

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 11 FÉVRIER 2014**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 13 MAI 2014**

SOMMAIRE

I.	Informations communiquées par le président et la vice-présidente de la CME	6
II.	Préparation du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 : rapport du groupe de travail <i>Biologie médicale, anatomo-cytopathologie, et physiologie-explorations fonctionnelles</i>	9
III.	Préparation du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 : création d'un groupe de travail <i>ad hoc</i> de la CME pour proposer une procédure unifiée de recrutement et de nomination des chefs de service (responsables de structures internes de pôle)	14
IV.	Prévention des céphalées après ponctions lombaires	18
V.	Situation de l'odontologie à l'AP-HP	21
VI.	Soins palliatifs et fin de vie : projet prioritaires	24
VII.	Consultanats : procédure et projets	27
VIII.	Questions diverses	29
IX.	Approbation du compte-rendu de la réunion du 12 novembre 2013	29

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. *Informations communiquées par le président et la vice-présidente de la CME*
2. *Préparation du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 : rapport du groupe de travail Biologie médicale, anatomo-cytopathologie, et physiologie - explorations fonctionnelles*
3. *Préparation du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 : création d'un groupe de travail ad hoc de la CME pour proposer une procédure unifiée de recrutement et de nomination des chefs de service (responsables de structures internes de pôle)*
4. *Prévention des céphalées après ponctions lombaires*
5. *Situation de l'odontologie à l'AP-HP*
6. *Soins palliatifs et fin de vie : projet prioritaires*
7. *Consultanats : procédure et projets*
8. *Questions diverses*
9. *Approbation du compte-rendu de la réunion du 12 novembre 2013*

Assistaient à la séance

• *avec voix délibérative :*

- M. le P^r Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le D^r Paul AVILLACH
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Anne Reine BUISINE
- M. le P^r Loïc CAPRON
- M. le P^r Bruno CARBONNE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Gérard CHERON
- M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le P^r Béatrice CRICKX
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le P^r Marc DELPECH
- M^{me} le P^r Élisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. Mickaël FORTUN
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOFF
- M. le P^r Bruno GOGLY
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M. le D^r Olivier HENRY
- M. le P^r Martin HOUSSET
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M^{me} Laura LECHIEN
- M. le P^r Guy LEVERGER
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^r Jean MANTZ
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P^r Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- M. Matthieu PICCOLI
- M^{me} Caroline PRADINES
- M. le P^r Gérard REACH
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI
- M. le P^r Alain SIMON
- M^{me} le D^r Annie ROUVEL-TALLEC
- M^{me} Marion TEULIER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBEREA
- M^{me} le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^r Dominique VALEYRE
- M. le P^r Jean-Philippe WOLF
- M. le P^r Michel ZÉRAH

• *avec voix consultative :*

- M^{me} Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^r Louis MAMAN, doyen de la faculté de chirurgie dentaire, Université Paris Descartes
- M. le P^r Jean-Michel SCHERRMANN, doyen de la faculté de pharmacie, Université Paris Descartes
- M. le P^r Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'Université Denis Diderot
- M. Olivier YOUINOÛ, représentant du comité technique d'établissement central
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- ***en qualité d'invités permanents, les doyens :***
 - M. le P^f Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris Nord
 - M. le P^f Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie

- ***en qualité d'invité permanent, le responsable de la santé au travail :***
 - M^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP

- ***les représentants de l'Administration :***
 - M^{me} Monique RICOMES, secrétaire générale
 - M^{me} Laure BEDIER, directrice des affaires juridiques
 - M^{me} Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
 - M. Jean-Michel DIÉBOLT, directeur médico-administratif
 - M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
 - M. Christian POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
 - M^{me} Juliette TELLIER, directrice déléguée à la communication
 - M^{me} Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

 - M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet par intérim
 - M. Patrick CHANSON, conseiller en communication auprès du directeur général
 - M. Jérôme HUBIN, direction médico-administrative

 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
 - M^{me} Nadia BENZEKRI, cabinet de la présidence de la CME

- ***Représentant de l'ARSIF :***
 - M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***membres excusés :***

M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} René ADAM, Yves AIGRAIN, Thierry CHINET, Yves COHEN, Louise GOUYET, Matthieu LAFAURIE, Georges, Paul LEGMANN, G. SEBBANE, Guy SEBAG, M^{me} Isabelle KERHOAS

La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence du P^r Loïc CAPRON.

I. Informations communiquées par le président et la vice-présidente de la cme

La communauté médicale a appris avec une profonde tristesse la disparition du D^r Delphine DETAINT, praticien hospitalier en cardiologie à l'hôpital Bichat, décédée le 13 janvier.

Le P^r Jean MANTZ lui a rendu hommage. La CME a observé un instant de recueillement en sa mémoire.

Le président indique que le décret du 20 septembre 2013 relatif à la CME prévoit que quatre représentants des étudiants en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique siègeront désormais à la CME.

Marion TEULIER, étudiante en médecine en D2 à l'université Pierre et Marie Curie (UPMC) et titulaire d'un master de l'Institut d'études politiques de Paris a été désignée par le directeur général. Les trois autres représentants le seront prochainement.

Marion TEULIER remercie les membres de la CME d'accueillir des étudiants en son sein.

Le président indique que, lors du directoire du 4 février, le directeur général a fait un point sur le projet du nouvel Hôtel-Dieu. Le projet, qui intègre désormais l'hospitalisation à domicile (HAD), sera retravaillé par une équipe de pilotage renouvelée.

Une discussion a aussi eu lieu sur les critères de répartition de l'enveloppe de 20 M€ allouée par le ministère en charge de la Santé pour l'achat d'équipements courants. Elle sera consacrée pour deux tiers aux équipements médicaux et pour un tiers aux équipements hôteliers.

Enfin, la méthode d'élaboration du plan stratégique (projet d'établissement) 2009-2015 a été précisée. Une première version, qui devrait compter une vingtaine de pages, sera soumise à la concertation générale à la fin du mois de mars. La CME souhaite que les travaux menés par les collégiales et les groupes hospitaliers soient pris en considération.

Le 15 janvier, le directeur général a confié au P^r Serge UZAN la présidence d'un groupe de travail pour rédiger la partie du plan relative au cancer, en cohérence avec le «Plan cancer III».

Le P^r Serge UZAN observe que l'annonce effectuée au sujet du troisième plan cancer le 3 février par M. François HOLLANDE, Président de la République, met l'accent sur la facilité d'accès aux soins des patients.

Parmi les mesures sociales, la couverture est portée à 150h par trimestre au lieu de 200h. En outre, l'un des objectifs du plan cancer est la suppression du reste à charge pour un certain nombre de traitements.

L'AP-HP doit s'intéresser à cet aspect du plan, qui concerne notamment la chirurgie reconstructrice. Actuellement, un tiers des patients ayant subi une mastectomie bénéficient d'une reconstruction mammaire. Or 80 % d'entre eux s'adressent pour cette intervention au secteur privé lucratif. Un service de chirurgie reconstructrice a été ouvert au sein de l'hôpital

Tenon. D'ores et déjà, le programme opératoire est complet. Pour certaines techniques, les premiers rendez-vous sont à un an.

Dans le cadre du 3^e plan cancer, il est prévu que les filières de soins soient contractualisées et qu'elles prennent les territoires en compte. L'institution est donc appelée à s'engager fortement vis-à-vis de cet enjeu.

Par ailleurs, des mesures destinées au financement de la recherche clinique ont été annoncées. Par conséquent, il convient de mener une réflexion quant à l'organisation de certains pôles.

En ce qui concerne la génomique, le maintien au sein des hôpitaux d'une anatomie et cytologie pathologique coûteuse en effectifs et le positionnement extérieur d'une partie « rentable » de l'activité, bénéficiant d'investissements lourds, constituerait un risque. Une vision plus unitaire serait préférable.

Certaines mesures du plan cancer porteront sur la vie des patients durant leur séjour à l'hôpital. L'assistance publique s'honorerait de devenir la première structure offrant aux femmes devant subir une radiothérapie ou une chimiothérapie un mode de garde adapté pour leurs enfants.

Au total, le plan comporte une incitation à retrouver un souffle de générosité. La réflexion doit porter sur le rôle de l'institution dans ce cadre.

Enfin, l'institution est confrontée à un problème de visibilité. En matière de cancérologie, il convient d'accorder toute l'attention nécessaire à l'évolution des relations de l'AP-HP avec les structures de lutte contre le cancer.

Le président constate que le Président de la République, a consacré un quart de son discours à la lutte contre le tabac. Cette orientation mène à nous interroger sur notre place dans ce domaine.

Le P^r UZAN remarque que l'AP-HP propose de nombreuses consultations en tabacologie, qui peuvent constituer un point d'entrée pour un dépistage innovant du cancer du poumon chez les grands fumeurs, et susceptibles d'intégrer des protocoles spécifiques. L'institution est le seul acteur susceptible de jouer ce rôle.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que l'AP-HP exerce son rôle en matière de médecine préventive par le biais des consultations anti-tabac.

Par ailleurs, il est étonnant que l'énoncé du plan cancer par le Président de la République n'ait pas fait référence à l'alcool. La presse n'a pas accordé d'importance à cette problématique. Or les ravages de l'alcoolisme sont plus lourds que ceux du tabac. Sa prise en charge fait l'objet d'évolutions importantes. La France, et tout particulièrement l'AP-HP, se montrent en pointe dans ce domaine. Il convient de développer ces ambitions.

Le président estime que la consommation d'alcool chez les jeunes mineurs appelle le renforcement des actions de prévention.

Le président indique ensuite que dix candidates sont en lice pour le premier tour (14 février) de l'élection de la deuxième sage-femme appelée à siéger au sein de la CME, . Le second tour aura lieu le 26 mars.

Le 6 février, le directeur général a organisé une réunion sur la répartition de l'activité de transplantation hépatique entre les hôpitaux Saint-Antoine et Pitié-Salpêtrière. Étaient présents les deux présidents de CME locales, les directeurs des groupes hospitaliers, le doyen UZAN et les directions médico-administratives et des finances. Deux autres réunions sont prévues les 3 et 17 mars prochains.

Le directeur général annonce que les données relatives à l'activité de l'AP-HP pour l'année 2013 sont en cours de finalisation. Les objectifs en matière de recettes, soit 7 milliards d'euros, sont quasi atteints. Le différentiel s'établit à 7 M€. Ils sont pleinement en ligne avec les objectifs fixés et aucune dérive n'est constatée.

Une diminution de l'activité d'hospitalisation complète et de l'hospitalisation partielle est observée. La baisse des tarifs pratiqués en 2013, soit -8 %, est compensée par l'évolution de l'activité et la lourdeur des pathologies prises en charge au sein de l'institution.

S'agissant du plan stratégique, il est important que l'AP-HP ouvre le débat sur son propre positionnement vis-à-vis du plan cancer. L'offre de l'institution se doit d'être visible. Elle doit se caractériser par sa qualité, son organisation et sa clarté. Cette préoccupation concerne également d'autres filières de soins et de prévention.

L'enjeu du plan stratégique consiste à démontrer la capacité de l'assistance publique à mettre l'accent sur son offre, les moyens qu'elle y consacre, les technologies et les coopérations développées et les directions envisagées dans les prochaines années. En outre, l'AP-HP est appelée en 2014 à concentrer ses efforts stratégiques vis-à-vis d'autres disciplines, comme la psychiatrie.

Le rôle de l'AP-HP en matière de prévention est fondamental. L'ensemble des leviers de l'institution peuvent y contribuer, en particulier les établissements faisant l'objet de transformations majeures.

Le directoire proposera une première version du plan stratégique. Des options et des outils y seront énumérés, ainsi que des renoncements auxquels l'assistance publique, en contrepartie, doit être prête. L'enjeu consiste à montrer que l'AP-HP peut développer une stratégie offensive, y compris en cette période contrainte en matière de dépenses publiques.

l'AP-HP doit éviter tout individualisme et manifester son souhait d'une collaboration avec les tutelles et ses différents partenaires. Le plan stratégique sera soumis aux instances à l'issue du premier semestre 2014. Celui-ci devra intégrer les grands projets structurants.

La réflexion portant sur la redéfinition du projet médical de l'Hôtel-Dieu sera menée d'ici le mois de mai. Elle sera incluse dans le plan stratégique. Les travaux de la commission cancer, présidée par le P^f Serge UZAN, prendront fin dans ce délai.

Le plan stratégique fixera des objectifs prévisionnels chiffrés. Il intégrera les opérations programmées par l'AP-HP.

En conclusion, **le directeur général** remercie les différents groupes de travail pour leur implication.

II. Préparation du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 : rapport du groupe de travail Biologie médicale, anatomo-cytopathologie, et physiologie - explorations fonctionnelles

Le P^r Jean-Claude ALVAREZ indique que ce groupe de travail transversal était composé des chefs de pôle de biologie des douze groupes hospitaliers ainsi que les treize présidents de collégiales des sous-spécialités de biologie.

Le doyen Patrick BERCHE, biologiste, et Louis OMNES, consultant et ancien directeur à l'AP-HP, ont été auditionnés. Ce dernier a participé à l'audit à titre bénévole. Un état des lieux de la biologie au sein de l'institution a été effectué.

Plus de deux milliards d'examens biologiques (en terme de lettre clé B) sont réalisés à l'AP-HP. L'offre est caractérisée par son excellence et sa diversité. Le recrutement est mené au plan national, voire international.

La biologie représente 60 % à 70 % des diagnostics et 30 % des activités de recherche menées au sein de l'institution. Les personnels médicaux correspondent à moins de 13 % de l'ensemble des personnels. S'agissant des personnels non médicaux, le ratio de productivité est bon, en comparaison aux autres CHU ainsi qu'au secteur privé.

Au sein de l'institution, le coût du B correspond à 0,18 €. Dans les CHU, son coût moyen, au niveau national, s'établit à 0,20 €. La Sécurité sociale rémunère le B à hauteur de 0,27 €.

En matière de coût au B, l'AP-HP est placée au huitième rang du classement des trente-deux CHU.

Alors que 300 laboratoires étaient dénombrés avant la réforme de la biologie médicale, l'AP-HP compte aujourd'hui douze laboratoires. La restructuration a institué un seul laboratoire par groupe hospitalier. L'activité de chaque laboratoire d'un groupe hospitalier, équivaut à celle d'un CHU de province. Huit groupes hospitaliers ont déjà réalisé leur projet de restructuration. La priorité porte désormais sur les quatre autres groupes hospitaliers.

Des échanges importants sont menés entre ces structures. Cependant, il reste à lever certains freins.

Le système d'information constitue une des faiblesses des laboratoires, ceux-ci ne disposent pas d'une transmission dématérialisée des résultats extérieurs. En outre, l'espace de stockage des données, notamment en génétique, est limité. Sur la plupart des sites, la prescription connectée n'est pas encore effective, ce qui constitue un frein à la juste prescription.

En matière d'équipements, le taux de vétusté reste important. Les alternatives à l'achat sont insuffisantes.

En outre, la démographie médicale vieillit. Une démedicalisation est observée au sein de certaines disciplines telles l'anapathologie, la fœtopathologie, la physiologie et la cytologie.

En ce qui concerne l'implantation de nouveaux métiers (ingénieurs, qualitatifs...), la politique de l'assistance publique reste insuffisamment structurée. Enfin, l'institution manque de réactivité dans la transformation des postes de techniciens vers ces nouveaux métiers.

A l'extérieur de l'institution, les délais de retour des résultats aux prescripteurs sont perçus comme longs, probablement dû au défaut de transmission dématérialisés. Pour cette raison, l'assistance publique a perdu un important contrat au profit des Hospices civils de Lyon.

Les laboratoires éprouvent des difficultés à obtenir une analyse financière fiable. En effet, la part de la biologie dans les tarifs T2A est indéterminée, mais existante. La politique de juste prescription est insuffisamment structurée et l'offre en biologie n'est pas lisible. L'assistance publique ne dispose pas d'un site Internet accessible à la consultation extérieure alors que l'ensemble des CHU sont équipés d'un tel outil.

Pour l'AP-HP, la forte évolution prévisible de la biologie en termes de biomarqueurs, de médecine prédictive et personnalisé constitue une opportunité.

L'accréditation représente un levier managérial favorisant l'organisation et la bonne image de l'institution.

L'AP-HP est susceptible de développer des coopérations avec les petits laboratoires des centres hospitaliers et des cliniques, notamment dans le cadre du SROS biologie. Toutefois, la problématique de l'externalisation des résultats devra être résolue.

La captation de l'activité représente un enjeu majeur. Actuellement, les patients venus en consultation ont tendance à confier leurs analyses biologiques à l'extérieur de l'institution. L'enjeu consiste à favoriser la source de recettes constituée par les prescriptions vis-à-vis des patients externes.

L'inadaptation à la baisse des tarifs constitue une menace pour l'AP-HP. Le rapport de la Cour des comptes préconise une baisse du nombre d'actes de l'ordre de 10 % à 15 %.

En matière d'innovations, l'AP-HP pâtit d'une perte d'attractivité vis-à-vis des autres CHU et du secteur privé engagés dans des restructurations. Des investissements doivent être consacrés aux travaux d'équipement et à la dématérialisation des résultats.

L'accréditation des laboratoires s'avère chronophage. Dans certaines disciplines, la formation des jeunes médecins se heurte à des difficultés.

Les propositions consistent à maintenir et développer le niveau d'excellence des laboratoires. À cette fin, il convient d'éviter l'acquisition de matériels à obsolescence rapide et à favoriser le recours au *leasing*.

Par ailleurs, il est nécessaire de déterminer une cible quantitative et qualitative pour le développement des nouveaux métiers. Au-delà des techniciens de laboratoires, l'AP-HP doit favoriser le recrutement d'ingénieurs et de biostatisticiens.

Les efforts doivent également porter sur le stockage et l'analyse des données informatiques. À court terme, l'AP-HP devra augmenter sa capacité de stockage brute et prévoir des mesures nécessaires à l'analyse des données en génétique. En effet, l'institution accuse un retard par rapport aux autres CHU. À moyen terme, elle devra envisager un projet de *big data* pour le stockage, l'analyse et la mise en réseau des données.

Il convient d'adapter les structures et les pratiques aux contraintes liées à la baisse des tarifs. Dans ce but, la politique de juste prescription pourra être renforcée. La prescription connectée

devra être favorisée. Chaque groupe hospitalier doit pouvoir disposer d'un tableau de bord semestriel permettant l'analyse des évolutions du nombre d'examens par séjour et par entité.

Il est indispensable de poursuivre l'examen des marges d'efficience.

Un travail doit être engagé entre les CHU, en lien avec le ministère de la santé, au sujet de l'harmonisation des méthodes de calcul des indicateurs de productivité des personnels. Pour les personnels médicaux, le « coût du B » ne prend pas en compte les activités de recherche, d'animation de réseaux et d'expertise, et on ne peut comparer le personnel médical des CHU à celui des CHG ou du privé, ce qui est souvent le cas.

Le développement de l'activité de mesures et des coopérations avec d'autres activités de biologie, comme par exemple l'activité médicolegale doit permettre de générer des recettes supplémentaires.

Par ailleurs, il est souhaitable qu'un centre de prélèvement soit adossé à chaque plateau de consultation d'importance, afin d'éviter l'évaporation de l'activité d'analyses vers la ville.

En corollaire, quatre actions indispensables doivent être menées :

- l'amélioration des circuits logistiques ;
- la mise en place, sans délai, de la transmission dématérialisée des résultats entre les groupes hospitaliers et l'extérieur de l'assistance publique ;
- l'amélioration sans délai de la lisibilité de l'offre sur Internet ;
- l'optimisation des circuits de facturation.

Pour la réalisation de ces propositions, quatre scénarios organisationnels ont été étudiés :

- l'externalisation de l'activité de biologie ;
- le regroupement de l'activité non urgente de biologie au sein de deux ou trois bâtiments ;
- le maintien d'une cohérence entre les groupes hospitaliers (intra-GH) et le développement de la performance commune en supra-GH pour certaines activités, confrontées à des difficultés ;
- la finalisation de la coopération entre les groupes hospitaliers.

Des critères ont été retenus en vue de l'évaluation des quatre scénarios. Ils se rapportent aux enjeux suivants :

- l'activité ;
- l'efficience ;
- le système d'information ;
- la technologie ;
- l'enseignement ;
- l'organisation ;
- la qualité ;
- la démographie médicale.

Ces critères ont été complétés par des critères de faisabilité prenant en compte :

- le coût d'investissement en faveur des travaux et la faisabilité technique du dispositif ;

- la dimension des groupes hospitaliers (en termes d'acceptabilité) ;
- le degré d'acceptation par les universités;
- les circuits logistiques ;
- les systèmes d'information ;
- les ressources humaines.

Pour chaque critère dans chaque scénario, une note de 1 à 5 a été affectée. Au total, le troisième scénario s'avère le plus pertinent. En effet, celui-ci répond à la trajectoire générale identifiée dans la première partie pour favoriser l'excellence des laboratoires, au plan hospitalier et universitaire. Il faut donc finaliser la restructuration des laboratoires en intra-GH et envisager du supra-GH pour certaines disciplines avec problème démographique ou à volume d'activité faible.

En corollaire, il convient de trouver un autre intérêt à agir que les seules prestations internes des établissements (PIE). Ceux-ci constituent un frein aux échanges puisque les envois entre GH font l'objet d'une facturation.

En conclusion, ce scénario permet d'inscrire les laboratoires dans une dynamique de rapprochement, à l'horizon du plan stratégique 2020-2024, où le périmètre universitaire (7 universités médicales à ce jour) et non plus hospitalier (12 GH) pourrait être envisagé pour nos laboratoires.

Le P^r Catherine BOILEAU fait remarquer un lien entre le troisième plan cancer, la problématique de l'équipement en matière de génomique et l'enjeu de la gestion des *big data*.

En effet, l'AP-HP accuse un retard très important dans l'investissement en faveur des nouvelles technologies, telles que les séquenceurs à haut débit ou les robots. Les laboratoires s'équipent grâce à des crédits fournis par les instituts de recherche ou dans le cadre du plan relatif aux maladies rares. Or ces matériels génèrent des données susceptibles d'alimenter les *big data*.

L'institution ne peut accroître la distance qui la sépare des concurrents directs comme l'institut Curie et les centres de lutte contre le cancer. À défaut, elle serait irrémédiablement pénalisée. À l'instar des efforts effectués en faveur de la recherche, l'AP-HP doit exprimer sa volonté dans ce domaine.

Le D^r Julie PELTIER constate qu'à défaut d'une organisation adéquate, les prélèvements effectués sur place sont externalisés. Il serait nécessaire de réviser l'organisation des consultations et de créer des centres de prélèvements adossés aux laboratoires de biologie.

Le P^r Jean-Claude ALVAREZ confirme que le groupe de travail préconise un tel dispositif. La mise en place de centres de prélèvements au sein de chaque groupe hospitalier nécessite une volonté de se donner les moyens.

Le D^r Christophe TRIVALLE observe que les prélèvements réalisés en interne sont moins rémunérateurs que les prélèvements accomplis en externe. L'une des possibilités actuelles consiste à recevoir un patient en consultation puis à réadresser celui-ci à l'hôpital de jour, chargé des analyses biologiques. Or celles-ci ne rapportent pas de recettes à cette structure. Il serait donc préférable que les prélèvements soient réalisés lors de la première consultation.

Le D^r Anne GERVAIS demande si le système de *big data* peut contribuer au traçage des tubes.

Le P^r Jean-Claude ALVAREZ répond que l'objectif prioritaire consiste plutôt à suivre les résultats et à fournir ceux-ci plus rapidement.

Le P^r Serge UZAN souligne que la gestion optimale des *big data* nécessite le recrutement de biostatisticiens et de bio informaticiens. Aucun groupe hospitalier ne dispose des moyens nécessaires à la création d'une plateforme digne de ce nom.

Dès lors, il convient d'instaurer de nouvelles coopérations. La plateforme de l'Institut Curie, par exemple, accuse un déficit croissant. La coopération avec les centres de lutte contre le cancer doit être développée. Au sein des UFR, les plateformes recourent à des personnels universitaires. Là encore, il est souhaitable que des coopérations soient nouées.

Le P^r Jean-Claude ALVAREZ confirme qu'il faut soutenir l'émergence de ces nouveaux métiers.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI demande des précisions sur le coût et le remboursement des BHN.

Le P^r Jean-Claude ALVAREZ répond qu'à l'heure actuelle, le ministère de la santé procède à des modifications. L'accréditation devra porter en 2020 sur la totalité des actes, à l'exception des actes innovants constitués par les BHN. Du coup, une grande partie d'entre eux pourrait être considérée comme des actes en B d'ici quelques mois afin d'être accrédités. Toutefois, ce processus serait coûteux pour la sécurité sociale. Les BHN ne sont pas facturés aux patients, mais sont rémunérés aux CHU au travers des MIGAC.

M^{me} CHEVRIER souligne que les BHN constituent une ressource essentielle.

Le P^r Gérard REACH présume que le fait de faire déplacer le patient une fois pour le prélèvement et une fois pour l'hospitalisation de jour convienne aux associations des usagers et à la sécurité sociale.

Le P^r Jean-Claude ALVAREZ précise qu'il ne s'agit pas de cumuler les deux, mais que le patient puisse être prélevé au moment de sa consultation.

Le P^r Marc DELPECH affirme qu'au sein de l'hôpital Cochin, pour la plateforme de grand séquençage de nouvelle génération, une coopération est mise en œuvre avec l'INSERM. La plateforme de Paris DESCARTES, puissante et développée, apporte une aide majeure pour les problèmes de bioinformatique.

Par ailleurs, les protocoles de recherche nationaux internationaux constituent une importante source d'apport financier pour l'AP-HP qui est loin d'être exploitée au niveau où elle pourrait l'être.

Enfin, il convient de rappeler que la création d'un centre de prélèvements nécessite des effectifs d'infirmières et une logistique adaptée.

Le P^r Jean-Claude ALVAREZ affirme que la perte de revenus liés aux protocoles tient au ressenti des industriels. Ceux-ci considèrent que les délais, au sein de l'AP-HP, sont longs.

Le regroupement dans un seul centre de prélèvement de plusieurs infirmières utilisées dans les consultations pour effectuer les prélèvements est plus efficient.

Le D^r Annie ROUVEL-TALLEC souligne que le troisième scénario est en cours de développement, dans le contexte du regroupement des centres du sommeil. Il est nécessaire que les interprétations de l'électro-encéphalographie (EEG) soient effectuées au niveau supra-GH. Un travail est donc mené, en lien avec les ingénieurs, pour favoriser ces liens entre les groupes hospitaliers.

Le D^r Martine MARCHAND souligne que les centres de tri procèdent à l'enregistrement de chaque prélèvement, ce qui favorise leur suivi par les médecins. Le retour des résultats sur papier suscite des difficultés. En revanche, les médecins ont la possibilité d'un accès au système *STARE* pour visualiser les résultats issus d'autres établissements de l'AP-HP.

Le P^r Michel ZÉRAH estime que l'AP-HP ne pourra pas faire l'économie d'une réflexion sur le recrutement de bio statisticiens et de bio informaticiens, afin d'éviter la perte de ressources scientifiques et financières.

En outre, les *data* sont la propriété des patients mais leur circulation suscite des problèmes de sécurité. En matière de cancérologie, ces données sont souvent traitées au sein de centres anti-cancéreux. Or la contractualisation liée à cette transmission d'informations n'est pas encore aboutie.

Le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE souligne que le maillage entre les disciplines biologiques, les cliniciens et les patients est au regard du quotidien variable selon les disciplines biologiques. En ce qui concerne la discipline bactériologique, les bactériologistes sont en lien permanent non seulement avec les cliniciens (discussion du diagnostic bactériologique, du tableau infectieux, conseil thérapeutique si bactériologistes habilités) mais également avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) [alerte pour les bactéries multirésistantes (BMR), alerte et mise en place de mesures particulières pour les patients porteurs de bactéries hautement résistantes et émergentes (BHRe) et pour leurs contacts, gestion des épidémies dues à tout type de microorganismes] et l'équipe mobile d'antibiothérapie (EMO, quand il en existe une), pour lui donner une vue d'ensemble sur le dossier bactériologique de tel ou tel patient qu'elle va prendre en charge pour l'antibiothérapie de telle ou telle infection.

Dans le cadre d'un regroupement sur un seul site (en raison de l'appartenance à un même groupe hospitalier) des services de bactériologie actuellement rattachés à un hôpital de moyens et courts séjours, il conviendra d'opérer à ce regroupement avec inventivité afin de ne pas porter atteinte à la qualité des soins curatifs et préventifs que l'ensemble des médecins (bactériologistes et cliniciens) de chaque site se doivent d'apporter aux patients.

III. Préparation du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 : création d'un groupe de travail ad hoc de la CME pour proposer une procédure unifiée de recrutement et de nomination des chefs de service (responsables de structures internes de pôle)

Le président rappelle que selon le Code de la santé publique, un chef de service est un responsable de structure interne, qu'il s'agisse d'un service ou d'une unité fonctionnelle intégrés à un pôle d'activité clinique ou médico-technique.

Au printemps 2013, le groupe hospitalier *Hôpitaux universitaires Paris ouest*, regroupant l'hôpital européen Georges-Pompidou, l'hôpital Coeurin-Celton et l'hôpital Vaugirard., a

adopté, à l'initiative de son président de CMEL, une procédure locale d'appel systématique à candidatures, pour les successions de chefferies de services.

Cette procédure a donné lieu à des débats internes à l'occasion de l'organisation des successions des chefs des services d'orthopédie et d'anesthésie-réanimation. Ce sujet a été abordé au cours de la réunion du directoire du 21 janvier.

Le Code de la Santé publique encadre la procédure de nomination des chefs de service. La proposition émane du chef de pôle. La décision revient ensuite au directeur général de l'établissement, après avis du président de la CME, selon les modalités fixées par le règlement intérieur.

Selon le schéma issu de la loi *Hôpital, patients, santé, territoires* (HPST), la décision du directeur général peut être assortie d'une délégation de compétence au directeur du groupe hospitalier. À l'heure actuelle, cette délégation est effective. En revanche, l'avis du président de la CME ne peut pas être délégué. Toutefois, il peut être enrichi par les avis de la CME et de la sous-commission centrale du temps et des effectifs médicaux.

En outre, notre règlement intérieur fait explicitement mention de l'avis du président de la CMEL et du doyen de l'UFR concernée. Ceux-ci peuvent être enrichis par l'avis de la sous-commission locale du temps et des effectifs médicaux et par celui de la CME locale. Enfin, l'avis du conseil de gestion de la Faculté peut être pris en compte.

Lors de sa réunion du 21 janvier, le directoire n'a pas remis en cause la procédure adoptée par le groupe hospitalier *Paris Ouest* mais a souhaité qu'une procédure commune à l'ensemble de l'institution soit définie après concertation. Une décision devrait être rendue avant juin 2014.

Les GH et les hôpitaux n'appartenant pas à un GH devront ensuite respecter cette procédure commune.

La CME propose la création d'un groupe de travail *ad hoc* composé par :

- le président et la vice-présidente de la CME ;
- le président et la vice-présidente de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (s-CTEM) de la CME ;
- deux ou trois présidents de CMEL ;
- deux chefs de pôle ;
- quatre PU-PH ;
- quatre PH.
- un doyen d'UFR.

Le secrétariat général, la direction médico-administrative et la direction des affaires juridiques y seront représentés ; deux directeurs de GH participeront aux débats.

Les propositions devront être rendues avant le 30 avril 2014.

La réflexion portera sur la nécessité ou non d'un appel à candidatures systématique, selon le modèle mis en œuvre dans le GH *Hôpitaux universitaires Paris Ouest*. Les étapes de la procédure, au niveau local et au niveau central, devront être claires. Le document élaboré par les présidents de CMEL sera pris en compte dans les discussions menées au sein du groupe de travail.

Le P^r Noël GARABÉDIAN rappelle que la nomination de responsables de structure constitue une décision majeure, qui engage le service mais aussi l'hôpital. La loi HPST a suscité une confusion à laquelle il convient de remédier, afin que les responsabilités soient parfaitement précisées. L'appel à candidatures systématique est souhaitable, afin que la transparence de la procédure soit favorisée.

Par ailleurs, un groupe de travail porte déjà sa réflexion sur la gouvernance. Il convient donc de réfléchir à l'articulation de ces travaux avec ceux du second groupe de travail.

Le président souhaite que la concertation puisse être large. Le directoire opérera une synthèse de la réflexion menée par ces groupes de travail.

Le D^r Patrick DASSIER pense que la procédure doit être unique à l'ensemble de l'AP-HP. La nomination des chefs de pôle correspond à un mandat limité dans le temps. Les chefs d'unité fonctionnelle et les chefs de service, quant à eux, sont nommés sur proposition du chef de pôle. Par conséquent, une réflexion sur ces calendriers respectifs peut être nécessaire.

Il est souhaitable, en cas d'appel à candidatures, que les PH du service concerné soient consultés sous la forme d'un vote à bulletins secrets.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI souligne qu'en vertu de la loi HPST, le chef de pôle fournit une proposition au directeur général. Il doit s'entourer des avis nécessaires.

Le P^r Alain SIMON rappelle que les groupes hospitaliers se caractérisent par une certaine hétérogénéité des procédures. En même temps, ils sont confrontés à des évolutions. Une concertation est donc nécessaire au sujet de la mise en œuvre d'une politique commune.

Les chefs de pôle et les groupes hospitaliers se trouvent placés en première ligne de cette procédure. Le président de CMEL, le doyen, le directeur du groupe hospitalier et le chef de pôle détiennent en la matière des responsabilités cruciales.

Le texte proposé au président vise à enrichir la discussion. Il fournit un cadre commun à l'ensemble des groupes hospitaliers tout en respectant une certaine souplesse d'adaptation aux situations locales.

Le P^r Bernard GRANGER souligne que cette discussion confirme que le service joue un rôle crucial dans l'animation des équipes et la vie de l'hôpital.

En ce qui concerne les nominations à titre provisoire, des éclaircissements sont attendus quant aux personnes amenées à fournir un avis.

Le président répond qu'en vertu du règlement intérieur de l'AP-HP, le président de la CME n'a pas d'avis à donner sur les nominations à titre provisoire.

Le D^r Patrick PELLOUX estime que les postes de chefferie de service doivent rester ouverts aux PH. Par ailleurs, il serait souhaitable que l'évolution actuelle vers le non-cumul des mandats soit transcrite dans la procédure de nomination.

Le D^r Corinne GUÉRIN souligne qu'en pharmacie, le chef de service est également le pharmacien gérant de la PUI. Sur le plan réglementaire, il assume des responsabilités importantes. Elle propose que la dénomination du groupe de travail intègre la mention « *biologie et pharmacie* ».

Le président considère qu'un groupe de travail efficace doit être restreint. Ses membres s'organiseront pour que le PH et le PU soient un pharmacien et un biologiste.

Le P^r Gérard REACH constate que la liste proposée par le président de la CME ne comporte pas de chef de service.

Le président répond que de nombreux PU sont des chefs de service.

Le P^r Thierry BÉGUÉ souligne que la concurrence des groupes hospitaliers entre eux nécessite que la spécialité ou la discipline concernée soit représentée au sein du groupe de travail.

M. Matthieu PICCOLI souhaite, qu'à l'avenir, des représentants des internes et des étudiants hospitaliers puissent être consultés sur le projet pédagogique. En effet, les services constituent un lieu de formation universitaire.

Le président souligne que l'avis du doyen prend en compte le projet pédagogique.

Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle que l'objectif de la procédure consiste à susciter des projets. La réflexion ne peut se restreindre à une affaire de personnes.

Au sein de l'université Paris Diderot, l'appel à candidatures permet la confrontation des projets des différents candidats. Il permet à la communauté médicale de préciser ses souhaits au sujet de telle ou telle activité.

Les universités sont marquées par une certaine hétérogénéité des territoires. Par conséquent, il est souhaitable que la commission puisse entendre l'ensemble des doyens.

Enfin, les chefs de service ne sont pas nommés à vie. Ils font l'objet d'une réévaluation régulière. La réflexion pourrait englober cette procédure.

Le président objecte que la loi HPST a supprimé la limitation de la durée des fonctions de chef de service et la procédure de réévaluation. Le chef de service est révocable sur décision du directeur, à son initiative ou à celle du chef de pôle, après avis du président de la CME, et du chef de pôle si l'initiative vient du directeur.

Le D^r Anne GERVAIS, signale que les organisations ne fonctionnent qu'en s'appuyant sur un trépied « respect mutuel et collaboration entre les membres d'une équipe, autorité acquise de l'animateur de l'équipe », le chef de service en l'occurrence. Cette autorité que doit avoir le chef de service est conférée par sa nomination, décidée par le directeur général et le jury qui sélectionne. Mais l'autorité doit être rendue légitime aux yeux de ses pairs, les membres de l'équipe, les praticiens. L'exposé du projet de service devant un conseil de service contribuerait à l'adhésion de l'équipe et renforcerait ainsi l'autorité du chef de service. Cela permettrait de répondre aussi au défaut d'information et de prise en compte des avis comme retrouvé dans le baromètre social. Une réflexion devrait être menée sur la réévaluation régulière du projet de service, qui assoit l'autorité du chef de service.

Le P^r Jean-Luc DUMAS précise que cette réflexion collective s'inscrit dans un contexte. L'appel d'offre veut dire recrutement et les recrutements impliquent souvent une mutation. Or l'attractivité des groupes hospitaliers est hétérogène. Il est donc nécessaire qu'en matière de recrutement, une sécurisation équivalente soit accordée au groupe hospitalier effectuant un

recrutement qu'au groupe hospitalier confronté au départ d'un collègue et qui risque de perdre un emploi.

Dans le cadre de la procédure, il est donc nécessaire que l'avis du président de la CMEL et du doyen de cet établissement soit pris en compte.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle qu'un service constitue avant tout une unité de soins, impliquant un travail d'équipe. Or dans le cadre d'un système d'appel à candidatures, la CMEL pourrait tendre à imposer des candidats.

Le P^r Jean-Philippe WOLF souhaite que soit définis le statut du chef de service, les conditions précises de sa nomination, de sa prise de fonction et les modalités de sa révocation éventuelle.

Le D^r Alain FAYE demande si un bilan des appels à candidatures passés sera réalisé.

Le D^r Guy BENOIT observe que l'avis de la collégiale n'est pas recueilli.

Le président donne lecture des personnes envisagées pour constituer le groupe de travail :

- le président de la CME et la vice-présidente de la CME ;
- le président et la vice-présidente de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux ;
- deux chefs de pôle, parmi les trois propositions suivantes : les P^{rs} Paul LEGMANN, Philippe RUSZNIEWSKI et Guy SEBAG ;
- pour les présidents de CMEL : le P^{rs} Jean-Claude CAREL, Jacques DURANTEAU et Alain SIMON ;
- pour le PU de médecine, le P^r Béatrice CRICKX ou le P^r Martin HOUSSET ;
- pour le PU de chirurgie, le P^r Noël GARABÉDIAN ;
- pour le PU d'anesthésie et de réanimation, le P^r Gilles ORLIAGUET ;
- pour le PU de biologie ou de pharmacie, le P^r Catherine BOILEAU ;
- pour le PH de médecine, le D^r Julie PELTIER ;
- pour le PH de chirurgie, le D^r Alain FAYE ;
- pour le PH d'anesthésie et de réanimation, le D^r Michel DRU ;
- pour le PH de biochimie ou de pharmacie, le D^r Guy BENOIT.

Les doyens seront représentés par le P^r SCHLEMMER. La présence d'un gériatre serait également souhaitable.

Deux ou trois réunions seront organisées avant le 30 avril. Les conclusions des travaux seront présentées à la CME puis au directoire.

IV. Prévention des céphalées après ponctions lombaires

Le D^r Paul ZETLAOUI rappelle qu'une ponction lombaire peut susciter des complications bénignes, voire des complications graves et prolongées, parfois mortelles. La majorité des complications sont liées à un problème technique, à un matériel inadapté et au non-respect des recommandations nationales et internationales.

La description du syndrome remonte à 1938. L'accent a été mis en 1992 sur l'intérêt de l'IRM. En 2011, un changement du matériel utilisé pour la réalisation de ponctions lombaires a été préconisé.

Les aiguilles de type *curing* sont responsables de la majorité des problèmes. Les complications liées à leur emploi sont estimées à 30 % des cas. L'utilisation d'aiguilles plus fines permet de réduire les complications à hauteur de 70 %. En revanche, le recours à des aiguilles d'ancien type augmente de trois à quatre fois l'incidence des complications.

Actuellement, celles-ci ne font pas l'objet d'un suivi. Au sein de l'AP-HP, 50 000 ponctions lombaires ont été réalisées en 2011, soit environ six ponctions lombaires par hôpital et par jour. Selon les déclarations effectuées, des complications liées à cet acte sont survenues pour 402 patients.

L'institution ne prévoit pas de protocole standardisé pour la réalisation d'une ponction lombaire. Aucune formation particulière n'est dispensée pour la pratique de ce geste. Enfin, les recommandations énumérées dans les différentes études ne sont pas suivies.

Il n'existe pas de protocole actualisé pour la prise en charge des traitements. L'imagerie médicale reste mal utilisée. Le risque iatrogène lié aux traitements est mal connu.

Or les complications liées à une ponction lombaire suscitent des coûts importants, qu'il s'agisse du traitement ou du coût social lié à l'arrêt de travail. Pour les 402 patients recensés en 2011, ce coût a correspondu à 2 500 euros, soit un montant total d'un million d'euros. Selon d'autres données, ce coût a été évalué à 5 000 euros par patient, soit 2 millions d'euros au total.

Selon une étude américaine publiée en 2012, le changement de matériel correspond à un surcoût de 26 dollars par ponction. Au sein des services de neurologie, l'économie réalisée s'avère supérieure à 10 millions de dollars par an. Au sein de l'AP-HP, elle correspondrait à 20 euros par patient, soit un million d'euros par an. Le surcoût lié au changement de matériel susciterait serait largement inférieur à 100 000 euros.

Le D^r Anissa BELBACHIR, présidente du CLUD central, explique qu'un groupe de travail formé de médecins, de neurologues exerçant à l'hôpital Sainte-Anne, de rhumatologues, d'urgentistes, d'internistes, d'anesthésistes, de pharmaciens et d'un médecin de la DMA a été constitué.

Trois actions d'ordre administratif, organisationnel et informatique ont été décidées.

A l'heure actuelle, 80 000 aiguilles biseautées à pointe tranchante sont commandées en vue de la réalisation de 50 000 ponctions lombaires, de prélèvements d'ovocytes et de ponctions de genou. L'objectif consiste à limiter ces commandes à 15 000 aiguilles. Une rencontre a été organisée avec le personnel de l'AGEPS. Un appel d'offres a été effectué. Les nouvelles aiguilles, dites « à pointe de crayon », devraient être disponibles d'ici six mois.

En matière de qualité des soins, ces aiguilles seront placées sur un plateau comportant des badigeons et un introducteur. Un document relatif à l'utilisation du matériel a été réalisé à l'intention des équipes soignantes.

Par ailleurs, il convient de rendre obligatoire la déclaration de ces événements indésirables graves. En effet, la création d'une brèche en fait partie. Actuellement, deux codages sont

utilisés. Un codage spécifique à l'AP-HP pourra être mis en place, afin de réaliser des comparaisons avec la situation d'autres établissements.

La création d'une activité de *blood patch* est également prévue. À l'heure actuelle, cet acte est coté 35 € alors que la dépense est supérieure à ce montant. Au sein des services ambulatoires et des services de chirurgie, une autorisation administrative pour le suivi des patients est nécessaire. Il convient de coter cette activité au sein des départements d'anesthésie et de réanimation.

Sur le plan éducatif, un cours relatif à la réalisation d'une ponction lombaire et à la prévention des complications aux ponctions lombaires a été intégré aux modules de rhumatologie, de médecine interne, de neurologie, d'hématologie et des urgences.

Par ailleurs, il est souhaitable que des simulations soient effectuées au sein des services et que des ÉPP puissent permettre l'évaluation des pratiques. Un document ou un kit spécifique sera destiné à l'accompagnement des internes. Des articles pourront être publiés dans des revues destinées à ce public. Des recommandations multidisciplinaires pourront impliquer les collégiales des praticiens amenés à effectuer ce geste.

Un document pourra être conçu à l'intention des patients pour les informer qu'une céphalée, à l'issue d'une ponction lombaire, peut être due à cet acte. À l'heure actuelle, il arrive que ces céphalées perdurent au-delà de trois ans. Le retour des patients concernés à l'hôpital permettra de traiter celle-ci le plus rapidement possible.

Le président estime nécessaire d'accorder la priorité à l'efficacité médicale de la prévention. Le critère économique est considéré comme secondaire dans cette réflexion.

Le P^r Gérard REACH estime nécessaire que la Haute Autorité de santé soit saisie et qu'elle puisse émettre des recommandations.

Le président pense que l'évolution des pratiques au sein de l'AP-HP incitera la Haute autorité de santé à une réflexion sur cette question.

Le D^r Paul ZETLAOUI rappelle que la demande de recommandations à la Haute autorité de santé peut uniquement émaner d'un groupe constitué représentatif. En l'état actuel, cette demande a été refusée.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que le nouveau kit peut déjà être utilisé pour l'apprentissage des gestes liés à une ponction lombaire sur les mannequins.

Le D^r Anissa BELBACHIR indique qu'il a été proposé à l'AP-HP de fournir des mannequins pour les formations dispensées au sein des groupes hospitaliers. Les chefs de service en anesthésie pourront déléguer un responsable de formation. Ce matériel est utilisé au sein des urgences de l'hôpital Cochin.

M^{me} Françoise ZANTMANN remarque qu'au sein des unités de soins, le repos au lit n'est plus conseillé aux patients. L'hyperhydratation n'est plus pratiquée. Il convient d'encourager l'éducation des personnels médicaux et paramédicaux à ces évolutions.

M. Matthieu PICCOLI, souligne que l'ensemble des internes peuvent être amenés à réaliser ces gestes. Cette formation doit donc être élargie et le matériel doit être disponible.

Le Dr Sophie CROZIER souhaite que les seniors soient également formés à cette nouvelle pratique.

Le D^r Anissa BELBACHIR annonce que des formations sont prévues au sein des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). En effet, des erreurs de repères ont été constatées dans les documents fournis aux étudiants.

Le directeur général demande si des contacts ont été pris avec l'AGEPS au sujet des conditions de basculement du marché.

Le D^r Anissa BELBACHIR le confirme.

Le président insiste sur la nécessité de convaincre les anesthésistes, les urgentistes, les hématologues, les internistes et les neurologues.

V. Situation de l'odontologie à l'AP-HP

Le P^r Bruno GOGLY rappelle que les facultés de chirurgie dentaire ont été créées en 1970. L'AP-HP possède actuellement 262 fauteuils dentaires, rattachés à des structures hospitalo-universitaires odontologiques. En revanche, 35 fauteuils n'y sont pas rattachés. Ils sont essentiellement répartis entre l'hôpital Bicêtre, l'hôpital Necker et l'hôpital Robert Debré.

Les structures hospitalo-universitaires sont réparties dans six services au sein de :

- l'hôpital Charles-Foix ;
- l'hôpital Henri-Mondor ;
- deux services du département de l'hôpital Louis-Mourier-Bretonneau ;
- l'hôpital Rothschild ;
- la Pitié-Salpêtrière.

Suite à une demande exprimée par Claude ÉVIN, directeur de l'ARSIF, dans le cadre du SROS odontologie d'Île-de-France, Marisol TOURAINE, ministre en charge de la Santé et des affaires sociales, a sollicité un rapport relatif à l'odontologie hospitalo-universitaire au sein de l'AP-HP. Un état des lieux de l'organisation des six services a été effectué. Trente-trois recommandations ont été établies afin d'améliorer leur efficacité. En effet, sur le plan financier, les soins dentaires ne sont pas toujours accessibles aux patients.

Les six services de l'AP-HP sont répartis du nord-ouest au sud-est. En 2012, 182 000 actes ont été recensés.

Le service de la Pitié-Salpêtrière, particulièrement important, regroupe toute l'activité d'urgence odontologique de l'assistance publique. Les autres services comportent trente à cinquante fauteuils. Le service de l'hôpital Louis Mourier constitue la plus petite structure.

Au niveau national, le taux de personnels hospitalo-universitaires correspond à 4 % pour les praticiens en anesthésie réanimation, 4 % pour les pharmaciens, 2 % en psychiatrie et 73% pour l'odontologie.

Au sein de l'institution, 95 % des praticiens en odontologie sont des hospitalo-universitaires, dont 50 % d'entre eux sont à temps partiel et exercent une activité libérale pour le reste de

leur temps. En revanche, les PU-PH ne peuvent pas exercer d'activité libérale. Certains exercent une activité privée hospitalière.

Au plan national, 20 % des praticiens en odontologie sont issus de l'assistance publique. La formation, essentiellement clinique, est dispensée sur trois ans. Actuellement, 596 externes sont répartis au sein des six services. En 2012, 220 étudiants ont obtenu le diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

L'internat comporte trois spécialités :

- la chirurgie buccale, commune avec la spécialité de médecine ;
- l'orthopédie dento-faciale ;
- la médecine buccodentaire.

Actuellement, 48 internes bénéficient d'une formation au sein de six services.

Le niveau des activités de soins, variable d'un site à l'autre, est sans doute lié à des difficultés de saisie des actes. L'activité reste soumise à la nomenclature générale des actes professionnels. La CCAM n'interviendra qu'au 1^{er} juillet 2014.

L'activité de la Pitié-Salpêtrière concerne essentiellement des actes d'urgence. Selon le rapport publié en 2013 par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'efficience varie suivant les sites, qu'il s'agisse des actes par fauteuil ou des actes réalisés par les externes en dernière année d'odontologie.

L'activité de mission d'intérêt général concerne notamment les patients irradiés, les patients présentant des troubles de l'hémostase, les transplantés greffés, les patients handicapés ainsi que les actes réalisés sous sédation consciente.

L'AP-HP perçoit 20 % de la dotation nationale des MIG.

Déficitaire en 2012, l'activité de soins s'est fortement améliorée en 2013, soit une augmentation supérieure à 2 millions d'euros. En moyenne, la hausse de l'activité atteint 11,1 %. Cette progression est essentiellement due à l'amélioration de la saisie des actes. Les services de la Pitié-Salpêtrière et de l'hôpital Chenevier-Henri-Mondor présentent un équilibre.

À la demande de la précédente direction générale, un projet de consultanat a été réalisé par le P^r Benoît EURIN. Il porte sur la mise en place des trente-trois recommandations émises par l'IGAS. Les premières d'entre elles consistent à :

- transférer le service de l'hôpital Albert-Chenevier vers l'hôpital Henri-Mondor, décision actée en 2013 ;
- favoriser le recrutement de PH ;
- uniformiser le codage et la facturation ;
- recruter des HU à plein temps.

Le P^r Louis MAMAN souligne que l'objectif de la mission EURIN revient à décliner l'ensemble des recommandations de l'IGAS dans les groupes hospitaliers. Selon les souhaits de la direction médico-administrative, une personne relais de l'administration s'impliquera sur chaque site dans cette mission, en lien avec le chef de service local.

Quelques 600 externes sont formés dans le cadre d'une discipline à la fois médicale et chirurgicale. Des progrès sont constatés dans chaque service en termes de codage et de facturation de l'activité.

L'odontologie, prise en compte dans le SROS d'Île-de-France, doit figurer dans le plan stratégique de l'AP-HP.

Une rencontre a été organisée avec le P^r Jean MANTZ. Il est regrettable qu'à l'hôpital Louis Mourier, l'équipe exerce ses missions dans des conditions intolérables.

Enfin, le projet de fusion des deux UFR est soutenu par les deux présidents des universités concernées. L'objectif consiste à créer d'ici cinq à sept ans, dans Paris *intra muros*, la plus grande faculté de médecine bucco-dentaire d'Europe. Celle-ci comportera un plateau de recherche, d'enseignement et de soins.

Il est indispensable que l'AP-HP soit partenaire de ce projet.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle que l'AP-HP comporte 3 000 lits de soins de longue durée. Or l'état buccodentaire des malades âgés est déplorable. Il propose que l'institution fasse l'acquisition d'un bus dentaire pour que des soins soient pratiqués au lit du malade.

Le D^r Frédéric RILLIARD souligne que les praticiens hospitaliers représentent 0,05 % de la capacité d'accueil. En Île-de-France, deux à trois millions de personnes renoncent aux soins pour des raisons médicales, sociales ou financières. Le recours se limite à des soins de mutilation sans réparation.

Par ailleurs, le ratio entre le nombre de fauteuils et le nombre d'étudiants est insuffisant. Les urgences et les soins en ambulatoire sont confrontés à une situation dramatique. En odontologie gériatrique, un seul praticien vient d'être recruté à temps partiel au sein de l'hôpital Joffre-Dupuytren.

Quatre praticiens à temps plein ne peuvent répondre aux besoins totaux. L'AP-HP se doit d'assumer ses missions de santé publique. Quant au bus social dentaire, il ne constitue pas une réponse cohérente et suffisante à la demande de soins.

Le P^r Philippe GRENIER précise que dans l'attente de l'arbitrage de l'IGAS, les données d'activité du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière restent provisoires. En effet, la direction du GH et le chef du service d'odontologie ont contesté ces chiffres sous-estimés pour eux à hauteur de 38 %.

Le D^r Patrick PELLOUX constate que l'odontologie, à l'AP-HP, pâtit d'une mauvaise adéquation entre les moyens et les besoins. La localisation des fauteuils ne correspond pas forcément aux besoins d'accès aux soins.

Au niveau de la régulation des SAMU, les urgences dentaires constituent un problème aigu. En période de garde, les cabinets privés sont fermés et le service de la Pitié-Salpêtrière fait face à des flux importants. De façon plus générale, l'odontologie est confrontée au vieillissement de la population.

Enfin, il convient de porter les efforts sur l'attractivité des postes de praticiens hospitaliers. En comparaison, le salaire des dentistes en ville est largement supérieur.

Le P^r Bruno GOGLY précise qu'actuellement, la liste d'aptitude des PH comprend sept candidats. Aucun d'entre eux ne trouve un poste.

Le D^r Frédéric RILLIARD estime que les praticiens hospitaliers à l'AP-HP sont correctement rémunérés. Même si l'offre de soins libérale prévaut, ce critère financier n'est pas prépondérant dans la décision médicale.

Le P^r Ariane MALLAT rappelle que le projet en odontologie gériatrique, porté par l'équipe du P^r Bruno GOGLY, est validé par l'agence régionale de santé. La création de quatre emplois de PH y est associée mais les financements restent en attente.

Elle rappelle par ailleurs que des réorganisations universitaires sont engagées, comportant des transferts de poste de MCU PH du GH Henri Mondor vers le groupe hospitalier *Paris Nord Val-de-Seine* (HUPNVS) pour assurer l'enseignement d'orthodontie. Il était entendu que ces emplois de MCU-PH feraient l'objet d'une compensation par des emplois de PH. Or bien que les transferts des praticiens vers HUPNVS soient effectifs, aucun retour d'emploi de PH compensatoire n'a été fait à ce jour, contrairement aux recommandations du rapport de l'IGAS.

Le directeur général souligne tout son intérêt pour l'amélioration de la prise en charge des soins dentaires des personnes âgées, dans le cadre de soins de suite et de longue durée, et celle des patients en situation précaire.

Par ailleurs, un point serait nécessaire, dans le cadre des urgences post-traumatiques, sur la prise en charge des patients ayant des dents cassées. Une meilleure organisation peut permettre des gains importants. La conservation d'une dent dans la salive ou le lait, avant sa remise en place, permet d'éviter des soins coûteux.

Le P^r Bruno GOGLY confirme que cette pratique améliore le taux de succès de la réimplantation dentaire. La garde de la Pitié-Salpêtrière diffuse largement cette recommandation.

Le P^r Louis MAMAN souligne qu'un seul site odontologique sur les 6, organisé en vacations, reste réfractaire au passage en demi-journées. Toutefois, son organisation sera revue dans le cadre de la mission de l'IGAS. Le responsable de pôle s'y est engagé.

L'agence régionale de santé a missionné un enseignant HU pour porter la réflexion en matière de traumatologie dentaire infantile. Des propositions visant à instaurer une permanence des soins et un accueil des urgences seront faites dans les prochaines semaines.

VI. Soins palliatifs et fin de vie : projet prioritaires

Le D^r Pascale VINANT fait part des propositions d'actions rédigées en lien avec les objectifs fixés par le CLUD-SP central. Celles-ci portent sur l'appropriation de la loi LEONETTI et les lits identifiés de soins palliatifs.

Les soins palliatifs ne sont plus réduits à la toute fin de vie ni à l'arrêt des traitements curatifs. Ils doivent être intégrés de manière précoce à la trajectoire des patients atteints de maladies incurables progressives.

Dans le cadre de l'étude publiée dans le *New England : Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer*, une comparaison a été effectuée entre deux groupes de patients :

- des patients atteints d'un cancer du poumon en situation d'incurabilité, ayant bénéficié de soins oncologiques standard et d'un recours aux soins palliatifs en cas de besoin;
- des patients atteints de la même pathologie, ayant bénéficié de soins palliatifs dès le diagnostic en plus des soins oncologiques standard.

Les résultats démontrent une meilleure qualité de vie dans le second groupe, notamment une amélioration de l'anxiété et de la dépression. En outre, l'amélioration de la médiane de survie s'avère supérieure à deux mois. Ce résultat mérite d'être confirmé. Aux vues de ces résultats, la société américaine d'oncologie préconise l'introduction systématique des soins palliatifs dès le diagnostic pour les patients atteints d'un cancer du poumon non opérable.

En matière de soins palliatifs, les objectifs du CLUD-SP consistent à généraliser l'application de la loi du 22 avril 2005 dans les services cliniques et à améliorer la prise en charge des patients en lits identifiés de soins palliatifs (LISP).

Dans le cadre de la certification, la PEP 13 (pratique exigible prioritaire), relative à la prise en charge et aux droits des patients en fin de vie, exige l'instauration de modalités visant au recueil des souhaits du patient. En 2005, lors de la mise en place de la loi LEONETTI, un groupe de travail, institué à la demande du président de la CME et dirigé par le P^f Christian RICHARD, avait notamment proposé la mise en place d'une procédure de recueil des directives anticipées et de la personne de confiance. Cette proposition n'a pas été suivie par l'institution.

Le second point de la PEP 13 concerne l'information des professionnels au sujet de la loi LEONETTI. Un important travail a été mené au sein des services de réanimation et par les équipes de soins palliatifs. Des formations ont été mises en place. De nombreux support de formation et d'information ont été réalisés. Selon le troisième point, les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'acceptation ou de refus des traitements de maintien en vie ou des traitements de réanimation. Ils doivent également être informés sur leur droit d'établir des directives anticipées. Dans ce domaine, peu d'initiatives ont été prises. Une plaquette, intitulée *Fin de vie, vos droits et vos choix* et éditée à 100 000 exemplaires, a été diffusée dans les institutions. La V2 devra être améliorée avec d'une part une plus grande participation des professionnels de terrain pour permettre un message plus adapté aux patients et aux usagers et d'autre part intégrer d'éventuelles évolutions législatives. Selon des études nord-américaines, les demandes déraisonnables des patients sont d'autant plus nombreuses qu'aucune discussion anticipée avec les patients n'a eu lieu. Au-delà des directives anticipées, ce sont les discussions anticipées qu'il est nécessaire de développer. Selon le rapport du P^f Sicard, la loi LEONETTI reste méconnue par les usagers et les professionnels. L'accent doit être mis sur la communication.

Selon une étude récente publiée par l'Observatoire de la fin de vie, 85 % des décès en France sont prévisibles. La première cause de décès est le cancer. 82 % des décès prévisibles nécessitent une prise de décision, qu'il s'agisse d'une limitation ou d'un arrêt du traitement, d'une intensification des traitements actifs, de la mise en jeu de traitements symptomatiques ou de sédation, ou de décision autre. Seuls 2,5 % des patients ont rédigé des directives anticipées. Or deux tiers des patients étaient jugés incompétents, lors de la prise de décision, pour transmettre leur volonté.

Une littérature abondante montre que les discussions anticipées et la démarche d'anticipation améliorent le parcours de soins. Les recours aux urgences et à la réanimation ainsi que les décès dans des structures inadaptées sont moins fréquents. À l'inverse, les décès à domicile et au sein d'unités de soins palliatifs sont plus nombreux. Sur le continent nord-américain, ces

données du parcours du patient sont des indicateurs de qualité des soins de fin de vie en oncologie.

La proposition d'action, au sein de l'AP-HP, consiste à élaborer un document attractif au sujet des directives anticipées. Il s'agit de favoriser les discussions anticipées entre les cliniciens et les patients afin d'anticiper l'évolution des maladies graves. Ces éléments doivent être intégrés dans le cadre du dossier ORBIS.

L'AP-HP comporte 139 LISP, répartis sur vingt sites et neuf unités de soins palliatifs (USP). La démarche palliative englobe les soins et l'accompagnement des patients et de leur entourage. Selon l'audit des LISP mené en 2011 et 2012, et exploité en 2012, le taux de référents, dont la présence est pourtant obligatoire, reste inférieur à 50 %. La majorité des services ne recourent pas à des critères d'inclusion. Le codage par les DIM est très souvent rétrospectif. De nombreuses questions sont adressées à la collégiale. Or l'inclusion d'un patient relève d'une démarche médicale, au même titre qu'un transfert en USP. Il est donc important que les services disposent d'une procédure et de critères d'inclusion communs. Ces critères d'inclusion doivent être connus et le projet de soins doit être inscrit dans le dossier médical.

Il convient donc de définir des critères d'inclusion et d'optimiser l'organisation des services ayant des LISP.

Le D^r Christophe TRIVALLE estime que l'offre de soins palliatifs, à l'AP-HP, n'est pas suffisamment valorisée. Par ailleurs, cette activité devrait être cotée hors de la T2A. En effet, la définition de la durée moyenne de séjour (DMS) pose problème puisque la durée des soins palliatifs n'est pas prévisible.

Les soins palliatifs peuvent être déficitaires. Ce principe doit être accepté. La définition de ratios correspondant à chaque unité de soins palliatifs serait nécessaire, ainsi qu'une clarification du fonctionnement du LISP en matière de codage.

Le D^r Pascale VINANT confirme les difficultés des cliniciens des USP, vis-à-vis de la T2A. Pour ce qui concerne les LISP, elle explique que la responsabilité médicale consiste à définir le moment où un patient doit être inclus dans un lit identifié de soins palliatifs et qu'ensuite le DIM mène une réflexion fondée sur l'examen des diagnostics et des codages.

Le D^r Sophie CROZIER constate que les unités de soins palliatifs (USP) sont confrontées à des places limitées et à des pressions concernant la durée de séjour des patients. Dans ce contexte difficile, un certain nombre de patients ne peuvent être pris en charge en USP, ce qui suppose que chaque service soit impliqué dans la démarche palliative.

Le D^r Patrick PELLOUX indique qu'en France, selon l'étude menée par l'observatoire de fin de vie, 54 % des certificats de décès, sont émis par les urgentistes. La communication entre les professionnels santé insuffisante.

L'accès aux directives anticipées reste une « chasse gardée », pour les professionnels des soins palliatifs, les médecins généralistes et les spécialistes. La situation est d'autant plus problématique que la famille n'a pas été préparée à la fin de vie d'un proche. La connaissance de ces directives doit être améliorée.

Le D^r Pascale VINANT estime qu'une amélioration des pratiques vis-à-vis de l'anticipation de l'aggravation des patients en phase avancée de maladie est nécessaire pour éviter de telles

situations. À cet égard, la proposition du P^f SICARD de formaliser un document attestant des discussions entre le patient et le médecin référent est intéressante. Ce document serait joint au dossier.

Dans le cadre du projet ORBIS, la collégiale des soins palliatifs mène une réflexion sur ce sujet. Il est à noter que lorsque le dossier ORBIS a été déployé sur l'hôpital Ambroise Paré, le dossier était dépourvu de mention de l'existence d'une personne de confiance, de directives anticipées, ou de traçabilité de décision de limitation et arrêt de traitement (y compris le statut réanimatoire).

Le D^f Sophie CROZIER souligne que la démarche palliative ne saurait être opposée à la démarche curative. Au contraire, un projet global doit être mis en œuvre. En outre, il était prévu que les réanimateurs conduisent une réflexion sur la question de la proportionnalité des soins.

Les directives anticipées doivent être assorties d'une information adaptée à ces situations complexes.

Enfin, les DES devraient inclure des cours relatifs à la démarche palliative et à la question de la proportionnalité des soins.

Le P^f Philippe RUSZNIEWSKI estime qu'une réflexion sur les critères d'inclusion et les modalités de codage est souhaitable. L'accent doit également être mis sur les moyens réellement consacrés aux lits identifiés de soins palliatifs.

VII. Consultanats : procédure et projets

M^{me} Sophie TERQUEM rappelle les conditions nécessaires à un PU-PH pour être éligible à un consultanat. Une demande de prolongation d'activité sur le plan universitaire doit d'abord être effectuée, ce qui correspond à une situation de surnombre universitaire. La poursuite des activités hospitalières n'est pas un droit mais une possibilité. Une demande doit être exprimée et accompagnée d'un projet argumenté.

En cas de poursuite de fonctions hospitalières dans le cadre du consultanat, l'exercice de fonctions de chef de pôle ou de responsable de service ou de structure interne n'est plus possible.

Le consultanat peut être accordé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour un an. La demande doit être renouvelée chaque année, dans la limite de trois ans.

Le cas classique est celui d'un candidat âgé de 65 ans qui peut prétendre à 3 années de consultanat, soit jusqu'à ses 68 ans. Cependant, un report de la limite d'âge peut être accordé pour charges de famille à un candidat ayant élevé trois enfants, ayant encore des enfants à charge ou un enfant handicapé. Dans ce cas, celui-ci peut être éligible à un consultanat à partir de l'âge de 66 ans, pour trois ans, ou à partir de l'âge de 67 ans pour la même durée.

Une prolongation d'activité peut également être accordée, dans le cadre de la loi Fillon, à un candidat n'ayant pas cotisé pour la totalité de ses trimestres. Une année accordée est déduite des trois années de consultanat.

Les candidats doivent se tenir prêts à cesser toute activité hospitalière au 1^{er} septembre.

Au niveau du groupe hospitalier, les CMEL réunies en formation restreinte aux PU-PH procèdent à l'examen et au classement de chaque candidature. Dans le cas d'une première nomination, il est tenu compte des services rendus et des responsabilités exercées avant le consultanat, durant les cinq dernières années, de l'intérêt de la mission proposée et de l'évaluation des retombées positives pour l'AP-HP, le groupe hospitalier ou le site.

La procédure est renouvelée lors de chaque demande de renouvellement. Le bilan et l'évaluation chiffrée de l'année ou des deux années écoulées est alors examiné, ainsi que l'intérêt de la poursuite de la mission pour une année supplémentaire.

La procédure se poursuit au sein de la CME, réunie en commission restreinte. Deux rapporteurs sont désignés par candidature. Les rapports doivent permettre de préparer l'avis du président de la CME car celui-ci doit se prononcer sur l'opportunité et le contenu de chaque projet. Par la suite, le directeur général de l'assistance publique transmet les candidatures, accompagnées des avis du président de la CME et de ses propres avis, au directeur de l'agence régionale de santé, qui assume la décision finale.

L'année dernière, une dizaine de demandes de consultanats a été refusée par l'agence régionale de santé. Les arguments ayant motivé le rejet des projets étaient les suivants :

- projet ne correspondant pas à un apport d'expérience ou de compétences pour l'AP-HP ;
- projet n'apportant pas de valeur ajoutée à l'activité déjà réalisée ;
- projet ne s'articulant pas avec les démarches déjà organisées ;
- projet ne permettant pas suffisamment l'identification des objectifs poursuivis, de la méthodologie et des résultats escomptés au bénéfice de l'AP-HP ;
- bilan des années de consultanat antérieures insuffisamment probant ;
- absence de chiffrage de l'évaluation ;
- projet ne permettant pas de garantir la faisabilité concrète, notamment financière, de sa réalisation au cours de la dernière année de consultanat.

En 2014, le directeur général de l'agence régionale de santé demande à recevoir les candidatures, accompagnées des avis motivés, au début du mois de juin afin de notifier aux candidats les décisions en juillet. D'ores et déjà, les CMEL ont reçu la procédure détaillée. Le délai de retour des demandes classées par les CMEL est fixé à la mi-mars 2014.

Une réunion sera organisée pour la désignation des rapporteurs. Ceux-ci devront remettre leur rapport pour la mi-avril. Lors de sa séance du 13 mai, la CME procédera, en composition restreinte, à l'examen final des dossiers. Les avis du président de la CME devront ensuite être motivés. Les avis du président de la CME et du directeur général de l'AP-HP seront adressés au directeur général de l'agence régionale de santé en juin.

Un financement MIGAC est octroyé pour l'équivalent de 60 consultants. Pour l'année universitaire 2013-2014, L'AP-HP compte 63 consultants.

Le président présente les critères qui retiendront plus particulièrement son attention dans les dossiers qui lui seront soumis. Le thème du projet de consultanat doit être hospitalier, c'est-à-dire non universitaire, et transversal, au niveau du GH ou de l'AP-HP mais pas au niveau du service ou du pôle où le praticien a travaillé jusque-là. La fonction ne doit pas être une fonction de soins ou de recherche, mais une fonction organisationnelle ou relationnelle. Les résultats doivent être évaluables au bout d'un an. Le projet doit avoir un avis favorable

explicite des instances locales (CMEL, président de CMEL, directeur du GH), mais également du chef de service et du chef de pôle. Les thèmes à privilégier sont :

- la qualité et la sécurité des soins et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS&CAPCU), à l'échelon du GH ou de l'AP-HP ;
- l'organisation de l'aval des urgences ;
- les comités de protection des personnes, pour lesquels nous manquons de médecins ;
- les filières de soins et les relations ville-hôpital ;
- les médiations de conflits, avec les patients, mais aussi entre soignants ;
- la contribution au déploiement et au développement du dossier médical informatique (ORBIS) ;
- l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation (CEDIT, DRCD...) ;
- l'organisation de la chirurgie, qu'il s'agisse des blocs opératoires ou de la distinction entre chirurgie programmée et chirurgie non programmée

Le P^r Benoît SCHLEMMER regrette que la fonction puisse exclure l'activité de recherche. En effet, les collègues concernés, en surnombre universitaire, poursuivent dans leur plénitude leurs fonctions d'enseignement et de recherche. L'utilité de leur rôle devrait être prise en compte.

Le président précise que le consultanat est hospitalier et que les tâches universitaires doivent être effectuées en sus des tâches de consultant.

Le D^r Julie PELTIER souligne que le projet ORBIS est mis en œuvre depuis un an à l'hôpital Tenon. Il est souhaitable que les praticiens, dans la mesure où ils utilisent cet outil, soient chargés de cette problématique plutôt que les praticiens consultants.

Le P^r Gérard REACH propose d'ajouter à la liste des thèmes retenus l'organisation de l'éducation thérapeutique des patients.

Le président répond qu'il est rare de concevoir des projets transversaux dans ce domaine.

Le P^r Bertrand GUIDET suggère que le codage fasse partie des thèmes retenus.

Le président répond que les projets de consultanat n'entrant pas dans cette liste ne seront pas refusés systématiquement mais seront examinés de façon plus critique. Du fait du *papy-boom*, le nombre de demandes de consultanat ne cesse d'augmenter, mais le nombre de consultants financés par l'ARS s'élève toujours à 60 et tous les consultanats supplémentaires sont aux frais de l'AP-HP. Il convient donc d'être sélectif.

VIII. Questions diverses

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite des précisions sur la réflexion menée par le groupe de travail relatif aux médecines alternatives.

Le président rappelle que la CME a déjà été informée sur ce sujet par le P^r FAGON le 10 juillet 2012.

IX. Approbation du compte-rendu de la réunion du 12 novembre 2013

Ce point est reporté.

La séance est levée à 12 heures 05.

* *
 *
 *

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

mardi 11 mars 2014 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 26 février 2014 à 16 heures 30