

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 9 MAI 2006**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 13 JUIN 2006**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 9 mai 2006

-----

### ORDRE DU JOUR

#### **SEANCE PLENIERE**

- 1- L'évaluation des pratiques professionnelles et sa mise en place à l'AP-HP.
- 2- Point sur l'activité de l'orthopédie.
- 3- Présentation de la révision de la loi Huriet.
- 4- Avis sur des fiches de pôles d'activité.
- 5- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 6- Approbation du compte-rendu de la séance du 4 avril 2006.
- 7- Question diverse.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition D**

- Révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2006 – propositions d'emplois de PHU.
- Avis sur les candidatures aux emplois de PHU au titre de la révision des effectifs pour l'année 2005.
- Avis sur le recrutement complémentaire d'un CCA dans un établissement lié par convention avec l'AP-HP, au titre de l'année universitaire 2005-2006.

### **Composition C**

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation à titre provisoire de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le changement d'affectation interne d'un praticien hospitalier et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire.

### **Composition B**

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de MCU-PH.

### **Composition A**

- Avis sur la mutation d'un PU-PH.

## Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
  - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
  - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
  - Mme LABBE, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
  - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;
  
- ***en qualité d'invités permanents :***
  - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
  - M. le Pr DEVICTOR, pédiatre ;
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
  - Mme WARGON, directrice déléguée à la coordination et au contrôle interne,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
  - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
  - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
  - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
  
  - Mme le Dr JARS-GUINCESTRE, direction de la politique médicale,
  - M. le Pr LEMAIRE, hôpital Henri Mondor,
  - M. le Pr NIZARD, hôpital Lariboisière,
  - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
  - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

\*

\*                      \*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui excuse l'absence de Mmes BAUWENS, FRANCES et SCHLEGEL et de MM. BERCHE, DASSIER, SANANES et TULLIEZ avant d'aborder les thèmes inscrits à l'ordre du jour.

## **I - L'évaluation des pratiques professionnelles et sa mise en place à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris.**

Le **président** indique que l'évaluation des pratiques professionnelles a déjà été évoquée en commission médicale d'établissement dans un cadre général, il s'agit à présent de travailler à son application au sein de l'AP-HP.

La réflexion a été menée par le groupe « évaluation et finances » de la CME présidé par **M. SCHLEMMER** qui précise que les médecins seront individuellement concernés par ce nouveau dispositif législatif même si leur démarche s'inscrit dans un cadre collectif. Par ailleurs, si la CME et la direction de la politique médicale assureront l'animation de ce dispositif au sein de l'AP-HP, notamment en recueillant les informations afin de communiquer à destination de l'opinion publique et des tutelles, le dispositif devra s'organiser au niveau de chaque établissement (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

### 1- Le cadre général.

**Mme JARS-GUINCESTRE** présente le cadre général de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

#### *a) Le contexte juridique*

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie rend obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles pour l'ensemble des médecins et introduit l'accréditation volontaire des médecins ou des équipes de spécialité à risque (décret d'application en attente). Les différents modes d'évaluation se rapportent à la formation médicale continue, rendue obligatoire par la loi de santé publique du 9 août 2004.

L'article 14 du décret du 14 avril 2005 donne la définition de l'évaluation des pratiques professionnelles : « *L'évaluation des pratiques professionnelles consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute autorité de santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* ». L'objectif ne consiste pas à évaluer pour le principe mais à mettre en évidence les pratiques non conformes aux recommandations et à améliorer ces dernières dans l'intérêt des patients.

#### *b) Plusieurs dispositifs articulés*

- L'accréditation des médecins et des équipes médicales à risque.

Dans le cadre d'une démarche volontaire, le médecin devra s'engager sur ses pratiques, notamment en déclarant les événements porteurs de risque à un organisme agréé et prendre en compte les recommandations. Cette accréditation pourra valider l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins.

Le projet de décret relatif à ce dispositif concerne de nombreuses spécialités notamment : l'ensemble des activités de chirurgie, la gynéco-obstétrique, l'anesthésie réanimation, la réanimation médicale, l'ophtalmologie, la stomatologie, le volet interventionnel de la cardiologie, de la radiologie, de la gastro-entérologie, enfin de la pneumologie.

- L'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins.

L'évaluation des pratiques professionnelles est obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005 pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice.

Une décision de la HAS précise que l'évaluation s'avère acquise dès lors qu'un médecin satisfait au cours d'une période maximale de cinq ans :

- à une action d'évaluation à caractère ponctuel ;
- à un programme d'évaluation à caractère continu.

Pour les médecins hospitaliers, le dispositif d'évaluation sera organisé par la CME en faisant appel à un organisme agréé ou en mettant en place une commission *ad hoc*. Lorsque le praticien aura satisfait aux obligations sus-citées, la CME adressera un certificat au conseil régional de l'ordre des médecins, en lien avec le conseil régional de la formation médicale continue. Ce document sera ensuite transmis au conseil départemental de l'ordre des médecins, chargé de délivrer l'attestation quinquennale.

Les unions régionales des médecins libéraux (URML) mettront en œuvre le dispositif relatif aux médecins libéraux, dispositif qui comportera des équivalences pour les médecins relevant concomitamment du secteur public et du secteur privé.

- L'évaluation des pratiques professionnelles dans la deuxième version de la certification des établissements de santé compose l'un des dispositifs.

### *c) Les organismes agréés*

Majoritairement constitués de médecins, les organismes agréés par la HAS pour accorder une attestation d'évaluation des pratiques professionnelles doivent se conformer à un cahier des charges publié par celle-ci. Ils proposeront aux médecins des programmes d'évaluation et en transmettront les résultats à la CME.

Au mois de janvier 2006, sept organismes ont été agréés, dont par exemple le collège français des anesthésistes réanimateurs, l'union nationale de formation continue et d'évaluation en médecine cardio-vasculaire, la psychiatrie ; d'autres le seront dans les prochains mois.

## 2- Le rôle de la CME.

Le dispositif réglementaire, poursuit **M. SCHLEMMER**, conjugue l'obligation de l'évaluation des pratiques professionnelles et les procédures de formation médicale continue et d'accréditation. La HAS a transmis un certain nombre de directives concernant le rôle de la CME dans la démarche d'évaluation.

### *a) Les missions de la CME*

L'instance sera chargée :

- d'informer les équipes médicales hospitalières de la nature de l'évaluation des pratiques professionnelles, de l'obligation pour les praticiens de s'y soumettre, des listes des organismes agréés et des modalités relatives aux équipes à risques dès la parution du décret ;

- de recenser les programmes d'EPP dans l'établissement et d'encourager les médecins et les équipes à entrer dans des programmes liés aux priorités du projet médical de l'établissement et à leurs déclinaisons dans les services et les pôles ;
- de valider les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles menés dans l'établissement et de remettre les attestations ou de recevoir celles délivrées par un organisme agréé ;
- d'organiser avec la HAS, dans le cadre de la démarche de certification de la deuxième version, les visites des établissements de santé ;
- de contribuer au rapport public annuel de l'évaluation des pratiques professionnelles rédigé par la HAS.

*b) Les propositions relatives à la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'AP-HP*

Le schéma présenté s'applique à l'ensemble des établissements de santé. Le dispositif se décline entre la CME, les pôles d'activité et le conseil d'administration. Si le conseil exécutif en charge du projet d'établissement joue un rôle, c'est à la CME que revient le soin d'élaborer la politique d'amélioration de la qualité au sein de l'établissement de santé.

Les membres du groupe de travail ont élaboré un projet de déclinaison du dispositif entre les différents acteurs au sein de l'AP-HP. En raison de la profusion actuelle des textes réglementaires, l'évaluation des pratiques professionnelles, obligation individuelle, n'est pas considérée comme un élément prioritaire par les médecins qu'il convient d'engager dans une dynamique collective sur ce sujet.

Aussi, la CME doit s'impliquer fortement dans une politique d'information, d'incitation et d'orchestration. A ce titre, elle peut suggérer aux communautés médicales des thèmes à titre d'exemple et colliger les validations des comités consultatifs médicaux pour l'EPP individuelle des médecins. Cependant, la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles étant essentiellement locale, les CCM et leurs présidents s'avèrent plus aptes à définir les thèmes prioritaires et à mobiliser les responsables de pôle.

Chaque pôle doit s'investir dans une action d'évaluation transversale ou pour chacun de ses constituants, actée dans les contrats de pôle comme élément de la politique de promotion de la qualité des soins. Des indicateurs devront être mis en œuvre afin de prouver la réalité de la démarche.

Par ailleurs, il semble souhaitable que les hôpitaux définissent certaines actions emblématiques en lien avec leur projet, notamment dans le cadre de la nouvelle procédure de certification V2.

De même, des actions institutionnelles « imposées » pourraient correspondre :

- à la juste prescription des produits de santé et des examens complémentaires (radiologiques et biologiques) ;
- aux revues de morbidité-mortalité dans les services cliniques « à risque » ;
- à la prise en charge de la fin de vie ;
- à la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) dans les services prenant en charge le cancer.

*c) Le suivi des actions*

Les présidents de CCM ont insisté sur le fait que le recensement des thèmes qui leur revenaient devait pouvoir faire l'objet d'une mutualisation. Les CCM seront chargés du suivi des services et des pôles s'engageant dans les actions d'évaluation des pratiques professionnelles.

La DPM assurera le suivi des actions institutionnelles « imposées » aux établissements.

Enfin, l'EPP constituant une démarche proche de la recherche clinique, il est apparu souhaitable de l'organiser avec le département de la recherche clinique et du développement.

*d) La communication et la formation*

La démarche s'accompagne d'actions de communication (rédaction d'un « 4 pages », journées de travail et de restitution, information dans Flash...) et d'un plan de formation.

Le **président** salue la qualité de la présentation qui a permis de rendre compréhensible le dispositif et de clarifier le rôle de la CME et des CCM. Il reste à préciser le calendrier de mise en œuvre du dispositif.

**M. BERNAUDIN** rappelle que le rapport du conseil économique et social publié l'an dernier mentionne clairement le rôle de la CME dans le domaine de l'EPP. Alors que certaines activités médicales, dont la procréation médicalement assistée (PMA), sont déjà soumises à agrément, il évoque la possibilité qu'un tel dispositif renforce la mise en place d'une telle logique concernant l'ensemble des activités à risque, d'abord dans un cadre individuel, ensuite dans un cadre collectif.

**M. SCHLEMMER** ignore si les textes prévoient déjà ce type d'évolution mais un cadre existe effectivement pour certaines activités. Néanmoins, il semble indispensable que l'évaluation des pratiques professionnelles soit l'un des éléments pris en considération dans la délivrance d'un agrément aux structures intervenant dans des activités à risque. Pour le moment, le projet de décret relatif à l'accréditation des médecins membres des équipes à risque prévoit la mise en œuvre d'un dispositif fondé sur le volontariat. Il pense qu'il s'agit d'une première étape car il est difficilement concevable qu'une activité à risque puisse se constituer et perdurer sans se conformer à un tel dispositif.

Du point de vue de **M. LAPANDRY**, en raison de la complexité du système, les médecins pourront puiser dans les différents dispositifs mis en œuvre au sein des services et des pôles afin de répondre à leurs obligations d'évaluation des pratiques professionnelles. Dans ce contexte, lorsqu'un registre sera en place au sein d'une discipline et s'adressera à l'ensemble des médecins concernés, il souhaite savoir qui délivrera le certificat individuel à chaque médecin ainsi que la nature des sanctions prévues en cas de non-respect des obligations.

**Mme JARS-GUINCESTRE** répond que la loi pose le principe des sanctions en cas de non-respect des obligations. Il reviendra au conseil de l'ordre des médecins de définir le type de sanction à appliquer.

Puis **M. SCHLEMMER** précise que le CCM et la CME émettront un premier avis à destination des organismes chargés d'agrèer l'action à laquelle participent les différents membres d'une équipe.

Le dispositif relatif aux organismes agréés n'est pas encore clairement défini néanmoins dans certaines disciplines, le rôle dévolu aux sociétés savantes et aux collégiales sera important. Les collégiales de l'AP-HP joueront probablement un rôle de proposition, de suivi et parfois d'agrément mais non exclusif, car chaque praticien sera concerné à titre individuel.

Le **président** constate que toutes les collégiales présentent actuellement un dossier d'agrément.

**M. RICHARD** souligne en premier lieu que la qualité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles constituent déjà une préoccupation essentielle des médecins.

En deuxième lieu, il rappelle que l'évaluation des pratiques professionnelles forme une démarche partagée avec les soignants, comme en témoigne un certain nombre d'actions conjointes ; il serait donc dommage que le nouveau dispositif, basé sur la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, aboutisse à couper ce lien.

Enfin, l'intervenant doute de la motivation des médecins et ne pense pas qu'établir un lien entre la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles suffira pour qu'ils entrent massivement dans une démarche d'évaluation. Il croit davantage à l'idée d'un lien entre l'évaluation des pratiques professionnelles, la recherche clinique, l'évaluation scientifique et éventuellement, la possibilité d'obtenir un financement pour mener des actions.

Concernant l'accréditation des équipes à risque, **M. LE HEUZEY** signale que les cardiologues ont obtenu la mise en œuvre d'une accréditation nécessaire à l'utilisation des défibrillateurs implantables. Le volontariat correspond au fait que les équipes souhaitant intervenir au sein d'une activité particulière doivent déposer un dossier afin d'obtenir l'agrément de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH).

Dans certaines activités, la démarche volontaire deviendra sans doute rapidement obligatoire et un grand nombre d'équipes n'a pas attendu ces textes pour se préoccuper de la promotion de la qualité des soins, observe **M. SCHLEMMER**. De la même manière, le lien avec les équipes soignantes est évident puisque le dispositif couvre l'ensemble de la prise en charge des malades. La plupart des projets intégreront sans doute l'ensemble des acteurs même si les textes prévoient que l'obligation porte uniquement sur les médecins.

S'il convient d'assurer une information et une impulsion relative à l'évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'AP-HP, à propos de la motivation des médecins il rappelle qu'il s'agit d'appliquer la loi. Les praticiens devront rendre des comptes sur un sujet relevant d'une demande de la société.

Enfin, le volet relatif à la recherche clinique lui paraît de nature à assurer la mobilisation des équipes et considère que l'ensemble des dispositifs relatifs à la formation, à l'accréditation ou à l'évaluation traitent en réalité d'un même sujet. Il convient donc de faire comprendre aux collègues que des actions identiques pourront être prises en compte au titre de différentes obligations réglementaires. Les messages adressés par le siège et la CME devront insister sur cet élément.

Eu égard à la multiplication du nombre de publications relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles, **Mme DEGOS** demande si on ne devrait pas valoriser ces publications dans les épreuves de travaux des candidats à des postes titulaires.

Pour **M. SCHLEMMER** il convient de ne pas opposer la recherche fondamentale et la recherche clinique. L'élément important consiste en la qualité du travail réalisé, attestée par la renommée des revues dans lesquelles les travaux sont publiés. Or, des travaux intéressants relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles (qualité des soins, analyse de stratégies médicales...) devraient pouvoir faire l'objet d'une telle publication.

**Mme BAUBEAU** précise qu'en termes d'agrément pour une activité donnée, les considérations de l'ARH ne portent pas sur la qualité individuelle des médecins, mais sur l'intérêt pour la population d'autoriser une activité. C'est dans ce cadre collectif que sera jugée la manière dont les équipes satisfont aux obligations professionnelles.

Après avoir signalé que les revues de morbidité-mortalité sont diffusées davantage qu'on ne le pense, **M. NAVARRO** évoque une étude concernant l'analyse des éléments indésirables et associant des personnels médicaux et non-médicaux. Cette étude, riche en enseignements pratiques, contient également un volet médico-juridique car en cas d'accident grave, l'absence de démarche relative à la qualité des soins constituera un facteur aggravant. Enfin, il rappelle que les réunions de concertation pluridisciplinaire constituent un élément fondamental permettant d'assurer la qualité des soins apportés aux patients atteints d'un cancer et que, indépendamment de la démarche menée par la HAS, l'institut national du cancer (INCA) y accorde une grande importance.

La démarche mise en œuvre au sein de l'AP-HP permet, selon **M. FAYE**, de garantir son indépendance. Il pense ensuite qu'un certain nombre de médecins considère que l'unité élémentaire d'évaluation des pratiques peut être le service et non uniquement le pôle. En effet, les réunions de morbidité-mortalité, les staffs de bibliographie et la tenue des registres sont réalisés au sein des services ; ceci n'exclut pas que certaines prérogatives soient regroupées au sein des pôles.

Il considère que la formalisation des activités relatives à l'évaluation occupera une partie du temps médical que les chirurgiens pourraient passer au bloc opératoire.

S'il comprend la préoccupation exprimée, **M. SCHLEMMER** pense toutefois que de nombreux chirurgiens n'ont pas attendu ces textes pour intégrer l'exigence de qualité dans leur activité et que de ce fait, le nouveau dispositif ne sera pas coûteux en temps.

En outre, il estime que l'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas l'exemple sur lequel s'appuyer pour opposer les pôles et les services. En effet, la démarche se déroulera au sein des pôles et de leurs constituants. La qualité des soins faisant partie des éléments de base des contrats de pôle, il reviendra à ce dernier de définir les actions dans lesquelles les services devront s'engager, d'assurer le relevé des actions conduites et menées à bien et aussi de garantir la remontée d'information vers le CCM afin de vérifier la concordance avec la politique de l'établissement en termes de promotion de la qualité des soins et d'évaluation des pratiques professionnelles.

**M. DRU** souhaite que l'on précise l'articulation entre l'évaluation des pratiques professionnelles et le projet de modification du code de la santé publique en cours d'élaboration, prévoyant l'introduction d'une part complémentaire variable de la rémunération des praticiens.

**Mme JARS-GUINCESTRE** ne dispose pas d'éléments précis sur le projet en cours d'élaboration. Cependant, elle indique qu'un médecin libéral s'engageant dans cette démarche verra une partie de son assurance professionnelle prise en charge. Transposée au secteur hospitalier, cette logique permet d'envisager la prise en compte de la démarche d'évaluation dans la part variable de rémunération qu'il est prévu de créer. Ce processus s'appliquerait uniquement dans le cadre de dispositif volontaire proposé aux médecins intervenant au sein d'équipes à risque.

**Mme BRESSAND** suggère que le thème de l'évaluation des pratiques professionnelles constitue un sujet de réflexion commun entre la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et la CME afin de transmettre des recommandations identiques aux commissions locales. Elle signale que plusieurs démarches d'évaluation des pratiques professionnelles mises en œuvre par des unités de soins d'hôpitaux publics seront primées par la HAS le 19 mai prochain suite à leur examen par un jury composé de médecins et d'intervenants paramédicaux.

Le **président** considère que cette dernière réflexion devra effectivement être prise en compte.

## **II - Point sur l'activité de l'orthopédie.**

**M. NIZARD** expose les éléments d'une étude consacrée à l'orthopédie dans la région Ile-de-France. Le travail réalisé en collaboration avec la collégiale d'orthopédie et la DPM, vise à décrire et à analyser l'activité, les structures et l'environnement, mais aussi à proposer des solutions (cf. document présenté en séance).

### 1- Les constats.

#### *a) Le contexte*

Entre 2000 et 2004, l'activité de chirurgie orthopédique a diminué à l'AP-HP (moins cinq mille séjours) même si l'année 2005 enregistre une légère amélioration. Cette évolution s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), de la nouvelle gouvernance et de la certification V2.

#### *b) La méthodologie*

La grille de lecture retenue différencie l'orthopédie de la traumatologie. La première, prévisible, contrôlable et concurrentielle s'avère en croissance. La seconde, chirurgie d'urgence et non contrôlable attend une croissance modérée.

#### *c) L'évolution de l'activité pour la période de 2000 à 2004*

Entre 2000 et 2004, l'activité de l'AP-HP dans cette spécialité diminue de 5,2 % alors que celle du secteur privé progresse de 7,9 %. Les établissements participant au service public hospitalier (PSPH) et le secteur public hors l'AP-HP, enregistrent une diminution respective de 8,4 % et 0,2 % de leur activité. L'une des principales faiblesses de l'AP-HP correspond à la part limitée de l'activité ambulatoire (10 %), alors qu'elle couvre 35 % des hospitalisations du secteur privé. Au cours de ces quatre années, l'AP-HP a perdu mille sept cents séjours et huit mille consultations.

#### *d) Les structures*

Les structures de l'AP-HP dédiées à la chirurgie orthopédique correspondent à quatorze sites et quinze services, comptent 98,5 emplois médicaux à temps plein et cinquante six permanents soit en moyenne, deux PU-PH et un praticien hospitalier dans chaque service ; ceci atteste de la fragilité des équipes lesquelles s'avèrent mieux dotées dans le secteur libéral et dans les autres structures publiques. En outre, l'orthopédie représente 22 % des séjours en chirurgie à l'AP-HP mais seulement 11 % des chirurgiens.

Une enquête réalisée en 2004 démontrait qu'une part importante de la clientèle captive échappe à l'AP-HP. En effet, près de quatre mille patients initialement pris en charge par des services d'urgence de l'AP-HP, sont orientés vers le secteur public non AP-HP ou vers le secteur privé. A l'exception de trois services, le taux d'occupation corrigé des lits d'orthopédie de l'AP-HP est supérieur à 90 %, tandis que 16 % du total des lits sont fermés.

#### *e) La comparaison avec les autres acteurs d'Ile-de-France*

Une analyse régionale sur des actes traceurs (prothèse de hanche, prothèse de genou, rupture de ligaments croisés, fracture du col du fémur, fracture du poignet, arthrodèse lombaire) montre le dynamisme de l'environnement sanitaire hors AP-HP notamment sur le secteur des prothèses articulaires et la chirurgie du croisé antérieur mais aussi le caractère sélectif de l'activité qui y est réalisée. L'AP-HP ne couvre que 20 % des actes concernant ces six actes traceurs.

#### *f) Une réflexion prospective*

L'AP-HP doit s'interroger sur la justification d'investir dans ses services d'orthopédie au regard notamment des facteurs d'augmentation de la demande et du marché industriel au niveau mondial et européen, tout en prenant en compte la pression économique des organismes payeurs.

Il semble nécessaire de proposer des évolutions afin d'enrayer la baisse de l'activité de l'AP-HP, reconquérir des parts de marché et répondre au sentiment d'urgence prévalant au sein des équipes de chirurgie orthopédique de l'AP-HP face à la concurrence. Par ailleurs, il convient de prendre en compte un environnement en pleine mutation, caractérisé par la T2A, la nouvelle gouvernance, la certification V2, et surtout une démographie défavorable concernant les chirurgiens.

Cependant, des freins au changement de trois ordres apparaissent :

- la méfiance et l'inquiétude, en raison d'une diminution systématique des moyens lors des restructurations ;
- les difficultés organisationnelles, concernant notamment les consultations, la productivité des blocs opératoires, le sous-développement du secteur ambulatoire ;
- l'organisation de l'aval.

Enfin, la structure matricielle complexe de l'AP-HP rend difficile à identifier le lieu et le moment de la décision.

## 2- Les propositions d'actions.

### *a) Une stratégie de mise à niveau*

La stratégie de mise à niveau, visant à regrouper un grand nombre de chirurgiens au sein de sites assurant une activité importante, peut être obtenue par le regroupement de services et permettrait de disposer de la masse critique pour assurer l'activité d'urgence et l'activité réglée, mais aussi pour répondre à la triple mission de soin, d'enseignement et de recherche. Ces regroupements interviendraient sur la base d'un socle commun afin d'assurer à la fois la traumatologie et l'orthopédie.

Le second vecteur de cette stratégie consiste à recruter non des chefs de clinique, mais des praticiens hospitaliers chirurgiens disposant d'une activité potentielle importante. A cet égard, une opportunité semble exister car la situation des chirurgiens n'est pas optimale dans le secteur libéral. Une telle démarche implique la mise en œuvre des conditions organisationnelles adaptées.

### *b) Une stratégie de différenciation*

La stratégie de différenciation pourrait se concrétiser par le développement de centres d'appareils locomoteurs orientés vers des pathologies de masse et des pathologies de référence, d'une part, par des regroupements sous forme de filières ou de complémentarités, d'autre part. Cependant, une telle démarche devrait s'accompagner d'une politique de communication externe plus pugnace, en destination des patients et des correspondants.

Il convient également de prendre en considération la culture d'entreprise et l'organisation matérielle de l'AP-HP, peu propices à une segmentation stratégique par activité.

En conclusion, il convient peut-être de modifier l'organisation de l'AP-HP afin de privilégier des structures plus lourdes, plus visibles pour les patients « candides », de regrouper les moyens humains et matériels afin d'en optimiser l'utilisation et d'anticiper l'application de la notion de seuil d'activité minimale à certaines activités spécifiques.

Des difficultés majeures sont néanmoins à considérer, notamment la forte incertitude vis-à-vis de l'avenir et le danger d'une activité concurrentielle.

Au terme de la présentation, le débat s'engage.

Concernant la diminution de l'activité d'orthopédie observée au cours des quatre dernières années, **M. CHAUSSADE** voudrait connaître la part résultant des fermetures de services et le facteur principal de cette diminution (problème de l'aval, fonctionnement des blocs opératoires...) limitant l'activité au sein de l'AP-HP. Par ailleurs, dans le cadre des comparaisons entre les structures privées et publiques, il importe de prendre en compte le fait que certains chirurgiens interviennent dans plusieurs cliniques privées. Il convient donc de disposer de données sur des équivalences d'emplois à temps plein au sein desdites structures, ainsi que le nombre d'actes réalisés par bloc opératoire, pour établir des comparaisons pertinentes avec l'AP-HP.

**M. NIZARD** reconnaît que la productivité des blocs opératoires de l'AP-HP pose un problème et que les structures libérales fonctionnent avec des chirurgiens « vacataires ». Cependant, il cite en exemples l'hôpital Croix Saint Simon et la clinique Arago qui disposent de cinq ou six chirurgiens à temps plein lesquels assurent un grand nombre d'interventions.

**M. GOUTALLIER** traduit le désarroi des orthopédistes de l'AP-HP lesquels ont perdu, outre des chirurgiens de valeur qu'ils avaient formés, des pans entiers de leur métier notamment la chirurgie de la main, et risquent de perdre la maîtrise d'autres activités, par exemple les arthroplasties en chirurgie froide. Des décisions rapides devront être prises, estime-t-il, tant au niveau des plateaux techniques, du personnel hospitalier (médical et paramédical) et universitaire. Il s'interroge enfin sur la solution la plus rentable à court terme, parmi celles proposées par **M. NIZARD** qui confirme le sentiment d'urgence partagé par tous les intervenants de l'étude, l'adaptation devant être rapide pour que l'activité continue à exister à l'AP-HP. A ses yeux, la démarche la plus simple consisterait à procéder à certains regroupements d'activités ciblées, sur la base du volontariat, ce qui permettrait de vérifier si une telle orientation améliore le positionnement de l'AP-HP.

Puis à **M. PATERON** qui demande si les effets de la réorganisation et de la concentration de l'activité opératoire nocturne ont été évalués, **M. NIZARD** explique que cette démarche pourtant positive selon lui, est restée trop superficielle pour en obtenir des effets nets car elle n'a pas permis d'assurer le transfert vers les sites référents dans de bonnes conditions.

**M. CARLI** souhaite savoir si les orthopédistes se montrent prêts à se mobiliser de manière proactive dans une démarche difficile, les solutions n'étant pas évidentes, et si certains collègues accepteraient de suivre une carrière de praticien hospitalier, moins brillante que celle de PU-PH, mais plus productive pour l'institution.

Au regard de l'environnement observé, **M. NIZARD** soutient cette hypothèse.

**Mme DEBRAY-MEIGNAN** évoque les désagréments relatifs à l'AP-HP mentionnés par les patients notamment les délais d'attente de consultation et d'intervention plus longs que dans le secteur privé, les chambres doubles et les infections nosocomiales.

L'organisation des consultations pose un vrai problème, reconnaît **M. NIZARD** qui pense qu'une organisation intelligente des pôles relatifs aux appareils locomoteurs, permettra de mieux appréhender. Il considère que les chambres doubles ne constituent pas un frein absolu, l'AP-HP doit privilégier une stratégie permettant de se différencier du secteur privé, en se fondant sur ses atouts, dont la prise en charge pluridisciplinaire, l'approche universitaire, ou encore la discussion des dossiers à plusieurs chirurgiens. Si les patients peuvent accepter que le confort soit moindre, cela ne doit pas empêcher l'institution de rattraper son retard en la matière.

**M. FAYE** souhaite connaître la part de l'activité d'orthopédie impulsée par les services de rhumatologie de l'AP-HP. Il s'associe aux regrets exprimés concernant d'une part les restructurations menées dans le domaine de la chirurgie nocturne (digestive et orthopédique) restées au milieu du gué, d'autre part, les mesures coercitives imposées par les établissements et aboutissant à limiter l'activité programmée des équipes ayant choisi de supprimer l'activité de nuit.

Enfin, il constate que les propositions de regroupements présentées n'augmenteront pas la productivité des services d'orthopédie, dans la mesure où les blocs opératoires des établissements accueillant ces nouveaux services, seront déjà occupés par les activités de chirurgie cardiaque, digestive, viscérale ou urologique. Dans ce contexte, il s'interroge sur les gisements de productivité résultant d'une augmentation de l'activité ambulatoire (chirurgie ligamentaire, chirurgie de la main...).

**M. AIGRAIN** considère que toutes les collégiales de chirurgie gagneraient à réaliser une analyse aussi intéressante de leur activité et rejoint **M. NIZARD** dans sa réflexion concernant les activités chirurgicales nocturnes et de chirurgie ambulatoire.

Pour lui, une chirurgie ambulatoire de qualité constitue un élément moteur pour les autres modes d'intervention au sein de la spécialité. Il est donc nécessaire de confier aux équipes d'orthopédie les moyens leur permettant de mettre en œuvre l'activité ambulatoire, afin de regagner des parts de marché dans le domaine de la ligamentoplastie, mais aussi afin de constituer un pôle d'appel pour la spécialité.

Ce point de vue est partagé par **M. LACAU ST GUILY** qui estime par ailleurs que le sujet des restructurations intéresse la CME. Aussi, il lui paraît essentiel de mener une évaluation du transfert du service d'orthopédie de l'hôpital Tenon vers l'hôpital Saint-Antoine afin d'en tirer les enseignements. En raison des difficultés accompagnant ce type de regroupement, il considère que le siège doit jouer un rôle majeur en termes de régulation, d'accompagnement et d'évaluation.

Concernant la productivité, les difficultés pour l'AP-HP à faire fonctionner ses blocs opératoires aussi efficacement que dans les structures privées implique de remettre la chirurgie au centre de l'activité des blocs opératoires pour en améliorer la productivité.

L'étude dépasse la seule discipline d'orthopédie selon **M. GOËAU-BRISSONNIERE** qui signale que chaque membre du collège des chirurgiens vasculaires, publics et privés, transmet tous les deux ans au secrétaire du collège une déclaration de son activité par type d'acte. Alors même que les établissements libéraux fonctionnent sur la base de modalités similaires à celles de l'AP-HP, notamment pour l'analyse collégiale des dossiers, la part du secteur hospitalier est passée :

- de 60 % ou 70 % à 40 % pour la chirurgie carotidienne ;
- de 70 % ou 75 % à moins de 50 % pour la chirurgie de l'aorte abdominale, chirurgie lourde par excellence.

Seules les interventions de pontage chez les patients très âgés, demeurent réalisées à 75 % dans le secteur public.

Pour **Mme BRESSAND** le regroupement proposé des équipes chirurgicales induira sans doute une perturbation du personnel impactant l'activité durant un certain temps. La réussite de ce type de restructuration dépend, observe-t-elle, du bon déroulement de la remise en ordre de l'ensemble du processus :

- la clientèle, susceptible de promouvoir ou non le service concerné ; l'intervenante n'est pas persuadée que cette clientèle préférera un avis médical partagé à une chambre individuelle ;
- les consultations, caractérisées par des délais d'attente décourageants sont à réorganiser ;
- la salle d'opération, dont l'organisation est coûteuse en temps non travaillé ;
- l'organisation de l'anesthésie et des salles de réveil dont dépend le bon déroulement de l'intervention ;
- l'hospitalisation, toutefois moins atteinte par le problème du recrutement d'infirmiers dans cette spécialité que dans d'autres services.

Dépasser la seule prise en compte des problèmes humains susceptibles d'exister entre les chirurgiens permettrait d'éviter, lui semble-t-il, bien des craintes concernant les projets de regroupements de services.

L'activité libérale d'orthopédie étant importante à l'AP-HP, **M. BERNAUDIN** demande d'une part, si la diminution de l'activité dans cette spécialité concerne également le volet libéral, d'autre part, si les délais d'attente de ces consultations s'avèrent également importants ; enfin, l'interférence entre l'activité libérale et le reste de l'activité des services d'orthopédie mériterait d'être évaluée en ce sens a priori.

**M. DEVICTOR** voulant savoir si l'étude s'est intéressée à la chirurgie orthopédique pédiatrique, **M. NIZARD** répond par la négative. Puis, suite à l'observation de **Mme PALAZZO** qui considère d'une part, que seul un taux important de féminisation en orthopédie permettra de disposer de praticiens hospitaliers à l'avenir, d'autre part, qu'à l'hôpital Bichat la principale difficulté réside dans la sous-utilisation des blocs opératoires et non dans l'absence de chirurgiens, il précise qu'à l'heure actuelle deux femmes sont praticiens hospitaliers en orthopédie. Il signale aussi que l'hôpital Bichat n'est plus suffisamment doté en chirurgiens et sort d'une situation de crise concernant les infirmiers de bloc opératoire. Une fois la clientèle perdue, il faut des années pour la regagner.

Pour l'heure, on ne dispose pas de données précises sur le lien entre la rhumatologie et l'orthopédie ni sur la concrétisation d'une telle filière indique **M. NIZARD**. Cependant, les patients des services de rhumatologie vont fréquenter à plusieurs reprises les services d'orthopédie mais aussi les cabinets de ville des rhumatologues, et de ce fait créer un « effet halo » permettant à la clientèle du service d'orthopédie de se développer progressivement.

Il s'avère nécessaire de favoriser des relations institutionnelles entre la rhumatologie médicale et la chirurgie orthopédique en limitant les délais d'attente des patients adressés pour une chirurgie programmée, observe **M. FAYE**.

Un certain nombre de remarques renvoie à l'organisation par hôpital de la chirurgie, constate **M. NIZARD** qui considère qu'une organisation par activité, éventuellement possible au sein des pôles dans le cadre de la délégation de gestion, serait sûrement plus performante. Ce mode de fonctionnement est celui retenu par les structures libérales lesquelles cherchent uniquement à remplir un nombre limité de missions. De plus, revoir la segmentation stratégique permettrait de remobiliser les intervenants sur une activité et de mettre en œuvre des tableaux de bord partagés aptes à contrôler la productivité.

Enfin, l'orateur n'est pas renseigné sur l'évolution de l'activité libérale au sein des services de chirurgie orthopédique et ne connaît pas de dérapage récent relatif à cette activité laquelle permet de ramener à l'hôpital public une certaine clientèle et qui répond à une véritable demande de prise en charge sous cette forme.

La DPM partage le sentiment d'urgence mentionné, intervient **M. NAVARRO** qui considère qu'on pourra restructurer ou regrouper des services uniquement si on se montre capable de mettre en œuvre une relation contractuelle et d'obtenir l'adhésion des intervenants. Evidemment, tout regroupement au niveau des blocs opératoires est susceptible d'engendrer des difficultés, néanmoins on peut espérer que la réorganisation en cours, qui a déjà produit des résultats au niveau des urgences, constituera un point d'amélioration.

Le **président** clôt la discussion en indiquant que de tels bilans avaient déjà été réalisés concernant d'autres disciplines (cardiologie, psychiatrie...) et que cette démarche doit se poursuivre pour d'autres secteurs.

### **III - Présentation de la révision de la loi Huriet.**

La parole est donnée à **M. LEMAIRE** pour expliciter les éléments portant sur la révision de la loi Huriet, révision qui va permettre de faire évoluer la recherche clinique (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

#### 1- Le contexte législatif et réglementaire.

De nombreux textes sont parus depuis 1988, notamment :

- la loi d'avril 2002 relative aux droits des malades et comportant trois amendements portant sur la recherche ;
- les lois de 2004 relatives à la bioéthique, à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et à la santé publique ;
- la loi d'avril 2006 relative à la recherche dont les décrets d'application ont été récemment publiés ainsi que des arrêtés, des circulaires, des décisions et des guides.

Le critère de différenciation des procédures relatives à un projet de recherche clinique repose sur le type de matériel au centre de la démarche de recherche, ainsi :

- les recherches relatives au corps humain renvoient à la loi Huriet, à la loi de santé publique et à la directive européenne de 2001 ;
- les recherches relatives aux éléments et produits du corps humain renvoient aux lois sur la bioéthique de 1994 et 2004 et à la directive européenne de 2004 ;
- les recherches relatives aux données des patients renvoient à la législation relative à la CNIL et à la directive européenne de 1995.

#### 2- Des modifications apportées à la loi Huriet.

*a) Les changements* portent notamment sur le processus d'autorisation qui a été renforcé, tant au sein des comités de protection des personnes (CPP) que de l'autorité compétente, la direction générale de la santé (DGS) ou l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Le promoteur joue désormais un rôle pivot ; dès lors, le rôle du département de la recherche clinique et du développement (DRCD) au sein de l'AP-HP, deviendra considérable. Les déclarations auprès de la CNIL ne seront plus obligatoires et la législation reconnaît enfin le rôle du promoteur institutionnel.

*b) Les changements majeurs* correspondent à :

- la suppression de la distinction entre la recherche avec ou sans bénéfice individuel direct (BID) ;
- le consentement délégué pour les incapables de fait ;
- l'élargissement des missions des CPP induisant la nécessité de renforcer le poids des médecins connaissant la recherche clinique au sein de ces comités ;
- la mise en œuvre d'une voie allégée pour les recherches portant sur les soins courants ;
- le changement de finalité des prélèvements de tissus et de sang.

Après avoir expliqué les motifs qui ont présidé à la mise en œuvre d'une voie allégée pour les recherches portant sur des soins courants, l'orateur précise le champ d'application qui :

- concerne les soins courants ;
- rend possible la randomisation ;
- prévoit la surveillance supplémentaire (examen...) ;
- implique des risques et des contraintes négligeables ;
- exige un avis obligatoire du CPP, ainsi que de l'AFSSAPS concernant les dispositifs médicaux (DM) relevant des soins courants ;
- permet une simple information du patient ;
- ne mentionne pas l'existence de promoteurs, mais l'AP-HP réfléchit au moyen de jouer ce rôle ;
- n'implique pas la souscription à un régime d'assurance spécifique.

Puis il détaille les caractéristiques du changement de la finalité des prélèvements de tissus et de sang.

En conclusion, après des années de *lobbying*, la spécificité de la recherche sur les soins courants et sur les prélèvements est enfin reconnue, indique l'intervenant, et des procédures souples s'appliquent dorénavant bien qu'il reste des arrêtés à publier et de la pédagogie à déployer. La législation française correspond désormais au cadre en vigueur au niveau européen même si des révisions doivent encore intervenir, notamment concernant le fonctionnement des CPP.

Par ailleurs, M. LEMAIRE signale la capacité de l'AP-HP à être entendue car elle est représentée au sein de la coordination des promoteurs institutionnels, nouvelle structure qui regroupe la quasi-totalité des promoteurs institutionnels français.

L'AP-HP est désormais conviée par un grand nombre d'instances nationales dans le cadre de différentes réunions de coordination.

La recherche sur les médicaments reste dans le champ de la loi Huriet. Néanmoins, la loi prévoit la mise en œuvre d'une procédure allégée pour les promoteurs institutionnels et l'AP-HP travaille avec l'AFSSAPS à l'élaboration du dispositif.

Quant à la prise en compte de leurs publications, les chercheurs devront s'inscrire dans un registre public, prochainement établi par l'AFSSAPS et la DGS. Enfin, il convient de préciser que les revues américaines demandent systématiquement l'avis du comité d'éthique concernant les recherches observationnelles et les recherches sur les données (d'échographie, de radiologie...). Les comités de protection des personnes refuseront sans doute de jouer ce rôle, aussi on réfléchit à la mise en place d'une telle instance au sein de l'AP-HP.

La discussion est ensuite ouverte.

Selon **M. SCHLEMMER** les nouvelles dispositions vont permettre de faciliter le lien entre la recherche et l'évaluation des pratiques professionnelles. Il appelle les collègues à se mobiliser afin d'être présents au sein des comités de protection des personnes et faire valoir les arguments de l'institution.

Dans cette optique, il pense que l'AP-HP et le DRCD vont devoir engager une importante démarche d'information et de pédagogie car il n'est pas certain que les éléments présentés, notamment la distinction entre les différents types de recherche, soient connus des équipes médicales.

**Mme DEGOS** suggère que le DRCD ou le comité d'éthique de l'AP-HP procède rapidement à la rédaction des fiches techniques permettant d'expliquer le nouveau dispositif.

**M. DUSSAULE** voudrait savoir si l'utilisation de médicaments dans le cadre des explorations fonctionnelles et des tests dynamiques pourra être intégrée au dispositif relatif à la recherche portant sur les soins courants.

**M. LEMAIRE** ne connaît pas la réponse à cette question. Par ailleurs, il reconnaît la nécessité de mettre en œuvre un grand effort pédagogique et informe que le ministère travaille à la rédaction d'un guide.

Le **président** propose d'aborder ce thème sur le site Internet de la CME.

Pour **M. GUILLEVIN**, les essais évaluant des thérapeutiques sont susceptibles de générer des surcoûts dans un premier temps, même si cette démarche vise à mieux gérer les soins courants donc à produire des économies à terme.

La recherche a un coût, déclare **M. LEMAIRE**, son financement doit être pris en compte dans le cadre des protocoles. Par définition, les médicaments utilisés dans les recherches relatives aux soins courants seront à la charge de l'institution. L'une des avancées majeures obtenues correspond à la gratuité des médicaments pour les promoteurs, un sujet sur lequel la direction du médicament du ministère n'avait jamais voulu céder par le passé.

**M. LEVERGE** note le renouvellement des comités de protection des personnes prévu avant la fin du mois d'août. Désormais un pharmacien des hôpitaux y siègera de droit. Les textes ne paraissant pas clairs sur la désignation des membres médicaux de ces comités, il souhaite que l'AP-HP s'intéresse à cet élément et cherche à coordonner la nomination de ses représentants.

En outre, il déclare que la question du surcoût généré par les essais relatifs aux soins thérapeutiques le préoccupe. Des discussions semblent en cours sur les surcoûts liés aux personnels, il souhaiterait obtenir des précisions sur ce sujet.

Il s'agit d'une taxe que les entreprises du médicament ont accepté de verser afin de rémunérer le personnel participant aux essais industriels, indique **M. LEMAIRE**. Il a été nécessaire de créer un groupement d'intérêt public afin de gérer le dispositif.

Puis à l'adresse de **M. NORDLINGER** qui s'interroge sur la procédure allégée appliquée aux médicaments disposant de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) mais testés dans le cadre de nouvelles stratégies, il répond que ce cas renvoie clairement à la loi Huriet. Cependant, un article de la loi de 2004 prévoit une procédure particulière lorsque le promoteur sera un intervenant institutionnel et que les produits disposeront de l'AMM, signale **M. LEMAIRE**. L'arrêté correspondant est en cours de rédaction. La procédure allégée implique un certain nombre de formalités, notamment le renseignement d'un grand nombre de formulaires.

Par ailleurs, dans le cadre des soins courants, le coût des médicaments est pris en charge par l'AP-HP. Depuis le décret de 1990, la recherche était financée par le promoteur conformément au souhait de l'industrie du médicament, mais cette procédure n'était pas logique aux yeux des institutionnels. Désormais, la loi précise clairement que lorsque les médicaments utilisés entrent dans le cadre de leur indication, ils seront pris en charge par la sécurité sociale.

#### **IV - Avis sur des fiches de pôles d'activité.**

**M. MADELENAT** présente la distribution en pôles d'un certain nombre d'hôpitaux examinés par le groupe des structures. Ce dernier est arrivé au terme du travail important qui lui était assigné relatif à l'organisation des hôpitaux en pôles. Le groupe s'attachera, au cours de ses prochaines réunions, à étudier les structurations au sein des pôles.

##### **1- Fiches de pôles d'activité avec débat.**

###### **❖ GHU nord**

###### **Hôpital Bichat**

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 8 pôles :*
  - *Pôle 1 : SUPRA (services urgences psychiatrie réanimation anesthésie).*
  - *Pôle 2 : Cœur vaisseaux.*
  - *Pôle 3 : Clinique et biologie des maladies infectieuses et tropicales.*
  - *Pôle 4 : Médecine spécialisée.*
  - *Pôle 5 : Thorax.*
  - *Pôle 6 : Chirurgie.*
  - *Pôle 7 : Imagerie (investigations morphologiques et fonctionnelles).*
  - *Pôle 8 : Biologie morphologie et pharmacie.*

L'activité chirurgicale étant éclatée sur les pôles 2, 5 et 6, le conseil de bloc opératoire est rattaché au comité exécutif local. Par ailleurs, alors qu'il a refusé ce schéma pour d'autres établissements, le groupe des structures a accepté, à l'image du dispositif adopté au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, la constitution d'un pôle médico-biologique centré sur les maladies infectieuses, au motif que les pôles ainsi constitués disposeront d'une masse critique suffisante.

Le sous-dimensionnement évident du pôle 5 mériterait la fusion des pôles 2 et 5 que l'hôpital n'a pas accepté en raison de la délocalisation de certains services de Beaujon à Bichat. Une réévaluation sera effectuée au terme d'un à deux ans et la proposition de fusion éventuellement resoumise.

###### **Groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal**

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 7 pôles :*
  - *Pôle 1 : Laboratoires imagerie pharmacie (PLIP).*
  - *Pôle 2 : Médecine aval des urgences réadaptation.*
  - *Pôle 3 : Appareil locomoteur.*
  - *Pôle 4 : Pathologie digestive et gynécologie – obstétrique.*
  - *Pôle 5 : Neurosensoriel tête et cou.*
  - *Pôle 6 : Urgences.*
  - *Pôle 7 : Addictologie toxicologie psychiatrie.*

Eu égard aux difficultés rencontrées par deux services, le groupe des structures a demandé que le fonctionnement du pôle 4 soit audité à brève échéance, afin d'envisager la réunion des pôles 3 et 4 si le besoin s'avérait nécessaire.

Par ailleurs, le groupe des structures n'a pu empêcher la neuroradiologie de se positionner au sein du pôle sensoriel, à l'écart des autres services de radiologie. Enfin, il a été noté le nombre élevé d'unités fonctionnelles dans le service de pharmacie, l'évaluation de la situation jugera de l'opportunité d'un maintien.

### ***Hôpital Avicenne***

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 6 pôles :*
  - *Pôle 1 : UVH Urgences ville hôpital.*
  - *Pôle 2 : HOT Hématologie Oncologie Thorax.*
  - *Pôle 3 : Imagerie et produits de santé.*
  - *Pôle 4 : Spécialités médicales.*
  - *Pôle 5 : Chirurgie.*
  - *Pôle 6 : Biologie.*

Alors que le groupe des structures avait initialement exprimé une préférence pour une organisation en cinq pôles, le schéma présenté en contient finalement six.

Les critiques exprimées portaient notamment sur la mixité des activités des pôles 2 et 4, le faible dimensionnement du pôle 3, la répartition des services de chirurgie en deux pôles distincts même si ce cas de figure n'est pas propre à cet hôpital, ainsi que la séparation du service d'accueil des urgences (SAU) des services d'aval. La principale critique portait sur la dispersion initiale des services de biologie alors que les laboratoires se caractérisent par leur unité géographique. Une négociation avec l'hôpital a permis de regrouper l'ensemble des activités de biologie au sein d'un seul pôle à l'exception de l'unité d'hémo-biologie, et d'obtenir le rattachement des blocs opératoires au conseil exécutif local.

### **❖ *GHU ouest***

#### ***Hôpital Ambroise Paré***

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 4 pôles :*
  - *Pôle 1 : Urgences et proximité.*
  - *Pôle 2 : Radio cardio-vasculaire.*
  - *Pôle 3 : Spécialités et cancérologie.*
  - *Pôle 4 : Biologie pathologie et produits de santé.*

Le groupe des structures avait noté le surdimensionnement du pôle 1. Les responsables de l'hôpital ont expliqué que pour des raisons historiques, une partie des services fonctionne comme des services de proximité et devait être rattachée à ce pôle. Tandis qu'il n'a pas obtenu de modification majeure sur ce point, le groupe a fait procéder à des transferts de structures d'un pôle à l'autre afin de parvenir à un découpage satisfaisant et cohérent.

En tant que biologiste, **M. BERNAUDIN** réagit au schéma proposé. En effet, le syndrome de Marfan relève de la génétique, tant au plan clinique qu'au niveau des laboratoires, aussi il s'étonne que la consultation Marfan ne soit pas rattachée au pôle de biologie-pathologie et des produits de santé.

**M. GOËAU-BRISSONNIERE** intervient en sa qualité de président du CCM de l'hôpital Ambroise Paré pour évoquer les quatre modifications demandées par le groupe des structures au projet initial d'organisation en pôles de l'hôpital, projet validé par le directeur du groupement hospitalier universitaire.

Par un vote, le CCM a approuvé le transfert de l'unité fonctionnelle d'épidémiologie auprès du conseil exécutif local mais a refusé à l'unanimité le basculement du service de rhumatologie dans le pôle spécialités et cancérologie, et à une large majorité, de placer la consultation Marfan au sein du pôle radiologie cardio-vasculaire et de transférer l'activité d'endocrinologie vers le pôle spécialité et cancérologie.

Le CCM a notamment rappelé que le rattachement de la consultation Marfan au pôle biologie pathologie et produits de santé était souhaitable au regard de la problématique locale, et que la proposition formulée par le groupe des structures concernant l'activité d'endocrinologie poserait des problèmes organisationnels.

**M. LEGRAND**, rapporteur de ce dossier au groupe des structures, a mentionné dans son rapport les particularités de la solution proposée concernant la consultation Marfan et l'unité fonctionnelle d'endocrinologie. Cependant, il proposait de maintenir la consultation Marfan au sein du pôle biologie pathologie et produits de santé en raison de liens existant au sein des services concernés (notamment les liens forts avec le service de biochimie et biologie moléculaire), mais aussi parce que cette solution permettait de résoudre des problèmes humains.

Il s'ensuit une discussion sur ce dossier à laquelle participent **Mme BOILEAU** et **MM. GUILLEVIN** et **NORDLINGER**. A son terme, le **président** propose d'organiser un vote spécifique à cette fiche de pôle.

## 2- Fiches de pôles d'activité sans débat.

### ❖ **GHU nord**

#### **Hôpital Bretonneau Délibéros**

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 2 pôles :*
  - *Pôle 1 : Gériatrie.*
  - *Pôle 2 : Odontologie.*

### ❖ **GHU ouest**

#### **Hôpital Corentin Celton**

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 3 pôles :*
  - *Pôle 1 : Gériatrie.*
  - *Pôle 2 : Rééducation imagerie pharmacie.*
  - *Pôle 3 : Psychiatrie et santé publique.*

### ***Hôpital Vaugirard – Gabriel Pallez***

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 1 pôle :*
  - *Pôle 1 : Gériatrie.*

### **❖ *GHU sud***

#### ***Hôpital San Salvador***

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 2 pôles :*
  - *Pôle 1 : Adultes.*
  - *Pôle 2 : Pédiatrie.*

#### ***Hôpital Bicêtre***

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 7 pôles :*
  - *Pôle 1 : Biologie pharmacie et produits de santé.*
  - *Pôle 2 : Image et fonction.*
  - *Pôle 3 : Neurosciences tête et cou.*
  - *Pôle 4 : Mère enfant.*
  - *Pôle 5 : Immunopathologie transplantation métabolisme.*
  - *Pôle 6 : DAL (Digestif anesthésie réanimation locomoteur).*
  - *Pôle 7 : CURE (cardiologie urgence réanimation).*

La CME approuve la fiche de pôle de l'hôpital Ambroise Paré par 24 voix pour, 5 voix contre et 5 abstentions. Les autres fiches de pôles sont approuvées par 36 voix pour et 1 abstention.

### **V - Avis sur des contrats d'activité libérale.**

Le contrat d'activité libérale, l'avenant et le renouvellement présentés par **Mme PORTENGUEN** sont adoptés par 17 voix pour, 14 abstentions et 2 voix contre.

### **VI - Approbation du compte-rendu de la séance du 4 avril 2006.**

Le compte-rendu de la séance du 4 avril est approuvé à l'unanimité des votants, moins 1 abstention.

## **VII - Question diverse.**

**M. DRU** informe qu'un préavis de grève a été déposé par le syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs (SNPHAR) pour le jeudi 11 mai, afin d'obtenir la reprise des négociations statutaires suspendues depuis plus d'un an. Les difficultés concernent la retraite des praticiens hospitaliers, le compte épargne temps et l'affectation des praticiens hospitaliers au sein des pôles d'activité médicale. Ce mouvement de grève s'accompagnera de la mise en œuvre d'un service minimum.

\*

\*                      \*

La séance est levée à 11 heures 50.

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

**Mardi 13 juin 2006 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 31 mai 2006 à 16h30.**

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.