Procès verbal de la Commission Médicale d'Etablissement Locale du 23 Novembre 2017

Etaient présents :

Mesdames Aboki C, Bachalat N, Baranes L, Botterel-Chartier F, Bories D, Boubon-Sagnier MC, Challine D, Cordonnier-Jourdin C, Debray S, Delfau MH, Fanen P, Godefroy B, Habibi A, Haioun C, Haulon S, Jansen C, Lopez S, Makaroff M, Mallat A, MelicaGregoire G, Menasria F, Noguera E, Orio M, Paul M, Perro A, Teixier J , Wagner Ballon O

Messieurs Ait Mamar B, Audard V, Babai S, Bdeoui F, Belhadj K, Brunetti F, Decousser JW, Deux JF, Duvoux C, Chailloleau C, Dauriat T, David JP, Dhonneur G,Duvoux C, Godeau B, Grimbert P, Hemery F, Herbaud S, Herin E, Hezode C, Lagrange JL, Laurent A, Lecarpentier E, Leglise P, Le Roux P, Luciani A, Maury S, Merle JC, Mongardon N, Pigneur F, Pirnay P, Rahmouni A, Rasolondraibe D, Saidi N, Thomas S, Tournigand C, Zegai B,

Invités : JC Merle

Se sont excusés: Carteaux G, Claudepierre P, Goujon C, Pawlotsky JM

ORDRE DU JOUR

1. Avis sur les mouvements du personnel médical et approbation du PV de la CMEL d'octobre – A Mallat
2. Projet de transfert de l'activité chirurgicale de transplantation hépatique : Risques et conséquences pour le GH – A Mallat, A Luciani, P Grimbert
3. Point Activité-Budget – B Godefroy
4. Bilan du CBUS – C Cordonnier-Jourdin
5. Bilan Comedims 2016 – M Paul
6. Plan de prévention aspergillaire dans le cadre des travaux de RBI – C Jansen
7. Modification de structures médicales :
    a. Département de Biochimie Génétique
    b. UF PASS dentaire
    c. Unités fonctionnelles d'anesthésie réanimation
8. Questions diverses

La séance est ouverte à 16h30.

1. Mouvement du personnel médical - A Mallat (Annexe 1)

Le tableau « Mouvement du personnel médical » recueille, après consultation, l'avis favorable de tous les membres présents. A Mallat attire l'attention sur le départ de P Compagnon pour Genève au 1er décembre.

2. Projet de transfert de l'activité chirurgicale de transplantation hépatique : Risques et conséquences pour le GH – A Mallat, A Luciani, P Grimbert (Annexe 2)

La direction générale de de l'APHP a officiellement annoncé sa volonté de réduire le nombre de sites de transplantation hépatique de 4 à 3 et de transférer rapidement l'activité chirurgicale de greffe hépatique à Paul Brousse, parallèlement à la mutation de 2 chirurgiens sur le site de Paul Brousse. Dans ce schéma, il pourrait être proposé que la prise en charge pré-post-greffe de la filière mondorienne reste localisée sur le GH dans le cadre d'un projet bi-site Une note de cadrage est annoncée prochainement. Cette décision a officiellement été confirmée au cours d'un entretien réunissant le directeur général, le président de la CME, JL Dubois-Randé, P Wolkenstein en tant que chef de pôle et A Mallat, A Luciani en tant que représentants de la CMEL. La gouvernance médicale du GH a indiqué son opposition à ce projet de nature à fragiliser le projet médical du GH de façon importante avec des conséquences dépassant largement le seul cadre de la transplantation hépatique. Au décours de cette réunion, P Grimbert et A Luciani ont été missionnés par la Faculté de Médecine et la CMEL pour piloter un groupe de travail auquel ont été fixés 2 objectifs : analyser l'impact du transfert de l'activité chirurgicale de transplantation hépatique sur le projet stratégique du GH, et proposer une méthodologie en réponse. Le groupe constitué a rassemblé des acteurs des spécialités concernées de très près par cette décision, hépatologues, chirurgiens, anatomo-pathologistes, radiologues, néphrologues. A Mallat remercie les pilotes et les acteurs du groupe qui ont travaillé très rapidement.

P Grimbert et A Luciani présentent le résumé des réflexions du groupe de travail qui s'est attelé à démontrer l'impact majeur de cette décision qui dépasse largement les seules équipes d'hépatologie et de chirurgie hépatique et concerne de très nombreuses activités satellites, le parcours d'un patient transplanté hépatique étant en effet un parcours intégré très complexe dans un CHU de transplantation qui réalise toutes les transplantations et a une implication spécifique dans une activité de transplantation multi-organes multidisciplinaire, de montrer l'impact médico-économique de cette activité, et d'élaborer une méthodologie et un projet de manière à répondre aux menaces qui pèsent actuellement sur le site.
La transplantation hépatique est aujourd'hui au cœur de plusieurs dimensions stratégiques du projet du GH :

- un projet foie pour la prise en charge des maladies du foie en amont et en aval
- intégré au sein d'un pôle qui affiche la transplantation comme un axe fort sur le plan médical et universitaire, autour d'un DHU et de plusieurs équipes INSERM
- dans un contexte de transplantation multi-organes au sein d'un GH qui est aujourd'hui le premier site de prélèvement en Ile de France et le 5e au plan national

Le transfert de de l'activité chirurgicale à Paul Brousse représente une menace forte pour les autres activités de transplantation et au-delà pour les autres spécialités impliquées dans la greffe.

La modélisation du parcours d'un patient transplanté hépatique très structuré a permis de recenser rapidement les activités et les structures impactées en cas de transfert d'activité :

- Le bloc opératoire, avec notamment un impact fort sur l'activité chirurgicale du service de chirurgie hépatique et digestive (28% de l'activité reliée à la greffe hépatique).
- L'anesthésie- réanimation chirurgicale hépatique et digestive (15 lits de rea et 6 lits d'USC, 54% d'activité reliée à la greffe : hépatopathies sévères ou prise en charge péri-opératoire).
- La radiologie interventionnelle et l'imagerie diagnostique : depuis 15 ans, l'imagerie a œuvré à développer l'attractivité pour les jeunes médecins H et HU et permettre l'implantation de techniques innovantes autour de partenariats industriels. Nombre de ces avancées technologiques se sont faites autour de la transplantation hépatique avec un transfert secondaire sur des activités de recours (exemple des techniques de guidage en radiologie interventionnelle aujourd'hui déployées dans le cadre d'activités de recours pour la prise en charge des hémorragies pour lesquelles le site est identifié centre de recours dans le cadre de la PDSES).

- L'anatomopathologie, discipline exposée à une concurrence forte des structures extra-hospitalières pour laquelle l'attractivité hospitalo-universitaire repose sur l'accès à des collections d'explants et de pièces de résection hépatiques.
- Un lien fort entre les activités d'expertise telles que la transplantation hépatique et les missions de proximité qui ne peuvent être remplies que si le site est à même d'attirer des professionnels maîtrisant les techniques mises en jeu.
- Impact sur l'activité de doubles voire triples greffes simultanées sur le site.
- Impact sur des parcours patients tels que la prise en charge du carcinome hépatocellulaire (250 nouveaux patients annuellement) pour laquelle la transplantation hépatique est un geste thérapeutique capital.
- Impact sur la bio-banque du CHU pour laquelle plus de 50 % des prélèvements sont représentées par des prélèvements hépatiques.
- Impact majeur sur la biologie, l'infectiologie.
- Impact sur les activités de recherche et notamment sur les équipes INSERM directement impliquées soit dans le projet foie, soit dans le projet Transplantation du site.
- Impact sur la prise en charge de cohortes spécifiques du site telles que les patients drépanocytaires ou de la cohorte amylose.

Il y a donc indiscutablement un panel d'activité qui s'est développé autour de la transplantation hépatique depuis 15 ans et qui ne peut être remis en question du fait du seul départ d'hommes. Trois pistes ont été identifiées pour surmonter cette difficulté

- renforcer le recrutement des maladies hépatiques en étendant la filière de recrutement des hépatites virales C à l'ensemble des maladies hépatiques (77-91-94)
- renforcer à très court terme l'équipe de chirurgie hépato-biliaire pour assurer la pérennité de la prise en charge des patients en attente de gestes de résection ou transplantation hépatique
- continuer à développer l'axe multi-organes, avec un maintien de la transplantation hépatique et maintien des transplantations multi-organes

Discussion :

MH Delfau demande comment l'activité de recherche se compare à Paul Brousse. A Luciani répond que P Brousse est un excellent centre et que Mondor n'a pas à rougir de ses publications. P Grimbert, rajoute que Paul Brousse est un centre de transplantation hépatobiliaire d'excellence, alors que la spécificité de Mondor est de pouvoir présenter un centre intégré de la prise en charge des maladies du foie dans un CHU de transplantation multi-organes, donc un service médical rendu dans sa globalité. C Duvoux souligne, qu'en terme de qualité, un certain nombre de publications émanant du service d'hépatologie du CHU Mondor ont impacté très significativement la politique générale de transplantation hépatique au plan national et international et rappelle que le modèle de Mondor pour le cancer primitif du foie a été adopté par l'Agence de la Biomédecine et d'autres pays pour piloter les indications dans ce domaine.

A Rahmouni rappelle que le projet médical d'établissement inclut depuis plus de 30 ans la transplantation du foie et s'interroge sur l'imposition d'un changement du projet médical de Mondor par la direction générale et sur le caractère surprenant de la suppression d'une activité chirurgicale de Mondor à la veille de la mise en œuvre de RBI pour le déporter sur le site de Paul Brousse, structure isolée dont la fermeture à terme a été évoquée à plusieurs reprises au cours des dernières années. P Grimbert et A Mallat répondent que la démarche est probablement une démarche d'opportunité dans un contexte d'affaiblissement lié au départ d'une partie de l'équipe chirurgicale de Mondor, qui répond à des contraintes démographiques liées au vieillissement des équipes de chirurgiens transplanteurs de l'APHP, à des impératifs de restructuration pour des motifs médico-économiques, et qui permet d'afficher rapidement la mise en œuvre de ces restructurations. En l'espèce, l'impact médico-économique n'a probablement pas été évalué.
G Dhonneur demande des précisions sur le niveau de la menace. A Mallat juge la menace très importante avec un message ferme de la direction générale sur la diminution du nombre de centres Néanmoins, la lettre de

cadrage annoncée est en attente. P Grimbert précise qu'il sera probablement proposé un projet bi-site qui représente une menace majeure sur l'ensemble du parcours de soins du patient transplanté, hépatique dans l'immédiat, et probablement d'autres organes demain.

D Bories s'interroge sur la capacité des trois autres centres à absorber l'activité mondorienne. C Duvoux précise que c'est un point clef et que les fusions antérieures ont conduit à transférer 30 à 40 transplantations annuelles, un niveau bien en-deçà des 75 transplantations du site Mondor. Les équipes de Paul Brousse ne peuvent clairement pas absorber le surcroît d'activité sans un renforcement très significatif de moyens humains et logistiques (4 anesthésistes, l'ouverture d'un 5e bloc, une salle de réveil ouverte H24J, des IADE, IBODE, des hépatologues…).

JC Merle estime que le départ de la transplantation hépatique représente une catastrophe annoncée, notamment pour l'anesthésie-réanimation et demande si tout a été fait pour l'éviter. A Mallat répond que la gouvernance a dû mettre fin à une situation très conflictuelle et difficile au sein du service de chirurgie hépatique et digestive et que cette situation a ensuite été utilisée par le siège pour imposer la fermeture du site Mondor en tant que site chirurgical de greffe hépatique.
A Luciani insiste sur la nécessité de rebondir et de parer tout de suite à l'affaiblissement de la chirurgie hépatique de résection. A Mallat précise que le Président de la CME soutient le maintien de la chirurgie hépatobiliaire hors transplantation sur le site.

V Audard sollicite une mobilisation de l'ensemble de l'institution, compte tenu des retombées sur d'autres disciplines et sur le projet du GH. A Luciani confirme que le risque majeur est celui d'une perte d'attractivité pour les recrutements de médecins et de PNM et insiste sur l'importance de la réactivité.

C Haioun demande qui a décidé du transfert d'activité, et souhaite connaître la position du Ministère, de l'ABM. P Grimbert répond que c'est le choix du DG de passer de 4 à 3 centres de transplantation hépatique. Il ajoute que l'ABM ne se prononce pas sur les politiques stratégiques mais sur la qualité rendue au patient par un centre de transplantation. C Haioun rappelle que l'amputation de l'équipe chirurgicale met le site en situation de faiblesse et qu'il faut renforcer l'équipe dans les meilleurs délais pour pouvoir demander un moratoire. La situation actuelle fait suite à un problème d'hommes mais le site reste attractif du fait de son savoir-faire et de ses compétences pluridisciplinaires. Ce message doit être porté conjointement par la CMEL et l'éxécutif de la Faculté.

En synthèse, l'assemblée présente, membres et non membres adopte à l'unanimité une motion en 3 points sur :

- **Le caractère stratégique de l'axe de transplantation hépatique et le souhait de renforcement du recrutement de patients dans cette filière**
- **Demande un renforcement rapide de la chirurgie hépato-biliaire**
- **La vision du GH d'un centre intégré mono-site qui fait de la greffe multi-organes.**

O Wagner Ballon, vice-doyenne propose de relayer la position de la CMEL.

3. Activité à la fin septembre – Budget – B Godefroy, F Hemery (Annexe 3)

L'activité d'HC s'est stabilisée mais reste inférieure à la cible à fin septembre (-624 séjours). Plusieurs structures affichent une baisse de recettes et de séjour (réanimation chirurgicale, chirurgie vasculaire, USP Chenevier, médecine gériatrique, chirurgie viscérale, neurochirurgie), tandis que l'orthopédie a une activité en forte augmentation. Les raisons des baisses d'activité restent inchangées par rapport aux mois précédents (fermeture de lits sur le pôle CITI, décalage de certaines mesures nouvelles, BHRe, renouvellement d'équipes médicales).

L'activité d'HP est plus proche de la cible (-117 séances) avec un retrait en radiothérapie (réouverture du CHIC), en dialyse et en hématologie lymphoïde (postes fermés pour pénurie de personnel).
Sur les SSR et SLD, l'activité est en forte diminution, sur la filière gériatrique, (en SSR -5220 journées et SLD -15 108 journées), et sur les SSR spécialisés d'AC (digestif et cardiaque). Cette diminution est liée à des fermetures de lits pour travaux et en raison de la diminution du nombre d'internes. Ces diminutions d'activité associée à un effet prix du passage à la DMA SSR en 2017 (impact de -1 M€) va impacter fortement la dotation du GH.
En termes de recettes, l'écart à la cible est de -2.4 M€, notamment en raison d'une valorisation insuffisante au 3e trimestre, l'activité réalisée ne s'est pas traduite par une valorisation (séjours courts, retards de codage, en particulier au bloc opératoire). Il est noté que le taux de SS a évolué au 3e trimestre passant de 92.9% à 93.2%, ce qui a pour conséquence une diminution des recettes hors assurance maladie.
Les dépenses sont dans l'épure des prévisions pour le titre 1 (+1.1 M). L'atterrissage semble conforme aux prévisions du GH.

Discussion :
A Mallat invite Mme Godefroy à relayer les annonces récentes du siège en termes d'efficience pour l'année 2018.
Mme Godefroy rappelle que l'efficience annuelle demandée au GH est de 10 M€ (montant calculé individuellement pour chaque GH). L'atterrissage 2017 de l'APHP, initialement prévu à -39 M€ enregistre une forte dégradation en fin d'année du fait d'une baisse d'activité globale et d'une diminution des crédits MIG (-100 M K€). Ce déficit va conduire à mettre en place un plan de redressement et à majorer l'effort d'efficience demandé au GH.
A Mallat indique qu'un effort supplémentaire 50 M€ sera demandé au global à l'APHP, ce qui devrait se traduire pour le GH par un montant de 5 M€ qui impactera surtout 2019. Les tutelles demandent également un effort resserré sur la progression de la masse salariale qui était précédemment limité à 1 %, et est désormais fixé à 0.6%. Ce taux conduira inévitablement à réduire le nombre d'emplois. A Mallat estime que cet effort supplémentaire paraît difficilement envisageable sans une politique active de fermeture de sites, notamment en intra-muros dans le contexte actuel caractérisé par un fléchissement d'activité sur nombre de sites à des fermetures de lits pour pénurie de personnel.

4. Bilan 2016 du Contrat de bon usage – C Cordonnier Jourdin (Annexe 4)

Le rapport institutionnel a été rendu par l'ARS avec un score satisfaisant >78/100 pour l'APHP comme pour le GH.
Les points d'amélioration relevés par l'ARS portent sur :

- la tenue du dossier patient à renforcer sur Mondor notamment pour la trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique,
- la montée en charge de la pharmacie clinique avec une activité de conciliation sur l'ensemble des sites sauf sur GCL à développer, et l'analyse pharmaceutique de la prescription médicamenteuse complète du patient qui est une priorité régionale et dans le plan stratégique de l'APHP, qui doit être améliorée sur le site de Mondor,
- la poursuite de la formation des professionnels notamment pour tous les nouveaux arrivants et les sensibiliser à la déclaration des effets indésirables.
- la remise systématique d'un document de traçabilité au patient à la sortie pour toute implantation de DMI (bloc, Gastroentérologie, bloc, orthopédie, cardio interventionnelle).
- Information systématique du patient et traçabilité dans Orbis en cas d'utilisation d'un médicament hors référentiel cad hors AMM. Pour 2017, il est proposé d'insérer le scan de la justification récupéré par la pharmacie dans ORBIS.

Le CBUS disparaît en 2018 pour évoluer vers une nouvelle structure, le CAQES. En réponse à l'appel à candidature d'A Mallat, K Belhadj se porte candidat comme représentant médical CAQES du GH.

5. Bilan 2016 du Comedims – M Paul (Annexe 5)

Le bilan est présenté avec retard. Les données d'activité 2016 sont présentées en annexe. Aux missions habituelles s'ajoute désormais le suivi des prescriptions hors AMM.
Les protocoles et procédures mis en place concernent la prise en charge de constipation en psychiatrie, la nutrition parentérale, la gestion de la péremption des DMI, la gestion des traitements personnels, la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé et la prise en charge de l'ulcère gastro-duodénal.
De nombreux audits et évaluations ont été réalisés, notamment sur des molécules admises pour lesquelles avaient été émises des réserves ou l'utilisation des biosimilaires. Des évaluations et recommandations ont été faites notamment sur la prescription et la traçabilité des médicaments si besoin.
Les objectifs ciblés pour 2017 ont porté sur le développement de la pharmacie clinique sur l'ensemble du GH, notamment de la conciliation médicamenteuse très chronophage pour laquelle il manque encore l'outil informatique dossier patient, l'amélioration de la qualité de la prescription à AC et HM, l'information des patients et la traçabilité en cas de prescription hors AMM.

6. Plan de prévention aspergillaire dans le cadre des travaux de RBI – C Jansen (Annexe 6)

Le chantier RBI comporte des risques infectieux fongiques sur une longue durée pour les patients à haut risque (hémato : greffe, neutropénie profonde, transplantés d'organe). Le vent d'ouest va apporter les spores d'aspergillus sur la façade ouest de l'IGH.
Des recommandations seront faites auprès des services cliniques de maintenir fermées les fenêtres en façade ouest et les sorties de secours à hauteur du bloc opératoire et de l'imagerie médicale, d'intensifier le nettoyage par la société GOM dans les services et le RCB. Le port de masque sera préconisé pour les patients à haut risque lors des transferts internes (imagerie, consultation d'anesthésie). Les services techniques vont assurer la surveillance des centrales de traitement d'air.

Questions et discussion
F Botterel insiste sur le risque critique de dispersion aspergillaire comme cela a été montré à l'occasion de travaux à Lyon qui ont conduit à l'apparition d'aspergillus de même génotype au domicile des patients suivis dans l'hôpital. A Rahmouni s'interroge sur les risques induits par les centrales de traitement d'air. F Botterel indique que les filtres des centrales doivent être très régulièrement surveillés.

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 19h00.

Prochaine CMEL le Jeudi 14 Décembre 2017 de 16h30 à 18h30 – Salle JJ Galey.