'un médicament hors GHS, dès lors qu'il peut être prescrit sous une forme générique, tend à diminuer fortement. En outre, un médicament peut entrer dans la liste des produits des GHS dès lors que sa prescription devient systématique dans le cas de tel ou tel diagnostic.

Le Dr Alain FAYE s'interroge sur l'avenir du Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT), destiné à évaluer les dispositifs médicaux.

Le Pr Jean-François BERGMANN répond que le CEDIT est chargé d'une analyse bibliographique des innovations technologiques au sein du réseau *European Health Technology Assessment*. Il participe au contrat de bon usage. Son travail scientifique, très utile, reste relativement ponctuel.

Le président souligne que la sous-commission Innovation, Recherche et Université est chargée de réfléchir à la mission du CEDIT.

Le Pr Michel FOURNIER rappelle que le CEDIT est une petite structure. Auparavant, il était essentiellement chargé de l'évaluation de dispositifs techniques pour leur mise en œuvre éventuelle au sein de l'AP-HP. Ce travail se fondait sur la demande d'acquisition de dispositifs médicaux par les services. Il s'articulait avec des programmes de recherche.

Actuellement, le CEDIT est plus particulièrement engagé dans l'évaluation de dispositifs techniques lourds dont il est question d'assurer le renouvellement, comme les robots. De plus, il assure une veille bibliographique. Celle-ci porte essentiellement sur les dispositifs et les équipements lourds. Enfin, de manière ponctuelle, il peut pratiquer une auto-saisine.

III. Projet de restructuration de l'oncologie à l'AP-HP en centres intégrés (CIN), centres experts (CEX) et centres spécialisés (CS)

Le Pr Michel FOURNIER rappelle que, depuis une vingtaine d'années, le nombre de lits MCO a enregistré une réduction constante au sein de l'Assistance Publique. En revanche, le nombre de lits d'hospitalisations dans des structures affectées aux soins de suite et de réadaptation (SSR) augmente. Quant aux nombre de lits en psychiatrie, soit quelque 650 lits, leur nombre reste invariant.

Certains secteurs sont appelés à accroître leur poids au sein des hôpitaux. Il s'agit de la gériatrie et l'ensemble des maladies associées, d'une partie de la psychiatrie et de la cancérologie.

Hors de l'Assistance Publique, les centres de lutte contre le cancer se mettent en ordre de marche pour développer leurs parts de marché. Dans le secteur de la médecine pour adultes, une stratégie se met en place pour développer l'offre de soins propre aux CHU, tenant compte de cette forme de concurrence, même si des partenariats sont également noués.

En outre, au sein de l'AP-HP, une évolution qualitative de la prise en charge des malades porteurs d'un cancer s'avère nécessaire. Celle-ci est inscrite dans le plan stratégique 2010-2014. L'organisation vise à l'amélioration des performances de prise en charge.

L'activité en cancérologie obéit à une stricte réglementation. Des seuils d'activité en chirurgie sont institués, des critères qualitatifs sont fixés.

Premier acteur de soins dans le secteur de la cancérologie en Ile-de-France, l'Assistance Publique manque toutefois de visibilité. En effet, cette activité est pratiquée dans la majorité des 38 sites hospitaliers. Un tiers des malades en chirurgie sont pris en charge par l'AP-HP. En comparaison, 6 % des patients sont traités au sein de l'IGR et 10 % à l'Institut Curie. Dans les secteurs de la radiothérapie et de la chimiothérapie, les pourcentages sont très proches.

Pour accroître la visibilité et l'organisation de l'offre de soins à l'AP-HP, un processus de labellisation a été défini dans le plan stratégique 2010-2014. Les groupes hospitaliers ayant exprimé leur candidature devront s'engager dans un processus de transformation en centres intégrés d'oncologie (CIN).

Dans un certain nombre de disciplines, comme la pneumologie, une proportion notable des malades hospitalisés sont porteurs d'un cancer et cela dans tous les services. Pour autant, ces équipes ne se sont pas forcément structurées dans la prise en charge de ces patients. La restructuration vise à dégager progressivement au sein des pôles une organisation propre à la cancérologie. Celle-ci pourra prendre, par exemple, la forme d'un hôpital de jour avec mutualisation des moyens interservices. Au terme de son évolution volontaire, un groupe hospitalier devra comprendre une structure comparable à un centre de lutte contre le cancer. Cette perspective s'accompagnera inévitablement d'une amélioration de l'offre de soins.

Quant aux centres experts (CEX), qu'il s'agisse de chirurgie digestive, d'ORL ou de pneumologie, la prise en charge des malades atteints d'un cancer y dépasse souvent 75 % à 80 %, et le niveau de recherche clinique, visible dans les publications, y est par définition important.

En chirurgie, certains centres ont développé une importante activité de prise en charge du cancer, sans être adossés ou interfacés avec des spécialités médicales correspondantes. Ces centres sont répertoriés comme centres spécialisés (CS).

Certains groupes hospitaliers sont situés à proximité d'un institut spécialisé comme le groupe hospitalier formé par les hôpitaux Antoine-Béclère, Paul-Brousse et Kremlin-Bicêtre. L'Institut Gustave-Roussy fait office de Centre de lutte contre le cancer au plan local. Un équilibre devra être trouvé entre ce groupe hospitalier et l'IGR. Entre l'hôpital Henri-Mondor et le centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC), le problème s'avère quelque peu différent puisque des modifications de structures sont intervenues. Ce groupe hospitalier obtiendra probablement sa labellisation d'ici un an.

L'évolution relative aux centres experts est loin d'être figée. En effet, certaines structures sont encore fragiles. D'autres ne se sont pas portés candidats. Enfin, des centres se développent. Une mise à jour annuelle est donc nécessaire.

Un écart est observé entre le nombre d'autorisations délivrées par l'ARS pour le développement d'une activité en cancérologie, soit une centaine, et le nombre restreint à terme de centres experts. Un processus de concentration est donc engagé. Dans un certain nombre de cas, ce processus prendra une forme supra-GH.

Dans le cadre de la poursuite des travaux, un outil informatique doit donc être créé. Il recensera les moyens – qu'il s'agisse de la CME locale et de la CME centrale, des doyens et de la DPM – permettant d'évoluer vers ce type d'organisation, principalement celle des centres experts.

La labellisation constitue un encouragement à poursuivre une dynamique d'organisation de la cancérologie en centres intégrés ou centres experts, par les groupes hospitaliers, dans un contexte de concurrence accrue en Ile-de-France.

L'absence de labellisation comme centre expert, pour un groupe hospitalier, n'est pas pour autant synonyme d'un arrêt d'activité.

Enfin, la labellisation comme centre intégré ou centre expert n'est pas figée.

Le doyen Serge UZAN demande si le décompte du nombre de séjours effectués comprend la pédiatrie ainsi que la totalité de l'hémato-oncologie. Il semble en effet que les chiffres soient légèrement supérieurs à ceux qui ont été fournis.

Le Pr Michel FOURNIER répond que la cancéro-pédiatrie n'a pas été encore intégrée dans les tableaux. Elle y sera ajoutée.

D'un point de vue global, il s'agit d'évaluer si un patient est mieux pris en charge dans un centre de lutte contre le cancer ou dans un CHU. Actuellement, la réponse correspond à la combinaison des capacités des deux structures.

En outre, la force des CHU est l'activité réalisée « aux marges » du cancer. Aujourd'hui, une proportion importante de patiente atteintes d'un cancer décèdent, à long terme, des complications liées aux traitements, qu'il s'agisse d'atteintes cardio-vasculaires métaboliques ou infectieuses résultant des chimiothérapies. Dans ce contexte, la prise en charge au sein d'un CHU représente une force incomparable.

En outre, la qualité des soins est directement liée à la recherche et à la formation des acteurs de santé. Au total, l'AP-HP doit renforcer son lien avec les universités. En matière de cancérologie, les deux premiers groupes hospitaliers sont les deux GH de Paris VI regroupés au sein de l'Institut universitaire de cancérologie. Les doyens sont convaincus de l'intérêt de cette logique hospitalo-universitaire. C'est au travers le circuit du malade que peut être démontrée la capacité de l'AP-HP à constituer de véritables centres de lutte contre le cancer.

Le Dr Georges SEBBANE souligne que des appels d'offres ont été lancés par l'Institut national du cancer (INCa) pour proposer une labellisation à des unités de coordination en oncogériatrie (UCOG). Il s'enquiert de la position de la DPM.

Le Pr Michel FOURNIER explique que l'AP-HP travaille en relation étroite avec l'INCa. Depuis quelques années, celui-ci pilote les différents appels d'offres liés aux restructurations, à la qualité et aux parcours de soins. Il produit des financements pour des opérations de ce type.

Par ailleurs, l'accroissement du nombre de lits affectés à l'onco-gériatrie au sein de l'Assistance Publique doit être mené en concertation avec l'Agence régionale de santé (ARS). Elle s'intègre au sein du dispositif financier de la DAF, très contraint.

Le Dr Jalad ASSOUAD revient sur la concurrence entre l'AP-HP et les centres de lutte contre le cancer, qui développent des parts de marché. Dans le domaine de la chirurgie thoracique, quatre centres experts et un centre spécialisé sont recensés. Ils assument le tiers de cette activité en Ile-de-France. Cependant, il reste à cerner les moyens que l'Assistance Publique pourrait mettre en œuvre pour diminuer la fuite de patients vers les centres privés, le séjour d'un patient dans le cadre de la chirurgie thoracique rapportant à l'AP-HP quelque 10 000 euros de bénéfices.

Le Pr Michel FOURNIER répond qu'auparavant, une partie des services de pneumologie de l'AP-HP adressaient les patients nécessitant une opération à des structures extérieures. Depuis quatre ans, la situation s'est améliorée.

Le Pr René ADAM estime que le travail mené par les centres de l'AP-HP en lien avec les Centres de lutte contre le cancer (CLCC), dans un souci de complémentarité, est crucial. En matière de recherche et d'enseignement, les doyens jouent un rôle important dans ce renforcement du lien avec les CLCC. Néanmoins lorsqu'un GH est adossé à un CLCC important, les doyens peuvent parfois légitimement s'interroger sur la nécessité de maintenir le rôle universitaire du GH. Il convient dans ces situations de bien respecter les équilibres et de ne pas négliger la vocation universitaire de la cancérologie du GH sans quoi l'AP-HP risque d'y perdre beaucoup, non seulement en terme académique mais aussi en parts de marché.

Parmi les critères de labellisation, celui de la qualité fait peu partie des paramètres d'évaluation. A l'inverse, au Royaume-Uni, la performance de tel centre ou de tel spécialiste, en termes de qualité de soins, fait l'objet d'une traçabilité constante. Les autorités de tutelle recourent aisément à ce

critère pour certifier les structures ou décider d'une fermeture si la qualité des soins n'apparaît pas suffisamment assurée.

Le doyen Serge UZAN rappelle que les CLCC sont des éléments du dispositif de lutte publique contre le cancer. Il n'existe aucune raison valable qu'ils puissent être moins bien servis au motif qu'ils ne font pas partie d'un CHU. Les doyens sont chargés de faire vivre le dispositif public dans les meilleures conditions. Il convient de raisonner en termes d'établissement public rattaché. Il fût une époque où l'Institut Gustave-Roussy faisait l'objet d'un raisonnement plutôt malthusien. Aujourd'hui, il compte 12 PU-PH. Les postes doivent être abondés là où leur utilité, vis-à-vis des étudiants, est la plus évidente. Les centres de lutte contre le cancer ne devraient pas être mis en opposition avec l'AP-HP.

Le Pr Michel FOURNIER indique que l'objectif du suivi et de la labellisation vise à instaurer des indicateurs d'activité et de qualité. L'affichage des GH fait partie des perspectives. En 2013, des conventions signées entre l'AP-HP et les centres de lutte contre le cancer feront l'objet d'un renouvellement. A cette occasion, leur contenu pourra être révisé. Des partenariats efficaces sont noués avec certains services, voire des groupes entiers.

Le Pr Martin HOUSSET rappelle que le processus de labellisation constitue le fruit d'un important travail mené dans chaque GH. Des pôles de cancérologie sont en cours de création. Cette évolution qui traduit le dynamisme des GH qui ont posé leur candidature.

S'agissant des séjours M4, qui correspondent aux lits chirurgicaux soumis à autorisation, il serait utile de connaître le nombre de lits de chirurgie par GH et enfin disposer d'indicateurs communs.

Le Pr Michel FOURNIER explique qu'il est prévu une communication très large sur le processus de labellisation. Elle concernera notamment l'ARS.

Le Dr Patrick PELLOUX s'enquiert de la place des soins palliatifs dans la définition du critère de qualité des soins. L'Institut Gustave-Roussy et l'Institut Curie n'assurent pas de permanence pour les soins ambulatoires. Les urgences se trouvent confrontées à l'accueil de patients atteints de cancer. Or ils n'ont pas de dossier à fournir, celui-ci étant informatisé.

Le Pr Michel FOURNIER répond que les centres intégrés doivent comporter des lits affectés aux soins palliatifs. Ceux-ci existent dans nombre de services. Il reste aussi à réfléchir aux filières prévues pour ces malades. Certains GH présentent un certain retard.

Le Dr Alain FAYE souligne que la recherche clinique constitue un domaine dans lequel la dimension universitaire de la cancérologie se fait jour. Pour l'AP-HP, il est important de disposer de masses critiques de patients. La tenue informatique de bases de données regroupant des patients provenant d'hôpitaux différents représente un élément fondamental de la recherche clinique. En outre, celle-ci est favorisée par la présence d'anatomo-pathologistes de grande qualité.

Enfin, il convient de s'interroger sur la spécificité de la prise en charge du cancer à l'AP-HP par rapport à celle qui est fournie dans les centres de lutte contre le cancer.

Le Pr Michel FOURNIER estime que les mots clés, à Assistance Publique, sont la diversité, la puissance et la qualité de la prise en charge chirurgicale du cancer. En outre, celle-ci dispose de formes de recours contre les cancers rares. Enfin, grâce à son environnement propre, l'AP-HP se

montre seule capable de prendre des malades en charge dans des situations complexes où se mêlent l'évolution propre à la maladie et des effets indésirables.

Dans les centres anti-cancéreux, la typologie des malades est plus restreinte. Les choix opérés visent une simplification de la feuille de route des patients. Ces centres ont acquis une expérience dans le parcours de soins que l'AP-HP n'est pas encore capable de mettre en œuvre avec un niveau équivalent de qualité sur tous ses sites.

Le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU rappelle que les centres intégrés de cancérologie doivent disposer de pathologistes experts et de tumorothèques labellisées.

Elle souligne que, s'agissant des tumeurs rares, les pathologistes de l'AP-HP assurent à travers les nombreux réseaux auxquels ils participent un important travail de relecture systématique. Comme tous les pathologistes, ils effectuent un codage systématique de toutes les lésions ce qui constitue des bases de données de taille conséquente. Par ailleurs, l'Assistance Publique est bien positionnée en matière de dépistage car son recrutement comporte des lésions non tumorales et des lésions précancéreuses.

Le Pr Bertrand GUIDET estime que les difficultés logistiques (réponse téléphonique, accueil, gestion du dossier médical, prise de RV) constituent la grande faiblesse de l'Institution vis-à-vis des centres de lutte contre le cancer.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE s'interroge sur la nécessité ou non de prendre référence sur le modèle des centres de lutte contre le cancer. Les patients, de plus en plus fragiles, présentent maints facteurs de comorbidité. La diversité des activités, de la cardiologie à la gériatrie, constitue donc un atout pour l'AP-HP, qui dispose en outre de services d'urgence. Au total, un nouveau modèle est à bâtir.

Par ailleurs, les centre de lutte contre le cancer appartiennent au service public et ne doivent pas être perçus comme des concurrents. Malheureusement, il apparaît que certains d'entre eux préfèrent établir des collaborations avec des établissements privés plutôt qu'avec l'AP-HP.

Le Pr Thierry BÉGUÉ souhaite des précisions sur l'organisation des situations secondaires en cancérologie. Ainsi, des séquelles nécessitent une prise en charge.

Le Pr Michel FOURNIER indique que, dans un certain nombre de spécialités médico-chirurgicales, comme l'ORL, les services participent au diagnostic. Dans le cadre de l'évolution en cours, la prise en charge de la maladie devra être effectuée au sein d'une structure spécialisée. La signature du SROS, à la fin de l'année 2012, en fournira le moyen. Dans bien des cas, la mise en œuvre des centres experts prendra du temps.

IV. Projets de coopération entre les professionnels de santé et programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)

1. Projets de coopération entre les professionnels de santé

Mme Roselyne VASSEUR souligne que les projets de coopérations entre les professionnels de santé constituent un véritable atout pour l'AP-HP. En effet, ils peuvent constituer un facteur d'attractivité / fidélisation.

Ces projets résultent de l'article 51 de la loi HPST. Ils font suite aux deux rapports Berland, visant à pallier les « déserts » médicaux et s'étendent au secteur libéral.

Les projets doivent être issus du terrain. Ils donnent lieu à un contrat entre les équipes de professionnels de santé, c'est-à-dire des médecins, des infirmières, des radiologues, des manipulateurs, des professionnels paramédicaux, etc. L'ARS doit s'assurer que ces projets répondent à un besoin de santé dans le cadre du territoire. Ils sont ensuite soumis à la validation de la Haute Autorité de Santé. Cette dernière vérifie que ces projets ne dégraderont pas la qualité des soins. La formation des professionnels doit être bien définie et le suivi des indicateurs qualité doit être correctement assuré.

Ces projets permettent de déroger aux décrets d'actes qui régissent les professions paramédicales, et notamment la profession infirmière.

Au sein de l'Assistance Publique, une cellule, pilotée par la Direction des soins réunissant la DPM, la DRH et la direction des affaires juridiques, coordonne les projets et aide les professionnels à monter les dossiers avant transmission aux tutelles.

Dix projets de transferts de compétences entre des médecins et des professionnels paramédicaux ont été transmis aux tutelles. Des formations théoriques et pratiques, systématiquement dispensées, doivent figurer dans les projets de coopération. Ainsi, par exemple, dans le cadre de la consultation en chirurgie bariatrique au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, l'interprétation de résultats d'examens et la prescription de vitamines et de micro nutriments sont réalisées par des infirmières dûment formées dans le cadre de ce protocole.

Aucun protocole n'a été agréé à ce stade par l'ARS Ile-de-France et la Haute Autorité de Santé. Au niveau national, trois projets ont été mis en œuvre. Ils concernent le CLCC de Marseille et l'hôpital de Rouen.

Les équipes, qui s'étaient beaucoup mobilisées, sont extrêmement déçues. Il semblerait qu'un peu de lobbying médical émanant des collégiales pourrait être utile à l'avancement de ces projets.

2. Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)

Mme Roselyne VASSEUR indique que les appels à projets ont été lancés depuis trois ans. En 2009, ceux-ci concernaient exclusivement les infirmières. Parmi les nombreux projets transmis par l'AP-HP, cinq d'entre eux ont été sélectionnés. Les montants budgétaires accordés restent relativement modestes.

L'un des projets concerne l'impact de l'hypnose préopératoire avant induction anesthésique sur l'anxiété des enfants de 10 ans à 18 ans, au sein de l'hôpital Robert-Debré.

Un autre projet, au sein du HU Paris Nord Val-de-Seine, concerne la prise en charge de la fin de vie par les équipes soignantes.

En 2010, l'appel à projets a été étendu aux autres professions paramédicales figurant au répertoire des métiers. Parmi les cinq projets retenus, deux d'entre eux l'ont été au titre des infirmières et trois au titre des kinésithérapeutes. En 2011, une vingtaine de projets ont été envoyés au titre de l'Assistance Publique. Les résultats seront connus en juin 2012.

Le DRCD s'est beaucoup mobilisé pour accompagner les personnels paramédicaux dans le montage des dossiers. En outre, il finance la formation en master 2 et en doctorat à la recherche pour quelques infirmières.

Avec ces projets, la France se trouve enfin au niveau international. En effet, la recherche paramédicale et les pratiques avancées existent dans de nombreux pays, en Europe, en Amérique du Nord et même dans des pays dits émergents.

Aujourd'hui, les professions paramédicales, et notamment la profession infirmière, s'inscrivent dans le système LMD. De nombreux mastères se mettent en place. Ils sont parfois nécessaires pour la mise en œuvre de protocoles de coopération. La France, avec ses 520 000 infirmières, devrait mener cette évolution à son terme en créant une école doctorale en sciences infirmières.

Les équipes ont souvent des idées mais ne possèdent pas forcément les pré requis pour les mettre en œuvre. C'est dans ce but que la première Journée de l'Assistance Publique relative à la recherche paramédicale a été organisée en décembre 2011 par la Direction des soins. Il s'agissait de diffuser ces démarches innovantes auprès de l'ensemble des professionnels.

Le Pr Gérard REACH estime que l'exemple fourni dans le domaine de la chirurgie bariatrique, appelée à se développer, pourrait devenir une nécessité. En effet, les médecins ne pourront pas suivre les cohortes de patients pour assurer l'interprétation des dosages et vérifier qu'ils prennent bien leurs vitamines. Dans ce domaine, la labellisation de centres intégrés s'est accompagnée d'une restructuration de l'activité de soins.

Mme Roselyne VASSEUR explique que ces projets de coopération, qui répondent aux évolutions démographiques du corps médical et des patients, répondent également à l'émergence de pathologies chroniques.

Certains projets seront traités directement au niveau national, notamment entre les manipulateurs et les radiologues. Les établissements pourront s'y inscrire s'ils le souhaitent.

Les projets relèvent souvent d'un strict transfert d'actes alors que les personnels paramédicaux sont plutôt demandeurs d'une prise en charge plus globale. Les patients expriment les mêmes attentes.

Le Pr René ADAM fait état d'une expérience allant dans le sens de l'orientation universitaire de la profession d'infirmières : lors des journées scientifiques annuelles, une journée des infirmières est systématiquement adossée à celle des chirurgiens, des radiologues et des hépatologues. Cette initiative contribue à l'attractivité de la profession et à la fidélisation des infirmières.

Le Dr Patrick PELLOUX souligne que des infirmiers sapeurs-pompiers réalisent des diagnostics. Cependant, ils ne sont pas suffisamment encadrés, ce qui peut mener à des erreurs dans l'orientation des patients.

Mme Roselyne VASSEUR répond que, dans le contexte du dispositif des coopérations, l'encadrement et le suivi des protocoles sont particulièrement rigoureux.

M. Olivier YOUINOU estime que le transfert de tâches vers les personnels paramédicaux, dans un contexte de difficultés démographiques, n'est pas forcément envisagé par l'ensemble des personnels. La faille de certains secteurs ne saurait fonder l'avenir des autres secteurs. D'autres

solutions doivent être identifiées. L'intégration dans le système LMD et les pratiques avancées constituent deux terrains d'avancée différents. Quant aux coopérations interprofessionnelles de santé, elles peuvent s'avérer parfois dangereuses. L'article 51 peut amener à remettre en cause certaines exclusivités de fonctions, notamment dans le cadre de l'anesthésie.

Enfin, ce processus peut conduire à une individualisation des parcours et des salaires.

Mme Roselyne VASSEUR rappelle que à chaque projet correspond une formation théorique et/ou pratique spécifique qui peut entrer dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire (DIU) ou d'un master.

S'agissant de l'exclusivité de certaines fonctions, même si en théorie il serait possible d'envisager des coopérations entre IADE et infirmières non spécialisées, à ce stade, aucun projet de ce type n'a émergé à l'Assistance Publique ou ailleurs.

V. Le traitement des demandes d'indemnisation à la suite d'accidents médicaux et le rôle des médecins conseils de l'AP-HP

1. Le traitement des demandes d'indemnisation à la suite d'accidents médicaux

Mme Laure BÉDIER rappelle qu'un patient s'estimant victime d'une erreur médicale peut opter pour la voie administrative ou pour la voie pénale. La seconde option vise à la sanction de l'auteur des faits. L'AP-HP étant un établissement public de santé, cette voie ne permet pas l'indemnisation du dommage, la demande devant être portée devant la juridiction administrative. En revanche, elle permet de mettre en cause la responsabilité personnelle d'un médecin.

Il est possible de mettre en cause la responsabilité de l'AP-HP, en tant que personne morale à condition que l'erreur médicale révèle un problème dans l'organisation du service. Cette responsabilité de la personne morale ne se substitue pas à la responsabilité du médecin, mais s'y ajoute.

Lorsqu'un lien indirect existe entre l'erreur et le dommage, le médecin doit avoir commis une faute d'une certaine gravité pour que sa responsabilité soit mise en jeu. En vertu de la réforme pénale instituée en 2000, une faute simple ne suffit pas.

Cinq à dix nouvelles affaires pénales sont recensées par an. Un certain nombre d'entre elles s'achèvent, avant la saisine du tribunal correctionnel, par un classement sans suite ou un non lieu.

La voie administrative vise à obtenir le versement d'une indemnité par l'AP-HP, seul organisme en France à être son propre assureur. Deux exceptions sont instituées lorsque le médecin a commis une faute personnelle ou lorsqu'il exerce dans le cadre de son activité libérale. L'indemnisation peut être assurée par l'ONIAM dans un certain nombre de cas comme les aléas thérapeutiques, les infections nosocomiales d'une certaine gravité ou des affaires spécifiques comme celle du Mediator.

Si le patient choisit la voie administrative, en cas de voie amiable simple, la demande indemnitaire est adressée à la Direction des Affaires juridiques. Celle-ci saisit le médecin coordonnateur, qui confie le dossier à l'un des dix-neuf médecins conseils qui exercent chacun une spécialité. Sur la

base de cette expertise, la Direction des Affaires juridiques effectue une proposition d'indemnisation. En cas d'acceptation par le patient, elle conduit à un accord transactionnel.

La voie amiable peut être engagée après la saisine de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI). Composée d'une quinzaine de membres, notamment des représentants des usagers, des établissements privés et publics, elle est présidée par un magistrat de l'ordre judiciaire ou de l'ordre administratif. Elle est compétente uniquement pour les dommages d'une certaine gravité, qui entraînent une Incapacité Permanente Partielle (IPP) supérieure à 24 %. Le médecin conseil désigné représente l'AP-HP aux expertises organisées par la CRCI. Celle-ci rend un avis. S'il est suivi par la direction des Affaires juridiques, un accord transactionnel est trouvé.

En cas de voie contentieuse, le tribunal administratif est saisi. Le médecin conseil représente l'AP-HP lors de l'expertise.

A l'AP-HP, la voie amiable est privilégiée. 75 % des demandes sont réglées de cette manière contre 50 % pour les sociétés d'assurance. Il s'agit d'une volonté politique délibérée, menée depuis quelques années, dans un souci de transparence à l'égard des patients. Elle permet également une indemnisation plus rapide.

Quelques 800 demandes indemnitaires sont recensées par an. Si ce chiffre reste assez stable, le montant de l'indemnisation s'avère de plus en plus important. En 2011, celui-ci se situait à 20 millions d'euros.

En 2011, deux dossiers relatifs à une indemnisation supérieure à 2 millions d'euros ont été comptabilisés.

Rapportées au nombre de séjours à l'AP-HP, les demandes indemnitaires sont assez faibles. Le ratio de la gynécologie-obstétrique, souvent considérée comme une spécialité à risque, reste plutôt limité.

2. Le rôle des médecins conseils

Le Pr Jean-Paul CHIGOT insiste sur le fait que le nombre de réclamations doit être ramené au nombre d'actes effectués chaque année à l'AP-HP. Lorsqu'une faute est avérée dans la prise en charge du patient, celle-ci peut aboutir à une indemnisation d'un montant considérable. Il faut y ajouter le remboursement des frais hospitaliers effectué auprès de la CPAM.

Le rôle du médecin conseil s'avère fondamental. Il doit :

- récupérer le dossier du ou des services mis en cause ;
- analyser celui-ci ;
- obtenir des commentaires auprès des services concernés ;
- rédiger un rapport pour la Direction des Affaires juridiques ;
- représenter l'AP-HP lors des expertises.

La récupération des dossiers demande parfois des mois, malgré plusieurs relances. Les dossiers sont souvent incomplets alors qu'une simple note, rédigée par un externe ou une infirmière dans l'observation ou le cahier infirmier, peut permettre de comprendre les faits.

Des collègues peuvent s'estimer blessés par des réclamations qui sont totalement injustifiées, ce qui correspond à plus de 75 % des demandes. Ils croulent sous les tâches administratives. Ils ne veulent pas, à juste titre, assumer la copie des dossiers. Enfin, la majorité d'entre eux n'a aucune connaissance médico-légale.

Par ailleurs, les médecins ne sont pas les seuls responsables. Il est fréquent que la réclamation, voire une convocation à une expertise, soient adressées à la direction de l'hôpital en cause et ne soit transmise à la Direction des Affaires juridiques qu'avec retard. Parfois, la réclamation n'est pas communiquée.

Il est donc important que la CME sensibilise les chefs de service, et les directions hospitalières. Il serait également utile d'intervenir dans les CMEL. Il insisterait sur l'attitude à adopter en cas de réclamation.

Le président demande si la compensation à l'amiable est seulement indemnitaire. En effet, elle pourrait également être organisationnelle, voire disciplinaire, à l'instar du cas survenu aux urgences d'un site de l'AP-HP. La plainte a été suivie par des mouvements de personnel médical. Un accord à l'amiable a été trouvé. Une telle situation peut mettre en jeu la carrière de certains collègues.

Mme Laure BÉDIER répond que l'indemnisation du dommage doit s'accompagner d'une réflexion sur les moyens de ne pas reproduire l'erreur commise. Dans certains cas très rares, la personne qui est à l'origine du dommage peut être sanctionnée. Il convient de développer les retours d'expérience en s'appuyant sur les remontées des médecins conseils.

Le président estime qu'une argumentation contradictoire est indispensable au cas où une sanction est envisagée.

Mme Laure BÉDIER rappelle que la procédure amiable et la procédure disciplinaire sont deux voies différentes.

Le Pr Georges SEBBANE estime que la transmission d'éléments objectifs sur la prise en charge du patient est essentielle. Il faut également rappeler l'importance de la réalisation d'examens complémentaires vierges de toute marque. En effet, les internes et les externes, voire les chefs de service, ont tendance à annoter ceux-ci.

Le Pr Thierry BÉGUÉ souligne que les praticiens subissant une plainte ont l'impression d'être ignorés durant l'ensemble de la démarche. A aucun moment, ils ne sont entendus par les experts ou par la Direction des Affaires juridiques. Il leur arrive seulement, à la fin de l'affaire, de recevoir sous pli cacheté un retour sur la décision du tribunal administratif ou de la CRCI.

Le Pr Marc TADIE répond que le praticien ou son chef de service sont interrogés par téléphone sur leur vision du dossier. Eventuellement, il leur est possible d'accompagner le médecin conseil lors de la séance d'expertise. Cependant, les réponses des praticiens sont de moins en moins nombreuses. Lorsque l'affaire donne lieu à une revue de morbidité mortalité, celles-ci se raréfient.

A l'avenir, le retour d'expérience pourrait s'effectuer à plusieurs stades. Le médecin conseil devrait d'abord prendre l'avis du chef de service ou du praticien concerné. Ensuite, le chef de service devrait être informé du résultat de l'expertise, de l'avis rendu par le médecin conseil puis de la décision de la CRCI ou du juge.

Des séminaires sont prévus sur le thème suivant : « De la complication à la prévention ». Le premier, en juin, portera sur la chirurgie du rachis. A l'automne, un second séminaire devrait être organisé au sujet des urgences.

En ce qui concerne les médiateurs, ceux-ci sont pleins de bonne volonté mais ils ne peuvent connaître tous les problèmes des différentes spécialités. En outre, dans la mesure où ils font partie de l'hôpital, les familles ont tendance à s'en méfier plus que du médecin conseil de l'Institution. Celles-ci accordent plutôt leur confiance au dialogue amiable. Il est certain qu'il conviendrait de mieux valoriser le premier échelon de la médiation.

Le président insiste sur le fait que le médiateur n'a pas accès au dossier médical. Si tel est le cas, ce partage du secret médical est hautement contestable.

Mme Laure BÉDIER rappelle que les demandes d'indemnisations se limitent à quelque 800 dossiers par an. Le médiateur, qui règle de nombreuses plaintes en amont, agit à la manière d'un filtre. Cette semaine, une réunion des médiateurs médicaux et non médicaux est organisée avec la Direction des Affaires juridiques. Les modalités de leur coopération seront examinées.

Le Pr Gérard REACH s'enquiert des possibilités de transaction à l'amiable. Dans le contexte de la gestion des événements indésirables graves, l'information rapide du patient devrait figurer parmi les mesures primordiales. Cette problématique pourrait faire l'objet d'une présentation dans les CMEL.

Le Pr Jean-Paul CHIGOT souligne que la reconnaissance des événements indésirables graves est fondamentale. Il est nécessaire de se rendre rapidement dans le service pour apprécier les faits et proposer un entretien avec la famille. Depuis longtemps, ces actions sont mises en œuvre mais il arrive qu'il n'existe aucune trace de l'événement indésirable grave dans le dossier.

Le doyen Serge UZAN estime qu'une formation adéquate pourrait être dispensée à l'AP-HP par le biais d'Internet. Sur le terrain, le signalement au patient d'un événement indésirable, même si celui-ci ne s'en est pas aperçu, est bel et bien pratiqué. En revanche, des progrès restent à effectuer pour transmettre aux équipes toute l'information nécessaire sur les dossiers ayant donné lieu à une plainte juridique.

Le Dr Patrick PELLOUX met l'accent sur les problèmes que peuvent poser le comportement déplacé de certains malades. Des médecins se font insulter. Un patient colérique peut casser une vitre ou du matériel informatique. La réparation incombe alors au budget de l'hôpital. Pourtant, l'AP-HP ne dépose pas forcément plainte contre le patient.

Mme Laure BÉDIER répond que toute remontée sur de tels faits, qu'il s'agisse d'injures ou de dégradations, donne lieu à une réaction de l'AP-HP. Il est conseillé à l'établissement ou à la personne qui en a été victime de porter plainte. Celle-ci est accompagnée dans sa démarche. Le cas échéant, l'AP-HP prend en charge les frais d'avocat dans le cadre de la protection fonctionnelle.

Le Dr Patrick DASSIER évoque l'action menée au sein de la CRCI d'Ile-de-France. Par définition, l'acte chirurgical ou anesthésique comporte un risque. En amont, la loyauté et une certaine forme de transparence vis-à-vis des patients et des familles permettent de désamorcer le conflit.

Face à une éventuelle évolution défavorable, il faut prendre le temps pour informer et expliquer aux familles Une telle attitude permet le plus souvent d'éviter des procédures auprès de la CRCI ou des juridictions.

Dans certains cas la CRCI constate la mauvaise tenue voire la disparition d'un dossier, ce qui est préjudiciable à l'Institution. Néanmoins, le nombre de plaignants par rapport au nombre de patients suivis à l'AP-HP reste faible.

Le Pr Bruno CARBONE, gynécologue obstétricien, profession particulièrement exposée aux risques, constate que, sur le terrain, des couples demandent une expertise sans que le médecin en soit lui-même informé. Pourtant, sa présence lors d'une expertise contribue nettement aux bonnes relations avec les patients. A défaut, ceux-ci estiment que le médecin se désintéresse de leur sort.

Le Pr Vincent JARLIER demande des précisions sur la proportion de plaintes résultant d'infections nosocomiales lors d'opérations chirurgicales.

Le Pr Pierre CARLI précise que les infections nosocomiales constituent un motif fréquent de réclamation auprès de la CRCI. Bien souvent, celle-ci est associée à un autre motif.

Par rapport à d'autres CHU, les médecins de l'AP-HP sont bien accompagnés par l'Institution. Des experts juridiques sont à leur disposition et, le cas échéant, contribuent à leur protection.

De nombreuses plaintes résultent de problèmes de communication et s'avèrent injustifiées.

Certains collègues travaillent pour des compagnies privées d'assurances ou pour le ministère de la Justice comme experts, il est donc important que d'autres réalisent ce travail pour l' APHP.

Enfin, la connaissance et l'expérience accumulées à l'Assistance méritent d'être mieux transmises dans le cadre de l'enseignement.

Le président rappelle que les indemnités versées chaque année par l'AP-HP sont moindres que le coût d'une assurance.

Mme Laure BÉDIER précise qu'il n'est pas utile, pour les médecins, de contracter une assurance personnelle, sauf dans le cadre de leur activité libérale. Pour le reste, ceux-ci sont couverts par l'AP-HP. Celle-ci prend notamment en charge les frais d'avocats.

VI. Inventaire patrimonial de l'Assistance Publique

M. Emmanuel QUISSAC rappelle la distinction entre domaine public et domaine privé.

Le domaine public hospitalier comprend environ 4 millions de mètres carrés au sol. Les surfaces bâties correspondent à 3,8 millions de mètres carrés. Pour l'essentiel, elles se concentrent à Paris et

en Ile-de-France. La province ne représente que 3 % du bâti, notamment à Hendaye, San Salvadour et Berck.

Le patrimoine hospitalier est hétérogène avec un tiers de bâtiments neufs et efficients, un tiers d'immeubles moyennement efficients et un tiers de bâtiments vétustes. En ce qui concerne le nombre de mètres carrés par lit, une hétérogénéité très forte est observée d'un groupe hospitalier à l'autre. La moyenne correspond à 150 mètres carrés par lit, ce qui est plus élevé que les autres CHU et que la cible nationale de l'ANAP.

Le domaine public hospitalier compte 1 400 logements correspondant à une surface d'environ 100 000 mètres carrés. Dans le domaine privé, quelque 9 000 logements sont recensés. Parmi ces derniers, 2 700 logements sont gérés directement par l'AP-HP et 4 000 logements font l'objet d'un bail emphytéotique signé avec des bailleurs sociaux (avec un pourcentage de logements réservé à l'AP-HP). Par ailleurs, des conventions de réservation sont signées avec des offices de logement social pour 9 300 logements.

Les logements gérés de manière directe par l'AP-HP se situent pour l'essentiel à Paris avec une forte représentation dans le 14e arrondissement, le 16e arrondissement et le 18e arrondissement.

Une part importante du patrimoine de l'AP-HP résulte de son histoire et notamment des dons qu'elle a reçus. Elle possède ainsi une surface importante de terres agricoles représentant un foncier important mais avec une valeur marchande très faible. L'AP-HP conservera les terres qui pourraient un jour devenir constructibles.

Dans le domaine privé, des commerces peuvent être implantés au pied d'immeubles d'habitations. L'AP-HP possède aussi des biens atypiques dont des crèches, écoles, lycée…

***

Après la présentation de l'inventaire patrimonial de l'AP-HP, les enjeux et les axes de la politique patrimoniale sont développés.

Du fait de la dynamique de la dette de l'AP-HP qui a doublé en quatre ans et des perspectives financières, il est indispensable, pour soutenir les investissements, de valoriser le patrimoine qui ne serait pas nécessaire à l'activité hospitalière ou à l'attractivité du personnel.

Traditionnellement, l'AP-HP détenait des surfaces libres en proportion importante sur certains sites hospitaliers. La politique patrimoniale vise à réduire ces surfaces, qui coûtent cher et ne contribuent pas à l'activité de soins. L'un des seize projets prioritaires vise à libérer les surfaces qui ne sont pas indispensables.

La mise en œuvre de la stratégie patrimoniale s'appuie sur un bilan exhaustif de notre patrimoine qui est en cours. Ainsi un travail de recensement est mené sur le métrage des logements, leur occupation, leur valorisation potentielle et les investissements à réaliser.

La stratégie patrimoniale doit aussi contribuer à renforcer l'attractivité de l'AP-HP vis-à-vis des personnels. Le dialogue entre la DEFIP et la DRH vise à intégrer dans la stratégie patrimoniale les éléments importants pouvant contribuer à la fidélisation du personnel.

La valorisation de notre patrimoine ne correspond pas seulement aux cessions mais aussi à une juste valorisation de l'occupation du domaine public. Ainsi, il est indispensable de revoir des pratiques où l'AP-HP mettait à disposition de nombreux locaux sans qu'une redevance d'occupation domaine public ne soit demandée.

Le Pr Bernard GRANGER a lu avec beaucoup d'intérêt la communication effectuée en novembre 2011 par la Cour des comptes auprès de la commission des finances du Sénat sur le patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins. Un résumé de cette communication figure dans le dernier rapport annuel de la Cour des Comptes.

La problématique des logements attribués sur critères sociaux ou professionnels mérite réflexion. Le coût global de ce dispositif est difficile à appréhender. Selon la Cour des Comptes, *« il n'est pas certain que cette politique remplisse son objectif social, pour différentes raisons »*. D'abord, le coût de l'immobilier en région parisienne est si élevé qu'un aide-soignant ou une infirmière ne peut pas prétendre à devenir facilement locataire d'un logement relevant du parc privé de l'Assistance Publique. Il s'agit d'une préoccupation majeure alors que l'attractivité des postes en dépend. Par ailleurs, un tiers des locataires ne sont pas ou plus des agents de l'AP-HP. Les clauses d'occupation ne font pas toujours l'objet d'une vérification. Ce parc immobilier, considérable, ne profite qu'insuffisamment au personnel.

Un deuxième point est important à aborder, celui des logements de fonction des directeurs. En 2010, dans la catégorie des directeurs d'hôpitaux, 80 % des 233 personnes concernées étaient logées en dehors de leur établissement. Or selon les règles inhérentes aux logements de fonction, les directeurs d'hôpitaux bénéficient de tels logements par nécessité absolue de service. Selon la Cour des Comptes, *« l'évolution des moyens de communication et de transports et la contradiction de moins en moins admissible entre l'affirmation d'une nécessité liée à la continuité de service public et le développement des logements hors sites hospitaliers, voire même hors du parc de l'hôpital par le recours à des locations, et les dérives potentielles de tels systèmes d'avantages en nature doivent conduire à une remise en cause d'un dispositif devenu un avantage de rémunération et non plus un outil indispensable à la réalisation d'une mission de service public. Il est impératif de réserver les logements octroyés par nécessité absolue de service aux seuls responsables de sites hospitaliers et non pas à leurs collaborateurs, aux directeurs de services fonctionnels, aux cadres mis à disposition d'autres administrations. »* L'AP-HP entend-elle se conformer à cette préconisation ?

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, souligne que l'institution a répondu aux différents points présentés dans le rapport de la Cour des comptes sur la politique du logement des années précédentes à l'AP-HP. Malheureusement, les réponses ne sont pas systématiquement insérées dans le corps du rapport de la Cour des comptes. Par ailleurs, la directrice générale et Monsieur Emmanuel Quissac ont été entendus par la Cour des comptes et ont ainsi présenté la nouvelle politique du patrimoine mise en place.

Un travail méthodique s'est avéré nécessaire pour mieux appréhender le patrimoine privé de l'AP-HP. Celui-ci est considérable puisque le nombre de mètres carrés dépasse la surface occupée par le patrimoine public.

Une politique active est menée pour mieux valoriser ce patrimoine au service de l'activité hospitalière. Il ne s'agit pas toujours de vendre des actifs mais de les valoriser. Les loyers peuvent

être réévalués. Par ailleurs, des activités acquittant un bail extérieur peuvent être rapatriées au sein du patrimoine disponible de l'AP-HP. Ce travail de longue haleine a débuté voici plus d'un an.

Lorsqu'une cession a lieu, le montant dégagé est mis au service de l'activité hospitalière. Lorsque des hôpitaux sont vendus, l'objectif consiste à construire ou rénover d'autres établissements.

Le rapport de la Cour des Comptes indique que les logements privés de l'AP-HP, s'ils étaient consacrés au logement des personnels, permettraient d'accueillir 4 000 logements supplémentaires. Or cette affirmation est inexacte. Les logements dont l'Assistance Publique assure la maîtrise ne représentent qu'un pourcentage marginal de son parc privé. Par ailleurs, il n'est pas possible d'imposer des clauses de fonction aux logements qui font l'objet de baux emphytéotiques. Lorsque l'Assistance Publique récupère ce type de logements, elle ne peut pas contraindre leurs occupants à quitter les lieux. En revanche, au fur et à mesure des départs, ces logements sont alloués aux personnels de l'AP-HP.

Une commission d'attribution, gérée par la secrétaire générale et la DRH, s'occupe de cette question. Les soignants qui résident dans des logements de l'Assistance Publique acquittent un loyer très modéré puisqu'il est indexé sur leur niveau de salaire.

Quant au logement des directeurs, un débat a été ouvert avec la Cour des Comptes sur la notion de nécessité de service. Sa définition inclut les directeurs de garde, qui sont amenés à réagir dans le contexte de la sécurité des patients mais aussi dans de nombreux cas de figure. La liste des personnes concernées a été dressée. Néanmoins, il n'a pas été possible de trouver un accord avec la Cour des Comptes. La Direction mène des discussions importantes avec les directeurs de groupes hospitaliers. Lorsque des logements, à l'intérieur des hôpitaux, peuvent être mis à disposition des directeurs, il est demandé qu'ils en obtiennent l'attribution. Les établissements, y compris les bâtiments neufs, ne comprennent pas systématiquement de tels logements.

Le Dr Alain FAYE estime indispensable que les recettes tirées des ventes immobilières fassent l'objet d'une traçabilité.

Lorsque le domaine public hospitalier de l'AP-HP est classé, il donne lieu à une préemption systématique par la Ville de Paris, selon des prix situés en-dessous de la valeur réelle de ces actifs sur le marché. Ce manque de loyauté constitue un handicap pour la valorisation des bâtiments vendus, tels les sites des hôpitaux Saint-Vincent-de-Paul et Broussais.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, rappelle que la Ville de Paris n'opère pas de préemption en-dessous des prix du marché. Elle assume la responsabilité du Plan Local d'Urbanisme (PLU). Lorsque la nature du domaine fait l'objet d'une modification, sa valeur peut évoluer. Une négociation est toujours menée entre la Mairie de Paris et l'AP-HP.

L'opération menée sur les sites des hôpitaux Fernand-Widal et Lariboisière est réalisée dans de bonnes conditions. En ce qui concerne le site de Saint-Vincent-de-Paul, les conditions d'une valorisation correcte et immédiate ne sont pas encore assurées.

Le Pr Jean-Philippe WOLF souligne que, sur le site de Saint-Vincent-de-Paul, il serait souhaitable de réserver des logements sociaux aux infirmières de l'Assistance Publique.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, rappelle que l'AP-HP vendra ces terrains à la Ville de Paris. Le projet sera présenté par la municipalité et discuté avec les riverains. Les souhaits des différents acteurs seront pris en compte.

A la demande du **Pr Bernard GRANGER**, **le président** note qu'un point d'étape sur la nouvelle politique patrimoniale sera fait en CME dans un délai de 12 à 18 mois.

VII. Présentation de l'école de chirurgie de l'AP-PH : activité et perspectives

Le président rappelle que cette école est rattachée à l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) de l'AP-HP.

Le Pr Pascal FRILEUX, directeur scientifique de l'école et chef du service de chirurgie générale et digestive à l'hôpital Foch, fait la présentation de celle-ci, en collaboration avec Philippe HARDY, directeur de l'enseignement et orthopédiste à l'hôpital Ambroise-Paré.

Fondée en 1832, cette école visait à apprendre aux chirurgiens l'anatomie et les modes opératoires sur le sujet anatomique et non sur le malade. Elle est devenue un centre de référence internationale qui rassemble, sur un lieu unique, l'ensemble des supports sur lesquels les chirurgiens peuvent apprendre leur métier, qu'il s'agisse des supports secs, des simulateurs, de l'animal ou du sujet anatomique.

Sa réputation est fondée sur la qualité des sujets, la richesse du matériel chirurgical, l'hygiène et la propreté de l'environnement et la qualité de l'équipe mise à la disposition des chirurgiens. Il suffit de joindre l'école pour que, quelques jours plus tard, un sujet soit préparé avec l'instrumentation nécessaire.

Actuellement, font partie des fonctions de l'école non seulement l'enseignement de la technique chirurgicale mais aussi la recherche sur la mise au point de techniques nouvelles. La recherche sur le petit et le gros animal s'associe à un important centre d'enseignement de la microchirurgie.

Aujourd'hui, plus que jamais, la chirurgie doit être enseignée hors du bloc opératoire. D'une part, immédiatement après les résultats du concours, les internes peuvent décider de se diriger vers la chirurgie. Or le temps manque, dans les blocs opératoires, pour les former à des techniques fondamentales ou sophistiquées. Avec l'irruption de nouvelles techniques, les accidents sont de plus en plus fréquents. La progression, durant l'internat, n'est donc pas suffisante. L'objectif de l'école consiste à former les chirurgiens hors du bloc opératoire et à limiter des erreurs ou des fautes, dans le contexte de la prévention des événements indésirables graves.

L'apprentissage hors bloc est donc devenu une obligation. Des écoles de chirurgie ont fleuri en province et à l'étranger sur le modèle parisien. Dans de nombreux pays, la certification comprend des questions comme les simulateurs ou les sujets anatomiques**.** Sous la pression des compagnies d'assurance, l'entraînement en bloc devient obligatoire. Au début, l'apprentissage est réalisé sur des supports secs, puis des simulateurs et des mannequins. Une fois la progression mise en place, des animaux et des sujets anatomiques sont utilisés.

Les simulateurs avancés jouent un rôle important pour l'enseignement de la réanimation et des spécialités cliniques. Des simulations d'accidents peuvent être pratiquées en bloc opératoire afin de former l'équipe à des réactions plus adaptées.

Les sujets congelés permettent, dans des conditions optimales d'hygiène, de répéter les interventions comme sur des êtres vivants. Il est possible de pratiquer la laparoscopie, la thoracoscopie et l'endoscopie (digestive, urinaire, respiratoire et ORL). Des microscopes opératoires permettent de répéter les interventions microchirurgicales.

L'école assure une formation des internes avant la première prise de fonction. Des cours et des diplômes de technique chirurgicale sont organisés par les collégiales de spécialité. Des services de pointe procèdent à la diffusion des techniques qu'elles ont élaborées. Des nouvelles techniques (chirurgie mini-invasive, robotique, navigation, endoscopie interventionnelle, transplantation de face) y sont présentées.

L'école du Fer-à-Moulin accueille des équipes américaines qui ne disposent pas d'établissement comparable. La demande, de la part des industriels, des enseignants, des chercheurs et des chirurgiens, est croissante. Elle provient aussi des kinésithérapeutes et des ostéopathes. Un important travail est également mené avec les IBODE de la Pitié-Salpêtrière.

Il y a aujourd'hui **300 cours par an** donnés par plus de **500 enseignants.** La fréquentation de l'Ecole atteint 5**000 personnes** par an. De nombreuses interventions sont menées sur le gros et le petit animal (500 et 2000 respectivement). Quelque 180 dons du corps sont comptabilisés par an et environ 800 promesses de dons. Le site Internet reçoit 2 000 visites chaque mois. Entre 2004 et 2011, la fréquentation de l'école de chirurgie a quasiment doublé.

L'AP-HP projette de vendre la parcelle du Fer-à-Moulin et de procéder à l'éclatement de l'école. Les interventions sur les gros animaux seraient menées à l'école vétérinaire de Maisons-Alfort. Les simulateurs seraient transplantés à la Haute Ecole Pratique et constituent un projet d'enseignement à l'Hôtel-Dieu. Les interventions sur les sujets anatomiques auraient lieu à la faculté de la rue des Saints-Pères.

Vis-à-vis de ces projets, l'école tient à exprimer ses inquiétudes. Elle tient à conserver une unité de lieu pour les simulateurs et les sujets anatomiques. Leurs équipes, ainsi que les enseignements dispensés en un seul lieu, présentent une cohérence évidente.

En cas de relocalisation, les lieux choisis doivent offrir une qualité du travail identique. Dans le projet, la gamme des simulateurs et des robots doit être mieux représentée. D'autres disciplines doivent y être intégrées, en particulier les IBODE.

La préférence de l'école serait de conserver une implantation sur place. La parcelle dévolue à l'école de chirurgie serait maintenue et dissociée de la parcelle principale, qui serait vendue. Le manque à gagner serait compensé par l'absence de travaux à effectuer pour construire une autre école de chirurgie.

Si l'école doit déménager, l'école refuse le transfert rue des Saints-Pères, site voué à l'enseignement de l'anatomie, qui n'a rien à voir avec l'enseignement de la chirurgie. La place manque. En outre, les biens immobiliers sont la propriété de la faculté. L'infrastructure est inadaptée à la gestion correcte des sujets. Les locaux sont vétustes et l'entretien est défaillant alors que l'école de chirurgie offre des conditions de travail équivalentes à celles des plus modernes écoles internationales, comme celle de Lucerne.

En revanche, elle pourrait gagner à être intégrée au projet de la Haute Ecole Pratique de l'Hôtel-Dieu, dont elle pourrait former le noyau en y apportant de nombreux enseignants. Vis-à-vis des médias, l'apprentissage de la chirurgie hors bloc relève de la santé publique. Il permet de diminuer l'incidence des événements indésirables graves. Le don du corps est un geste noble. Leurs réactions ne seraient donc pas forcément négatives.

L'effort pour maintenir une école de chirurgie de qualité reçoit le soutien des instances chirurgicales, comme le syndicat des chirurgiens, les collégiales de spécialités, l'Académie nationale de chirurgie, la commission « formation » de l'Académie de médecine, les chirurgiens de la CME, le syndicat des Internes et les associations de jeunes chirurgiens en formation.

Le Pr Philippe HARDY insiste sur le fait que cette unité de lieu est essentielle. Le projet d'implantation relatif aux gros animaux à Maisons-Alfort est pertinent. Pour le reste de ses activités, en revanche, l'école doit être concentrée en un seul lieu. Il n'est pas possible de séparer les salles d'enseignement, les simulateurs et les sujets anatomiques.

Le Pr Noël GARABÉDIAN rappelle que l'école de chirurgie constitue l'un des fleurons de cet enseignement en Europe. Son efficacité sans pareil est mise à disposition des jeunes collègues et démontre toute son efficacité, notamment pour l'apprentissage des techniques microchirurgicales. L'éclatement de cette école aboutirait à une paupérisation de la formation des jeunes chirurgiens.

Le doyen Jean-Luc DUMAS souligne le caractère cohérent de cet apprentissage en un même lieu. Celui-ci est mené par des chirurgiens professionnels et par des universitaires.

Une réflexion commune doit être menée pour créer un centre moderne d'apprentissage, dans le cadre du compagnonnage, en préservant les acquis. Cette réflexion doit être croisée avec celle qui est menée sur l'Université.

Enfin, l'anatomie constitue une discipline fondamentale pour l'enseignement. Son apprentissage va de pair avec celui de la chirurgie.

Le Pr Pascal FRILEUX précise que l'enseignement de l'anatomie, sur le plan logistique, ne subit pas les mêmes contraintes que l'ensemble de la chirurgie.

S'agissant de la formation des internes, celle-ci est beaucoup plus lente que dans le passé. L'équipe qui forme l'interne par compagnonnage ne peut plus dispenser un enseignement au bloc opératoire. Elle doit utiliser des supports comme ceux qu'offre l'école de chirurgie. Les progrès y sont beaucoup plus rapides.

Pour le rôle de l'université, le Pr Frileux signale que l'AP-HP a tenté, lors du grand emprunt, de construire un ambitieux projet de simulation interuniversitaire. Malgré les discussions menées pendant un an, la réflexion n'a pas progressé. Chaque université souhaite créer un centre dans sa propre enceinte. Or il existe une place pour un centre régional comme pour des centres locaux. L'Assistance publique est le seul centre, en Ile-de-France, à avoir une dimension régionale et à pouvoir proposer un centre pratique d'enseignement de la chirurgie. Il est bien sûr proposé aux universitaires d'y apporter leur participation, mais l'AP-HP doit en être le moteur.

Le Pr Thierry CHINET s'enquiert du budget de cette école.

Le Pr Pascal FRILEUX explique que le budget de fonctionnement s'établit à un million d'euros par an. Jusqu'en 2003, il s'agissait d'un budget global. Ensuite, l'école a bénéficié de MIGAC à hauteur d'un million d'euros. Ces MIGAC ont été retirées en 2010, sans raison claire. Actuellement, le budget de l'école est considéré comme déficitaire, ce qui ne paraît pas justifié puisqu'elle a vocation à former sur son budget de formation les internes et les chefs de clinique qui y exercent, et à faire payer le plateau technique seulement aux industriels et aux chirurgiens confirmés. Au total, le chiffre d'affaires se monte à 200 000 euros par an et devrait augmenter régulièrement avec l'activité et la hausse des tarifs.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, précise que les MIGAC sont alloués par le Ministère de la Santé selon une logique microéconomique. Leur attribution ne résulte pas d'une décision interne à l'Assistance Publique.

Le Pr Yves AIGRAIN rappelle que les participations des internes et des chirurgiens ont doublé depuis six ans. Ces simples chiffres en disent long sur la qualité du travail effectué.

Le maintien d'une unité de lieux est absolument crucial pour l'école. Enfin, l'enseignement des techniques chirurgicales et celui de l'anatomie sont deux domaines complémentaires qui doivent rester en grande partie indépendants. Le maintien sur le site du Fer à Moulin de l'Ecole de Chirurgie ne semble toutefois pas une bonne idée, car il empêcherait tout élargissement vers les autres métiers que sont les infirmières de bloc opératoire, les anesthésistes et IADE.

Le Pr Thierry BÉGUÉ souligne que les chirurgiens du monde entier viennent travailler dans cette école. Le secteur relève uniquement du troisième cycle et de la formation continue. Il serait très dommageable que le projet de restructuration porte atteinte à l'unicité de lieu. La solution pourrait plutôt consister à créer des bâtiments flambant neufs, dotés de technologies innovantes, à l'instar de l'école de Lucerne.

Le président propose que le vote relatif au maintien d'une école de chirurgie de qualité puisse émaner de l'ensemble des membres de la CME et non seulement des instances chirurgicales de la CME.

A l'unanimité, les membres de la CME s'expriment par vote à mains levées en faveur du maintien d'une école de chirurgie de qualité, en un lieu unique, au sein de l'Assistance Publique. Cette unicité doit être préservée pour la simulation, les interventions sur les petits animaux et les interventions sur les sujets anatomiques.

VIII. Travaux de la sous-commission des Structures et de la Restructuration

1. Structures

Le Pr Gérard CHÉRON rappelle qu'au sein de l'hôpital San Salvadour, les deux pôles Polyhandicap Adultes et Enfants doivent être regroupés en un pôle unique. Les objectifs visés sont la cohérence des prises en charge, la qualité des pratiques, la continuité des soins et la lisibilité de la gouvernance.

Une extension du nombre de lits destinés aux patients trachéo-ventilés est envisagée.

Par ailleurs, la création de la fédération médicale inter-hospitalière de chirurgie digestive est prévue entre l'hôpital Henri-Mondor et le Centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC). Celle-doit

être intégrée dans le futur groupement de coopération sanitaire entre les deux établissements. Les objectifs sont les suivants :

- assurer une coordination inter-hospitalière ;
- maintenir les services de chirurgie digestive des deux établissements en instaurant une complémentarité des tâches ;
- améliorer l'ancrage territorial sur le Val de Marne et diminuer les fuites de patients ;
- organiser une complémentarité des filières de soins, la chirurgie digestive et hépatique lourde revenant au CHU Henri-Mondor et la chirurgie digestive ambulatoire au CHIC, pour des patients n'ayant pas besoin a priori d'un séjour en réanimation postopératoire ;
- mettre en commun la permanence des soins ;
- assurer l'universitarisation du service de chirurgie digestive du CHIC.

Un bilan de cette évolution a été demandé pour 2013. Le seul point d'attention concerne l'organisation des activités d'oncologie et de radiologie.

2. Contrats de pôles

Le Pr Gérard CHÉRON indique que les contrats de pôles relatifs aux groupes hospitaliers Paris Centre, et l'Est Parisien n'ont pas suscité de remarques particulières. Tous ont fait l'objet d'un avis favorable. Un travail important a été mené suite à la réorganisation l'hôpital San Salvadour en un pôle unique. Ce contrat de pôle peut recevoir un avis favorable de la part de la sous-commission des structures.

Le président souligne qu'il est appelé à exprimer un avis motivé sur ces deux sujets.

Le Pr Ariane MALLAT précise qu'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une fusion des deux services. En effet, le CHIC a souhaité conserver un service. Un coordinateur prendra la tête des deux services de chirurgie. Ce processus s'inscrit dans un resserrement des liens entre le CHIC et l'hôpital Henri-Mondor qui doit s'étendre plus largement à l'ensemble de l'oncologie et de la radiothérapie.

Le Pr Philippe LEGMANN s'inquiète de la valorisation des actes dans le cas où des chirurgiens de l'hôpital Henri-Mondor iront effectuer une opération sur le site du CHIC.

Par ailleurs, il note que la CME a beaucoup contribué à la modification des contrats de pôle. La conférence des chefs de pôle s'est également investie dans ce dossier.

Le Pr Ariane MALLAT explique que la fédération inter-hospitalière constitue un mode juridique de réalisation du rapprochement entre les deux services, en attendant la mise en œuvre d'un groupement de coopération sanitaire en juillet 2012. Il regroupera l'ensemble des coopérations existantes.

En ce qui concerne la valorisation des actes, les chiffrages ne sont pas achevés. Jusqu'à présent, le remboursement des séjours relève de l'établissement qui réalise les séjours. Les actes sont remboursés dans le cadre de l'établissement pour lequel le chirurgien effectue une opération.

Le Pr Thierry BÉGUÉ pense que le modèle rédactionnel de ce partenariat pourra être étendu à d'autres disciplines et d'autres structures.

Le président souhaite que la sous-commission des structures se penche attentivement sur le contrat type. L'ARS souhaite étendre cette coopération à de nombreux sites. Cette perspective touche particulièrement les hôpitaux extra-muros.

Le Pr Gérard CHÉRON souligne que la coopération fournit également le moyen d'illustrer la spécificité du CHU au sein d'un territoire de santé et d'un bassin de population. Le CHU ne peut pas faire l'objet du traitement appliqué à un hôpital général.

Le Pr Martin HOUSSET regrette de dissocier la chirurgie digestive des autres discussions.

Le Pr Ariane MALLAT rappelle que le chef de service de chirurgie viscérale a officiellement pris ses fonctions à Henri Mondor le 1er septembre 2011, et que le projet de Fédération prévoit qu'il assure également dès à présent la chefferie de service au CHIC, dans la perspective du départ en retraite du Dr Cabanis, actuel responsable du service, dans un délai de deux à trois ans. Dès à présent, il était donc utile de trouver un accord sur l'organisation de la chirurgie.

En ce qui concerne la cancérologie, et la radiothérapie, des échanges reprennent entre les deux sites avec l'arrivée prochaine du Dr Tournigand qui assurera les fonctions de chef de Service en oncologie à Mondor et avec le retour du Pr Blekacemi radiothérapeute à l'issue d'une année de disponibilité. Ce projet de complémentarité entre les deux sites devrait avancer au cours des prochains mois.

Le Pr René ADAM estime que les aspects médico-économiques doivent aussi être considérés : sur une estimation préliminaire, le transfert de patients pourrait s'accompagner d'un déficit estimé entre – 400 000 euros et – 2 millions d'euros. A terme, l'hôpital Henri-Mondor prévoit de récupérer ce déficit initial.

Le Pr Ariane MALLAT estime que la problématique relative aux équilibres financiers doit être perçue de manière plus large qu'à l'échelon d'une seule discipline. Les directions sont très vigilantes.

IX. Approbation du compte-rendu de la séance du 14 février 2012

Le compte rendu de la séance du 14 février 2012 est adopté à l'unanimité des membres de la CME.

La séance est levée à 13 heures 05.

*

* *

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

Mardi 15 mai 2012 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 2 mai 2012 à 16 heures 30