

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 4 JUILLET 2006**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 19 SEPTEMBRE 2006**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 4 juillet 2006

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Le projet du nouveau système d'information – domaine patient.
- 2- Le projet de création d'un département de recherche clinique.
- 3- La sécurité des patients : l'engagement de la communauté médicale.
- 4- Les questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition F

- Avis sur les candidatures des internes pour un stage hors subdivision d'origine pour le semestre de novembre 2006 à mai 2007.

Composition C

- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la validation de la période probatoire de praticiens hospitaliers.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation de responsables de pôle des hôpitaux (Beaujon, Louis Mourier et Raymond Poincaré).
- Avis sur la désignation d'un responsable de pôle pour l'hôpital Necker-Enfants Malades – pôle de pédiatrie générale et multidisciplinaire.
- Avis sur la désignation d'un responsable de pôle pour l'hôpital Lariboisière – pôle urgences.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.

Composition B

- Avis sur des candidatures aux postes de MCU-PH au titre de l'année 2006 (1^{er} tour).
- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2006.

Composition A

- Avis sur des candidatures aux postes de PU-PH au titre de l'année 2006.
- Avis sur des demandes de détachement de directeurs de recherche sur des emplois de PU-PH au titre de l'année 2006.
- Avis sur une demande d'intégration dans le corps des PU-PH d'un directeur de recherche placé en position de détachement à l'AP-HP.
- Information sur le changement d'affectation d'un PU-PH entre deux hôpitaux conventionnés.
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH d'odontologie au titre de l'année 2006 (1^{er} tour).

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
 - 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 BERCHE, 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. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
 - Mme GUINGOUAIN, directrice-adjointe de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

 - M. le Pr CORVOL, président du conseil scientifique de l'AP-HP,
 - M. le Pr LEPAGE, responsable du schéma cible domaine patient,
 - M. le Pr PAPIERNIK, délégué à la prévention du risque sanitaire,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

* *

Le président de **PROST** ouvre la séance en présentant les excuses de Mme GIBOUR et de MM. BAGLIN, DRU, HAUSFATER, LOULERGUE et SALES avant d'engager l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Le projet du nouveau système d'information – domaine patient.

La parole est donnée à **M. LEPAGE** pour présenter l'état d'avancement du projet du nouveau système d'information (NSI) (cf. document mis sur table).

Le périmètre fonctionnel de la direction de projet « système d'information patient » couvre :

- le système d'information clinique ;
- le dossier médical personnel, en lien avec la région ;
- le système de gestion de laboratoire et l'imagerie ;
- les systèmes médico-économiques.

1- Le déploiement de la phase transitoire.

a) Les objectifs et le périmètre

L'objectif consiste à :

- partager l'information ;
- mettre en œuvre des référentiels communs ;
- préparer la conduite du changement et l'organisation ;
- améliorer et industrialiser la démarche du projet.

La solution transitoire couvre :

- des solutions pérennes, qui demeureront avec le système d'information clinique ;
- des solutions non pérennes, actuellement non déployées, et dont l'objectif sera de permettre d'attendre la mise en place du système d'information clinique.

b) L'avancement du déploiement

Le constat d'un état de déploiement non satisfaisant d'un calendrier insuffisamment respecté et aussi d'achat de logiciels partiellement déployés a conduit à proposer de renforcer la méthodologie de déploiement par le biais de contrats conclus lors des conférences activité, stratégie, performance (ASP) avec les hôpitaux, visant à respecter les engagements pris par ces derniers.

L'orateur décrit ensuite la synthèse générale d'avancement des déploiements : STARE (l'outil de résultat d'examen) ; Mediweb (l'outil des données issues du PMSI et les compte-rendus) ; DMP (dossier médical personnel) ; reconnaissance vocale ; RCP (réunion de concertation multidisciplinaire) ; PACS (picture archiving communication system) ; gestion des blocs opératoires ; le système de gestion des laboratoires (SGL) pour lequel M. LEPAGE explique que l'un des objectifs consiste en la mutualisation des moyens pour l'appel d'offre, pour le paramétrage et pour l'utilisation. Ainsi est prévue une mutualisation progressive des serveurs au sein du centre informatique de l'AP-HP situé rue Bessières. Des concentrateurs demeureront dans chaque hôpital, afin d'être en mesure de fonctionner en mode dégradé en cas de problème.

Par ailleurs il rappelle que le système de gestion clinique, couvrant l'ensemble des prescriptions de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, sera lui aussi centralisé.

Il importe de disposer de référentiels et de procédures communs pour faciliter le partage d'informations. Dans ce but, est mis en place avec les hôpitaux pour la gestion de laboratoire une nomenclature commune, basée sur la nomenclature internationale LOINC, ce qui doit réduire les délais de paramétrage (actuellement de l'ordre de un an). M. LEPAGE souhaite également industrialiser le déploiement. Un appel d'offres relatif à huit hôpitaux interviendra courant juillet 2006.

Quant à l'élaboration du rapport de choix par les quatre hôpitaux du groupement hospitalier universitaire nord, les offres des éditeurs ont été adressées en mai 2006 et la session de la commission d'appel d'offres (CAO) interviendra dès septembre 2006. Quatre autres hôpitaux travaillant sur cette méthodologie seront également concernés par cette session de CAO.

2- L'avancement du dialogue compétitif portant sur le projet du système d'information clinique.

Le dialogue compétitif tend à définir les moyens permettant d'assurer les fonctions à mettre en œuvre. L'analyse des propositions tend à identifier les points forts des solutions proposées pour les intégrer dans le dossier de consultation et les points faibles des solutions proposées afin de demander aux candidats de les corriger ainsi que les contraintes et les risques qui y sont liés.

Deux phases de dialogue se sont déjà déroulées, la troisième, actuellement en cours se terminera le 27 juillet ; elle vise à examiner le déploiement de la solution sur l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP. En septembre une dernière phase finalisera les quelques points non résolus lors de la phase précédente. Ce calendrier contraint mais respecté, aboutira à l'envoi du cahier des charges le 27 novembre 2006 en vue d'une notification du marché au premier trimestre 2007.

Il a été nécessaire d'une part de « cadrer » les candidats notamment en industrialisant la démarche et en définissant les rôles et les responsabilités respectifs des candidats et de l'AP-HP, d'autre part, de faire préciser aux candidats leur contribution aux enjeux.

Le bilan a aussi porté sur les fonctionnalités, sur les solutions techniques et sur les aspects économiques. Ce dernier volet est actuellement examiné dans le détail. Dans le cadre du processus industrialisé souhaité par l'AP-HP, sera mis en place un *package* comportant l'outil mais également les éléments d'accompagnement nécessaires au déploiement (formation...).

M. LEPAGE s'attache au respect du calendrier afin d'être crédible auprès de la communauté soignante, exigence qui doit être partagée par les hôpitaux. Il est par conséquent nécessaire d'acquiescer une véritable culture de gestion de projet, insuffisamment développée au sein de l'AP-HP et fondée sur des engagements et le respect d'indicateurs de la part de la direction de projet et des services locaux des hôpitaux.

De plus, il considère que le système de gestion de laboratoire constitue la première étape du nouveau système d'information de l'AP-HP.

En outre, il convient de prendre conscience que le futur système d'information clinique impliquera la mise en place en cinq ans, soit la durée du marché, d'un grand nombre de fonctionnalités au sein des quarante et un hôpitaux. On doit donc préparer son arrivée en démarrant dès maintenant le projet relatif à l'identifiant unique et travailler au partage de l'information. Dans ce cadre, un groupe de travail mène une réflexion sur l'élaboration des comptes rendus reposant sur une structure commune et un autre groupe de travail étudie la reprise de l'existant au sein des différents hôpitaux.

Enfin, du point de vue de M. LEPAGE ce projet ne pourra réussir sans l'engagement de l'institution dans un réel processus industriel, exempt de solution spécifique à l'AP-HP, mais au contraire fondé sur un outil standard qu'il sera possible d'améliorer dans un second temps.

Le **président** félicite M. LEPAGE pour le respect du calendrier alors que le projet avait pris un retard considérable à l'origine et aussi pour les avancées d'ores et déjà constatées, malgré les contraintes résultant de la procédure de dialogue compétitif en cours.

M. LEGRAND fait part de l'inquiétude ressentie par les biologistes. En effet, alors que le projet initial de renouvellement des systèmes de gestion des laboratoires impliquait l'adoption d'un dispositif par hôpital, désormais un seul dispositif pour huit hôpitaux est prévu.

Cette inquiétude se fonde sur les difficultés à prendre en compte les demandes figurant dans le cahier des charges élaboré par chaque hôpital. Par ailleurs, la mise en œuvre de cette procédure groupée aboutit à retarder le remplacement du système de gestion des laboratoires en fin de vie dans certains hôpitaux.

Les biologistes craignent les projets de centralisation des serveurs car un tel dispositif semble poser des problèmes de sécurité, alors que l'activité impose des transmissions de résultats de jour et de nuit. Enfin, tandis que les biologistes se demandent si la société retenue sera capable d'assurer dans un délai raisonnable la mise en œuvre du dispositif au sein de huit hôpitaux sièges de plusieurs laboratoires, ils s'activeront pour que ce programme soit un succès.

Il convient de distinguer, observe **M. LEPAGE**, ce qui relève d'une part de l'appel d'offres et d'autre part de l'objectif d'un système d'information unique. L'intégration des SGL au sein du SIC est indispensable, nécessitant le développement d'interfaces. Aussi, avec aujourd'hui seize systèmes différents, il conviendrait de développer autant d'interfaces spécifiques avec les coûts et les difficultés de maintenance correspondants. L'AP-HP a donc le devoir de standardiser ses outils.

Alors qu'on travaille à la mise en place d'un seul système d'information clinique partagé, il semble logique d'élaborer dans le même temps un système de gestion des laboratoires unique pour l'AP-HP. L'orateur signale que l'Assistance publique de Marseille a engagé une démarche similaire comportant un seul système de gestion des laboratoires. Comme l'AP-HP s'inscrit dans le cadre d'un appel d'offres commun à plusieurs hôpitaux, il a été demandé que les offres soient présentées par un groupement incluant un intégrateur chargé de participer activement au déploiement de cette solution. Ce mode d'organisation devrait permettre de réduire les délais de mise en œuvre des nouvelles solutions.

Puis à l'adresse de **M. LAPANDRY** qui constate que le projet CARMEN ne figure pas parmi les solutions pérennes citées, **M. LEPAGE** déclare que ce projet renvoie à la mission de régulation du SAMU. Le dispositif de médecine embarquée étant prévu dans le système d'information clinique, la manière de connecter CARMEN à ce système a fait l'objet d'un examen.

Concernant les solutions transitoires, **M. PATERON** demande si on poursuit les projets actuels, notamment URQUAL, ou si on arrête les développements dans l'attente de l'adoption du système définitif.

URQUAL implanté dans l'ensemble des services d'urgence, répond **M. LEPAGE** doit se poursuivre comme d'autres projets. La mise en œuvre de PHEDRA et d'ACTIPIDOS permettra de développer l'organisation relative à une prescription informatisée. Les modifications organisationnelles auront donc déjà été réalisées lorsque le nouveau système d'information sera disponible. Dans le cadre de la préparation du budget 2007, il a demandé que toutes les applications acquises soient implantées.

Ce projet ambitieux vise à améliorer la circulation de l'information au bénéfice des patients, mais comprend également un volet relatif à la gestion, remarque **M. FAYE**. Aussi se réjouit-il de constater que les différents candidats aient été interrogés sur le retour sur investissement attendu d'un tel projet.

Par ailleurs, il demande si l'entrée dans un processus industriel relève du choix des industriels ou de la standardisation des nombreuses procédures.

L'industrialisation des processus correspond à ces deux définitions répond **M. LEPAGE**. Débuter ce travail d'harmonisation dès maintenant permettra aux collègues d'accepter plus facilement le futur système d'information.

M. LEVERGE note que la tradition d'exercice médical « individualisé » rend difficile la mise en œuvre d'une organisation structurée et cohérente de l'activité médicale et clinique, ainsi que l'industrialisation des processus. Dans ce contexte, on éprouve les plus grandes difficultés à faire respecter le contrat de bon usage et à transmettre des informations cohérentes à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) *via* le système d'information. La délicate période de transition durera entre trois et quatre ans et imposera de rendre des comptes dans le cadre d'un processus industriel, alors qu'on utilise aujourd'hui des outils artisanaux.

De plus, il s'inquiète de la centralisation des outils sur le site de Bessières déserté par les informaticiens les week-ends. Aussi il demande solennellement à la directrice générale que le centre de Bessières s'adapte au fonctionnement continu des hôpitaux de court séjour.

Par ailleurs, alors que l'AP-HP souhaite disposer d'un outil moderne, M. LEVERGE a pu constater que les projets nécessitant une longue analyse fonctionnelle aboutissent à terme sur un système basé sur des outils techniquement périmés.

Enfin la majorité des intervenants ne lui paraît pas sensible aux enjeux fabuleux de ce projet.

M. LEPAGE confirme la nécessité d'implanter un processus industrialisé au sein de l'AP-HP. L'appel d'offres relatif au système de gestion des laboratoires pour les huit premiers hôpitaux en 2006 doit permettre de conclure un contrat de services entre la direction de projet, les hôpitaux et le centre Bessières. Le contrat prévoit notamment la mise en place d'une maintenance vingt quatre heures sur vingt quatre, sept jours sur sept, également de la part de l'industriel retenu, objectif impossible à tenir dans le cadre d'une maintenance décentralisée dans chaque hôpital. La mutualisation permet de diminuer les coûts et d'améliorer le service.

En outre, l'AP-HP doit disposer d'un matériel correspondant à l'attente des industriels. La procédure de dialogue compétitif regarde également les contraintes des réseaux et des matériels permettant de répondre à l'objectif.

M. FAGON s'interroge d'abord sur la sécurité. Si la mise en commun des serveurs lui semble une évidence, les sites ont besoin de garanties et non de simples engagements, au regard des enjeux dans ce domaine.

Puis il demande comment s'articulera le dispositif de formation entre des moyens locaux et des équipes centrales.

Enfin, alors même que différents projets (domaine patient, pilotage, finance, ressource humaine, portail) devront être mis en œuvre dans un laps de temps très court, il considère qu'il va être très difficile pour les hôpitaux d'appréhender la mise en place de plusieurs dispositifs simultanément. Il lui semble donc nécessaire de programmer le plus tôt possible, hôpital par hôpital, l'implantation successive des différents projets.

M. LEPAGE précise qu'un contrat de services contient des engagements impératifs, que le système de gestion des laboratoires sera implanté progressivement afin de vérifier son bon fonctionnement et que les systèmes administratifs de la quasi-totalité des hôpitaux, couvrant notamment les dispositifs d'identification des patients, sont déjà implantés au sein du centre Bessières.

Par ailleurs, concernant le déploiement du domaine patient, les grands choix relatifs au déploiement seront connus fin juillet à l'issue de la troisième phase du dialogue compétitif. Par ailleurs, les différents candidats auront précisé leurs propositions. Sur cette base et après avoir pris en compte les projets relatifs aux autres domaines, il soumettra un premier projet de calendrier couvrant l'ensemble des déploiements prévus, à l'occasion du séminaire relatif aux systèmes d'information prévu fin octobre.

La **directrice générale** rappelle que l'AP-HP consacre des moyens importants à ce projet majeur. Installées rue Ferrus dans de bonnes conditions, les équipes dédiées au projet recherchent le travail en commun de tous les intervenants (les différents domaines, la maîtrise d'œuvre, la maîtrise d'ouvrage, les fournisseurs). La seule attitude pour faire face aux risques encourus consiste à obtenir l'adhésion la plus large possible au sein de l'AP-HP. Aussi, elle se réjouit de l'attention que porte la commission médicale d'établissement à ce sujet et souhaite des présentations régulières du projet devant l'instance, ainsi que la diffusion de l'information dans les comités consultatifs médicaux. Outre l'enjeu technique, ce projet impacte les organisations et implique un changement culturel de la part des équipes médicales et soignantes, conclut-elle.

II - Le projet de création d'un département de recherche clinique.

En propos liminaire **M. CORVOL** indique que le projet de création d'un département de recherche clinique a fait l'objet de nombreuses discussions au sein du comité de pilotage de la recherche, structure qui associe des délégués de la recherche clinique des groupements hospitaliers universitaires (GHU), des membres de la commission université de la CME et le président du conseil scientifique. Le projet a également été débattu au conseil exécutif et à la collégiale des doyens d'Ile-de-France à la demande de cette dernière, et précisé à l'occasion de deux séances du conseil scientifique (cf. document présenté lors de la séance).

1- Les objectifs de la création de départements de recherche clinique.

La recherche clinique constitue un domaine de plus en plus complexe. En quinze ans l'AP-HP, particulièrement novatrice dans ce domaine, a créé de nombreuses structures :

- les neuf centres d'investigation clinique (CIC), les centres de biothérapie (CBT) et les centres d'innovation technologique (CIT) ;
- les huit unités de recherche clinique (URC) ;
- les centres de ressources biologiques (CRB) ;
- les centres d'investigation biomédicale (CIB) (deux par GHU)

dont les modalités de financement et de gestion sont complexes et impliquent différents partenaires (INSERM, ministère de la recherche, CNRS, INRA...). Le département de la recherche clinique et du développement de la direction de la politique médicale joue un rôle central dans la coordination des structures et le soutien logistique des études.

La création des départements de recherche clinique répondra à un certain nombre d'objectifs hospitalo-universitaires. Les départements permettront :

- au niveau hospitalier :
 - de mutualiser et de coordonner les actions de recherche clinique et biologique ;
 - d'assurer un lien entre l'AP-HP et les universités ;
 - de renforcer la lisibilité de la recherche clinique notamment pour les médecins, le personnel paramédical, les industriels et les différentes agences ;
 - d'affermir l'assise réglementaire des différentes structures créées à l'AP-HP ;
- au niveau universitaire :
 - de constituer un lieu de formation du personnel médical et paramédical dans le domaine de la recherche clinique et biologique ;
 - de créer des modules d'enseignement en recherche clinique et biologique.

Une même personne assurera la coordination de l'enseignement à l'échelon universitaire et la coordination de la recherche clinique à l'échelon hospitalier.

2- Les missions des départements de recherche clinique.

Les départements de recherche clinique assureront une triple mission :

- de coordination scientifique, afin de réaliser des actions thématiques et d'assurer les collaborations avec l'industrie ;

- d'enseignement et d'organisation de la recherche clinique car le volet technico-réglementaire a profondément évolué ;
- d'animation et de veille scientifique.

3- Les structures par GHU.

a) Le GHU nord (Paris VII et XIII)

Le GHU comprend : trois CIC ; un centre de nutrition humaine ; deux URC ; deux centres d'investigation biologique thématiques ; sept centres de ressources biologiques tumoro-thèques.

Un département de recherche clinique aurait pour objectifs de mettre en commun des moyens, d'animer, de veiller, de valoriser et un comité de pilotage coordonnerait les actions. Le département assurerait également une mission d'enseignement, porterait un projet scientifique fondé sur les thématiques propres au GHU nord (dont la pédiatrie et l'oncologie hématologique) et soutiendrait les interactions entre les structures et les organismes concernés par la recherche clinique. Le projet propose de créer un comité de pilotage et un comité d'orientation scientifique et pourrait faire l'objet d'une première évaluation deux ans après sa mise en œuvre, puis tous les quatre ans.

b) Le GHU sud (Paris XII et XI)

A l'heure actuelle, seul le projet relatif à l'université Paris XII est détaillé. Le projet vise le rassemblement et la coordination puisqu'il permettrait de passer de douze responsables différents à six.

c) Le GHU est (Paris VI)

Deux projets de coordination de la recherche clinique ont été présentés hier devant le conseil scientifique mais ils ne correspondraient pas à des départements de recherche clinique. La création d'un seul département reste l'objectif à moyen terme.

d) Le GHU ouest (Paris V et Ile-de-France ouest)

La réflexion menée au sein du GHU n'a pas encore abouti sur des propositions.

4- La conclusion.

Les GHU nord et sud proposent un modèle correspondant au souhait du conseil scientifique lequel devrait labelliser les deux projets de département. Une coordination de la recherche clinique pourrait être mise en œuvre au sein du GHU est tandis que la recherche clinique existe déjà au sein du GHU ouest.

Enfin, ce projet enthousiasmant ne constitue pas un organe supplémentaire mais un outil permettant de mieux travailler ensemble.

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

La commission université de la CME a été associée au projet auquel il souscrit pleinement, observe **M. NORDLINGER**. La démarche vise bien à coordonner et simplifier le dispositif de recherche et le GHU nord a rempli le rôle de pilote.

Il semble important à **M. SCHLEMMER** de faire preuve de pragmatisme. Il précise que le GHU nord est parvenu à un tel résultat grâce à la volonté des différents acteurs et à la désignation de l'animateur du futur département de recherche clinique. Il souhaite la concrétisation rapide du projet qui sera soumis au groupe des structures, puis à la CME et enfin au conseil d'administration dès l'automne, afin de répondre à l'impatience de ses promoteurs.

M. PIETTE considère que la création d'un département de recherche clinique soutiendra l'intérêt d'une démarche de recherche clinique de qualité en gériatrie au sein de l'hôpital Charles Foix. La conjoncture s'avère favorable car l'université Pierre et Marie Curie apporte son aide dans le cadre du contrat de plan entre l'Etat et la région, à la création d'une des plus importantes animaleries d'Europe consacrée à la recherche expérimentale relative au vieillissement. Grâce à la volonté commune de l'université et de l'AP-HP, le Pr MARIANI a pu être recruté.

Dès le mois d'octobre ou de novembre 2006, intervient **M. BERNAUDIN**, la commission université proposera les critères d'évaluation à appliquer dans deux ans afin de regarder avec pertinence les progrès apportés par les départements de recherche clinique.

Le projet proposé par le GHU nord devra être examiné par le groupe des structures puis par la CME dès le mois de septembre indique le **président**. L'évaluation correspondra à l'étape suivante de la démarche menée.

Mme DEGOS se félicite du projet de structuration de la recherche clinique au sein du GHU nord cependant, parallèlement à la clé de lecture géographique, il faudra une clé de lecture par spécialité estime-t-elle. En effet, malgré l'individualisme de certains acteurs, l'AP-HP doit garder à l'esprit la nécessité de conserver des cohortes de patients indispensables aux essais cliniques.

La **directrice générale** rend hommage à M. CORVOL pour son travail à la tête du conseil scientifique devenu sous son impulsion un outil important de l'AP-HP. Elle salue son opiniâtreté car dans un premier temps le conseil exécutif avait refusé la structuration proposée, tandis qu'à la faveur des objections formulées il a présenté un second projet. Aux yeux de la directrice générale, il importe de prendre en compte les remarques et d'élaborer des structures sans esprit systématique.

Enfin, elle indique qu'il a su donner au conseil scientifique une compétence dans le domaine de la prospective relative aux grandes tendances de l'exercice de la médecine, élément peu présent dans le précédent plan stratégique.

III - La sécurité des patients : l'engagement de la communauté médicale.

Ce point de l'ordre du jour fait l'objet d'un exposé par **M. PAPIERNIK**.

1- L'actualité de la sécurité du patient.

La sécurité du patient constitue une évolution culturelle incontestable. Le champ de perception a évolué suite à un rapport présenté en 2000 devant l'Institute of Medicine, l'équivalent américain de l'académie de médecine en France, auprès de l'académie des sciences des Etats-Unis.

Seule une étude approfondie des évènements indésirables graves peut révéler des défauts dans l'organisation des soins que l'approche en amont a priori n'avait pas identifié. Le mécanisme d'accident peut s'expliquer par l'existence de « trous » dans les barrières de protection dont sont dotés les personnels, l'organisation, les conditions de travail, les tâches, les équipes, les soignants et les patients.

2- L'enquête nationale sur les évènements indésirables graves liés aux soins.

La France enregistre des résultats identiques à ceux des pays comparables comme le prouve l'enquête nationale sur les évènements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) menée par le ministère de la santé. Le nombre de ces évènements par an en France varie de soixante dix mille à cent dix mille. L'AP-HP assurant 10 % des hospitalisations du pays, on imagine le nombre de ces évènements en son sein.

Affectés de chiffres extrêmement importants, ces évènements se déroulent dans le cadre du séjour hospitalier ou des soins ambulatoires, devenant ainsi une cause d'hospitalisation. L'ENEIS estime qu'entre 3 % et 5 % des admissions ont pour origine un évènement indésirable survenu en dehors de l'hôpital, dont 45 % sont considérés comme évitables. Concernant les évènements intervenant au cours du séjour, l'enquête met en évidence 6,6 évènements pour mille journées d'hospitalisation.

Enfin, 49 % des évènements indésirables surviennent durant les interventions chirurgicales, 20 % à l'occasion d'accidents médicamenteux (surtout en ambulatoire) et 22 % correspondent à des infections liées aux soins.

3- L'action de l'AP-HP.

Dans son plan stratégique, l'AP-HP s'engage dans la lutte contre les évènements indésirables et pour la sécurité du patient. Un travail est conduit depuis quatre ans par la direction de la politique médicale, la direction des affaires juridiques et du droit des patients et le groupe évaluation et finances de la CME. Le projet a été validé par le comité de direction le 14 juin dernier.

a) Faire valoir l'existant

L'AP-HP a une bonne réputation parce que ses équipes prennent sans doute déjà en compte la lutte contre les évènements indésirables graves. Enquêter sur les pratiques permettra de connaître les actions menées au sein des services afin d'assurer la sécurité des patients.

b) Promouvoir les revues de mortalité / morbidité

Il convient d'élargir l'assise des revues de mortalité / morbidité (RMM), une pratique ancienne à l'efficacité prouvée, à l'aide :

- d'un manuel relatif aux RMM qui sera prochainement diffusé par le service de communication interne ;
- des formations à l'animation des RMM et à l'analyse des causes ;
- de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de laquelle la haute autorité de santé (HAS) vérifiera l'existence des RMM au sein des services ;
- des points de suivi portant sur la qualité et la sécurité, inscrits dans les contrats des pôles.

Après avoir détaillé les résultats d'enquêtes réalisées sur la pratique des services, notamment à l'hôpital Cochin, au CHU de Grenoble et à l'institut mutualiste Montsouris, M. PAPIERNIK indique que le manuel mentionne douze questions de base relatives aux RMM et comporte une charte et des fiches monographiques détaillant les différentes expériences.

c) Mettre en place une procédure pour les accidents très graves

En réponse à un appel d'offres de la HAS consacré à la manière de gérer une crise et d'organiser le retour d'expérience après un événement indésirable très grave lié au soin, l'AP-HP préconise de mettre en place une démarche fondée sur sept étapes :

- améliorer le signalement ;
- dire la vérité au patient ou à sa famille ;
- soutenir l'équipe médicale et soignante ;
- analyser l'engagement de responsabilité ;
- comprendre les causes immédiates et latentes ;
- rédiger des recommandations de barrières de prévention ;
- vérifier l'application des décisions.

d) Communiquer sur l'engagement de la communauté médicale

Le président de la CME et la directrice générale ont donné leur accord pour organiser le 23 octobre 2006 une journée de présentation des actions mises en œuvre par l'AP-HP afin d'optimiser la sécurité des patients.

Après avoir insisté sur l'importance de la journée du 23 octobre 2006 qui démontre la volonté de progresser dans le domaine de la sécurité des patients, le **président** rappelle que la base de ces actions n'est pas avant tout d'éviter des procédures judiciaires ou de diminuer les coûts, mais d'assurer la qualité des soins dispensés.

Les procédures judiciaires auxquelles l'AP-HP a été confrontée depuis trois ans révèlent la nécessité de renforcer les démarches à mener de manière préventive. L'enquête menée à l'hôpital Cochin prouve qu'un travail considérable reste à réaliser.

M. SCHLEMMER évoque d'abord le lien entre les RMM et les actions relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), puis déclare que la CME et la DPM soutiennent pleinement cette démarche, comme en témoigne la prochaine diffusion d'un guide ou l'organisation d'une journée de présentation. Enfin, il lui semble que cette démarche constitue un des points incontournables des projets et des contrats de pôle.

A l'image de ce qu'il a constaté dans le cadre des réunions de concertation en oncologie, **M. LACAU ST GUILY** se dit persuadé que les différents intervenants s'apprêtent à entrer dans ce type de démarche. Il pense néanmoins qu'il faut réaliser un travail pédagogique ample, notamment en destination des jeunes collègues.

Mme GINGOUAIN bien que supposant que la participation des personnels paramédicaux est d'ores et déjà prévue dans l'ensemble des démarches engagées, notamment dans le cadre des staffs pluridisciplinaires, regrette que l'intérêt de cette participation ne soit pas écrit dans la charte. Elle rappelle que rares sont les accidents et erreurs graves qui ne concernent l'ensemble de l'équipe soignante présente et, ou, l'organisation mise en place. **M. PAPIERNIK** informe que la directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique participera à la journée d'information du 23 octobre 2006. En outre, voici trois ans, les différents cadres de l'hôpital Cochin avaient formulé leur accord sur la démarche engagée. Les personnes présentes avaient indiqué qu'il ne restait plus qu'à convaincre la communauté médicale.

A **M. NORDLINGER** qui demande des explications sur la manière de définir la « part évitable » de chaque catégorie d'événements, **M. PAPIERNIK** indique que, selon lui, il faut accepter qu'une partie de ces accidents soit inévitable, le caractère évitable d'un événement renvoyant à la capacité à bâtir une barrière de prévention. Il illustre sa réponse par l'exemple d'un dispositif mis en place depuis dix ans qui permet d'analyser l'ensemble des cas de mort maternelle lors des accouchements.

M. CHAUSSADE considère les RMM obligatoires dans le cadre des contrats de pôle. Il note par ailleurs que ces RMM jouent un rôle éducatif dans la mesure où l'examen des problèmes analysés dans ces documents permet de progresser dans la pratique professionnelle. Néanmoins, il évoque la crainte de certains intervenants d'une perte de la confidentialité des données recueillies dans le cadre des RMM, mais aussi du risque que ces informations soient utilisées en cas de procédures judiciaires. Aussi lui paraît-il essentiel de clarifier la situation, notamment en expliquant que le recueil et l'analyse des données dans le cadre de la RMM constituent deux procédures traitées de manière différente.

Effectivement, remarque **M. PAPIERNIK** les RMM sont menées dans le cadre d'un espace de confiance dans un service. L'analyse de l'événement indésirable est réalisée sur la base d'un document ne mentionnant pas le nom du patient, du médecin ou du service. Ce document ne pourra pas être utilisé par des juges, lesquels se fondent sur des dossiers nominatifs. S'il advenait que les magistrats saisissent des dossiers de RMM, ils constateraient, pour le considérer comme un élément positif, que le service mène des actions afin de réduire le risque.

Tous s'accordent à reconnaître que cette démarche vise d'abord à améliorer les pratiques professionnelles afin de diminuer le risque pour les patients note **M. NAVARRO**. Pour sa part, il insiste sur le fait que l'analyse d'un cas précis ne doit pas rester cantonnée au service concerné. Les règles établies dans le cadre de ces analyses devant s'appliquer par tous, il importe de réfléchir à la manière d'assurer la diffusion de ces informations. A cet effet, il propose de consacrer une rubrique dans *Flash* permettant d'analyser certains événements graves et de détailler les recommandations qui en découlent. Enfin, il convient de mesurer le développement de ce type de pratique au moyen d'indicateurs, estime-t-il.

Selon **Mme DEBRAY-MEIGNAN** les services de gériatrie se trouvent essentiellement confrontés aux germes multi-résistants et aux erreurs de distribution de médicaments. Il existe un lien direct entre le nombre de personnels, et en particulier de personnels titulaires et le nombre de problèmes recensés indique-t-elle. Dans les faits, il n'est pas possible de dégager un consensus sur l'intérêt de réaliser un prélèvement systématique afin de détecter la présence de germes multi-résistants. De plus, les services disposent d'une faible marge d'action permettant d'augmenter leurs effectifs. Comment dans ces conditions éviter ces accidents qui semblent presque inévitables ?

S'il ne peut répondre à la question relative aux germes, en revanche **M. PAPIERNIK** signale que la charge de travail des personnels fait bien partie des items à examiner dans le cadre de la RMM.

M. DEVICTOR souligne l'importance de pouvoir bénéficier d'un regard extérieur neutre en cas d'événement indésirable grave, aussi les collégiales devraient-elles jouer un rôle majeur dans ce processus.

A la suite d'une remarque de **M. DEBRE** relative au signalement obligatoire d'un accident, **M. PAPIERNIK** cite deux expériences américaines lesquelles démontrent qu'une prise en charge adéquate et respectueuse de chaque accident permet de diminuer le nombre de dépôts de plaintes. Par ailleurs, dans le cadre de ses fonctions de chef de service de maternité, il a pu constater qu'adopter une démarche de vérité à l'égard des familles permet de réduire le risque de dépôt d'une plainte.

Pour mener depuis neuf mois des RMM, **M. FAGON** témoigne que cette démarche prend un temps considérable. En outre, elle peut mettre en évidence des dysfonctionnements liés à des comportements individuels qui ne peuvent être traités qu'au sein de la structure de soins. En revanche, remettre en cause des procédures ou des organisations d'un service implique le recours à un regard extérieur.

En second lieu, il ne voit pas comment ne pas évoquer dans le cadre d'une procédure judiciaire un comportement contraire à une procédure mise en œuvre lors d'une démarche de RMM. Il convient donc selon lui, de lever ces ambiguïtés pour que ces procédures relatives à la qualité se mettent en place sans réticence.

Le recours à un regard extérieur produit des effets lorsqu'il répond à une invitation du service concerné observe **M. PAPIERNIK**. Cette procédure permet notamment de réduire l'agressivité de certains intervenants et les problèmes d'individus.

On se trouve en effet confronté à une situation juridique délicate contrairement aux Etats-Unis qui ont voté une loi en juillet 2005 assurant la protection juridique des informations collectées dans le cadre des procédures d'analyse des accidents médicaux. La France ne dispose pas d'une telle législation mais le risque judiciaire ne s'aggraverait pas du fait de la mise en place des procédures de RMM. Cette démarche sera considérée par les juges et les experts comme un effort du service pour améliorer la sécurité de ses procédures.

Selon **M. DASSIER** les expériences mentionnées aux Etats-Unis s'intègrent dans une culture où l'erreur s'appréhende comme un moyen d'amélioration. Les anesthésistes souscrivent pleinement à la démarche engagée ; ils devront simplement prévoir les formations accompagnant ce processus, ainsi que des systèmes d'information permettant de détailler les erreurs commises.

Le **président** propose qu'une information relative à cette démarche soit rédigée en vue d'une publication sur le site de la CME.

IV - Les questions diverses.

1- Les difficultés d'orientation des patients.

M. LAPANDRY fait part à la communauté médicale des difficultés rencontrées dans l'orientation et la prise en charge de patients chirurgicaux de niveau B arrivés dans les services d'urgence en dehors des heures ouvrables. Une réunion relative à la permanence des soins étant programmée prochainement, il conviendra à cette occasion, d'examiner le respect des engagements des hôpitaux concernant l'acceptation de ce type de patients.

De la même manière, **M. DEBRE** note que lorsque des patients arrivés aux urgences ne peuvent être placés dans les services en lien avec leur pathologie, ils sont transférés vers un service inadéquat alors que les équipes ne sont pas compétentes pour les prendre en charge. Cette situation extrêmement dangereuse ne doit plus être acceptée, estime-t-il.

2- Les plages additionnelles des médecins anesthésistes.

La communauté des médecins anesthésistes réanimateurs tient à signaler certaines irrégularités dans le traitement des plages additionnelles, intervient **M. DASSIER** qui souligne l'inégalité de traitement entre les différents établissements. En effet, en opposition aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à la permanence des soins, certains établissements refusent toute contractualisation de plages additionnelles, d'autres d'établir des relevés individuels quadrimestriels d'activité. Une telle situation est préjudiciable à la sérénité de l'exercice et ne permet pas de mettre en exergue les praticiens hospitaliers qui s'investissent dans le service public hospitalier au-delà de leurs obligations statutaires.

3- La chefferie de service.

M. MADELENAT rappelle que la communauté médicale dans son ensemble s'interroge sur l'incertitude concernant la notion de chefferie de service car certains services sont dirigés par un chef de service provisoire depuis plusieurs années. Les personnels ne comprennent pas pourquoi cette situation s'éternise. D'ailleurs, certaines chefferies de service à titre provisoire ne pourront pas être désignées ce jour en séance restreinte ce qui s'avère susceptible de perturber gravement le fonctionnement des pôles. Aussi, il attire l'attention de l'instance sur une situation délétère au sein du pôle d'infectiologie de l'hôpital Bichat résultant de cette vacance.

Le **président**, qui réjoint ce point de vue, ajoute que l'absence de parution des vacances de postes des chefs de service au Journal officiel bloque l'ensemble des nominations et que ce dysfonctionnement renforce l'idée selon laquelle les services sont menacés dans le cadre de la création des pôles, alors que la loi est très claire à ce sujet. Il avait mentionné ce problème national lors de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers universitaires.

M. MADELENAT propose que la CME émette un vœu afin de rassurer les collègues et faciliter la mise en place des pôles.

M. PIETTE souscrit à ce propos et souhaite que la CME valide le fait qu'elle ne peut constituer des pôles qu'en regroupant des services, ou des unités fonctionnelles, dont les chefs sont désignés.

Le **président** met aux voix de la CME qui l'approuve à l'unanimité le principe d'un vœu restant à rédiger précisant que la CME de l'AP-HP regrette que la parution des chefferies de service au Journal officiel soit bloquée, constate que cette situation impacte son fonctionnement et demande que la procédure normale soit rétablie au plus vite.

*

*

*

La séance est levée à 11 heures.

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

Mardi 19 septembre 2006 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 6 septembre 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.