

## **Assemblée Générale du CNCE**

**Lyon, samedi 24 mai 2014, 9h - 10 h**

### **Nouveaux représentants du CNCE à la Fédération des Spécialités Médicales (FSM)**

La FMS a contacté le CNCE pour qu'il désigne ses deux représentants à la FMS. Après un appel à candidature circulaire par mail, deux candidats ont accepté de nous représenter :

Philippe Montupet qui nous représentait déjà

Patrick Carlioz qui remplace Jean-Luc Jouve

Philippe Montupet précise que dans les deux représentants à la FSM, il doit y avoir un hospitalier et un libéral. Patrick Carlioz représente le libéral et philippe Montupet le public puisqu'il exerce en public sur Bicêtre et Orsay.

### **Réunion CNP / FMS sur le post-internat**

Sous l'égide de l'Académie Nationale de Chirurgie une

réunion a rassemblé le 24 mars dernier les différents Conseils Nationaux Professionnels chirurgicaux (CNP) et la Fédération Médicales des Spécialités (FMS). Le CNCE était représenté par Marie Laurence Poli Mérol. Les Conseils Nationaux des Universités (CNU) étaient invités à cette réunion mais ils n'ont pas souhaité y participer. Un compte-rendu de cette réunion devait nous être adressé mais à ce jour, nous ne l'avons pas reçu. Tous les intervenants ont souhaité pour la filière chirurgicale une maquette avec un internat de 4 ans et un post internat d'au moins 2 ans. Les intervenants ont souligné l'importance d'un « vrai » post-internat et non pas un « internat séniorisé style médaille d'or » qui n'implique rien en terme de responsabilité pour valider la spécialité. La possibilité de "partenariats" entre services pour "partager" les stages a été évoquée. La chirurgie générale et de son DES devraient disparaître. Les intervenants ont insisté sur la responsabilité des "maquetteurs" des spécialités de ne pas faire une formation trop « pointue » (éviter le piège de certains pays où on appelle le plasticien pour fermer la peau).

### **Commission VAE du comité cancer de la FSM**

Cette réunion a eu lieu le 12 février 2014. Le CNCE était représenté par Marie Laurence Poli Mérol. Un compte-rendu de cette réunion nous a été adressé (cf. ci-dessous) :

Participants : Laurent Broucher, Antoine Carpentier, Jean-Luc

Descotes, Franck Devulder, Olivier Farges, Olivier Goëau-Brissonnière, Patrick Goudot, Yves Grillet, Bruno Housset, Thierry Lebret, Bertrand Millat, Arnaud Mejean, Marie-Laurence Poli-Mérol, Philippe Rougier.

Thierry Lebret propose de faire un tour de table afin que chacun puisse se présenter.

L'objectif de la réunion est de faire le point sur ce qui a été entrepris par la commission VAE du comité cancer de la FSM et de discuter des nouvelles actions à mener. On a le sentiment très net de voir la spécialité d'oncologie médicale émerger d'une manière telle que cela pose la question de la répartition du travail de soin entre oncologues et spécialistes d'organes.

La FNS20 regroupe une grande majorité des spécialistes d'organes. Elle a pour objectif d'avoir un langage commun sur la cancérologie d'organes, non pas contre, mais avec l'oncologie médicale. Son bureau vient d'être récemment renouvelé.

La FSM regroupe quant à elle la FNS2O, qui est membre associé, les CNP d'oncologie médicale et de radiothérapie. Olivier Goëau-Brissonnière regrette que les représentants du CNP d'oncologie médicale n'aient pas pu se libérer pour assister à cette réunion. Véronique Trillet-Lenoir - Bruno Housset peut en témoigner - avait demandé à ce qu'une telle réunion soit organisée par la FSM.

L'année dernière, la commission a travaillé sur la démographie des spécialistes d'organes impliqués en cancérologie, évolution qui va être confrontée aux enjeux que sont le vieillissement de la population et l'augmentation de l'incidence des cancers. Les prévisions qui ont été faites sur les prochaines années concluent à une demande accrue de soins en cancérologie.

Si on compare la situation de la France à celle des autres pays européens, on voit qu'elle se situe au 17ème ou 18ème rang en termes de nombre d'oncologues médicaux, mais il est difficile de faire réellement des comparaisons car les pratiques sont très différentes d'un pays à l'autre. Ainsi, les urologues ont le droit de faire des chimiothérapies en Allemagne alors qu'en Angleterre ils ne font que de la chirurgie.

L'augmentation depuis 2007 du nombre d'internes en oncologie va conduire dans les années à venir à une augmentation du nombre d'oncologues médicaux. Si leur nombre s'accroît, la concurrence avec les spécialistes d'organes va aussi s'intensifier. Il faut donc se préparer à cette situation.

Chaque spécialité doit mener une réflexion en lien avec les CNU sur le nombre d'internes qui doivent être formés à la cancérologie.

Aujourd'hui, que se passe-t-il ? Deux possibilités s'offrent en fait aux spécialistes d'organes pour acquérir des compétences en cancérologie et par conséquent le droit de primo prescrire des chimiothérapies :

1. Acquérir une VAE universitaire (qui se décline au travers de 5 options), et donc un diplôme universitaire avec des droits universitaires. Cette VAE est toutefois soumise à des quotas régionaux dont la justification est de répondre à la nécessité de lutter contre les déserts médicaux. Ce dispositif est donc complètement dépendant de l'existant et du maillage régional actuel.

2. Acquérir une VAE ordinale lorsqu'elle sera activée. Ce n'est pas encore le cas en l'absence de publication du décret d'application. La balle est aujourd'hui, semble-t-il, dans le camp du CNOM. Ce dossier est géré par le Pr Robert Nicomède. Il faudrait peut-être le rencontrer pour voir

comment accélérer la mise en place des commissions d'habilitation. La VAE ordinale fonctionnera de manière classique avec un jury et une commission d'appel, sur la base des textes qui régissent le DESC de cancérologie de type 1. Pour Bertrand Millat, il est nécessaire dès lors que l'on aborde la question de la sur spécialisation en oncologie de s'interroger aussi sur le fait de former des médecins à un métier qui leur permette de vivre. Tous ne sont pas tous salariés, il est important d'avoir ceci à l'esprit.

Olivier Goëau-Brissonnière signale que la convention signée entre le CNOM et la FSM prévoit qu'il sera désormais fait appel à la FSM pour désigner les membres des commissions de qualification. La FSM le fera bien sûr en plein accord avec les CNP.

Bruno Housset souhaite faire quelques commentaires sur les quotas. L'arrêté du 15 octobre 2013 est distribué aux participants en séance.

- On comprend mal pourquoi ils évoluent.
- Ils ne concernent que la cancérologie et ne tiennent pas compte des disparités entre spécialités.
- Le CNP de pneumologie a réalisé une enquête auprès des médecins qui ont sollicité cette VAE. 28 % des médecins qui ont présenté une demande, (sur 60 % de répondants), n'ont pas été retenus.
- Certains jurys ne se sont pas réunis dans des conditions critiquables. Celui de Rhône- Alpes par exemple a organisé in extremis une réunion à la fin de l'année car c'est une obligation.
- Enfin, on ne peut pas enfin se représenter pendant un délai de 3 ans ce qui pose un réel problème.

Bruno Housset souhaiterait savoir si d'autres spécialités ont mené des enquêtes sur les résultats de la VAE.

Thierry Lebret ajoute que les spécialités d'organes ne peuvent

que regretter de ne pas avoir de représentants titulaires dans ces commissions, seuls des suppléants ont été désignés. L'urologie n'a pas réalisé d'enquête car elle n'était pas éligible. Les urologues n'avaient pas la possibilité d'aller sur l'option 1 « traitements médicaux » du DESC de cancérologie. Le CNP a réussi à faire sauter ce verrou (l'annexe IV'), il y aura donc vraisemblablement de nombreuses demandes émanant d'urologues en 2014. Si le quota est faible, cela reviendra de fait à fermer le dispositif et l'accès à cette compétence. C'est pourquoi une démarche collective est essentielle. Pour Philippe Rougier, la FSM doit réagir fortement. 1200 spécialistes d'organes font aujourd'hui de la cancérologie. Il est donc parfaitement anormal qu'il n'y ait pas de parité dans ces commissions. Les différents CNU doivent y être représentés. Il faut exiger que la composition de ces jurys soit revue.

Il faut faire passer le message suivant : on peut apprendre l'administration de produits, alors que la décision stratégique est, elle, du domaine de l'hyper compétence. Le maniement de produits cancéreux n'est pas compliqué, pas plus que les immunothérapies ou d'une certaine manière les antibiotiques. Le Plan cancer 3 ne parle pas du tout de ceci. Il parle de l'égalité des chances et de l'accès rapide mais avec la traduction pratique suivante : il faut multiplier le nombre d'IRM sur tout le territoire. La question de l'accès aux spécialistes qui connaissent vraiment bien le cancer n'est pas abordée. Il faut donc saisir l'occasion du Plan cancer 3 pour faire une lettre ouverte au Président de la République et expliquer qu'alors que les spécialistes d'organes traitent les deux tiers

des cancers, ils sont en fait juste tolérés sur ce sujet. Leur représentation ne correspond pas à l'implication qui est la leur dans les prises en charge et les traitements ni au niveau national (on peut citer l'exemple de l'Inca) ni au niveau régional, par exemple dans les commissions cancer mises en place par les ARS. Or, les spécialistes d'organes ont des choses à dire sur les parcours des patients et les compétences. Cette situation doit évoluer.

Yves Grillet demande quelle est la justification des quotas. Pourquoi fixe-t-on un plafond à ne pas dépasser ? Quelle est l'autorité qui fixe ces quotas ?

Pour Arnaud Méjean, il faut effectivement que la FSM demande à avoir connaissance des critères.

Philippe Rougier constate que l'accès à la qualification est bloqué, alors même que le besoin de « régulariser » des médecins spécialistes qui ne font plus que de l'oncologie est encore important.

La caractérisation moléculaire des tumeurs est un progrès mais il ne faut pas non plus que les tumeurs soient traitées uniquement en fonction de ceci. Les mutations n'ont pas la même signification dès lors qu'elles ne concernent pas les mêmes organes. Autre exemple : une tumeur qui apparaît dans la prostate pose aussi des problèmes à son environnement. Il faut donc rappeler qu'on a toujours besoin de considérer l'organe et pas seulement la tumeur.

Il faut faire attention à l'idée de personnalisation des soins qui peut être utilisée pour défendre le fait de ne s'intéresser qu'à la tumeur. Le danger serait de n'être qu'au niveau cellulaire et pas au niveau de l'organe.

Franck Devulder demande quelle est la cohérence entre les deux VAE.

Il est précisé qu'en fait, elles se valent.

Thierry Lebret insiste sur la nécessité d'avoir des explications

sur les quotas mis en place. Il faut que les spécialistes aient leur mot à dire sur ce sujet.

Philippe Rougier explique que l'Inca n'a pas été fermé à la considération de regarder quel était l'apport des spécialistes d'organes en cancérologie. Il a mené une enquête en lien avec la FNS20 portant sur 4 spécialités : la pneumologie, la gastroentérologie, la dermatologie et la neurologie. L'enquête a permis d'identifier le nombre et l'importance des spécialistes qui ont une activité de cancérologie supérieure à 50 % et prescrivent des chimiothérapies.

4800 réponses environ ont été reçues. Parmi les répondants, l'enquête a permis d'identifier 500 pneumologues correspondant aux critères, 460 gastro-entérologues (en fait il y en a 700), 200 dermatologues et 50 neuro-oncologues. Au total, ce sont donc 1200 médecins, parmi eux un tiers n'a ni compétence ordinale, ni DESC de type 1.

Il serait intéressant de disposer dans chaque établissement d'une carte des médecins qui prescrivent des chimiothérapies. Bertrand Millat souhaite que la question soit aussi posée en termes de prospective. Il faut veiller à ne pas rester bloqué sur l'existant. On ne peut complètement exclure la possibilité que peut être dans dix ans, le traitement de première intention soit la prescription de comprimés.

Thierry Lebret confirme que cet aspect est important car c'est ce que les urologues vivent aujourd'hui.

Pour Bertrand Millat, il faut donc que le groupe propose quelque chose qui soit encore valable dans 10 ans.

Arnaud Méjean remarque que les études qui mènent à l'enregistrement des drogues sont majoritairement réalisées par des oncologues médicaux. C'est aussi un point sur lequel il faut se mobiliser.

Patrick Goudot souhaite que l'activité chirurgicale ne soit pas oubliée dans la discussion, ce qui lui semble être un peu le cas

depuis le début de la réunion. Sa spécialité n'intervient pas dans la chimiothérapie. L'activité chirurgicale pèse très lourd. Comment est-elle valorisée ?

Thierry Lebret partage ce qui vient d'être dit. La question de l'évolution de la chirurgie cancérologique est aussi débattue. Il faut vraiment veiller de son point de vue à ce qu'elle ne soit pas individualisée et qu'on n'assiste pas à la reconnaissance d'une compétence chirurgicale cancérologique générale qui permettrait à des chirurgiens d'opérer tous les cancers quels que soient les organes concernés.

Pour Bertrand Millat, cette évolution aurait d'autant moins de sens que le cancer n'apparaît qu'au moment de l'examen histologique. Il n'est pas question de voir se créer une spécialité de chirurgie oncologique avec des chirurgiens cancérologues.

Les évolutions conjoncturelles actuelles doivent inciter chacun à revoir dans sa spécialité quel est le contenu des formations initiales en cancérologie et quelle est l'organisation des formations continues. Il faut entamer la révision des programmes en s'interrogeant sur ce que devra savoir faire un chirurgien digestif en 2015.

Il faut élaborer des référentiels métiers dans lequel l'oncologie fait partie des acquisitions indispensables pour devenir spécialistes d'organes. Dans cette optique, il est intéressant de participer au travers des fédérations, des sociétés de recherche clinique pluridisciplinaires dirigées par les spécialistes d'organes.

Les participants sont d'accord pour dire aussi que les spécialistes d'organes ne feront pas non plus l'oncologie tous seuls. L'interpénétration des spécialités est essentielle.

Thierry Lebret pense qu'il serait bon d'avoir un entretien avec le Pr Olivier Lyon-Caen sur ce sujet.

Yves Grillet revient sur le problème de l'accès à la

compétence .Il faut s'interroger sur la place de la cancérologie dans la formation initiale de chaque spécialité d'organe. En effet, les spécialités ne seront pas crédibles si tous les spécialistes peuvent obtenir cette compétence. Pourrait-on mettre en place un tronc commun sur l'oncologie ?

Des éléments communs existent déjà, des questions de cancérologie sont ainsi obligatoires pour l'ECN. Certes, les enseignements se font au niveau de l'inter région, mais sur la base de programmes nationaux élaborés par les collégiales. Yves Grillet reprecise sa question : la formation initiale n'est pas du ressort de la FSM ou de la FNS20. Il craint que les formations ne soient pas homogènes et que cet argument ne soit utilisé contre les spécialistes d'organes.

Il est remarqué que le décret du 3 mai 2012 relatif à la VAE ordinaire comporte aussi un dispositif de quotas : le nombre maximum de médecins qui pourront en bénéficier sera fixé par le Ministre de la santé en fonction des régions et des spécialités.

Olivier Farges demande comment ces dispositions se combinent avec le principe de libre circulation en Europe. Un médecin allemand qui peut prescrire des chimiothérapies verra-t-il sa compétence refusée s'il s'installe en France ?

Thierry Lebret répond que chaque Etat reste libre de déterminer ses propres conditions au niveau des AMM.

L'inscription qui se fait par drogue peut donc être différente en fonction des Etats. L'urologie a été récemment confrontée à cette situation, la France n'ayant pas accepté de lui confier la prescription d'un médicament alors que la quasi-totalité des pays européens l'avaient fait car il s'agissait d'un traitement que manient les urologues depuis des années.

Antoine Carpentier se demande si on ne pourrait pas demander aux oncologues de suivre une formation complémentaire et de passer une VAE par discipline.

Pour Bertrand Millat, le risque serait d'accroître encore la balkanisation, il faut viser plus haut et refuser un découpage qui se ferait au gré de l'apparition des connaissances. La difficulté de la situation vient aussi du fait que le cancer est devenu une maladie très médiatique.

Philippe Rougier propose de rediscuter avec le CNOM de manière à ce que l'on abandonne une vision monoculaire, qui conduit à accorder des VAE en fonction des carences d'oncologues.

L'idéal serait de lancer une enquête pour savoir ce qui s'est passé ponctuellement dans chaque ville, mais c'est un énorme travail.

La stratégie qui viserait à demander aux oncologues de suivre des formations complémentaires risque de ne pas être crédible car un certain nombre de cancérologues se sont complètement spécialisés. Ce sont eux qui seront mis en avant.

Une autre question importante concerne le fonctionnement des RCP. Pour qu'une RCP soit compétente localement, il faudrait que l'on puisse s'assurer de la présence d'un spécialiste de la pathologie. On ne sait pas non plus sur quels critères les dossiers sont envoyés à des RCP spécialisées. Les RCP doivent comprendre des spécialistes et fonctionner en réseau avec des centres de recours.

On peut enfin relever que les RCP ont été rendues obligatoires pour certaines tumeurs rares, les situations particulières ont été complètement exclues.

Olivier Farges partage le constat de la nécessité de former des chirurgiens qui connaissent l'oncologie de manière à ce qu'ils puissent participer et gérer des RCP.

Les participants se demandent s'il est possible de trouver la composition des jurys inter régions mis en place dans le cadre de la VAE universitaire.

Thierry Lebret indique que la question de l'avenir des jeunes

spécialistes pèse de manière importante dans le débat. Aujourd'hui, ils suivent le même nombre d'heures d'enseignement sur la cancérologie que dans un cursus de cancérologie. Que ferait-on des 45 % de jeunes médecins qui seront formés si on leur enlève la cancérologie ?

Une autre proposition pourrait être de s'appuyer sur les regroupements en cours entre structures, si les uns et les autres appartiennent aux mêmes organisations, le dialogue sera plus simple.

Antoine Carpentier indique que son principal souci, en tant que chef de service, est de pouvoir obtenir une habilitation des jeunes.

Le rapport de François-René Pruvot et François Couraud sur la réforme du troisième cycle des études médicales qui vient d'être remis aux conseillers des Ministres propose la suppression des DESC de type 1 et leur transformation en FST (Formations Spécialisées Transversales).

Thierry Lebret pense que le groupe devrait se positionner sur le maintien ou non du DESC de cancérologie.

Marie-Laurence Poli-Mérol indique qu'en ce qui concerne la chirurgie pédiatrique, le DESC de type 1 paraît totalement inutile. Cela l'est d'autant plus que l'internat chirurgical se raccourcit.

Laurent Brouchet remarque que problème pour la chirurgie thoracique est que les jeunes chirurgiens n'ont pas actuellement la possibilité d'avoir accès à un semestre d'oncologie pure.

Thierry Lebret ajoute que la situation est identique en urologie. Deux internes de son service ont demandé à bénéficier d'un stage en oncologie médicale, ce qui leur a été refusé. Les stages vont se fermer au fur et à mesure compte de l'évolution démographique des oncologues. Cette volonté d'autonomisation va réellement poser problème. A l'extrême,

il pourrait y avoir un jour de la même manière une autonomisation de « la spécialité de l'inflammation ». Pour Bertrand Millat, c'est bien le problème que pose l'évolution vers une médecine qui serait complètement explosée.

Arnaud Méjean indique que les préoccupations financières ne sont pas absentes de ce débat. Les molécules coutent cher. Les pouvoirs publics sont très vigilants et veulent réserver la prescription de ces drogues à certains médecins et donc ne pas avoir toute une spécialité potentiellement prescriptrice.

Philippe Rougier répond que les enquêtes menées ont montré que 60 % des prescriptions néoplasiques hors AMM viennent des oncologues. Ils sont plus impliqués dans cette augmentation que les spécialistes.

En conclusion, il est décidé que la FSM :

- sollicitera un RDV avec le Pr Olivier Lyon-Caen
- écrira un courrier à François Hollande attirant son attention sur la nécessité d'inscrire dans le plan cancer la nécessaire complémentarité entre spécialistes d'organes et oncologues médicaux
- prendra contact avec le Pr Robert Nicodème pour accélérer la mise en place de la VAE ordinale

Il est souhaité que chaque spécialité lance une enquête en interne pour connaître les résultats de la VAE universitaire de manière à pouvoir objectiver la situation.

Chaque CNP garde bien sur toute latitude pour organiser des actions de lobbying qui lui sont propres. La FNS20 se positionnera sur des actions plus spécifiques que celles menées par la FSM : identification des problèmes qui se posent dans chaque spécialité, travail sur le parcours des patients.

Il est enfin proposé que la FSM en lien la FNS20 organise une journée sur la cancérologie en septembre.

La prochaine réunion du groupe aura lieu en mars pour commencer à travailler sur le programme.

### **Relations UEMS - CNCE**

Une rencontre a eu lieu à Paris entre J.B. Parigi, président de la section pédiatrique de l'European Union of Medical Specialties (UEMS) et Philippe Montupet et Joël Lechevallier qui représentaient le CNCE. Cette réunion a abordé la création d'une sous section d'orthopédie pédiatrique (comme il en existe une en urologie pédiatrique) même si bien entendu, l'orthopédie pédiatrique reste relié à la chirurgie pédiatrique. La France est un des rares pays européen où l'orthopédie infantile est rattachée à la chirurgie infantile. Dans les autres pays européens, l'orthopédie infantile est rattachée à l'orthopédie adulte. L'Assemblée Générale de l'UEMS se tiendra à Dublin lors du congrès européen de chirurgie infantile. Le représentant français « orthopédiste » est Brice Ihareborde qui remplace à ce poste Joël Lechevallier. Jean-Michel Guys a regretté le peu d'implication des orthopédistes pédiatres français dans l'UEMS qui existe depuis 20 ans. Il rappelle que l'UEMS cherche à harmoniser les études médicales dans les différents pays européens avec une relecture actuelle du synopsis sur ces études médicales. Il est donc important que la chirurgie pédiatrique française soit efficacement représentée dans cette instance. Philippe Montupet sera présent à l'Assemblée Générale de l'UEMS à Dublin en juin prochain avec Benjamin Frémont. Il s'engage à nous faire un résumé de cette AG que le CNCE vous

transmettra.

## **Grille patient traceur en chirurgie ambulatoire de la HAS**

Cette grille est à destination des experts visiteurs lors des visites de certifications comme un certain nombre d'autres sur les PEP en particulier. Les établissements peuvent bien sûr s'en servir pour s'approprier les outils et les exigences (certaines assez floues "convenables, satisfaisantes" ..). Pour le moment, toute une première série de grille d'audit a déjà été validée. Cette grille vise à évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients tout au long de leur parcours de chirurgie ambulatoire ainsi que la capacité des établissements à mettre en place une approche centrée sur le patient. Cette grille a été rédigée par un groupe de travail adulte. Cette grille ne comprenait initialement aucun item infantile malgré les recommandations établies et publiées par feu l'OA ChirPed. C'est le rôle du CNCE de défendre la spécificité pédiatrique vis à vis des tutelles. Un premier travail de mise à jour pour la pédiatrie (cf. grille ci-dessous) a été réalisé par Catherine Le Rouzic et Régine Léculée que nous tenons à remercier chaleureusement. Nous avons adressé cette grille par mail à tous les membres du CNCE en leur demandant une relecture attentive (avec éventuellement des ajouts ou corrections) de tous les items sur la chirurgie ambulatoire afin que cette grille puisse être validée par toutes les composantes du CNCE :

Le patient a été informé sur le rapport bénéfice/risque chirurgical/anesthésique de l'intervention et sur ses modalités

de réalisation en ambulatoire. Son consentement éclairé du patient (ou celui de ses représentants légaux s'il s'agit d'un mineur) a été recueilli.

Le patient (et ses représentants légaux s'il s'agit d'un mineur exception faite pour les IVG) a été informé sur le rapport bénéfique/risque chirurgical/anesthésique de l'intervention et sur les modalités de réalisation prise en charge en ambulatoire, par tous les moyens adaptés à son niveau de compréhension. Les consentements éclairés (chirurgie, anesthésie et ambulatoire) du patient (ou celui de TOUS ses représentants légaux s'il s'agit d'un mineur sauf IVG) sont disponibles dans le dossier.

1. Les informations médicales issues de la consultation chirurgicale (diagnostic, rapport bénéfique/risque de l'intervention chirurgicale chez le patient, choix de l'acte et de la technique chirurgicale, latéralité, poids ...) et de la consultation anesthésique (poids, choix du type et de la technique anesthésique, antibioprophylaxie, examens complémentaires si besoin, modification éventuelles des traitements, etc.) sont tracées dans le dossier et sont adaptées à l'âge et la compréhension du patient (dessins, pictogrammes, bandes dessinées...).

2. L'évaluation de l'éligibilité à la prise en charge ambulatoire a été réalisée et est tracée dans le dossier (âge théorique ou corrigé, score ASA, environnement familial, angoisse parentale... en particulier pour les enfants).

3. L'identité et les coordonnées du médecin traitant sont tracées dans le dossier.

La copie du courrier faite par le chirurgien avant l'intervention

et adressée au médecin traitant précise la prise en charge en ambulatoire. Elle est disponible dans le dossier.

10. Les conditions d'accueil en UCA avant l'intervention (accueil, identification, délai de prise en charge, surveillance avant l'intervention, intimité, dignité, confidentialité) ont été satisfaisantes pour le patient et pour son/ses accompagnants. Pour les enfants, les conditions d'accueil en UCA sont conformes aux recommandations (personnel formé à la prise en charge des enfants, unité adossée à une unité pédiatrique médicale ou chirurgicale, environnement adapté -berceaux, lits à barreaux, secteur réservé pédiatrique lorsque accueil dans une UCA mixte, regroupement par tranche d'âge, facilité d'accueil des parents pour rester auprès de leurs enfants...).

12. Les conditions de déplacement/brancardage (intimité, sécurité -matériel adapté à l'âge du patient et accompagnants, confidentialité, prise en charge de la douleur, etc.) ont été satisfaisantes.

14. Les documents nécessaires pour la prise en charge du patient au bloc opératoire sont présents : dossier chirurgical (courrier précisant l'intervention et la latéralité, examens complémentaires tels que le dossier d'imagerie...), dossier d'anesthésie (incluant la visite pré anesthésique, poids...).

17. Les dispositifs médicaux implantés et les actes réalisés sont tracés dans le dossier ou dans le logiciel de bloc ou sur un autre support. Le Compte rendu opératoire est présent dans le dossier (et éventuellement remis au patient (ou à ses représentants légaux s'il est mineur) à la sortie.

19. Le compte rendu opératoire est présent dans le dossier (et éventuellement remis au patient (ou à ses représentants légaux s'il est mineur) à la sortie.

20. Les conditions de prise en charge en SSPI (identification, intimité, dignité, confidentialité, surveillance, confort et prise en charge de la douleur, des nausées/vomissements éventuels, équipement adapté, etc.) ont été satisfaisantes.

### **OA ChirPed**

Jean Bréaud et Hubert Lardy ont présenté la création de l'Organisme d'Accréditation (OA) ChirPed. Jean Bréaud a rappelé que le professionnel de santé satisfait à son obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel. Ce programme de DPC doit :

- être conforme à une orientation nationale ou à une orientation régionale de DPC;
- comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS après avis de la commission scientifique indépendante (ou de la commission scientifique du Haut Conseil des Professions Paramédicales, l'HCPP) ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de DPC ;
- être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré et

évalué positivement par la Commission Scientifique Indépendante (CSI) correspondante de la profession ou la CS du HCPP.

Un programme de DPC associe deux activités :

1. l'analyse des pratiques professionnelles, lors d'une activité explicite qui comporte :

- un temps dédié,
- un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts...),
- une analyse critique et constructive des pratiques réalisées, par rapport à la pratique attendue,
  - des objectifs et des actions d'amélioration,
  - un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels ;

l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences, lors d'une activité explicite qui comporte :

- un temps dédié,
- des objectifs pédagogiques,
- des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, éthiques, organisationnelles, consensus d'experts...),
- une évaluation, notamment de l'acquisition des connaissances, et une restitution des résultats aux professionnels ;

Ce programme doit être indépendant par rapport à l'industrie et la confidentialité doit être respectée.

Les supports utilisés (papiers, numériques)

Les supports utilisés pour décrire les pratiques recommandées (supports pédagogiques, référentiels d'analyse des pratiques...) utilisent des références scientifiques identifiées. Pas de promotion / conflits d'intérêt exposés et financements affichés.

Les supports issus de la presse scientifique professionnelle respectent des critères de qualité décrits dans une fiche spécifique.

L'expertise pédagogique, scientifique ou méthodologique des intervenants est portée à la connaissance des participants. Les intervenants (auteurs, formateurs, concepteurs, experts...) doivent déclarer leurs conflits d'intérêts.

La traçabilité de l'engagement des professionnels

Il est demandé à chaque professionnel de santé :  
de décrire son implication dans le programme de DPC en renseignant chaque année un bilan individuel d'activité.

Celui-ci comprend au minimum :

- les besoins identifiés par le professionnel,
- le programme suivi,
- les actions d'amélioration mises en œuvre ;

et de pouvoir justifier les actions entreprises en conservant tous les documents susceptibles de lui être demandés.

Il existe plusieurs types de programme :

1. Pédagogique ou cognitive :

Formation présentielle /diplomante / e learning / revue bibliographique

A compléter par une analyse des pratiques

2. Analyse des pratiques :

2.1 Gestion des risques : RMM, comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMEDI)  
analyse a priori des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...)

Revue de dossiers et analyse de cas

2.2 groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles

réunions de concertation pluridisciplinaire, revue de pertinence

2.3 - Indicateurs

- suivi d'indicateurs
- registres, observatoire, base de données
- audit clinique

2.4 - Analyse des parcours de soins

- chemin clinique
- patients traceurs (en développement)

2.5 - Analyse de parcours professionnel

3. Approche intégrée à l'exercice professionnel

Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques.

gestion des risques en équipe (en développement)

exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...)

4. Dispositifs spécifiques

accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque

accréditation des laboratoires de biologie médicale

programme d'éducation thérapeutique

protocole de coopération

formation professionnelle tout au long de la vie  
(professionnels paramédicaux)

5. Enseignement et recherche  
publication d'un article scientifique  
recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et  
de la sécurité  
maîtrise de stage (en développement)  
formateurs pour des activités de DPC

## 6. Simulation

- session de simulation en santé
- test de concordance de script (TCS)

Hubert Lardy a fait le point sur la situation actuelle de l'OA  
ChirPed :

15 juillet 2013 : assemblée Générale constitutive de l'OA  
Chirped

31 août 2013 : publication au Journal Officiel

31 mars 2014 : Transfert d'agrément pour l'accréditation de  
l'organisme de DPC CNCE à l'OA Chirped  
Enregistrement à l'OG DPC sous le N° 2506

Passage devant la CSI : en attente

Le bureau de l'OA Chirped actuel est :

Président : Hubert Lardy

Vice-Président (accréditation) : Régine Léculée

Vice-Président (conseil scientifique) : Jean Bréaud

Secrétaire Générale : Catherine Le Rouzic  
catherine.lerouzic-dartois@chu-brest.fr

Trésorier : Robert Politi

Membres de la commission scientifique : 6

Experts accréditation : Saad Abu-Amara, Bruno Dohin, Jean-Marc Guillaume, Pierre-Yves Mure, Guillaume Podevin et un représentant de la Société Française d'Urologie Pédiatrique (SFUP).

Jérôme Cottalorda précise qu'il a envoyé un mail circulaire à tous les membres du CNCE pour un appel à candidature et que seuls des candidats viscéralistes et orthopédiques se sont portés candidats ce qui explique cette répartition des experts. Bien entendu, toute candidature émanant d'une autre spécialité sera la bienvenue.

Une première Assemblée Générale de l'OA Chirped aura lieu le 24 juin prochain à Anthony de 10h à 15h avec mes membres du bureau et les experts accréditation.

## **Bilan financier du CNCE**

Marie-Christine Maximin a présenté le bilan financier de janvier à décembre 2013 du CNCE. Le quitus a été voté en

Assemblée Générale. Le détail des comptes est à la disposition de tous les membres du CNCE qui peuvent s'adresser à Marie-Christine Maximin par mail ([mcgiacomelli@yahoo.fr](mailto:mcgiacomelli@yahoo.fr)) pour les obtenir. La cotisation pour le CNCE a été divisée par deux pour l'année 2014 comme cela a été voté au dernier conseil d'administration du CNCE. Certaines sociétés (neurochirurgie pédiatrique) ont contacté Marie-Christine Maximin pour lui signifier, qu'en raison du tout petit nombre d'adhérents dans leur société, ils n'étaient pas en mesure de payer ces cotisations. Le bureau va se pencher sur cette problématique pour y apporter une solution.

### **Questions diverses**

Aucune questions diverses n'ayant été posée, la séance de l'Assemblée Générale a été levée à 10h.