

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 9 AVRIL 2013**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 14 MAI 2013**

## SOMMAIRE

I. Informations communiquées par le président et le vice-président de la CME (P <sup>r</sup> Loïc CAPRON, D <sup>r</sup> Georges SEBBANE)	6
II. Information sur le SAU de l'Hôtel-Dieu de Paris (M <sup>me</sup> Mireille FAUGERE, Directrice générale)	7
III. Point d'étape sur le plan cancer de l'AP-HP (P <sup>r</sup> Jean-Claude PETIT et D <sup>r</sup> Nathalie REIMS ; invitation du P <sup>r</sup> Bernard NORDLINGER)	10
IV. Situation de la chirurgie orthopédique adulte à l'AP-HP (D <sup>r</sup> Sophie COHEN)	15
V. Mesures visant à favoriser le recrutement et le maintien des anesthésistes réanimateurs à l'AP-HP : propositions de la cellule de réflexion réunie par la CME (M. Jérôme HUBIN et P <sup>r</sup> François RICHARD)	17
VI. Présentation de la sous-commission <i>Recherche et université</i> de la CME, et point sur les financements publics (programmes hospitaliers de recherche clinique, PHRC) et privé (contrats avec les industriels du secteur sanitaire) de la recherche clinique à l'AP-HP (P <sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, M. Christophe MISSE)	21
VII. Création d'un groupe ad hoc CME sur les relations de l'AP-HP avec les médecins généralistes pour adresser directement les malades (D <sup>rs</sup> Marie-Laure ALBY et Alain FAYE)	
VIII. Conclusions de la commission d'enquête médico-administrative sur l'accident de Port-Royal (Pr Bruno CARBONNE)	24
IX. Création d'un groupe ad hoc CME sur la gestion des événements indésirables graves (P <sup>r</sup> Christian RICHARD)	25
X. Adoption des comptes rendus des réunions des 12 février et 12 mars 2013	25
XI. Questions diverses	26

# ORDRE DU JOUR

## SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations communiquées par le président et le vice-président de la CME (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON, D<sup>r</sup> Georges SEBBANE)
2. Information sur le SAU de l'Hôtel-Dieu de Paris (M<sup>me</sup> Mireille FAUGERE, directrice générale) – exposé de 10 minutes
3. Point d'étape sur le plan cancer de l'AP-HP (P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT et D<sup>r</sup> Nathalie RHEIMS ; invitation du P<sup>r</sup> Bernard NORDLINGER) – exposé de 15 minutes
4. Situation de la chirurgie orthopédique adulte à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Sophie COHEN) – exposé de 15 minutes
5. Mesures visant à favoriser le recrutement et le maintien des anesthésistes réanimateurs à l'AP-HP : propositions de la cellule de réflexion réunie par la CME (M. Jérôme HUBIN et P<sup>r</sup> François RICHARD) – deux exposés de 10 minutes
6. Présentation de la sous-commission *Recherche et université* de la CME, et point sur les financements public (programmes hospitaliers de recherche clinique, PHRC) et privé (contrats avec les industriels du secteur sanitaire) de la recherche clinique à l'AP-HP (P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, M. Christophe MISSE) – trois exposés de 5, 10 et 5 minutes
7. Création d'un groupe ad hoc CME sur les relations de l'AP-HP avec les médecins généralistes pour adresser directement les malades (D<sup>ts</sup> Marie-Laure ALBY et Alain FAYE) – exposé de 5 minutes
8. Conclusions de la commission d'enquête médico-administrative sur l'accident de Port-Royal (P<sup>r</sup> Bruno CARBONNE) – exposé de 10 minutes
9. Création d'un groupe ad hoc CME sur la gestion des événements indésirables graves (P<sup>r</sup> Christian RICHARD) – exposé de 5 minutes
10. Adoption des comptes rendus des réunions des 12 février et 12 mars 2013
11. Questions diverses

## SÉANCES RESTREINTES

### **Composition C**

- Avis sur cinq premières demandes et quatre demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel

### **Composition B**

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs HU 2013)

### **Composition A**

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs HU 2013)
- Avis sur la mobilité d'un PU-PH
- Avis sur la demande de réintégration après disponibilité d'un PU-PH

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P<sup>r</sup> René ADAM
- M. le P<sup>r</sup> Yves AIGRAIN
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Olivia ANSELEM
- M. le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON
- M. le P<sup>r</sup> Thierry BEGUE
- M. le D<sup>r</sup> Guy BENOIT
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne Reine BUISINE
- M. le P<sup>r</sup> Loïc CAPRON
- M. le D<sup>r</sup> Bruno CARBONNE
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>r</sup> Pierre CARLI
- M. le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE
- M. le D<sup>r</sup> Michaël CHAUSSARD
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Marie-Paule CHAUVEHEID
- M. le P<sup>r</sup> Gérard CHERON
- M. le P<sup>r</sup> Thierry CHINET
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Isabelle CONSTANT
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M. le D<sup>r</sup> Cyril DAUZAC
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO
- M. le P<sup>r</sup> Marc DELPECH
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Elisabeth DION
- M. le D<sup>r</sup> Michel DRU
- M. le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M. le D<sup>r</sup> Jean-Luc GAILLARD
- M. le P<sup>r</sup> Erea Noel GARABEDIAN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Pascale GAUSSEM
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P<sup>r</sup> Bruno GLOGLY
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Louise GOUYET
- M. le D<sup>r</sup> Bernard GRANGER
- M. le Pr François HAAB
- M. le P<sup>r</sup> Olivier HENRY
- M. le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anna LAMBERTI TELLARI
- M. le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN
- M. le D<sup>r</sup> Julien LENGLET
- M. le P<sup>r</sup> Guy LEVERGER
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT
- M. le P<sup>r</sup> Jean MANTZ
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND
- M. le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET
- M. le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Julie PELTIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Valérie PERUT
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT
- M<sup>me</sup> Caroline PRADINES
- M. le P<sup>r</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P<sup>r</sup> Guy SEBAG
- M. le P<sup>r</sup> Georges SEBBANE
- M. le P<sup>r</sup> Alain SIMON
- M<sup>m</sup> le D<sup>r</sup> Annie ROUVEL TALLEC
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le D<sup>r</sup> Jon Andoni URTIZBEREA
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF
- M. le P<sup>r</sup> Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***

- M<sup>me</sup> Catherine BROUTIN, représentante de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
- M<sup>me</sup> Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la médecine du travail
- M. Namik TARIGHT, médecin responsable de l'information médicale
- M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***

- M. le P<sup>r</sup> Benoît SCHLEMMER
- M. le P<sup>r</sup> Serge UZAN

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

- M<sup>me</sup> Mireille FAUGERE, directrice générale
- M<sup>me</sup> Monique RICOMES, secrétaire générale
- M<sup>me</sup> Laure BEDIER, directrice des affaires juridiques
- M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER, direction des services économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale
- M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
- M<sup>me</sup> Juliette TELLIER, directrice de la communication
- M<sup>me</sup> Roselyne VASSEUR, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  
- M. Etienne DEGUELLE, directeur de Cabinet
- M. Jean-Michel DIEBOLT, direction de la politique médicale
- M. Jérôme HUBIN, direction de la politique médicale

- ***Membres excusés :***

M. le D<sup>r</sup> Paul AVILLACH, M. le D<sup>r</sup> Rémy COUDERC, M. le P<sup>r</sup> Jean-Luc DUMAS, M. le P<sup>r</sup> Philippe GRENIER, M. le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET, M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS, M. le D<sup>r</sup> Matthieu LAFAURIE, M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Lucile MUSSET, M. le D<sup>r</sup> Matthieu PICCOLI, M. Christian POIMBOEUF, M. le P<sup>r</sup> Gérard REACH.

*La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence du Professeur Loïc CAPRON.*

**Le président** annonce l'absence des D<sup>rs</sup> Paul AVILLACH, Rémy COUDERC, Lucile MUSSET, celle des P<sup>rs</sup> Jean-Luc DUMAS, Philippe GRENIER, Bertrand GUIDET, Gérard RÉACH, ainsi que celle de M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS.

Le Président a appris avec tristesse le 14 mars le décès du P<sup>r</sup> David EL KHARRAT, Chef de Service des urgences d'Ambroise Paré. Il invite le P<sup>r</sup> Thierry CHINET, Président de la CMEL du groupe hospitalier, à lui rendre hommage.

**Le P<sup>r</sup> Thierry CHINET** rappelle que le P<sup>r</sup> David EL KHARRAT était né à Casablanca qu'il a quitté à 16 ans pour la France, où il a achevé ses études; devenu interne des Hôpitaux de Paris en 1978, il a pris un poste de chef de clinique à Raymond Poincaré chez le Professeur Goulon de 1984 à 1989. Cette expérience l'a profondément marqué. Le Pr David EL KHARRAT a été nommé PH en 1991 au SAU de Lariboisière dont il est devenu chef de service en 1997. Enfin, en 2004, il a rejoint Ambroise Paré et a été nommé PU-PH en 2006. Ses travaux de recherche ont porté notamment sur la myasthénie, l'intoxication au CO, le syndrome de Guillain Barré, la pyélonéphrite, la vaccination anti-tétanique. Le Pr David EL KHARRAT était un homme cultivé, sensible. Parfois, les échanges avec lui étaient un peu rugueux, mais c'était un homme droit, qui avait une haute conscience de sa mission et qui a toujours répondu présent lorsque l'intérêt général était en jeu. L'hôpital public et les Urgences étaient au cœur de son engagement. En accord avec le directeur du GH, Mr Péan, le Pr Thierry CHINET lui avait demandé de devenir le responsable médical de la certification du GH. Il avait parfaitement compris l'enjeu collectif de cette procédure et assumait pleinement cette fonction. Le Pr David EL KHARRAT était fatigué et avait part depuis près d'un an de son désir d'arrêter. Le Pr Thierry CHINET lui avait demandé de rester en poste jusqu'à ce que nous lui trouvions un successeur. Il avait accepté et était prêt à aider le prochain chef de service dans son installation. Il n'en aura pas eu le temps.

*La CME observe un instant de recueillement.*

## **I. Informations communiquées par le président et le vice-président de la CME (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON, D<sup>r</sup> Georges SEBBANE)**

L'agence régionale de santé (ARS) a réuni, le 3 avril, une conférence intitulée *Le CHU et son territoire*, concernant exclusivement les relations de l'AP-HP en tant que CHU avec les centres hospitaliers généraux d'Île-de-France. Deux thèmes ont été évoqués. Le premier portait sur la coopération en soins, le partage des compétences et des clientèles. Tous les participants se sont accordés sur l'obstacle de la tarification à l'activité (T2A) et de la concurrence effrénée qu'elle engendre entre les hôpitaux. Hormis une réforme de la T2A, personne n'a trouvé de parade. Le second thème concernait les coopérations académiques, en matière d'enseignement et de recherche. Pour éviter la dispersion des ressources hospitalo-universitaires, **le président** pense qu'il conviendrait de réfléchir à un statut nouveau d'universitaire à durée déterminée; ces contrats lieraient un praticien hospitalier à une université pour l'exécution d'une tâche académique bien précise. Le thème de cette conférence démontre le bouillonnement à des idées sur la place de l'AP-HP en Île-de-France. Le président a décidé d'organiser un séminaire de la CME dont le thème sera *l'AP-HP en Île-de-France*, les vendredi 20 septembre (à partir de 17 heures) et samedi 21 septembre (matin), à Paris. La réflexion de la CME sur le futur plan stratégique sera lancée à cette occasion.

Le président s'est étonné d'avoir incidemment appris, par un mél circulaire envoyé à toute l'AP-HP, la signature d'une convention de coopération entre le centre hospitalier Sud-Francilien et

le GH Paris Sud. Il déplore profondément que cette coopération n'ait annoncée et débattue, ni en conseil de surveillance ni en CME.

La Caisse d'assurance maladie a confirmé la signature de l'avenant n°8 d'une convention d'activité libérale pour les praticiens. Aucune présentation n'est toutefois prévue devant les CME.

Les conférences budgétaires et stratégiques des GH et des hôpitaux non rattachés se déroulent dans le calme. Le président constate avec étonnement que les GH acceptent l'effort d'efficacité plus facilement que ne le faisant craindre la réaction des présidents de CME locales en décembre dernier. La CME ne devrait pas manquer pas, le temps venu, en présence de M. Évin, directeur général de l'ARS,, de faire connaître son point de vue sur l'efficacité 2013 fixée à 150 M€.

Le directoire du 2 avril a entendu :

- le rapport de la direction médico-administrative (DMA) sur l'urologie adultes à l'AP-HP, que le D<sup>r</sup> Sophie COHEN présentera lors d'une prochaine CME ;
- un rapport très intéressant du secrétariat général sur les soins de longue durée à AP-HP, avec un enjeu de quelque 200 M€ pour les années à venir ; la CME prendra dès que possible connaissance de ce travail qui porte sur un sujet absolument stratégique.

Le conseil de surveillance s'est réuni le 28 mars. La CME était représentée par le D<sup>r</sup> Alain FAYE et le P<sup>r</sup> Christian RICHARD. Deux motions ont été soumises.

- La première émanait des organisations syndicales du personnel, qui s'élevaient vigoureusement contre l'effort d'efficacité demandé en 2013. Elles demandaient une « réflexion publique » sur « l'organisation et l'avenir » de l'AP-HP. Bien que les représentants de la CME aient considéré comme excessif l'emploi du terme « publique », ils ont soutenu cette motion. Cependant, la majorité du conseil de surveillance a rejeté le premier terme de la motion, pour ne conserver que le second – ce qui retire à la motion tout son sens puisque le débat se trouve privé de justification, à savoir l'effort d'efficacité continu demandé à l'AP-HP et la baisse monumentale des capacités d'investissement lourd.
- La seconde motion émanait des usagers, proposant une forme de convention, avec des préconisations très précises, pour participer plus intimement à la vie des hôpitaux. Par exemple, il était demandé que les usagers soient obligatoirement mentionnés dans les contrats de pôle et qu'ils puissent assister à certaines réunions de service. Le président de la CME avait préalablement recueilli l'avis des présidents de CME locales, qui, dans leur grande majorité, étaient très intéressés par une ouverture de la gouvernance locale aux usagers, mais beaucoup plus réservés quant à un cadre aussi strict de coopération avec eux. Nos représentants n'ont donc pas soutenu cette motion. Le président du conseil de surveillance souhaitant l'unanimité, le vote a été reporté au conseil du 6 juin. L'auteur de la motion, M. Thomas Sannié, viendra la présenter et la défendre à la CME du 14 mai.

## **II. Information sur le SAU de l'Hôtel-Dieu de Paris (M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE, Directrice générale)**

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE** rappelle que la CME a recommandé la fermeture des urgences, associée à un certain nombre de mesures de mise en œuvre très importantes. Depuis ce vote, l'AP-HP a instruit puis présenté un dossier aux tutelles et notamment à l'ARS. La Directrice générale propose d'évoquer plus largement ce sujet lorsque le débat avec l'ARS aura eu lieu.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** regrette qu'aucune décision n'ait pu être prise. Le nouveau chef de service de l'hôpital Cochin fait tout son possible. S'agissant de la création d'une maison médicale, les tergiversations sont incompréhensibles. En effet, aucun généraliste ne voudra travailler dans cette maison médicale. Une solution alternative, consistant à conserver le service des urgences et envisager une mutualisation avec l'hôpital Cochin, se serait avérée moins coûteuse. Il aurait fallu faire pression sur l'ARS pour mettre en œuvre cette solution. Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX s'est lui-même désolidarisé de la récente lettre, très mal vécue par les médecins et l'hôpital Cochin. L'attentisme et le manque de visibilité sur ce sujet entretiennent un climat extrêmement délétère pour les équipes non seulement des urgences de l'Hôtel-Dieu, mais aussi de l'hôpital Cochin et de l'institution – qui pâtit d'une image d'indécision. Il faut absolument agir rapidement et réclamer un système dérogatoire. La démographie médicale soulève la problématique du maintien d'un accueil de soins de proximité. Il faut s'orienter vers ce type de solutions, pour réaliser le plus d'économies possible.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** aurait souhaité que la CME puisse être informée des termes exacts de ce dossier et de ses implications pour les équipes soignantes du GH Cochin-Hôtel-Dieu.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE** indique que ce dossier doit au préalable faire l'objet d'une validation par l'ARS. La méthode d'instruction et de répartition des moyens est connue, notamment en ce qui concerne le plateau de radiologie. En effet, les personnels et les équipements seront affectés pour partie à Cochin et à l'Hôtel-Dieu. La CME sera bien entendu informée une fois ces éléments de cadrage validés.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** rejoint les propos tenus par le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX. Il est effectivement urgent d'informer les personnels médicaux et non-médicaux, d'une part des décisions concernant les urgences et d'autre part, des décisions concernant le projet de l'Hôtel-Dieu. Depuis le début de l'année, l'activité de l'Hôtel-Dieu a diminué de 20 %. Les conséquences sont visibles en termes d'organisation des soins et de sécurité des patients. L'ambiance n'est pas saine. En outre, il reçoit des courriers désagréables de la part de certains médecins, indiquant qu'ils font « sécession » du GH : ils n'appartiennent plus au GH. Cette situation est scandaleuse. En définitive, la CME doit se prononcer sur le projet médical.

**Le président** concède qu'il est préférable de prendre rapidement une décision, au risque de provoquer des remous. De toute façon, ces remous sont inévitables ; la CME doit assumer et assumer pleinement ses choix. Par ailleurs, le président s'adresse au P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU et à M<sup>me</sup> la directrice générale, avec qui il souhaiterait évoquer plus largement la convention signée avec le GH Paris Sud et le centre hospitalier Sud-francilien (CHSF). Le CHSF est surdimensionné, hypermoderne et a besoin d'aide pour réussir son démarrage. L'AP-HP peut lui donner de l'oxygène. Cependant, le président se demande dans quelle mesure des conventions de telles conséquences stratégiques peuvent être signées sans l'aval de la CME, du directoire et du conseil de surveillance.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE,** comprend l'attention portée aux sujets de stratégie et de politique territoriale. Il sera intéressant de récapituler les conventions et partenariats existants entre les hôpitaux de l'AP-HP et hors AP-HP. Quelquefois, ces conventions ont simplement pour objectif de formaliser les coopérations existantes pour un certain nombre de disciplines. Par exemple, lorsque la permanence des soins nuit profonde a été mise en place, a été formalisée entre Ambroise Paré et Foch une convention qui entérinait les pratiques existantes. La convention entre le GH Paris Sud et le CHSF vise à mentionner des disciplines pour lesquelles il serait intéressant de mettre en œuvre une coopération. Aucun modèle économique n'est associé à cette convention. La convention vise à éviter les actions désordonnées. Des relations peuvent par



ailleurs être envisagées entre le CHSF et d'autres GH (par exemple, le GH Mondor et les relations de l'hôpital Clémenceau avec Sud Francilien).

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** précise que le GH a signé des conventions avec Marie Lannelongue, et élabore actuellement un projet de convention avec l'Institut Gustave Roussy. Ce type de convention ambitionne de formaliser des relations qui existent déjà. C'est pourquoi elles sont importantes. Ces conventions permettent aux équipes de discuter entre elles et de fixer les axes de collaboration, ainsi que ses limites. La discussion est toujours préférable au repli sur soi.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** relève que la dette du CHSF est faramineuse. Une commission d'enquête parlementaire sera sans doute initiée. Le CHSF est surdimensionné et se trouve donc confronté à une diminution de son activité. Il cherche à alimenter ce « monstre », coûte que coûte. Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX craint que cette convention soit utilisée aux fins de financer ce système.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, indique que, en effet, l'ARS, à la fin de l'année 2012, a consacré des sommes « dégelées » pour combler le déficit du CHSF au lieu de rémunérer les activités réalisées de permanence des soins. Mais cette convention vise à fixer un cadre. Par conséquent, il ne peut y avoir de piège de ressource.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** regrette que la CMEL du groupe n'ait pas été informée de la convention.

**Le P<sup>r</sup> Alain SIMON** soulève la question de l'organisation des relations entre l'institution et l'offre de soins non AP-HP, ainsi que celle du rôle respectif des GH et du Siège. Il importe que les GH puissent rechercher des offres de soins capables de générer une synergie et une complémentarité sur leur territoire. Parallèlement, le Siège doit veiller à ce que les conventions ne fassent pas concurrence à l'institution et s'avèrent contre-performantes. Il s'agit de rechercher localement des parts de marché, sans générer de concurrence supplémentaire.

**Le P<sup>r</sup> Serge UZAN** observe que le contexte d'Evry est très particulier. En effet, cette convention survient dans un contexte de réflexion territoriale. Le P<sup>r</sup> Serge UZAN comprend qu'une mise au point soit réalisée, par exemple sous la forme d'un règlement intérieur – même s'il aurait été préférable que le cadre soit fixé par la CMEL. La question soulevée par le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX est importante ; une convention universitaire soulève la problématique du financement. Sur les plus de 100 millions d'euros de masse salariale versée par les universités aux personnels travaillant dans des établissements (majoritairement de l'AP-HP), il faut savoir que chaque emploi de PUPH représente un transfert de 130 000 euros, avec les charges associées, vers un hôpital non-universitaire. Ce type de coopération est faisable, mais doit être encadré. Une telle convention ne peut avoir simplement pour objectif de régler des flux de malades par un accord purement local ; elle aura des conséquences au regard de la territorialisation globale des moyens hospitaliers en Ile-de-France.

**Le président** souscrit aux propos du doyen UZAN.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** concède que cette convention n'a pas donné lieu à une discussion en CMEL. Il considère qu'il faut envisager un partenariat privilégié, avec une composante hospitalo-universitaire unique. Or, l'ancrage territorial se heurte à la multiplicité de conventions, d'agrèments ou d'amitiés structurées, qui ne permettent pas de développer plus que des relations très personnelles ou ponctuelles.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** espère que cette convention ne donnera pas lieu à un prélèvement de ressources. Cependant, elle attire l'attention de la Direction générale sur le fait que le loyer du CHSF, qui s'élève à plusieurs dizaines de millions d'euros, est abondé par l'ARS. Parallèlement, l'AP-HP subit une baisse du fonds d'intervention régional de plusieurs dizaines de millions d'euros. Cette situation pèse sur l'AP-HP. Il ne semble pas que la convention vienne modifier cet état de fait.

**Le président** indique que les implications de cette convention ne peuvent être niées. Lors de la réunion organisée par l'ARS, le doyen Bobin ne s'est engagé en rien cette convention à la rédaction de laquelle il n'avait été associé. Le fond ne peut pas être sous-estimé et aurait mérité une discussion dans les instances centrales de l'AP-HP, ainsi que les instances locales. Quant à la forme, si le fond n'était pas si important, pourquoi alors adresser un mail d'annonce tonitruante à l'ensemble de l'AP-HP ? Enfin, pourquoi l'ARS a-t-elle voulu réunir dans sa table ronde le président de la CME du CHSF et le Doyen ?

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, convient de la nécessité de définir une méthode plus rigoureuse pour décrire les conventions, leur portée et leur instruction dans les différentes instances. L'importance accrue des enjeux de formation nécessite l'implication des doyens.

### **III. Point d'étape sur le plan cancer de l'AP-HP (P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT et D<sup>r</sup> Nathalie RHEIMS ; invitation du P<sup>r</sup> Bernard NORDLINGER)**

**Le président** rappelle qu'il y a un an, le 10 avril 2012, la CME avait entendu un premier exposé sur l'organisation de la cancérologie à l'AP-HP, présentant les centres intégrés et centres experts. Il a demandé au P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT et au D<sup>r</sup> Nathalie RHEIMS de faire un nouveau point de la situation. Le président accueille aussi avec plaisir le P<sup>r</sup> Bernard NORDLINGER, qui occupe un rôle éminent au sein du comité opérationnel du cancer (COC).

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT** souligne qu'il s'agit d'un travail conduit au sein du COC de l'AP-HP, animé par le D<sup>r</sup> Nathalie RHEIMS et le P<sup>r</sup> Bernard NORDLINGER. Trois membres de la CME y participent : le P<sup>r</sup> Dominique VALEYRE, le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET et le P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT lui-même. Tous les GH sont par ailleurs représentés au sein du comité.

La visibilité de l'activité de l'AP-HP en matière de cancérologie n'est pas à la hauteur de ce qui est réalisé. Les CLCC (centre de lutte contre le cancer) ont une visibilité bien supérieure au poids de l'AP-HP, pour la population de l'Ile-de-France. Pourtant, la part d'activité de l'AP-HP s'élève à 38,6 % en termes de recettes T2A et 37,3 % en termes de séjours. Quant aux deux CLCC de l'Ile-de-France, à savoir l'IGR et Curie-Huguenin, leur activité représente trois fois moins que l'AP-HP, sur ces deux dimensions.

Néanmoins, la dynamique de labellisation est enclenchée et se poursuit, afin d'être pleinement opérationnelle. Le P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT rappelle qu'un centre intégré est un centre de cancérologie du GH. Celui-ci se caractérise par une prise en charge précoce, globale et coordonnée de tous les patients, de tous les types de cancers, à tous les stades de la maladie. L'organisation, structurée, répond aux standards de qualité de l'INCa. Ces centres disposent d'une expertise médicale et chirurgicale, pour des thématiques autres que celles du cancer – par opposition aux CLCC. En revanche, les centres experts sont les « lieux d'excellence dans une spécialité ». Ces centres sont dotés d'une expertise médicale et chirurgicale (cancers rares, prises en charge complexes, activité de recours,...), supportée par une recherche clinique, translationnelle construite en lien avec les équipes de recherche du site et du GH. Cette labellisation s'est mise en place progressivement, puisqu'elle a donné lieu à une première vague début 2012 et une deuxième début

2013. Par la suite, une évaluation et un suivi opérationnels réguliers ont été mis en place (indicateurs, tableaux de bord communs à l'ensemble des GH).

A ce jour, l'AP-HP compte 8 centres intégrés de cancérologie. 8 GH sur 12 se sont donc vus délivrer le label « centre intégré en cancérologie ». Henri-Mondor a été labellisé durant la deuxième vague. Désormais, l'AP-HP comprend également 41 centres experts (contre 37 un an auparavant) et deux centres experts pédiatriques. Pour 5 centres intégrés, l'on compte 5 à 7 centres experts.

Le COC a mis en place un suivi très opérationnel, sous forme de tableaux d'activité cancer au niveau de l'AP-HP et des GH (patients/nouveaux patients/séjours ou, selon la méthode de l'INCa, séjours chirurgicaux M4/patients en chimiothérapie, patients en radiothérapie) et de tableaux de bord GH par centres intégrés et centres experts, comportant des indicateurs médico-économiques, des indicateurs de qualité INCa, des indicateurs de recherche, des recommandations du COC et actions prioritaires fixées en commun par le GH, le centre et le COC.

La formalisation d'un parcours patient est une démarche structurante pour les centres intégrés et centres experts. L'approche est évidemment modulable en fonction des thématiques. Cette approche est un gage de qualité pour les patients, qui contribue à la visibilité de l'activité cancérologie de l'AP-HP. Le COC s'est donné pour objectif de finaliser le parcours patient de l'ensemble des centres d'ici la fin de l'année 2013. Pour ce faire, un Groupe de travail a été mis en place, auquel trois objectifs ont été fixés :

- formaliser un modèle de parcours patient avec ligne de temps ;
- définir une méthode d'audit des délais « EPP » conduite en 2013 dans deux ou trois CEX par GH ;
- diffuser un « kit parcours patient de l'AP-HP ».

Pour la méthode de l'audit des délais programmé courant 2013, a été retenu le parcours intra-établissement. Six délais ont ainsi été retenus, à savoir :

- D1 : prise de rendez-vous – première consultation ;
- D2 : première consultation – passage en RCP ;
- D3 : première consultation – premier acte thérapeutique (ou annonce de l'abstention thérapeutique) ;
- D4 : date opératoire (biopsie) – compte-rendu d'anatomopathologie ;
- D5 : date opératoire (biopsie) – compte-rendu de biologie moléculaire ;
- D6 : premier acte thérapeutique – deuxième acte thérapeutique.

En outre, la position de l'AP-HP en matière de radiothérapie devait être investiguée. La part d'activité en chirurgie est pratiquement la même pour Curie-Huguenin, l'IGR et l'AP-HP. Concernant Curie-Huguenin, un quart des recettes provient de la radiothérapie, contre 10 % pour l'IGR et 3 % seulement pour l'AP-HP. Pourquoi l'AP-HP n'occupe-t-elle pas la même position que ces deux CLCC, en termes de radiothérapie ? En novembre 2012, sous la Direction du P<sup>f</sup> Martin HOUSSET, a été mis en place un groupe de travail radiothérapie, incluant 5 GH dotés d'un service de radiothérapie. Entre décembre 2012 et février 2013, ce groupe de travail a réalisé

une étude approfondie relative à l'activité, aux moyens et à l'organisation. Il convient d'identifier des pistes d'amélioration, afin de ré-internaliser une part d'activité de radiothérapie. A la fin de l'année 2013, un plan d'action opérationnel sera donc défini.

Enfin, une réflexion doit être engagée afin d'établir une cartographie cible, à partir d'une approche par thématique (hématologie, digestif, gynécologie, système nerveux central, dermatologie, ORL/maxilo-facial, thyroïde, thorax, sein et urologie), à commencer par la gynécologie et le sein. Ainsi, en novembre 2012, a été constitué un groupe de travail sein-gynéco, chargé de répondre à trois questions clés :

- Quelle ambition pour l'AP-HP et quelles initiatives lancer pour y arriver ?
- Quelle réorganisation doit être menée pour ces deux thématiques ?
- Quelles coopérations inter-GH et territoriales envisageables pour la recherche ?

Quatre orientations majeures et structurantes ont été soulignées par le Groupe de Travail :

- développement d'une offre complète dans les centres experts (depuis le diagnostic accéléré jusqu'à la reconstruction mammaire) ;
- formalisation et structuration des liens entre les CEX et les sites de proximité ;
- accélération de la collaboration supra GH en termes de recherche clinique ;
- construction d'une communication commune AP-HP en cancérologie.

A ce jour, la labellisation est stabilisée. Le suivi reste dynamique et très opérationnel.

**Le président** note que le COC n'a plus fait mention des centres spécialisés.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT** explique que les centres spécialisés d'hématologie et d'oncohématologie pédiatriques sont devenus des CEX, pour être au niveau des CEX adultes. En revanche, les centres spécialisés subsistent lorsque le site ne dispose que de l'une des expertises ni de l'expertise médicale, ou l'expertise chirurgicale. Il reste donc quelques centres spécialisés en pédiatrie et quelques centres spécialisés pour l'adulte. Par exemple, l'hôpital Necker occupe une place très forte en matière de chirurgie carcinologique pédiatrique, mais n'a pas d'activité d'oncologie médicale sur son site. Néanmoins, il faut reconnaître l'expertise de Necker en la matière.

**Le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET** note que cette démarche a impliqué plus de 150 médecins, ainsi que les doyens. Les progrès en termes de lisibilité interne et externe sont notables. Cependant, il faut veiller à ne pas perdre des parts de marché. C'est pourquoi il faudrait mener une réflexion supra GH. Par ailleurs, le plan Cancer III recommande que la réflexion en cancérologie soit menée à l'échelle du territoire. La concurrence devient sévère et l'AP-HP ne doit pas oublier que ses premiers partenaires seront en interne. S'agissant de la radiothérapie, il convient de préciser que les moyens de l'AP-HP nettement moins importants que ceux des centres qui ont su investir dans les plateaux techniques et les innovations.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** salue le rôle de l'institution au sein du COC aux fins d'amélioration de la visibilité de la cancérologie. Trois handicaps soulignent le rôle important de la communication. Premièrement, pour le patient, il est plus valorisant de se faire traiter dans un centre anti-cancéreux

que dans un GH. Le deuxième handicap est d'ordre structurel. Les CLCC sont très solidaires en matière de recherche. En revanche, au sein de l'AP-HP, les GH sont souvent en compétition entre eux. Les mentalités doivent donc évoluer. Enfin, il serait souhaitable de rehausser les masses critiques exigées pour les labellisations, sans pour autant réduire de façon drastique le nombre de centres. La concentration permet de réaliser des investissements de qualité et d'effectuer davantage d'essais cliniques.

**Le P<sup>r</sup> Bernard NORDLINGER** remercie l'ensemble des personnes qui se sont impliquées dans le travail du Comité Opérationnel Cancer ainsi que la gouvernance des groupes hospitaliers et les doyens qui ont participé aux réunions. L'objectif est d'améliorer la qualité de l'organisation de l'AP-HP en matière de prise en charge des patients porteurs de cancer. Elle se fait sur la base des critères de l'INCa qui sont des critères de bons sens. Les principaux objectifs ont été le respect des critères de qualité, l'amélioration de l'efficacité et de la visibilité du dispositif et enfin la réduction des délais de prise en charge dans le cadre du parcours de soins du patient. Cette amélioration de l'organisation doit se faire en respectant les particularités et les atouts de l'AP-HP. Concentrer les moyens peut améliorer la visibilité et l'efficacité mais comporte le risque de perdre une partie de l'activité de proximité. Un atout important de l'AP-HP est non seulement d'offrir une offre de soins de cancers mais également offrir sur ses sites les moyens de faire face aux besoins du patient et notamment des urgences.

**Le P<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** relève que les patients sont souvent polypathologiques et les protocoles varient d'un centre à l'autre. Ce point doit être souligné dans le cadre de l'organisation présentée. Le SAMU est chargé d'affecter les patients au bon endroit. Toutefois, les secteurs en médecine d'urgence n'existent pas. Souvent, les patients polypathologiques sont refusés. Dès lors qu'un malade est suivi dans un CLCC, il doit être reçu.

**Le président** confirme que le travail sur le parcours du patient doit commencer par s'atteler à ces problématiques.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF** relève que la thématique de l'après-cancer n'a pas été évoquée. L'une des problématiques associées au cancer est la préservation de la fertilité. Il considère que cette question doit être incluse dans les réflexions avec la proposition systématique de la préservation de la fertilité en collaboration avec les centres d'AMP de l'AP-HP. Une telle collaboration existe déjà avec les centres anticancéreux d'Ile de France. Il faut donc être volontariste pour développer les collaborations avec les services de cancérologie de l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Serge UZAN** considère que la remarque du P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF est parfaitement justifiée. Les urgences, en particulier celles qui sont directement liées au traitement, doivent être prises en charge directement par les services de l'AP-HP. Il faut protéger le patient de ces petites urgences qui peuvent être réglées rapidement mais qui peuvent aboutir à des cas graves, si elles ne sont pas correctement prises en charge. Unicancer qui regroupe les CLCC. FHF Cancer entend mettre en place une visibilité pour l'ensemble des hôpitaux publics. Il serait peut-être souhaitable de créer une structure AP-Cancer, en fonction des recommandations par pathologie, voire lancer une recherche sur la modélisation des parcours de soins. Le Plan Cancer insistera sur ce point. Par ailleurs, il n'y a pas assez de chirurgie reconstructrice, plastique et esthétique à l'AP-HP. Les centres tels que Curie, l'IGR et René Huguenin ont toujours impliqué en ce qui concerne le sein, des plasticiens. Pour la patiente, le cancer s'accompagne d'une perte de l'image du sein. Or, l'AP-HP assure moins de 15 % des reconstructions pour les mastectomies réalisées en interne. A Tenon, l'unité de chirurgie plastique et reconstructrice a été créée, et connaît un grand succès.

**Le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT** souscrit à l'ensemble des remarques exprimées au sujet de la visibilité. S'agissant de la territorialité, elle demande si l'AP-HP prévoit de développer une politique de

partenariats CIN et CEX entre GH AP-HP et établissements hors AP-HP Elle précise que l'ARS souhaite intégrer Henri-Mondor et le CHIC au sein d'un GCS bi-sites pour l'organisation de l'activité de cancérologie et de radiothérapie. Se pose la question de l'équilibre économique d'un tel partenariat.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** salue la qualité de ce travail. Il apparaît très clairement que l'AP-HP est le premier centre anti cancéreux d'Ile de France. Cependant, il faut véritablement s'interroger sur la valeur ajoutée de l'AP-HP dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Trois points : comme l'a souligné le P<sup>r</sup> Patrick PELLOUX, par l'excellence et la diversité de son plateau technique, l'AP-HP prend en charge les urgences chez les patients atteints de cancer tant à travers la permanence qu'à travers la continuité des soins. L'AP-HP assume les fins de vie des patients atteints de cancer avec ses équipes, dans ses établissements et ses services. La recherche : l'AP-HP peut, par un système d'information performant, construire des bases de données et valoriser des cohortes sans forcément réunir, sous la contrainte, des équipes sur un même lieu. Enfin, il ne peut y avoir de bonne recherche et de bon traitement du cancer sans une excellente biologie moléculaire et une excellente anatomopathologie. L'AP-HP doit s'emparer du thème du cancer et faire savoir ce qu'elle fait.

**Le président** souligne l'importance de l'anatomie et de la cytologie pathologiques dans la prise en charge des cancers.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT** retient que le travail doit être poursuivi. Beaucoup de pistes ont été mises en avant, qu'il s'agisse de l'organisation de l'accueil des urgences, de la préservation de la fertilité, d'un label cancer AP-HP... Il remercie l'ensemble des participants pour leurs suggestions et leur donne rendez-vous en 2014 pour faire le point. Henri Mondor et le CHIC sont complémentaires en termes d'activité cancer, mais souhaitent préserver leur équilibre économique. En revanche, le COC soutient toute tentative de créer un « centre de cancérologie territorial », pour lequel un cahier des charges a été fourni aux deux établissements.

**Le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER** souligne le rôle du pathologiste dans la prise en charge d'un patient en cancérologie : compte rendu diagnostique, thérapeutique, biomarqueurs, RCPO, tumorothèques, réseaux, dépistage, essais thérapeutiques, etc. En conséquence, le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU demande quel pathologiste fait partie du COC.

Quant à l'oncologie gynécologique, un groupe de 5 gynéco-pathologistes experts de l'AP-HP assure la relecture des tumeurs rares gynécologiques pour le réseau INCa (réseau des tumeurs malignes rares de l'ovaire dont un des responsables nationaux est le Pr Eric Pujade-Lauraine).

**Le P<sup>r</sup> Bernard NORDLINGER** répond que le COC était constitué initialement d'un nombre restreint de personnes pour en améliorer l'efficacité et s'est élargi pour que tous les GH et la plupart des spécialités y soient représentés. Il est disposé à accueillir au sein du COC, un pathologiste et un radiologiste, ces spécialistes participant à la prise en charge multidisciplinaire des cancers.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie RHEIMS** relève que la cancérologie est l'engagement de tous. Ce travail de réorganisation n'aurait pu avoir lieu sans un coportage énorme entre l'ensemble de la communauté. La phase de dynamisation est enclenchée et doit s'accompagner d'une réflexion supra-GH. Dans le cadre de cette présentation, n'a pas été évoqué le leadership de l'AP-HP en biologie moléculaire. Les anatomopathologistes participent à tous les groupes de travail.

**Le président** remercie les équipes du COC pour leur excellent travail.

#### **IV. Situation de la chirurgie orthopédique adulte à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Sophie COHEN)**

**Le D<sup>r</sup> Sophie COHEN** indique que la chirurgie orthopédique adulte représente 22 % de l'activité chirurgicale de l'AP-HP en séjours. L'orthopédie est un secteur extrêmement concurrentiel et en croissance, du fait du vieillissement de la population. En Ile-de-France, plus de 80 % des orthopédistes sont installés dans le privé. Il s'agit pour l'essentiel de grandes structures. Toutes ces structures privées sont très réactives, avec les fédérations sportives et les rhumatologues. En Ile-de-France, l'AP-HP maintient une part d'activité de 26 %, contre 60 % dans les cliniques, 7 % dans les ESPIC, 5 % dans les CH généraux et 2 % dans les hôpitaux militaires.

Dans certains domaines d'activité, les parts de recrutement de l'Ile-de-France sont très importantes (polytraumatologie, activité infectieuse, carcinologie...). S'agissant de l'ambulatoire, le potentiel de développement de la chirurgie orthopédique est estimé à 40 %. L'AP-HP n'est donc pas si en retard qu'il n'y paraît dans cette spécialité.

En 2012, la croissance de l'AP-HP dans la chirurgie orthopédique adulte progresse, qu'il s'agisse de l'hospitalisation complète (+1,5 % entre 2011 et 2012) ou de l'hospitalisation partielle (+10,2 % au cours de la même période). En outre, la durée moyenne de séjour (8,3 jours) diminue d'année en année. L'indice de productivité sur la durée moyenne de séjour s'élève à 0,8 et le taux d'occupation est relativement important (85,7 %). Le nombre de lits ouverts s'établit à 623 et le taux de séjours de patients de plus de 75 ans atteint 20 %. Depuis 2010, une diminution importante du nombre de transferts hors AP-HP est observée. Cependant, le secteur des prothèses de hanche est en plein développement de la traumatologie avec en 2012 plus de 4200 prothèses.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie met en place prochainement une expérimentation « PRADO » afin de diminuer le nombre de patients inutilement orientés vers les soins de suite et de réadaptation et de faciliter leur retour à domicile après une intervention orthopédique. Le programme concernera 4 types d'interventions programmées et 2 en urgence.

La chirurgie orthopédique est une spécialité très attractive pour les internes. En octobre 2012, un poste en chirurgie de la main a été ouvert à un interne, au sein de la Clinique Francilienne. Cette concurrence nécessitera une évaluation car la chirurgie de la main est un secteur attractif et en croissance.

Par ailleurs, plusieurs projets d'amélioration du codage sont envisagés, dans un contexte où plus d'1,6 million d'euros ont été récupérés.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN** remercie le D<sup>r</sup> Sophie COHEN pour cette présentation très précise. Il soulève la question de la réorganisation de la chirurgie orthopédique, en termes de stratégie et de spécificité des services. A Saint-Antoine, la chirurgie de la main et l'orthopédie reprennent une place importante. Il ne faut pas se tromper dans le cadre des successions. La réorganisation doit être envisagée à l'échelon supra-GH.

**Le président** demande si les départs à la retraite doivent être l'occasion de procéder à des restructurations, ou s'il est préférable de restructurer avant.

**Le P<sup>r</sup> Jean MANTZ** pense que les restructurations à l'occasion de départs à la retraite sont une approche réductrice ne permettant pas une instruction sereine approfondie du dossier. Il pense qu'il faut travailler en amont dans chaque spécialité quant à la répartition de l'offre de soins proposée par l'AP-HP, dans un contexte de missions cliniques, d'enseignement, de recherche, et de territorialité des différents établissements.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** souligne que les établissements mentionnés comportent plus de 15 chirurgiens à temps plein. Le problème des départs d'activité doit être relativisé en fonction du nombre d'ETP. En outre, il souligne la tendance à privilégier l'activité d'urgence, qui est contraire à l'activité que les praticiens seront amenés à exercer après avoir quitté l'environnement institutionnel. Par ailleurs, les structures environnantes ont une réactivité bien plus importante. L'attractivité pour les jeunes chirurgiens dépend de la possibilité de développer une patientèle en activité programmée. Il faut conduire une réflexion globale à ce sujet.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** trouve regrettable que la réponse aux besoins sanitaires soit toujours pensée en terme de part de marché et problème de « plomberie » : certes « fluidifier » le parcours patient ; développer l'ambulatoire est souhaitable mais certains patients ne peuvent être mis « dans les tuyaux des filières » qu'ils engorgent rapidement. Il faut en tenir compte dans les organisations (lits, secteurs d'hospitalisation). C'est le cas des patients polypathologiques et des urgences qui ne relèvent pas au décours d'un retour à domicile ou d'un SSR simple.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** a assisté à plusieurs conférences régionales territoriales, organisées par l'ARS. Certaines structures hors AP-HP ont instauré des procédures très rapides pour accueillir des patients issus de l'AP-HP. Il faut véritablement fluidifier le parcours du patient et développer l'activité de chirurgie orthopédique à l'AP-HP. L'ARS fait pression pour mettre en place des demandes d'entente préalable avec des structures post-opératoires.

**Le D<sup>r</sup> Sophie COHEN** confirme que la démarche PRADO vise à placer les établissements SSR en accord préalable pour des suites de chirurgies orthopédiques qui seraient acceptées dans ces établissements alors qu'elles relevaient d'un retour à domicile.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** propose l'ajout du taux de réadmission à trois mois dans l'ambulatoire.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** souligne le lien sacré entre l'orthopédie traumatologique et l'urgence. Les cliniques privées ont bien compris, à travers la tarification à l'activité, l'importance d'une organisation en filière. Par conséquent, il est nécessaire de simplifier l'organisation. Il vaut mieux conserver les internes auprès de l'AP-HP et des universités. Si l'AP-HP se déconnecte des urgences, les services d'orthopédie fermeront rapidement.

**M. Julien LENGLET** concède que l'offre de soins et de formation de l'AP-HP est réduite dans ce domaine. Par conséquent, les internes n'opèrent que dans le cadre du programme d'urgence et n'opèrent donc pas les patients en chirurgie programmée. Dans ce contexte, l'intérêt de ces ouvertures dans les établissements privés lui paraît parfaitement discutable.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** souligne l'importance des moyens octroyés au développement d'une activité froide, en marge de la chirurgie orthopédique. S'agissant des urgences, les orthopédistes jouent parfaitement le jeu. Les chefs passent la nuit au bloc car il n'est pas disponible dans la journée.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** se demande comment des médecins ayant une clientèle privée exerçant en clinique privée pourraient déléguer des gestes, d'un point de vue médico-légal. Par ailleurs, un travail considérable a été effectué pour apprécier l'activité nocturne de l'orthopédie. Ces données ont été collectées par l'ARS. Les résultats sont intéressants et pourraient être portés à la connaissance de notre COPS. Une enquête de même nature a été ouverte par l'ARS auprès des deux centres labellisés SOS Main.



## **V. Mesures visant à favoriser le recrutement et le maintien des anesthésistes réanimateurs à l'AP-HP : propositions de la cellule de réflexion réunie par la CME (M. Jérôme HUBIN et P<sup>r</sup> François RICHARD)**

Le **président** indique qu'à la suite de l'alerte lancée par le P<sup>r</sup> Rémy NIZARD, chirurgien orthopédiste à Lariboisière et président de la CME du GH, la CME a organisé une cellule de réflexion sur les PH d'anesthésie à l'AP-HP. Elle s'est réunie à cinq reprises entre le 25 mai 2012 et le 1<sup>er</sup> février 2013. Elle avait pour objectif d'étudier la possibilité de mesures particulières, temporaires et exceptionnelles, de nature à fidéliser les anesthésistes réanimateurs et à attirer de nouvelles vocations à l'AP-HP.

La première partie de la présentation est consacrée aux mesures matérielles et la seconde, aux conditions de travail, en particulier l'organisation des blocs opératoires.

**M. Jérôme HUBIN** rappelle que la situation démographique des anesthésistes réanimateurs est préoccupante ; l'AP-HP n'y échappe pas. Cette population est vieillissante et les flux d'entrée sont très inférieurs aux flux de sorties pour les cinq ans à venir. Enfin les effectifs de chirurgiens et d'anesthésistes réanimateurs n'évoluent pas dans les mêmes proportions. Entre 2009 et 2011, les chirurgiens ont vu leur population baisser de 2 %, contre 9 % pour les anesthésistes réanimateurs. Les anesthésistes réanimateurs deviennent une ressource précieuse car rare. L'AP-HP en constate les effets, rencontrant des difficultés à recruter et à fidéliser ces praticiens. Et plus généralement, cette situation met les équipes en tension : sous-effectif chronique, difficulté à construire les listes de garde à certaines périodes de l'année.

L'objectif de la cellule de crise de la CME était de formuler des propositions concrètes pour limiter les effets d'une démographie délétère. Ainsi, la cellule de crise envisage des mesures salariales exceptionnelles, à caractère temporaire, soit le temps que durera la crise. Ces mesures sont limitées aux seuls anesthésistes réanimateurs dont la démographie est la plus inquiétante et pour lesquels la concurrence à l'embauche est la plus forte. Ces mesures sont prises au regard des enjeux d'activités et de recettes et afin de sauvegarder la qualité des recrutements. Trois mesures ont été envisagées. La première concerne la possibilité de recruter en qualité de PHC les anciens CAC-AHU ou assistants spécialistes en anesthésie-réanimation au 4ème échelon + 10%, ce qu'autorise la réglementation. La deuxième mesure vise à autoriser l'indemnisation du temps de travail additionnel dans les services d'anesthésie-réanimation durablement en sous-effectif. Enfin, les GH pourront remplacer immédiatement un anesthésiste-réanimateur quittant l'AP-HP en soldant un CET de plus de 60 jours et ce, dès le premier jour du CET. Toutes ces mesures ont un coût : il devra être intégré dans l'objectif de résultat des groupes hospitaliers.

**Le P<sup>r</sup> François RICHARD** indique que le travail engagé en matière d'optimisation de l'organisation des blocs opératoires visait à formuler un certain nombre de recommandations. Il s'agit de définir les outils les plus objectifs possibles. Une forte discordance a été observée entre l'activité et la présence du personnel au bloc, notamment dans les modalités de gestion du planning IBODE. Concernant Bicêtre, la feuille de route a été mise en œuvre dans sa totalité. Il s'agissait de changer les horaires IBODE, de modifier l'encadrement et la gouvernance du bloc opératoire, ainsi que de mettre en œuvre un outil de planification des médecins anesthésistes-réanimateurs. L'augmentation des vacances offertes dépend désormais du recrutement des IBODE à hauteur du TPER. Ce processus est en cours et devrait monter en charge au cours des trois mois à venir. En conséquence des modalités de gestion « historiques », 750 jours de congés générés en 2012 n'ont pas été octroyés aux professionnels. Par ailleurs, le TPER n'est pas au complet. Dans le cadre du suivi de ce chantier, il convient d'identifier avec la nouvelle cadre de bloc les travaux

organisationnels à mettre en œuvre pour tirer le meilleur profit de la future capacité opératoire (horaires de fin de bloc selon la spécialité, régulation).

**Le P<sup>r</sup> François RICHARD** estime indispensable que l'exécutif du bloc soit confié à un professionnel médical, sénior et reconnu. En outre, il faut organiser un staff de programmation (notamment en matière de stérilisation), ainsi qu'un staff de lissage. Le travail effectué permet d'améliorer les indicateurs, en diminuant les débordements et en permettant le respect des horaires. Par ailleurs, la sécurité est améliorée et les déprogrammations/ « annulations de précaution » sont limitées.

**Le président** remercie M. Jérôme HUBIN et le P<sup>r</sup> François RICHARD pour leur présentation. Il précise que les travaux de la cellule ont aussi porté sur le savoir-vivre dans les blocs, sur l'attrait académique de l'anesthésie-réanimation, à l'AP-HP, à savoir la participation à la recherche et à l'enseignement. L'AP-HP offre en outre une grande variété de pratiques : la carrière ne se limite pas au bloc opératoire, mais concerne également l'imagerie, la réanimation, la prise en charge de la douleur, le SMUR etc.

**Le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET** remercie le groupe de travail et en particulier le P<sup>r</sup> Rémi Nizard et le président de la CME qui a animé les travaux du groupe. Les mesures financières présentées participent de l'attractivité de la spécialité d'anesthésiste-réanimateur. S'agissant de la fidélisation des praticiens, les conditions de travail sont extrêmement importantes. Le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET souhaite que ces mesures ne soient que transitoires, démontrant ainsi qu'elles ont été efficaces.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** remercie le Président de la CME d'avoir mis en place cette commission. Si les débats ont été francs, seulement trois mesures ont été retenues, ce qui nous semble au demeurant insuffisant sur le plan de l'attractivité. La proposition retenue d'une intégration à un niveau de PH contractuel échelon 4 plus 10% est normalisation, car cette mesure existe déjà dans les autres établissements hospitaliers (or AP HP) d>IDF ! Cette mesure sera d'ailleurs mise en place dès mai 2013 aux Hospices Civils de Lyon. Nous regrettons que cette mesure ne soit pas étendue pour la Radiologie et la Psychiatrie. Quant à la deuxième mesure sur les plages additionnelles, il est nécessaire d'élaborer au sein de l'APHP, un contrat-type, afin de se conformer à la législation de 2003. Nous attendons d'ailleurs un projet de contrat type pour une prochaine CCOPS. La troisième mesure permettant l'utilisation des CET avant la cessation d'activité ne fait que confirmer le contenu du décret de fin Décembre 2012 sur les CET.

Au sujet de l'amélioration de la gestion des blocs opératoires, il serait souhaitable que l'HEGP puisse utiliser le même logiciel de gestion des blocs que les autres sites de l'APHP.

**Le président** souligne qu'un « retour sur investissement » est nécessaire. Ces avantages salariaux ne seront accordés par la direction des finances que si les gains liés à l'accroissement de l'activité anesthésie permettent de compenser l'effort salarial.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** relève que les propositions du groupe de travail sont intéressantes et s'inscrivent dans le droit fil d'une concurrence des ESPIC. Se pose la question d'un élargissement de ces avantages à d'autres disciplines, également confrontées à un contexte démographique défavorable. Il est souhaitable de maintenir l'activité, voire de l'augmenter.

**Le président** maintient que ces propositions ne concernent, à ce jour, que la spécialité d'anesthésie-réanimation.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** s'associe aux remerciements adressés au président de la CME, pour cette démarche qu'il a entreprise de façon pragmatique et courageuse. Outre l'attractivité

financière, se pose la question du développement de l'attractivité universitaire afin de conserver les plus jeunes et les PH. Le bloc opératoire est un élément essentiel de l'attractivité pour l'ensemble des personnels. C'est pourquoi il faut une gouvernance forte pour ces blocs. La direction doit être collégiale.

**Le P<sup>r</sup> Jean MANTZ** trouve que les mesures proposées en termes de rémunération et d'organisation du bloc opératoire sont positives. L'AP-HP ne peut toutefois pas lutter à armes égales pour attirer et fidéliser les praticiens avec les structures libérales et les CHG. Son meilleur atout reste une attractivité des soins portée par une dynamique dans laquelle s'investissent pleinement les responsables de service d'anesthésie réanimation et de chirurgie pour leur établissement. S'agissant des activités académiques, qui représentent une grosse différence avec le secteur libéral en faveur de l'APHP, le P<sup>r</sup> Jean MANTZ a appris ce jour l'acceptation par le journal New England, d'un article traitant d'un protocole, dont 3 auteurs font partie de l'AP-HP, dont 2 PH très bien placés. Ceci illustre l'attractivité académique que représente la spécialité d'anesthésie réanimation au sein de l'APHP pour de jeunes anesthésistes-réanimateurs.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** estime qu'il ne faut pas réduire le bien-être des PH à la rémunération et à l'organisation du bloc opératoire. Dans la réalité, les PH de l'AP-HP sont souvent soumis à des injonctions paradoxales. Il faut donner aux PH les moyens d'exercer véritablement leur rôle. Par ailleurs, le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO regrette que le ressenti des personnels du bloc opératoire ne soit pas évoqué au sein de la CME. Elle s'enquiert du coût de la prestation d'un cabinet d'audit pour les opérations de réorganisation des blocs opératoires.

**Le P<sup>r</sup> François RICHARD** ne peut répondre à la question du coût. Dans le passé des cabinets extérieurs sont intervenus, mais leurs rapports n'ont pas été suivis d'effets car le personnel n'était pas associé. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, ce travail n'a pas été effectué avec des consultants extérieurs, c'est ce qui en fait sa force. Sur tous les sites le personnel a été entendu et écouté.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** confirme que la rémunération est un facteur d'attractivité. L'activité du bloc opératoire est insuffisante l'après-midi et s'étale dans la nuit car les équipes sont en nombre insuffisant. Cela a un impact direct sur les conditions de travail et l'état de fatigue du personnel. Elle demande si ce sujet est intégré aux réflexions.

**Le président** insiste sur le fait que tout doit être mis en œuvre pour que les horaires opératoires soient plus scrupuleusement respectés.

**Le P<sup>r</sup> François RICHARD** indique que dans un certain nombre de blocs, la partie urgence de la chirurgie a été extraite du programme opératoire, afin de ne pas perturber l'organisation. En outre, il est évident que l'« universitarisation » est un élément d'attractivité. Cependant, les blocs ne peuvent pas s'arrêter cinq jours dans la semaine.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** remercie les intervenants pour cet exposé. L'anesthésie est une spécialité attractive, mais la vision du travail évolue. Les jeunes médecins ne veulent plus de postes à temps plein mais recherchent des postes à temps partiel, afin d'exercer en intérim. Les PH plus âgés sont fatigués par les gardes et se dépêchent de partir à la retraite, sans parfois atteindre leur nombre de trimestres de cotisation pour une pension complète. Les PH d'anesthésie-réanimation ont des contraintes que n'ont pas les PH d'autres spécialités médicales (horaires de travail 8h-18h voire 20h, gardes sur place jusqu'à 60 et même 65 ans, un médecin anesthésiste face à 3 chirurgiens...) La pénibilité de cette profession n'est pas toujours reconnue. Les PH d'anesthésie profitent donc de la période de pénurie pour se présenter aux plus offrants et ils n'ont pas besoin de faire des kilomètres. Par ailleurs, aucune reconnaissance concernant leur investissement : locaux réduits, un ordinateur pour trois, formation continue limitée... Même s'il manque un quart des effectifs d'anesthésistes au

bloc opératoire, le travail sera effectué. Par conséquent, le D<sup>r</sup> Michel DRU se demande pourquoi l'AP-HP chercherait à recruter ou à reconnaître leur degré d'implication, au détriment de la santé des anesthésistes (maladies cardio-vasculaires, dépression, burn-out...) En effet, on note de plus en plus de déclarations auprès de la médecine du travail.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** constate que ce type de mesure va créer des dissensions au sein des blocs, des équipes et de l'hôpital. Les PH exercent tous un métier important. C'est pourquoi elle serait favorable à l'octroi de primes de blocs aux intervenants du bloc (par exemple, au prorata du temps passé) vu leurs difficiles conditions de travail. La tentative de rejoindre les salaires du privé est illusoire et rapidement les autres spécialités en déficit (radiologues, chirurgiens...) réclameront ce type de mesure. Instaurer des différences de rémunération entre les praticiens risque de faire exploser la communauté. Cette situation est dangereuse, inéquitable et inégalitaire. Les praticiens ne travaillent pas que pour l'argent, mais aussi en raison d'un sentiment d'appartenance à une équipe ou pour la reconnaissance sociale (publications, remerciements des patients etc...). La dégradation des conditions de travail ne peut être compensée par une rémunération supérieure. Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS demande que ce type de décision soit soumis au vote de la CME. Les huit PH de médecine (Crozier, Dantchev, De Castro, Gervais, Lafaurie, Pelloux, Peltier, Trivalle) s'opposent à ce type de mesure.

**Le président** indique que le système de primes ne peut être mis en œuvre au sein de l'AP-HP. Il prend note de l'opposition des huit PH à la mesure présentée.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** s'enquiert des critères d'arrêt de ces mesures exceptionnelles et « transitoires ». Par ailleurs, se pose la question de l'activité opératoire l'après-midi dans les blocs, en l'absence des internes et des aides opératoires. Actuellement, les directions de l'AP-HP refusent que les IBODE jouent les aides opératoires. Par conséquent, les blocs ferment en début d'après-midi. Il faut un binôme chirurgical pour intervenir. Or, ce point a été passé sous silence.

**M. Jérôme HUBIN** indique que si le nombre d'anesthésistes/réanimateurs entrants sur le marché en Ile-de-France équilibre les flux régionaux de sortie, on pourra considérer que la crise démographique est passée. Les projections montrent que cela pourrait être le cas aux alentours de 2018-2019. Cette sortie de crise pourrait s'accélérer avec le recrutement d'anesthésistes-réanimateurs diplômés de pays situés hors de l'Union Européenne ; mais cela pose la question des niveaux de formation. Enfin, il convient de préciser que le niveau de rémunération proposé consiste simplement à payer plus tôt dans leur carrière des chefs de clinique qui, devenant PH, finiront de toute façon par percevoir un tel niveau de rémunération.

**Le président** précise que le PHC est embauché au 4<sup>ème</sup> échelon, +10 %. Une fois PH titulaire, il ne jouit plus de ces avantages. Il ne s'agit donc pas d'une discrimination scandaleuse.

**M. Jérôme HUBIN** ajoute qu'au moment de la nomination comme PH, une reprise de l'ancienneté est effectuée en fonction de la carrière passée : le temps passé en qualité de chef de clinique et de PHC est pris en compte ce qui devrait permettre une certaine linéarité dans l'évolution de la rémunération.

**Le président** souligne que sans anesthésie, il ne peut y avoir d'imagerie ou de chirurgie.

## **VI. Présentation de la sous-commission *Recherche et université* de la CME, et point sur les financements publics (programmes hospitaliers de recherche clinique, PHRC) et privé (contrats avec les industriels du secteur sanitaire) de la recherche clinique à l'AP-HP (P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, M. Christophe MISSE)**

Le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI indique que la sous-commission recherche et université de la CME s'est mise en place au début de l'année 2013. Cette commission se réunit tous les mois. A compter la future réunion, réunion de ses membres, puis une réunion avec les invités permanents pour aborder un certain nombre de sujets d'intérêt commun. Il faut tout faire pour faciliter la recherche au quotidien de l'AP-HP. La sous-commission a été rapidement rattrapée par l'actualité dramatique. En effet, la gestion contractuelle des essais cliniques est menacée. Certains laboratoires pharmaceutiques ne peuvent plus contracter avec des associations loi de 1901. Le deuxième axe des travaux de la sous-commission vise à gérer le PHRC et les relations entre DRCD et investigateurs. Parmi les autres thématiques d'intervention identifiées, il convient de mentionner le relancement de l'activité du CEDIT (structure dédiée à l'innovation technologique), les DHU, les journées scientifiques de la recherche et les bilans du plan stratégique.

M. Christophe MISSE recense 1 355 essais actifs en 2012 dans 2 392 centres investigateurs, avec 303 promoteurs industriels. 349 essais ont été clôturés dans 769 centres, incluant 5 595 patients et 406 nouveaux essais ont été reçus dans 781 centres. Pour mettre en place un essai clinique, l'industriel doit conclure une convention de « surcoûts » avec l'hôpital. Par ailleurs, un contrat d'honoraires peut être conclu entre le praticien investigateur et le promoteur industriel. La plupart du temps, une convention est conclue entre une association, le promoteur industriel et l'investigateur pour le paiement de la prestation réalisée par l'association, au profit du promoteur.

Aux termes de l'article L. 4113-6 du Code de la santé publique, il est interdit aux associations représentant les membres des professions médicales de recevoir des avantages en nature ou en espèces procurés par des « entreprises en produits de santé ». Cependant, les textes d'application attendus devraient limiter considérablement la portée de cette interdiction, en définissant les associations concernées. Si l'investigateur ne souhaite pas percevoir d'honoraires à titre personnel et si le promoteur industriel (ou l'investigateur) ne souhaite pas contractualiser avec une association, est signée une convention de « surcoûts » intégrant la prestation d'investigation. Cette convention, unique pour tous les centres investigateurs de l'AP-HP, est assortie d'une annexe visée par chaque investigateur, permettant de « flécher » les crédits dédiés à la prestation d'investigation (recettes de titre 3) vers le pôle ou le GH concerné (« recettes dédiées recherche » – RDR). Dans le cas peu fréquent des investigateurs percevant directement des honoraires, le CNOM exige une autorisation du directeur de l'hôpital quand un praticien hospitalier participe à une recherche faisant l'objet d'une convention entre un industriel et un praticien.

Le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI indique que l'investigateur est crédité de la totalité de la somme obtenue. Le système dérogatoire deviendrait alors obligatoire pour tous.

Le président note que le discours de la ministre de la santé, M<sup>me</sup> TOURAINE, à l'occasion des 20 ans du PHRC est inquiétant. L'enveloppe du PHRC a baissé de 24 M€, dont 8 M€ pour l'AP-HP, entre 2011 et 2012. Le financement de la recherche clinique est donc menacé. La Mministre a indiqué que la réussite du PHRC était « sans appel ». Elle y a pourtant relevé « quelques faiblesses » avec la nécessité de le « moderniser », en l'axant plus sur la nécessité de « réaliser des économies tout en améliorant l'efficacité des soins ». La ministre a cité l'exemple de l'appendicite, avec substitution du traitement antibiotique à la chirurgie... Seuls les projets français ayant une assise internationale européenne seront soutenus. Par ailleurs, la ministre réclame plus de

« transparence » et d'« objectivité » dans l'évaluation des projets. Enfin, elle souhaite nommer un médecin étranger à la tête du jury et constituer un groupe de travail pour le suivi prospectif du PHRC.

Le président se réjouit profondément du démarrage de la sous-commission de la recherche.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** a appris que dans son GH les crédits fléchés Inca devaient être supprimés. Elle estime, par ailleurs, que les délais d'obtention des contrats sont beaucoup plus longs que dans les autres CHU. Elle demande si ces délais peuvent être raccourcis. Enfin, elle relève que le système ARC est délicat. A peine formés, les personnels s'en vont. Il serait souhaitable de faire appel à des personnels plus qualifiés, destinés à un pôle.

**M. Christophe MISSE** ne dispose d'aucune information sur les budgets concernés. En revanche, il sait que les appels à projets cancer sont maintenus. Il concède que certains investigateurs entendent d'ores et déjà faire appel à des personnels plus qualifiés que les TEC. Quant aux délais de mise en œuvre des projets, l'objectif est d'accélérer la mise en œuvre des projets institutionnels. Toutefois, chaque projet est différent et des difficultés peuvent être rencontrées.

**Le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI** suppose que l'année 2013, compte-tenu du retard, sera une année blanche.

**Le président** rappelle qu'un TEC ou un ARC de l'AP-HP est rémunéré 20 % moins cher que par l'intermédiaire d'une association. Il faut s'attendre à des difficultés qualitatives et quantitatives pour recruter désormais nos ARC.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** indique que la situation présentée est un frein à l'attractivité, pour les jeunes chirurgiens. En effet, un chirurgien installé en libéral peut, dès le lendemain, être impliqué dans un projet innovant avec un industriel du sanitaire et percevoir directement, ou par l'intermédiaire d'un système associatif, un certain nombre de rétributions. En outre, il faut que le financement soit réaffecté au service ou à l'équipe qui a mis en place le projet.

**Le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI** assure que le financement sera perçu par le service. Par ailleurs, il est possible de concevoir une contractualisation, permettant au chirurgien de percevoir une rétribution à titre personnel.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF** souligne la subsidiarité entre les URC et la DRC. Il demande si l'organisation peut être simplifiée, afin de réduire les délais. Par exemple, la présence de 2 chefs de projet pour une même étude, amène à faire deux fois le travail. C'est profondément délétère.

**M. Christophe MISSE** note que dans le cadre des essais industriels, le promoteur industriel est chargé du développement de son projet. En revanche, concernant les URC, les chefs de projet n'exercent pas théoriquement les mêmes fonctions.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** relève que les crédits de recherche consisteraient uniquement à ouvrir, au sein du budget du pôle des crédits de titre 3 affectés aux médecins responsables de l'activité de recherche.

**Le président** remercie les intervenants.

## **VII. Création d'un groupe ad hoc CME sur les relations de l'AP-HP avec les médecins généralistes pour adresser directement les malades (D<sup>rs</sup> Marie-Laure ALBY et Alain FAYE)**

**Le président** indique que ce point a été inscrit à l'ordre du jour à la suite du précédent conseil de surveillance, dont le D<sup>r</sup> Marie-Laure ALBY est membre en qualité de personnalité qualifiée. Médecin généraliste installée dans le 14<sup>ème</sup> arrondissement et praticien attaché à l'hôpital Cochin, elle souhaite une amélioration des relations entre l'AP-HP et la médecine de ville.

**Le D<sup>r</sup> Marie-Laure ALBY** constate qu'il est difficile d'adresser au bon moment et au bon endroit les patients à l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** propose de constituer un groupe de travail au moins de juin, chargé de renouer les relations de l'AP-HP avec son territoire. Ce groupe de travail, placé sous la responsabilité conjointe du D<sup>r</sup> Marie-Laure ALBY associera des représentants de la CME et de l'AP-HP en général. Il en profite pour faire un appel à candidatures pour les praticiens intéressés par cette démarche. Sur le plan méthodologique, le groupe analysera les expériences existantes et sera chargé d'établir un thésaurus sur les thématiques retenant l'attention des médecins généralistes. Cette réflexion doit alimenter le volet Réseau Ville Hôpital du plan stratégique. Les modalités de fonctionnement et le calendrier de ce groupe de travail seront déterminés au mois de juin et les travaux débuteront en septembre. Les propositions issues de ce groupe de travail seront présentées à la CME au 1<sup>er</sup> trimestre 2014.

**Le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD** note qu'une problématique similaire se pose pour les pharmaciens de ville et les pharmaciens hospitaliers. Aucune solution n'a été trouvée à ce jour. Il ne faut pas négliger la question de la prise en charge médicamenteuse des patients.

En complément de la présentation du P<sup>r</sup> FAYE, **le D<sup>r</sup> Marie-Laure ALBY**, précise que ce groupe de travail aura pour mission de faciliter le parcours de soins d'un patient dont l'état de santé nécessite un passage dans un service hospitalier, grâce à un échange entre le médecin traitant du patient et le correspondant hospitalier, qui constitue un acte médical

Comment le médecin généraliste peut adresser ce patient au bon endroit et au bon moment.

Ce travail de coopération doit pouvoir être valorisé, tant pour le médecin traitant qui construit le parcours du patient et l'optimise que du côté du médecin hospitalier qui répond à la demande et l'organise, C'est dire qu'il faudra y compris faire des propositions pour des modes financement.

En réponse au P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD, l'harmonisation et la sécurisation de la prescription médicamenteuse est un autre sujet, mais très important et dont ce groupe pourra se saisir.

**Le président** concède que ce sujet soulève la question de la logistique. Il faut un système informatique extrêmement important, ou un standard téléphonique semblable à la régulation du SAMU, pour bien adresser les patients.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** indique que des propositions seront formulées en ce sens.

**Le président** remercie les intervenants et leur adressera une lettre de mission.

## VIII. Conclusions de la commission d'enquête médico-administrative sur l'accident de Port-Royal (Pr Bruno CARBONNE)

**Le président** indique qu'une commission d'enquête médico-administrative, comportant plusieurs membres de la CME, a été lancée à la suite de la mort d'un fœtus *in utero*, qui avait eu un fort écho dans les médias.

**Le P<sup>r</sup> Bruno CARBONNE** précise que cette mission était difficile du fait du retentissement médiatique de cet accident et de sa forte charge émotionnelle. Cette mort fœtale est survenue suite au report du déclenchement de l'accouchement. L'ordre de mission était précis : sur quels arguments cliniques le déclenchement a-t-il été reporté ? Quelles étaient les disponibilités en lits et en personnels ? Le transfert de la patiente a-t-il été envisagé ? Une question complémentaire portait sur les recommandations à adresser à la maternité de Port-Royal pour éviter que ce type d'accident ne se reproduise. Aux fins d'analyser les causes de cet accident, la commission a rencontré les personnels impliqués, les responsables du Service et du groupe hospitalier et le couple. La commission constate que la prise en charge a été conforme aux bonnes pratiques médicales. Le déclenchement avait été proposé pour des raisons sans rapport avec un risque fœtal. En outre, le jour où l'accouchement a été reporté, l'activité était très importante mais toutes les urgences identifiables ont pu être prises en charge. L'accident n'était pas prévisible au regard des données du dossier clinique de la patiente. Le transfert a été évoqué par le couple, mais n'a pas été retenu par l'équipe, en l'absence d'indication médicale.

Le traitement médiatique de cet incident a été réducteur. En particulier, il n'a pas fait mention du caractère non exceptionnel, très souvent imprévisible et sans cause identifiable de ce type d'accident. D'après les données rapportées à la mission d'enquête par l'avocat de la famille, il semble qu'aucune anomalie n'ait été relevée à l'occasion de l'autopsie du fœtus et de l'examen du placenta. L'imprécision et la discordance des informations données au couple par les différents intervenants ont joué un rôle important dans la perte de confiance envers l'équipe, survenue bien avant la mort fœtale. La Maternité de Port-Royal est reconnue, mais très jeune dans son organisation actuelle, marquée par un très gros volume d'activité. Il peut lui être reproché, comme à d'autres maternités de type III, un manque de considération des grossesses à bas risque. Parmi les difficultés relevées, ont été soulignées une très forte charge de travail sur certains postes et un défaut de restructuration de l'information, un manque de traçabilité et de communication.

La commission préconise la mise en place d'un circuit spécifique, centré sur les grossesses à bas risque. Il convient d'améliorer le circuit des patients et de former les personnels à la communication. Enfin, la commission s'interroge sur l'activité optimale de ces maternités. Le report de certaines activités est parfois la seule marge de manœuvre mais il devrait rester marginal, ce qui n'est pas le cas lorsque le taux d'occupation des lits d'obstétrique dépasse 90%, ce qui est le cas de pratiquement toutes les maternités de l'APHP.

**Le président** remercie le P<sup>r</sup> Bruno CARBONNE pour cette présentation et salue le recul humain observé par les membres de la commission.

**M<sup>me</sup> Caroline PRADINES** concède qu'une réflexion sur la prise en charge des grossesses à bas risque doit être conduite au sein de l'AP-HP. L'enquête autour de Cet incident a mis en lumière une activité à flux tendus, notamment un sous dimensionnement du poste de la sage-femme des urgences qui était seule pour accueillir et gérer un grand nombre d'urgences.

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** félicite le P<sup>r</sup> Bruno CARBONNE et l'équipe de sages-femmes pour cette analyse. Les personnels médicaux rencontrés ont été d'une grande disponibilité et d'une grande transparence. Les éléments dont le P<sup>r</sup> Bruno CARBONNE a fait état suggèrent fortement le



caractère inévitable de cet incident. Par ailleurs, il faut veiller à ce que les personnels médicaux ne perdent pas de vue le sens de leur métier, dans cette « course à l'échalote » ou cet « hôpital entreprise », qui peut conduire à une modification des attitudes de prise en charge.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE** salue la qualité du travail de la commission. Elle note que les enseignements retirés de ces analyses sont importants. Par exemple, il faut organiser les filières de grossesses à bas risque dans les maternités de type 3. Les organisations récentes doivent être examinées avec précaution et faire l'objet de retour d'expérience et d'ajustements. Enfin, la qualité de la relation des professionnels avec les patients dans des situations de cette nature revêt un caractère prégnant. En ce sens, l'AP-HP s'appuiera sur les travaux menés par le centre de recherche éthiques, en matière d'accompagnement des parents en cas de mort fœtale.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** estime que cet incident aurait pu survenir dans une autre maternité et se reproduira sans doute, car il est difficile de gérer les urgences et les imprévus. Une marge de manœuvre supplémentaire devrait être confiée afin de modifier le planning. L'effectif est sous-dimensionné.

## **IX. Création d'un groupe ad hoc CME sur la gestion des événements indésirables graves (P<sup>r</sup> Christian RICHARD)**

**Le président** rappelle qu'il avait été convenu, lors de la précédente réunion, de mener une réflexion spécifique au sujet de la gestion des événements indésirables graves.

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** confirme qu'une réflexion est en cours, à la demande du Président de la CME, afin d'améliorer la gestion des événements indésirables graves associés aux soins. Participent à ce groupe de réflexion André LIENHART et Marie-Laure PIBAROT. Ce groupe, d'une douzaine de membres, doit être pluri-professionnel et représenter à la fois le Siège de l'AP-HP et les GH. Ce groupe poursuit les objectifs suivants :

- définir les événements indésirables graves ;
- revoir les modalités de la déclaration des événements indésirables ;
- examiner les modalités d'analyse ;
- favoriser le retour d'expérience ;
- évaluer l'impact des recommandations ;
- élaborer une démarche de prévention ;
- former à l'analyse et au retour d'expérience.

**Le président** remercie le P<sup>r</sup> Christian RICHARD pour cet exposé et propose de faire le point sur les travaux du groupe dans neuf mois.

## **X. Adoption des comptes rendus des réunions des 12 février et 12 mars 2013**

*Le compte-rendu du 12 février 2013 est approuvé.*

*Le compte-rendu du 12 mars 2013 est approuvé.*

## **XI. Questions diverses**

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** donne lecture d'une question diverse : « *Nous avons été interpellés par la communauté des praticiens hospitaliers d'Anesthésie Réanimation de l'Hôpital Cochin, sur les effets collatéraux pour cette communauté de la restructuration Hôtel-Dieu Cochin.*

*En effet cette restructuration impacte le plan d'occupation des sols, et notamment celui des bureaux. Les collègues de l'anesthésie demandent pourquoi ils bénéficient d'une inégalité de traitement : des bureaux communs de 6 à 8 mètres carrés par PHAR souvent localisés en sous-sol, contre des bureaux de 15 à 18 mètres carrés pour des bureaux d'autres spécialités, installés à l'étage.*

*Afin d'assurer l'attractivité de notre institution, nous devons nous interroger :*

- *Quid, au sein de l'Institution ou des hôpitaux, de la répartition des bureaux de PH, bureaux qui permettraient également d'assumer des missions d'enseignement, de recherche et de FMC ?*
- *Ne faut-il pas s'interroger, comme le souhaitait au siècle dernier un ancien Secrétaire Général de l'AP-HP, sur la création d'un standard logistique (bureau, secrétariat, informatique) dévolu à tout praticien hospitalier de notre institution ? Manifestement, ce souhait reste toujours lettre morte ».*

**Le président** transmettra cette question au P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE, qui s'est engagé à rechercher des solutions.

*La séance est levée à 12 heures 40.*

\*

\*

\*

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

**mardi 14 mai 2013 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 24 avril 2013 à 16 heures 30**