

Direction Inspection, Contrôle et Évaluation

# RAPPORT D'INSPECTION

## Service de Chirurgie digestive et hépatique Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG (67)

14 et 15 novembre, 23 décembre 2024

Établissement inspecté

**Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)**

1 Rue de l'Hôpital

BP 426

67091 STRASBOURG Cedex

**Directeur Général :**

**Monsieur le Professeur Samir HENNI**

Équipe d'Inspection ARS Grand Est



Date de finalisation du rapport : 18 novembre 2025

## SOMMAIRE

<b>Référentiel juridique</b> .....	<b>3</b>
<b>Recommandations et référentiels</b> .....	<b>3</b>
<b>Synthèse</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>Présentation des HUS</b> .....	<b>7</b>
<b>Présentation du service de chirurgie digestive, pancréatique et hépato-biliaire des HUS</b> .....	<b>12</b>
<b>Article du Point paru en mai 2024</b> .....	<b>18</b>
<b>Gestion de la publication du Point en mai 2024 par les HUS</b> .....	<b>19</b>
<b>Centre de coordination en cancérologie (3C) et RCP Foie Pancréas</b> .....	<b>22</b>
<b>Activité des services de chirurgie digestive, pancréatique et hépato-biliaire des établissements de l'Eurométropole de Strasbourg</b> .....	<b>28</b>
<b>Analyse de dossiers médicaux de patients pris en soins par le Professeur B</b> .....	<b>29</b>
<b>Activité libérale aux HUS</b> .....	<b>30</b>
<b>Activité libérale du Professeur B</b> .....	<b>34</b>
<b>Qualité Gestion des risques aux HUS</b> .....	<b>35</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>37</b>
<b>Liste des écarts, remarques-majeures et des remarques</b> .....	<b>40</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>41</b>

## REFERENTIEL JURIDIQUE

### Code de la Santé Publique :

- **Activité de chirurgie**  
Articles R 6123-201 à R 6123-212 du Code de Santé Publique
  
- **Dossier Patient**  
Articles R 1112-1-1, R 1112-2 et R 1112-3 du Code de Santé Publique
  
- **Lutte contre les évènements indésirables associés aux soins**  
Articles R1413-67 et suivants du Code de Santé Publique  
Article R.6111-4 et R.6111-5 du Code de Santé Publique

### Textes :

Lutte contre les évènements indésirables associés aux soins

- Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010
- Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016
- Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011

## SYNTHESE

Dans les suites d'un article publié par Le Point le 28 mai 2024, l'Agence régionale de santé a diligenté une inspection relative aux modalités de prises en soins au sein du service de chirurgie digestive et hépatique des Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG (HUS) (67).

Cet article met en avant que le Professeur B., chirurgien hépato-biliaire aux HUS, aurait réalisé des interventions pour des patients porteurs d'une néoplasie pancréatique, qui n'auraient pas dû être réalisées, du fait qu'elles n'auraient apporté aucun bénéfice aux patients. Des questions sont soulevées par cet article à propos des prises en soins et leur garantie de sécurité pour les patients et les professionnels.

Par ailleurs, dans une logique de parcours, la mission d'inspection a également rencontré les professionnels de l'ICANS responsable de la RCP digestive et hépatique afin de :

- Évaluer la manière dont les RCP ont apprécié la nécessité et la pertinence des interventions (dossier patient et compte-rendu de RCP)
- Interroger l'organisation des RCP en particulier leur tenue, les participants, la charte de fonctionnement.

Enfin, dans les suites d'une inspection de 2019 relative à l'activité libérale aux HUS, la mission avait également comme objectifs de :

- Analyser les données de l'activité libérale des praticiens de ce service, depuis 2020 (volume d'activité et taux de dépassement des honoraires pratiqués en distinguant l'activité de consultations et l'activité interventionnelle)
- Étudier l'activité libérale d'un point de vue quantitatif mais également d'un point de vue qualitatif, en fonction du type d'intervention réalisée en libéral.

La mission a été réalisée les 14 et 15 novembre 2024, puis le 23 décembre 2024 et a comporté :

- Des entretiens avec des personnels médicaux et non médicaux du service de chirurgie digestive et hépatopancréatique aux HUS
- Des entretiens avec des personnels médicaux en responsabilité de la RCP foie-pancréas à l'ICANS
- L'examen de divers documents.

La mission constate :

- L'existence d'un projet de pôle devenu unique depuis début 2024 avec un service unique de médecine hépato-gastroentérologie (HGE) situé au Nouvel Hôpital Civil (NHC) (les endoscopies urgentes étant assurées sur le site de Hautepierre (HTP)) et le travail en cours afin de passer de 3 services de chirurgie digestive et HBP (2 à HTP et 1 à NHC) à un service unique bi-site, avec répartition des activités (exemple greffe hépatique HTP, chirurgie hépatobiliaire- pancréatique (HBP) à HTP et chirurgie bariatrique à NHC)
- Un chef de pôle choisi pour sa capacité à être à la hauteur de ce défi
- En ce qui concerne l'activité de chirurgie carcinologique hépato-biliaire et pancréatique (HBP), 3 RCP Foie Pancréas sont disponibles pour les praticiens : 1 à ICANS, 1 à HTP (ne se tient plus depuis mai 2024 et était nommée « staff radiologique ») et 1 au NHC. D'autres RCP et réunions pluridisciplinaires sont également en place. Le chef de pôle est conscient qu'il faut aller vers une rationalisation et il envisage de travailler avec l'ICANS sur un passage à 1 RCP HBP de recours aux HUS, 1 RCP de recours pour la carcinologie du tube digestif aux HUS et 1 RCP HBP à l'ICANS
- Au niveau du pilotage de la lutte contre les EI :
  - Le service de chirurgie HBP déclare les EI ainsi que les EIGS
  - Pas de réclamations en lien avec l'article du Point depuis sa parution
  - Pas de plainte portée à la connaissance des HUS

- Le coordonnateur de la gestion des risques a un temps fléché de 0.3 ETP pour ses missions de COGRAS. En l'absence de norme en la matière, ce temps est dérisoire au vu de la taille de l'établissement et des activités de recours qui y sont assurées
- En matière d'activité libérale, les HUS n'ont pas la capacité d'analyser les typologies d'actes réalisés en libéral et s'assurer que ces mêmes actes sont également réalisés en public. Le médecin DIM n'a jamais été sollicité par la Direction Générale pour ce faire. La Direction s'est engagée à le faire afin de pouvoir présenter des éléments analytiques et pas uniquement de volumétrie qui, en outre, mélangent les consultations et les actes chirurgicaux.

Les rencontres à l'ICANS ont permis de constater que les dossiers de cancer HBP étaient souvent présentés à 2 RCP différentes le même jour, jusqu'en mai 2024 :

- Lundi 16H à la RCP HBP des HUS avec présence d'un radiologue
- Lundi 17 H à la RCP ICANS avec oncologues et radiothérapeutes et spécialiste d'organe et en l'absence de radiologue.

Depuis mai 2024, les dossiers des HUS sont présentés à 16H45 et la RCP avec connexion des autres établissements à la suite, notamment les privés qui ont leur propre RCP mais qui souhaitent poursuivre la collaboration en matière de discussion des dossiers médicaux avec l'ICANS, du fait des habitudes antérieures à la mise en place de leur RCP.

En l'état des lectures des guidelines actuels, le Professeur B. a assuré des chirurgies conformes à ces recommandations.

L'analyse de dossiers a permis de constater la traçabilité des éléments indispensables lors des prises en soins, en particulier le consentement éclairé, les comptes-rendus de RCP ainsi que ceux opératoires et de suivi post-opératoire.

Les HUS ont pris la mesure de la situation et ont diligenté une enquête interne qui a conclu que *« Prenant en compte la mise en cause médiatique, motif du lancement de cette enquête administrative, nous convenons que la combinaison d'un historique concurrentiel, de pathologies à haute criticité au diagnostic vital engagé, associé à une structuration de pôle qui ne permet le consensus et l'harmonisation des pratiques, est une source de conflit.*

*Les orientations récentes prises pour la fusion des deux pôles, le regroupement des trois services de chirurgie et la nomination de nouveaux managers médicaux, doivent être le socle d'une nouvelle trajectoire institutionnelle et une base de référence d'une contractualisation de pôle, associant tous les acteurs du pôle ».*

**Enfin, la divulgation des données médicales est un élément d'inquiétude et cela reste à explorer par la justice en lien avec la plainte contre X déposée par les HUS.**

## INTRODUCTION

### Contexte de l'inspection

Par lettre du 12 novembre 2024 (Annexe 1) adressée à la Direction générale des HUS et de l'ICANS, la Directrice Générale de l'ARS Grand Est a diligenté une mission d'inspection relative aux modalités de prises en soins au sein du service de chirurgie digestive et hépatique des Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG (HUS) (67), conformément aux articles L 1431-2, L 6116-1 et 2 du Code de la santé publique relatifs au contrôle des établissements de santé.

Cette inspection fait suite à l'article publié par Le Point le 28 mai 2024. Cet article met en avant que le Professeur B., chirurgien hépato-biliaire aux HUS, aurait réalisé des interventions pour des patients porteurs d'une néoplasie pancréatique, qui n'auraient pas dû être réalisées, du fait qu'elles n'auraient apporté aucun bénéfice aux patients. Des questions sont soulevées par cet article à propos des prises en soins et leur garantie de sécurité pour les patients et les professionnels.

### Déroulement de la mission d'inspection

Les établissements ont été informés de cette inspection et de son organisation (Annexe 1) le 12 novembre 2024.

La liste des documents remis par les établissements lors de l'inspection figure en Annexe 2.

L'inspection a été menée les 14 et 15 novembre 2024 par :



Elle a comporté :

- L'entretien avec des personnels, médicaux et non médicaux du service de chirurgie digestive et hépatopancréatique des HUS
- L'entretien avec des personnels médicaux responsables de la RCP foie-pancréas à l'ICANS
- L'examen de documents.

Le déroulement et les objectifs de l'inspection ont été présentés aux équipes de direction des 2 établissements lors de la réunion de présentation de la mission et une réunion de synthèse de l'inspection a été réalisée en fin de journée.

Par ailleurs, l'examen de dossiers médicaux a été réalisé par le médecin de l'équipe d'inspection le 23 décembre 2024 aux HUS.

## 1. PRESENTATION DES HUS

Les HUS ont une capacité de 1789 lits et de 222 places. Ils ont été certifiés par la HAS en 2024. Parmi les projets aboutis récemment, on note l'ouverture de l'ICANS Institut de cancérologie Strasbourg Europe en 2020.

**L'activité des HUS est organisée autour de 6 sites principaux :**

- **Le site historique de l'Hôpital Civil**, proche du centre-ville, est le siège de la direction. Il abrite le **Nouvel Hôpital Civil (NHC)** inauguré en 2008, qui concentre l'activité MCO (cardiologie, pneumologie, une partie des urgences/réanimations, certains blocs opératoires, imagerie). Le site de l'Hôpital Civil abrite également des bâtiments organisés autour de cliniques de spécialité (clinique dentaire, psychiatrie, médecine interne dans le bâtiment « Médicale B »). Le site héberge par ailleurs l'IHU et l'IRCAD1, ainsi que le cluster d'entreprises NextMed
- **Le site de Hautepierre**, en périphérie de la ville, a ouvert en 1979 avec un grand bâtiment monobloc (Hautepierre 1) dédié aux activités d'hospitalisation en médecine (une partie de la médecine interne, rhumatologie, neurologie, UMG, gastro-entérologie, hépatologie) et en chirurgie (digestive, hépatique, transplantation, ORL, neurochirurgie, gynécologie), et accueillant deux services d'urgence (adulte et pédiatrique). Il a été complété en 2019 par le site du PMTL (Plateau médico-technique et locomoteur) accueillant les nouveaux blocs opératoires et salles de réanimation (Hautepierre 2). Le PMTL est relié par une passerelle au nouveau bâtiment de l'ICANS, construit simultanément
- **Le site du CMCO**, maternité basée à Schiltigheim en bordure immédiate de Strasbourg, dont le bâtiment appartient à l'UGECAM. Les HUS ont signé en 2013 une convention de mise à disposition des locaux suite à l'intégration de l'activité obstétrique de l'UGECAM
- **Le site de la Robertsau**, dans une zone pavillonnaire hors du centre-ville, spécialisé dans la prise en charge gériatrique (médecine interne, SMR, SMTI et EHPAD). Ses bâtiments usés sont difficilement adaptables, et son éloignement des sites des urgences est problématique
- **Le site de l'Elsau**, abritant la pédopsychiatrie, aujourd'hui dans un état vétuste
- **Le site logistique**, proche de Hautepierre, qui accueille les magasins centraux et la pharmacie logistique, et où se situe également le SAMU.

Les HUS disposent de toutes les autorisations d'activité sur les missions que peut réaliser un CHU, à l'exception de la radiothérapie qui s'effectue sur le site de l'ICANS.

En termes d'activité, en 2019, les HUS ont réalisé 5 986 accouchements, 127 462 passages aux urgences dont 40 514 en pédiatrie. Le SAMU a traité 215 264 dossiers. L'établissement a également réalisé 401 greffes.

	Lits	Places
<b>Hautepierre</b>	925	116
<b>Hôpital Civil</b>	841	208
<b>Robertsau</b>	362	10
<b>CMCO</b>	81	15
<b>Elsau</b>	12	29
<b>Total</b>	2221	378

Personnel	ETPMR
-----------	-------

<sup>1</sup> IRCAD : Institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif, centre privé de recherche et de formation en chirurgie laparoscopique et mini-invasive, fondé par le Professeur Jacques Marescaux en 1994

<b>Personnel Non Médical</b>	8543,44
<b>Personnel Médical (hors internes et étudiants)</b>	806,36

<b>Séjours MCO</b>	137121 (dont 31131 en ambulatoire)
<b>Séances</b>	61147
<b>Passage aux urgences</b>	127462 (dont 40514 pédiatriques)
<b>Accouchements</b>	5986
<b>Actes chirurgicaux sous anesthésie</b>	47942
<b>Scanner</b>	7
<b>Examens de scanner</b>	69415
<b>IRM</b>	6
<b>Examens d'IRM</b>	27766
<b>Tomographie par émission de positons (TEP)</b>	1
<b>Examens de TEP</b>	4369

L'origine géographique des patients est à 84,4 % du Bas-Rhin, le reste des patients venant du Haut-Rhin (5,2 %), de Moselle (6,2 %) et des autres régions (4,2 %).

**Le rayonnement des HUS** se reflète encore par sa dynamique de coopération internationale, avec 33 coopérations en place en 2017. Celles-ci se structurent sur trois volets, avec des projets de coopérations institutionnelles vers des pays en développement, des projets subventionnés par des MIGAC et des appels d'offres, et des projets de coopération européenne sur la recherche en maladies rares. Sur le plan de la coopération institutionnelle, des échanges professionnels avec des hôpitaux chinois et russes ont notamment été développés au cours de la dernière décennie.

**Le CHU est confronté à des défis multiples sur son territoire : le Grand-Est dispose d'un bon accès à la santé mais souffre d'inégalités territoriales**

La région est frontalière avec la Belgique, le Luxembourg, l'Allemagne, et la Suisse et se situe au quatrième rang des régions françaises quant à sa superficie. Elle compte plus de 5,5 millions d'habitants, se plaçant au sixième rang national.

D'un point de vue épidémiologique, le Grand Est connaît, de façon générale, une mortalité plus élevée que sur le territoire métropolitain. Les quatre premières causes de décès sont respectivement les cancers (en raison d'un tabagisme élevé), les maladies cardio-vasculaires, les maladies de l'appareil respiratoire et la mortalité liée au diabète.

Au moment de cette mission, les HUS disposent d'un **projet d'établissement** pour la période 2019-2023. Il s'inscrit dans la stratégie nationale de santé en mettant au cœur des prises en charge la nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins, tout en promouvant l'innovation. C'est ainsi que, par les actions portées par les projets inscrits dans ce projet d'établissement, les HUS proposent d'innover, d'investir, de sécuriser et d'améliorer la prise en charge des patients.

#### IHU

Les HUS abritent également l'Institut hospitalo-universitaire (IHU) dédié au traitement des pathologies digestives, et pionnier mondial dans la chirurgie mini-invasive guidée par l'image. Construit en 2011 autour d'une collaboration entre l'IRCAD, l'INSERM, l'Université de Strasbourg et les HUS, l'IHU héberge un plateau technique, ainsi qu'une plateforme expérimentale.

Trois ans après l'ouverture de ses nouveaux locaux, le projet de l'IHU arrive à maturité. Dédié à la production et à la diffusion de nouvelles techniques thérapeutiques guidées par l'image, son programme d'excellence est reconnu dans le monde entier. Le projet des IHU était de faire le lien entre le soin, la recherche fondamentale, la recherche translationnelle, l'éducation et le transfert de technologie. Ce projet ne sera pleinement abouti que lorsque la fusion fonctionnelle avec ses membres fondateurs – et en particulier les HUS et l'Université - sera complète. L'IHU, qui est relié directement au NHC, bénéficie de ses infrastructures technologiques et de ses experts. Le plateau clinique est d'ailleurs une extension de ce dernier. La production scientifique de l'IHU et sa visibilité internationale bénéficient à tous. En collaboration avec l'Université de Strasbourg (Faculté de Médecine, Laboratoire ICube), les HUS, l'INRIA et l'IRCAD, l'IHU est un des piliers du projet de Campus NextMed, porté par l'Eurométropole de Strasbourg, qui regroupe sur un seul site une masse critique d'acteurs impliqués dans le développement des produits médico-chirurgicaux (cliniciens, chercheurs, ingénieurs et industriels).

Historiquement centré sur le traitement mini-invasif des maladies digestives, notamment les cancers, l'IHU de Strasbourg a vocation à s'ouvrir vers d'autres spécialités qui bénéficieront ainsi de ses plateaux techniques cliniques et expérimentaux et des acquis technologiques. Parallèlement, l'IHU va développer sa recherche au-delà du bloc opératoire en intégrant l'ensemble du parcours patient. Pour cela, l'IHU a l'ambition de créer un pôle de compétence en apprentissage profond (Deep-Learning) afin de développer, valider et diffuser les nouvelles technologies d'Intelligence Artificielle (IA) qui seront indispensables à la gestion des données massives générées par les projets d'e-santé (registre patient, nouveaux outils connectés pour le suivi...) comme celles provenant de la recherche fondamentale. Enfin, une nouvelle vague d'innovations résultera de la convergence de la robotique chirurgicale et de l'IA pour permettre une chirurgie plus précise et plus sûre. En prenant le virage de l'IA, l'IHU et ses partenaires en santé souhaitent devenir la référence mondiale dans le domaine de l'IA pour la chirurgie en créant un écosystème unique autour des applications chirurgicales et péri-chirurgicales de l'IA et de la robotique

#### **Consolider une transdisciplinarité en cancérologie**

Le cancer est l'une des premières causes de mortalité et de mortalité prématurée de la Région Grand Est (28 % des causes de décès). L'ARS Grand Est a ainsi souhaité promouvoir le parcours cancer dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS). Dans le prolongement de cette dynamique régionale, le Projet Médical des HUS, en lien avec le projet de l'ICANS, va mettre en œuvre les grandes orientations du Plan national de lutte contre le cancer, en particulier en matière de recherche fondamentale, clinique et épidémiologique. Les HUS vont ainsi se structurer afin d'améliorer la prévention, l'information, le dépistage, l'organisation et le fonctionnement de l'organisation des soins ; la prise en charge des problèmes sociaux ou psychologiques des patients et de leurs familles sera aussi au cœur du projet. Les HUS et le Centre Paul Strauss sont d'autant plus légitimes à être des acteurs prépondérants de l'amélioration du parcours patient au sein du territoire qu'ils représentent plus de 60% de l'activité cancérologique. Ils ont à ce titre une responsabilité majeure en Alsace pour structurer et améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer. Ainsi les HUS, avec l'ICANS, seront promoteurs des parcours du cancer tels que décrits dans le cadre du Projet régional de santé (PRS) du Grand Est. Afin de répondre à ce défi, il est indispensable de structurer l'offre de soins des HUS, en conjonction et complémentarité avec l'ICANS.

Cette stratégie des HUS va reposer sur :

- Une démarche pluridisciplinaire, permettant une prise en charge globale des patients
- Une organisation en filières transversales de soins HUS-ICANS, mutualisant et coordonnant les compétences et les expertises des HUS et de l'ICANS
- Une mutualisation des soins de support, de l'oncogériatrie, du plateau technique d'oncobiologie, de la génétique médicale, de la tumorotheque, etc.
- Une mise en commun des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) permettant d'harmoniser les pratiques.

L'inscription de cette stratégie dans le territoire va permettre :

- La mise en œuvre de filières de soins gradués et coordonnés à l'échelle des GHT alsaciens (HUS et ICANS assurant le recours et les soins complexes)
- L'organisation des RCP communes. Enfin, l'objectif de développement d'une recherche translationnelle et clinique de haut niveau repose sur la collaboration étroite entre les équipes des HUS et de l'ICANS et les laboratoires de recherche labellisés

### **Projet Enseignement et Recherche**

Les HUS portent l'ambition d'une stratégie de recherche, d'enseignement et d'innovation renouvelée. La recherche permet également de développer les activités de référence du CHU et de mettre à disposition ces activités aux partenaires des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) de l'Alsace. Grâce au développement de ces activités, les HUS garantissent l'excellence dans les prises en charge transdisciplinaires et pluri professionnelles, prises en charge soutenues par des organisations innovantes proposant une ingénierie de parcours renouvelée, notamment illustrée par les prises en charge du cancer.

Repenser la prise en charge des patients passe par la fluidification du parcours patient, du patient âgé en particulier, afin d'assurer une meilleure qualité et sécurité des soins tout en favorisant la pertinence. La modernisation des prises en charge consiste également en une ouverture plus conséquente du CHU tant à l'international qu'au niveau du GHT ou encore envers ses partenaires de la ville.

### **Le développement de nouvelles activités sur le site de HAUTEPIERRE**

L'évolution du site de Hautepierre s'inscrit pleinement dans le cadre de l'ouverture au début de l'année 2019 du bâtiment Hautepierre 2, regroupant notamment les activités du pôle LOCOMAX (activités réalisées auparavant sur le site de l'Hôpital Civil, de Hautepierre et sur le site du Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main, dit CCOM, jusqu'en janvier 2019) ainsi qu'un bloc opératoire de 32 salles, 215 lits et places.

En outre, le regroupement au sein de l'ICANS des activités de cancérologie du Centre Paul Strauss et des HUS renforce le rôle de recours du site de Hautepierre.

## **2. PRESENTATION DU SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE, PANCREATIQUE ET HEPATO-BILIAIRE DES HUS**

La Chirurgie Viscérale et Digestive (CVD), et l'Hépatogastro-Entérologie (HGE) au sein du CHU de Strasbourg sont historiquement localisées sur deux sites, avec un pôle mixte médico-chirurgical par site jusqu'à début 2022 date de la fusion des services d'hépatogastro-entérologie (HGE).

Le service d'HGE est désormais unifié, localisé sur le site du NHC, depuis début 2022. La filière d'endoscopie et la permanence des soins qui avaient été auparavant en extrême difficulté sont actuellement stabilisées, et il faut maintenant s'accorder le temps de la réflexion pour faire prospérer cette spécialité. Il subsiste sur le site de HTP, en tant que satellite, l'hépatologie adossée à la greffe hépatique.

Le rapport IGAS T0, rendu en mars 2021, fait état de nombreux doublons au sein des HUS et recommande d'y remédier.

Dans le contexte de la fusion des deux services d'HGE, rendue nécessaire en raison de difficultés croissantes et exacerbées dans cette spécialité au cours des dernières années, les deux chefs de pôles ont proposé d'opérer la fusion des deux pôles Digestifs de HTP et du NHC en un Pôle unique, ce qui implique la réorganisation et la fusion des services de chirurgie constitutifs.

Par lettre de mission du 16 septembre 2021 (Annexe 3), la Direction générale des HUS a demandé aux deux chefs de pôle un travail relatif à la fusion des services de chirurgie au sein d'un Pôle unique.

**En 2021, l'activité est réalisée sur deux sites et au sein de trois services de chirurgie** (un au NHC et deux à HTP) :

- Chirurgie viscérale et digestive/Hautepierre (Professeur BRIGAND)
- Chirurgie viscérale et digestive/NHC (Professeur MUTTER)
- Chirurgie hépatobiliaire et transplantation/Hautepierre (Professeur BACHELLIER).

Les constats de cette mission sont les suivants (Annexe 4) :

- Activités chirurgicales en doublon : source de faiblesse sur le plan local, national et international
- Concurrence intra-HUS affichée et connue (plan national) qui favorise l'essor de l'activité de Chirurgie Digestive des centres hospitaliers et cliniques environnants
- Moyens dispersés, non performants et actuellement insuffisants :
  - o Personnel paramédical
  - o Moyens techniques (robotique, échographes, Doppler, CHIP...). Plusieurs moyens techniques ne sont pas utilisés de façon optimale en raison de leur dispersion sur les 2 sites
  - o Plateaux techniques inadaptés (localisation et architecture)
- Il existe une « non-optimisation » de l'existant à disposition pour les activités de recherche et d'enseignement (IHU, IRCAD, laboratoire du Pr Baumert)
- Communication entre acteurs médicaux non formalisée, insuffisante, voire inexistante
- À courte échéance la survenue de problèmes d'organisation de la Permanence de Soins (PDS) : le renforcement des contraintes liées à la PDS, aux récupérations après des périodes d'astreinte et de garde et également les aspirations personnelles des jeunes médecins, impliquent également une concentration des ressources afin d'assurer la pérennité de la PDS. Cette PDS doit donc être organisée de façon centralisée afin d'impliquer de façon égale l'ensemble des médecins amenés à assumer ces fonctions.

Ce constat explique de façon évidente la détérioration actuelle de l'attractivité pour cette spécialité.

Par ailleurs, les chefs de service précisent dans leur note de 2021 que « l'activité de CVD est aujourd'hui autorisée sans restriction. Toutefois, et dès l'automne 2023, de nombreuses activités spécifiques seront soumises à autorisation. Ces autorisations sont attribuées par site, et non pas pour le CHU dans sa globalité. Il existe de ce fait un risque de perte des agréments et autorisations d'exercice pour certaines activités sur chacun des deux sites, en particulier pour la cancérologie chirurgicale, la chirurgie bariatrique, la chirurgie endocrinienne... Un regroupement adapté des activités sur chacun des deux

sites pourra nous placer dans les recommandations et nous permettre ainsi de poursuivre toutes ces activités, avec maintien d'une offre complète de soins en CVD, dans le cadre de la loi ».

La mission décrit l'organisation de la discipline en filières de sur-spécialisation :

- Chirurgie hépatobiliaire et pancréatique, incluant la transplantation
- Chirurgie colorectale
- Chirurgie œsogastrique
- Chirurgie endocrinienne, bariatrique et métabolique
- Chirurgie de la paroi.

Et les chefs de service ajoutent que « Afin d'assurer une prise en charge d'excellence dans l'ensemble de ces filières, il convient également de concentrer les ressources et les énergies des différents acteurs impliqués.

*Le volume global des activités chirurgicales réparties sur les deux sites, NHC et HTP, ne peut pas être effectué sur un site unique, tant pour l'activité réglée que pour l'activité d'urgence, et ceci tout d'abord pour des raisons architecturales, mais aussi en raison de connexions inter-spécialités existantes et difficilement mobilisables ».*

Par ailleurs, l'environnement médical sur le NHC et sur HTP exige la présence de chirurgie digestive sur chacun des deux sites. La prise en charge des polytraumatisés sur le site de HTP (Trauma Center) avec traumatisme abdominal (perforation digestive, trauma du foie, du pancréas, etc...) et la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant des pathologies digestives et vasculaires sur le site du NHC, sont deux exemples qui incitent, du moins en l'état actuel, au maintien d'un service de CVD sur chacun des deux sites.

Il faut donc envisager un seul service CVD sur chacun des deux sites, tout en évitant les doublons. Il en résulte un seul service de chirurgie Digestive (du tube, endocrine, bariatrique) et un seul service de chirurgie HPB (hépatique Pancréatique et Biliaire) et de Transplantation.

La fusion dans un seul pôle des activités Digestives vise donc à optimiser et à rationaliser l'offre de soins, ainsi que l'enseignement et la recherche dans cette spécialité aux HUS, ceci sur chacun des deux sites du NHC et de HTP.

L'organisation de la CVD doit tenir compte de l'existence d'un service unique d'HGE, sur le site du NHC, et aussi de l'environnement médico-technique déjà disponible sur chacun des deux sites, environnement étroitement impliqué dans les activités transversales (réanimations, radiologie interventionnelle...).

Les principes de ce projet d'organisation reposent sur trois piliers :

- La suppression des doublons chirurgicaux
- Les équipes de chirurgie et les personnels sont mobiles
- Les services partenaires experts et plateaux techniques ne le sont pas.

La nouvelle organisation mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2024 a pour objectifs de :

- Identifier les organisations fonctionnelles intégrées, en particulier celles associant d'autres unités, services ou pôles du CHU, de façon à préserver et renforcer l'existant
- Identifier les souhaits particuliers de chaque praticien pour répondre à ses aspirations professionnelles
- Conserver une forte activité dans tous les domaines de la CVD.

Les principes d'une telle organisation optimisée reposent sur :

- Éliminer les doublons et réunir les activités chirurgicales identiques sur un même plateau au sein de 2 services de Chirurgie au lieu de 3 :

- Un service de Chirurgie Digestive (Tube, Endocrine, Bariatrique)
- Un service de Chirurgie HPB et de Transplantation
- À terme cela équivaut à :
  - Un seul service de Chirurgie par site
  - Un seul Chef de Service de Chirurgie par site => cette organisation autour d'un seul chef de service par site semble indispensable pour organiser et préserver de façon efficace et rationnelle la permanence des soins et les organisations fonctionnelles sur chaque site.
- Création d'un Pôle Unique regroupant :
  - Un service de Chirurgie Digestive (« Tube » – Endocrinologie – Bariatrique – Paroi ...)
  - Un service de Chirurgie HPB et de transplantation
  - Un service d'HGE
  - Avec un seul Chef de Pôle

**La mission a proposé plusieurs scenarii :**

- **Chirurgie HBP au NHC :**
  - Rapprochement avec le plateau d'Endoscopie Interventionnelle (écho-endoscopie, endoprothèses biliaires...)
  - Centralisation sur le NHC de toutes les greffes d'organes
  - Proximité avec l'hépatologie médicale (filrière CHC avec la greffe)
  - Proximité de l'IHU : projets innovants, robotique, facilités pour l'imagerie (TDM, IRM)
  
- **Chirurgie Digestive sur HTP :**
  - Maintien d'une activité dans le Trauma Center, mais sans les expertises Foie et Vasculaire...
  - Maintien possible de 8 lits d'USC
  
- **Chirurgie HPB et Transplantation à HTP et Chirurgie Digestive au NHC :**
  - Conservation de l'expertise et des connexions régionales avec les réanimations de HTP (médicale et chirurgicale) dans le domaine de la greffe hépatique, de l'expertise « Trauma foie » et chirurgie vasculaire abdominale d'urgence (SAU Trauma Center)
  - Poursuite de la collaboration pour la Chirurgie Gynécologique Cancérologique de HTP
  - Proximité avec la greffe d'îlots de Langerhans
  - Collaboration avec les services de Médecine Interne Diabétologie Nutrition pour le suivi post-opératoire des résections pancréatiques
  - Proximité de l'IHU pour la robotique
  - Disponibilité du plateau technique de chirurgie ambulatoire permettant, dans des conditions optimales, d'augmenter la part de cette modalité de prise en charge

**D'où la proposition d'organisation structurelle au 01/01/2024 :**

L'analyse de ces deux scenarii a conduit à proposer l'organisation suivante :

- L'activité HPB et de Transplantation sera maintenue sur le site de HTP. Tous les praticiens relevant de cette spécialité seront réunis au sein du même service sur le site de Hautepierre
- L'activité de chirurgie Digestive sera regroupée au sein d'un même service sur le site du NHC. Ce regroupement pourra se faire de façon progressive sur quelques mois de façon que l'ensemble des personnels puisse se familiariser avec ce nouveau mode de fonctionnement. Le

chef de service nommé au 1er janvier 2024 pour ce service unique devra, avec le Chef de Pôle unique, veiller à ce que le processus de regroupement se fasse dans une démarche coordonnée et respectueuse vis-à-vis de tous

- L'activité impliquant de façon importante l'endoscopie digestive sera naturellement localisée de façon préférentielle sur le site du NHC ou le plateau technique d'endoscopie de très haute technologie est à disposition des équipes.

Ceci sera d'autant plus important dans l'objectif du maintien des autorisations puisqu'elles dépendront du site réel de l'activité réalisée.

Cette organisation n'empêche pas :

- Une activité externalisée de HTP de chirurgie robotique HPB sur le NHC
- Une activité externalisée de HTP à l'IHU pour la chirurgie HPB guidée par l'image
- Une activité de recherche conjointe avec le laboratoire du Pr Baumert (organisation des prélèvements et transport de pièces opératoires +++)
- Une activité de filière avec la Gynécologie.

La collaboration avec l'ICANS reste inchangée.

Une telle proposition représente de nombreux avantages pour le Pôle unique et pour les services constitutifs :

- Meilleure répartition du personnel (médical et paramédical), A évaluer en vue de la négociation sur les USC
- Optimisation des plateaux techniques existants (NHC, IHU et HTP)
- Amélioration de filières déjà identifiées /création de nouvelles filières
- Amélioration « certaine » des Urgences chirurgicales digestives non dédoublées et spécialisées, et de « l'aval » de ces urgences
- La gouvernance en est simplifiée puisque l'ensemble des médecins relèveront du même service
- Un service unique permet de centraliser les urgences digestives spécialisées
- Le service unique permet d'avoir des personnes dédiées sur un seul site pour la recherche clinique et optimiser ainsi les moyens et la visibilité en recherche qui ne serait pas en doublon
- L'affichage de services bien identifiés au sein d'un Pôle unique permettrait une meilleure visibilité de chaque surspécialité, au sein du Pôle lui-même, mais surtout à l'extérieur. Cette visibilité par spécialité n'est actuellement pas identifiée au niveau du GHT ;
- La discipline doit avoir une « force » médicale ayant des compétences variées sur un même site
- Le service unique sur chaque site offre de meilleures conditions de travail pour les médecins séniors et les internes tout en permettant sûrement une économie de moyens susceptible de laisser des marges de manœuvre pour renforcer telle ou telle activité
- Un service unique offrirait une attractivité importante sur le site de Strasbourg tant pour le recrutement de PU-PH que pour la formation des internes et des chefs de clinique
- La convergence des équipes permettrait la mise en œuvre d'un laboratoire de recherche attaché au service avec une thématique identifiée, permettant aux praticiens universitaires de maintenir une affiliation à une unité de recherche
- Le service unique localisé sur le site du NHC sera à proximité immédiate :
  - o Des structures de soins des plateaux techniques des HUS situés sur la plateforme de l'IHU (centre d'endoscopie, ambulatoire et hôpital de jour)
  - o De l'Inserm 1110, Institut de Recherche sur les Maladies Virales et Hépatiques, seule unité de recherche fondamentale rattachée à un service à Strasbourg
  - o Avec des possibilités de développement de recherche appliquée et translationnelle grâce à la présence et au potentiel de l'IHU
  - o Et possibilités de développement d'enseignements de niveau national et international facilitées par la proximité de l'IRCAD

## Modalités de fonctionnement du service unique et des structures restantes sur sites de Haute-pierre et Nouvel hôpital civil

✚ **L'organisation fonctionnelle du pôle** prendra en compte, dans un premier temps, la réalité du terrain et la localisation des équipes :

- Chef de pôle : la nouvelle organisation comportera un seul chef de pôle, chirurgien ou hépato-gastro-entérologue ainsi qu'un chef de pôle adjoint de la discipline complémentaire
- Chef de service : les deux services issus de la fusion seront chacun dirigé par un chef de service. En cas de localisation d'une partie de l'activité sur un second site, il pourra être nommé un chef de service adjoint afin d'être le référent local du site délocalisé par rapport au lieu d'activité principale du chef de service

<p>Chef de pôle</p> <p>Chef de pôle adjoint</p>		
<p>Chef de service Chirurgie Viscérale et digestive</p>	<p>Chef de service Chirurgie HPB et Transplantation</p>	<p>Chef de service d'Hépatogastro-Entérologie</p>
<p>Adjoints à discuter si certaines activités devaient être maintenues sur deux sites</p>		

✚ **Organisation en filières :**

- Colo-rectal
- Hépatobiliaire et pancréatique
- Transplantation
- Œsogastrique

La Direction générale rappelle l'historique de la chirurgie digestive, hépatobiliaire et pancréatique et transplantation hépatique aux HUS :

- Fonctionnement historique en 2 pôles miroirs (médecine et chirurgie) au NHC et Haute-pierre
- En 2021, l'établissement a constaté la nécessité immédiate de rassembler les ressources des pôles médicaux. Ceci a abouti au regroupement au NHC pour la partie médicale pour l'hospitalisation conventionnelle ; en 2022, regroupement de l'hospitalisation de jour et l'endoscopie
- En raison des départs à la retraite des Professeurs M. (NHC) et B. (Haute-pierre) en 2025, la demande de regroupement des deux pôles dans un but de rationalisation et de réduction des pôles aux HUS a émané de la Direction générale
- Un appel à candidature pour la chefferie de pôle a également été assuré et c'est la Professeur F. qui a été retenu, dans le cadre du regroupement en un pôle unique, multisites, de chirurgie digestive
- Ensuite, la communauté médicale a travaillé sur la possibilité de regrouper les 3 services de chirurgie digestive avec désignation d'un chef de service unique au 1er janvier 2025 en menant un travail de restructuration de l'activité par filières de prise en charge
- À la date de la mission sur site, en novembre 2024, on constate le maintien du système multisites sur le NHC (proximité IHU avec vocation à élargir son activité chirurgicale) et HTP (polytraumatisés graves)

- Pour les personnes présentant des situations cliniques complexes, la chirurgie n'est pas la seule thérapeutique possible et l'articulation avec la radiothérapie, la curiethérapie et l'oncologie est importante et essentielle ; ces deux activités étant réalisées à l'ICANS
- Le service de chirurgie digestive et HBP ne dispose pas de robot chirurgical sur le site de Hautepierre ; par contre, les robots sont disponibles au NHC et à l'IHU.

L'organigramme du pôle des pathologies hépatiques et digestives (PHD) et pôle IHU remis montre que le médecin responsable de pôle est Monsieur le Professeur F. et que l'organisation est la suivante en septembre 2024 :

- Service de chirurgie HBP (hépato-biliaire et pancréatique) et greffe hépatique : chef de service Monsieur le Professeur B., Hautepierre 5<sup>ème</sup> étage
- Service de chirurgie générale : chef de service Madame le Professeur B., Hautepierre 6<sup>ème</sup> étage
- Service de chirurgie digestive du Nouvel hôpital civil : chef de service par intérim Monsieur le Professeur F.
- Activités expérimentales à l'IHU : Monsieur le Professeur M.
- Service d'hépto-gastro-entérologie (HGE) du Nouvel hôpital civil : Monsieur le Professeur B.

#### **Conclusion :**

**Au jour de la mission, cette dernière constate le fonctionnement de pôles miroirs, présents en doublon sur les différents sites hospitaliers. Les activités liées aux pathologies digestives et d'hépatologie ont été développées sur les 2 sites principaux au sein de 2 pôles différents pendant plus de trente ans, sans aucune mise en lien.**

**Le Professeur B. a poursuivi l'engagement de ses prédécesseurs en particulier en ce qui concerne les patients présentant un tableau clinique complexe et pour lesquels peu, voire aucune alternative thérapeutique n'apparaissait envisageable, tel que décrit par le Professeur B. et les membres de son équipe chirurgicale.**

**La particularité des patients accueillis, la configuration dispersée des services de chirurgie au sein du pôle, l'historique concurrentielle de la discipline et de la posture professionnelle des acteurs sont des éléments favorisant les conflits interpersonnels et les luttes de pouvoir, au détriment d'une synergie collective autour de pratiques et de conditions d'exercice harmonisées.**

### **3. ARTICLE DU POINT PARU EN MAI 2024**

Le journal « Le Point » a publié le 28 mai 2024 un article portant le titre « **EXCLUSIF. Les dossiers noirs d'un grand chirurgien de Strasbourg--Aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg, des dizaines**

*de patients ont subi de la part d'un brillant chirurgien de lourdes opérations jugées inutiles par ses pairs, altérant leur fin de vie » (Annexe 5).*

La publication du Point survient dans un contexte de « *guerre larvée avec l'ICANS et l'équipe du NHC* ». En effet, le médecin responsable du service de chirurgie digestive et hépato-biliaire a procédé aux recrutements des chefs de clinique ; à ce moment, « *il n'a pas validé le recrutement d'un candidat (le Docteur X.) qui pourrait être à l'origine de la fuite de données médicales* » selon certaines personnes rencontrées lors de cette mission.

Ce candidat aurait bénéficié d'une dérogation pour être chef de clinique directement pour la période 2015-2018.

Ce candidat a ensuite été nommé praticien hospitalier par la Direction des affaires médicales, malgré les réserves de deux praticiens du service.

C'est en réunion de CME, que le médecin chef de service de chirurgie digestive et hépato-biliaire apprend que le Dr X. avait signé pour le NHC ; le médecin chef de service a alors invité le Docteur X. à partir directement de Haute-pierre. À partir de ce moment, le Dr X. s'est déclaré victime de harcèlement et aurait nourri une rancune à l'encontre du chef de service.

Simultanément aux restructurations du pôle et des services d'HGE et de chirurgie digestive et transplantation hépatique, le Dr X. est parti dans un autre établissement où il a exercé pendant moins de 2 ans pour revenir aux HUS en 2023 en espérant être nommé PU PH.

Lors du passage du dossier du Dr X. en CME, en juillet 2023, le médecin responsable de la chirurgie foie-pancréas a fait part de son avis négatif. Le Dr X. s'est alors installé dans un établissement de Strasbourg Eurométropole.

**Écart 1 :**

**La divulgation de données médicales est intervenue par l'action d'un professionnel autorisé à accéder au DPI des HUS qui ne permet pas cependant de l'identifier. Ceci représente une faille dans le système d'information des HUS**

## **4. GESTION DE LA PUBLICATION DU POINT EN MAI 2024 PAR LES HUS**

Au printemps 2024, la Direction générale des HUS a été sollicitée par un journaliste du Point du fait de pratiques chirurgicales signalées comme inappropriées.

La Direction a mis en place une cellule de crise, à laquelle a participé le chef de pôle.

La cellule de crise a procédé à :

- Identification des patients concernés : l'analyse médicale révèle qu'il s'agit de situations cliniques complexes avec un pronostic vital engagé
- L'analyse du contenu du dossier clinique révèle que chaque situation a été discutée en RCP, que les échanges avec le patient ont été tracés et que la collégialité a été respectée tout le long de la prise en soins
- Absence de réclamation de patients et d'EIG(S) en lien avec cette activité
- Lors de la récente visite de certification de la HAS, un parcours patient a été réalisé sur ce service sans remarque particulière de la part des experts-visiteurs
- Le Professeur B. a rédigé et publié de nombreux articles et il bénéficie de la confiance de la communauté scientifique.

À la suite de la tenue de la cellule de crise, la décision a été prise de ne pas apporter de réponse à la sollicitation médiatique.

La Direction générale des HUS a assuré l'information du Procureur de la République dans le cadre l'article 40 du Code de procédure pénale, en raison du risque de violation du secret médical et a déposé plainte contre X pour atteinte à l'image de l'établissement et accès à des données médicales. Au moment de la mission, aucune réponse n'a été réceptionnée.

Les affaires juridiques des HUS ont rencontré le Professeur B. qui a également porté plainte contre X et qui demandait à bénéficier d'une protection juridique, qui lui a été accordée.

Par ailleurs, il n'y a eu aucune relance médiatique et des courriers de soutien de collègues cités dans l'article du Point sont parvenus.

Le Président de CME des HUS souligne que lors d'une récente visite de certification, les experts-visiteurs de la HAS ont réalisé un parcours patient<sup>2</sup> dans ce service de chirurgie. Il insiste sur le fait que des évaluations scientifiques ont lieu en raison de nombreuses publications de l'équipe de chirurgie hépato-biliaire et pancréatique qui a la confiance de la communauté scientifique.

Par ailleurs, l'Académie de chirurgie a apporté son soutien au Professeur B. (Annexe 7).

Lors de l'entretien avec la mission d'inspection, le Professeur B. a rappelé l'essor de l'activité de chirurgie hépato biliaire pancréatique et de transplantation :

- L'origine de la greffe de foie date des années 1980 avec le Professeur J. et la réalisation de la 2<sup>ème</sup> greffe en France à Strasbourg
- La chirurgie du foie a pris son essor à partir de 1983 où elle était réalisée pour des patients atteints de néoplasies colorectales
- La chirurgie du cancer du pancréas a été développée sous l'impulsion des chirurgiens japonais avec, dans les années 80, une survie à 3 ans pour les meilleurs cas sans métastase de l'ordre de 15%
- À ce moment, l'existence d'un envahissement local représentait une contre-indication à la chirurgie retenue uniquement pour les tumeurs du pancréas droit (tête)

---

<sup>2</sup> Un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients. Le parcours du patient examine non seulement la prestation de services, mais également les étapes que le patient suit avant et après son hospitalisation

- La chirurgie du cancer du pancréas avec résection veineuse est devenue un standard au milieu des années 2010 en particulier au Japon dont les chirurgiens ont été les pionniers de l'intervention sur le cancer du pancréas localement avancé.

Le praticien explique par ailleurs que quelques protocoles de chimiothérapie s'avèrent efficaces sur le cancer du pancréas alors que l'immunothérapie n'est pas efficace pour l'instant.

L'indication chirurgicale est posée pour 1 à 2 patients sur 10. Il s'agit d'un défi interventionnel en particulier sur les artères. Par ailleurs, avec l'habitude en transplantation hépatique, la technique de résection artère-veine est plus aisée pour l'équipe des HUS.

Les risques sont nombreux en particulier en matière de thrombose (occlusion des veines de l'intestin) et de risque d'ischémie du foie avec potentielle insuffisance hépatique en quelques jours.

L'équipe des HUS a mené le développement d'une technique par dérivation pour éviter l'ischémie portale. Plus de 700 malades ont été pris en soins dans le service pour une intervention avec résection veineuse et l'équipe a pris en soins des patients qui ont eu une radiothérapie de clôture.

Par ailleurs, les cas de malades atteints de cancer du pancréas avec des métastases dans le foie, ayant bénéficié d'une chirurgie d'exérèse ont fait l'objet d'une publication européenne. Il s'agit de la technique adoptée à Strasbourg et toujours pour des patients ayant bénéficié de chimiothérapie néoadjuvante et avec proposition de radiothérapie de clôture.

L'intérêt de la chirurgie réside dans le fait d'éviter des inconforts tels que les douleurs et les saignements.

Les dossiers des patients avec indication de chirurgie après une radiothérapie/chimiothérapie sont discutés en RCP.

Selon les membres de l'équipe de chirurgie hépato-biliaire et pancréatique des HUS, lors d'un récent congrès international qui s'est tenu à Pise, en présence du centre d'Heidelberg (Allemagne), les présentations font état de :

- « 47% de survie à 5 ans pour les meilleurs cas
- 17% de survie à 10 ans (guérison)
- Mortalité en lien avec la chirurgie du cancer pancréatique de 5% à Strasbourg contre 9 à 10% en moyenne
- La chirurgie du pancréas entraîne des diarrhées qui peuvent également être dues à des métastases ».

À noter l'existence de guidelines, depuis quelques mois, pour les résections artérielles dans le cadre des néoplasies pancréatiques oligométastatiques (Annexe 8).

Une concurrence existe entre les différents services de chirurgie digestive des HUS, selon les professionnels rencontrés, en particulier, en lien avec la chirurgie hépato-biliaire et pancréatique et avec la transplantation hépatique.

Un des chirurgiens du service du NHC « souhaitait assurer la transplantation pour, ensuite la transférer à Reims ou à Nancy. Il y a eu un refus de l'ABM. Il s'en est suivi un climat d'animosités ».

L'équipe chirurgicale déplore le manque de robot chirurgical à disposition des praticiens exerçant à Haute-pierre ; en particulier, pour les interventions réalisées en cas de cancer du pancréas et qui peuvent durer plus de 10 heures.

Enfin, la Direction générale des HUS a diligenté une enquête administrative interne qui a été réalisée par le Président de la CME et la Directrice générale adjointe des HUS entre juillet et novembre 2024. Le rapport de cette enquête (Annexe 6) retrace les éléments suivants :

- « Les entretiens réalisés confirment un consensus sur la spécificité de l'activité chirurgicale du service du Pr B. avec une orientation majeure autour de l'expertise foie-pancréas, notamment oncologique, souvent qualifiée de chirurgie « de la dernière chance » à destination de patients, en l'absence d'alternative thérapeutique.  
Par ailleurs, le constat est aussi celui du nombre restreint d'expertises de cet ordre au niveau national, voire international. De fait, le recrutement patient va bien au-delà de la zone régionale de recours des HUS.
- Pour autant, une telle expertise pourrait avoir une vocation naturelle à une diffusion large des pratiques et un échange scientifique au sein même du CHU.  
L'état des lieux nous montre au contraire, la structuration, au sein même du CHU, de 3 services de chirurgie digestive, chacun expert affirmé dans son domaine (aucun recoupement de l'expertise de différents services), sans partage réel des compétences et expertises et des ressources. De plus, il n'a pas été observé de volonté affichée de partage et d'harmonisation des pratiques.  
La mise en lumière de cette expertise a été discutée sur le champ du positionnement de l'innovation, de la recherche clinique et chirurgicale dans le quotidien d'un CHU. L'ADN d'un établissement Hospitalo-Universitaire est bien de pouvoir avancer, de manière structurée sur les champs de recherche permettant l'amélioration des prises en charge patient, l'augmentation de l'espérance de vie et l'approfondissement des choix thérapeutiques sur le parcours des patients et la morbi-mortalité.
- Le niveau d'expertise des prises en charge des patients dans le service du Pr B. impose en permanence des allers retours entre thérapeutiques de soins courants et protocoles de recherche.
- Monsieur le Pr B. précise que sa pratique chirurgicale est en amont des modifications des recommandations nationales. Il confirme sa participation active aux publications ayant vocation à faire évoluer ces mêmes recommandations.  
Selon lui, dans ce contexte, il n'est pas possible d'avoir des contradicteurs cliniques au niveau local, tout particulièrement en chirurgie, les méthodes et outils de recherche, ne se prêtant pas à des protocoles habituels. Il confirme malgré tout procéder à des pratiques chirurgicales qui ne sont, à ce stade, pas inscrites ou pas encore dans les recommandations en cours au niveau national. »

Les membres de cette mission d'enquête ont constaté que « plusieurs protocoles de recherche existent en chirurgie et qu'en dehors des situations de patients, rares et exceptionnelles, les plans thérapeutiques en chirurgie peuvent être envisagés en protocole de recherche, de la même manière qu'en médecine.

De manière complémentaire, nous constatons que d'autres chirurgiens, rencontrant des situations cliniques particulières, relevant d'une expertise spécifique, ont mis en place et/ou participent à des réseaux internationaux, permettant, au-delà des échanges cliniques en local, de produire une confrontation multi champs et apporter des garanties majorées en matière de sécurité de la prise en charge patient, notamment en matière d'éclairage du consentement et de la décision thérapeutique. »

« L'activité chirurgicale du service du Pr B. présente bien des atypies sur les patients accueillis. Cette activité est notamment marquée par des patients ne disposant que peu d'alternatives thérapeutiques et que la situation de ces patients n'est pas partagée entre les 3 services de chirurgie digestive.  
L'absence de référence à des recommandations cliniques est confirmée mais les situations-patients mises en lumière, concernent des pratiques d'avancées thérapeutiques, pour lesquelles des publications ont été documentées et seront le socle de l'évolution de ces mêmes recommandations.  
Un travail sur une méthodologie de recherche en chirurgie est nécessaire permettant de légitimer les pratiques réalisées. Dans ce cadre, il est à noter que l'équipe du Pr B. partage ses pratiques dans les congrès et publications nationales et internationales. »

L'enquête administrative a constaté « l'absence, sauf exception de Revue de morbi-mortalité (RMM) dans ce service ainsi qu'un faible engagement du service pour participer aux Réunions de Concertation Pluri professionnelles (RCP), pour lesquelles, 3 types de telles réunions existent à ce jour. Les RCP ont vocation à centraliser l'ensemble des professionnels investis autour de la prise en charge des patients, apportant expertise et avis sur les options thérapeutiques à présenter aux patients. »

Les auditeurs ont proposé un plan d'actions avec des objectifs, des acteurs identifiés et un calendrier :

- Contribuer à la consolidation du pôle unique
- Favoriser le travail collectif des professionnels récemment en responsabilité ou ayant vocation à l'être
- Maintenir et développer un niveau d'expertise et de recherche au sein du pôle
- Garantir un respect des règles liées au process et outils qualité et gestion des risques
- Veiller à apaiser les relations interpersonnelles
- Permettre une structuration lisible et responsable du pôle, valorisation les filières et les acteurs.

**Les actions préconisées sont du domaine organisationnel mais également des relations interpersonnelles. Elles relèvent du management d'un service de soins.**

Enfin, le médecin chef de service a sollicité l'Ordre des médecins ainsi que l'Académie de médecine et aucune plainte n'a été déposée par des patients et/ou des familles. De même, aucun évènement indésirable grave, évènement indésirable ou réclamation de patients ou de proches n'a été retrouvé concernant les activités du service de chirurgie hépato-biliaire et pancréatique.

## **5. CENTRE DE COORDINATION EN CANCEROLOGIE (3C) ET RCP FOIE PANCREAS**

Les centres de coordination en cancérologie (3C) ont été créés suite au premier Plan cancer (2003-2007).

Les 3C sont des organisations inter établissements de santé qui ont pour mission d'améliorer la coordination des professionnels en cancérologie et d'appuyer la démarche qualité dans l'organisation des parcours des patients atteints de cancer.

Dès 2003, la lutte contre les cancers s'est structurée autour de plans nationaux, visant à mobiliser les acteurs de la santé publique autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement du patient et de ses proches, afin de définir une stratégie globale de lutte contre les cancers.

Créés par le 1<sup>er</sup> Plan cancer 2003-2007, les Centres de coordination en cancérologie (3C) ont été mis en place à l'échelon de l'établissement, en même temps que les Réseaux régionaux de cancérologie (RRC).

Ces dispositifs locaux ont structuré les relations entre les acteurs impliqués, permis une acculturation à la démarche qualité en cancérologie, au-delà des critères transversaux de qualité rendus obligatoires par l'introduction des régimes d'autorisation d'exercer l'activité de soins de traitement du cancer en 2007-2008.

Deux évènements majeurs sont venus bousculer cette organisation mise en place en 2008 :

- La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 renouvelle cet élan qui porte l'ensemble des soignants et engage les autorités politiques à réduire toujours plus l'incidence des cancers dans notre société. Sa mise en œuvre appelle une révision et une évolution des missions et des organisations de coordination des parcours de soins des personnes atteintes de cancer et de leur entourage ;
- La réforme des autorisations sanitaires, publiée au Journal officiel du 27 avril 2022, a opéré un vaste mouvement de renforcement des dispositions dites « transversales qualité en cancérologie ».

Les « 3C » n'avaient pas vu leur encadrement évoluer depuis 2005.

Il n'en reste pas moins que les dynamiques en présence et les changements des pratiques ont conduit les 3C à adapter leurs missions. Ces évolutions, intervenues en dehors de tout cadre fixé, ont conduit au développement de modalités d'organisation hétérogènes, aussi bien à l'échelle des régions qu'à celle des établissements, et aussi bien s'agissant des compétences que des niveaux d'autonomie et des moyens alloués au 3C pour mener leurs missions.

### **Les établissements membres obligatoires d'un 3C :**

Tous les établissements suivants doivent être membres d'un centre de coordination en cancérologie :

- Établissements autorisés à une ou plusieurs modalités de traitement du cancer, c'est-à-dire :
  - à la modalité « chirurgie oncologique »
  - à la modalité « radiothérapie externe, curiethérapie »
  - à la modalité « traitements médicamenteux systémiques du cancer »
- Établissements autorisés avec mention « B » de médecine nucléaire, ces établissements sont habilités à réaliser des actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses
- Établissements pratiquant la radiologie interventionnelle oncologique
- Cabinets libéraux autorisés à la modalité radiothérapie, soit en propre ou via l'établissement de santé avec lequel ils ont conventionné au titre de l'article R.6123-93-1 du code de la santé publique.

**L'identification**, l'étendue géographique et la formalisation d'un 3C font l'objet d'une convention signée entre tous les établissements membres du 3C. En ce qui concerne l'identification des 3C au niveau régional, les ARS peuvent demander l'inscription dans le CPOM de la participation d'un établissement à un 3C, en fonction de l'organisation propre de chaque région.

### **L'organisation territoriale des 3C**

La coordination des actions en matière de cancérologie requiert l'association de toute la filière de soins, impliquant bien souvent plusieurs établissements et professionnels de santé.

Ainsi, les centres de coordination en cancérologie ont vocation à s'inscrire dans une dynamique de territoire. Tout 3C devrait couvrir un nombre d'établissements membres lui permettant de coordonner et d'évaluer de manière cohérente les filières de soins en cancérologie.

**En ce sens, un 3C devrait se construire en incluant, autant que faire se peut, l'ensemble des établissements de son territoire, indépendamment de leur statut juridique.** Chaque 3C constitué doit être composé de manière cohérente en matière de parcours de soins des patients. Chaque 3C doit ainsi intégrer dans sa composition l'ensemble des modalités des traitements autorisés dans les établissements de santé (chirurgie, Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMS), radiothérapie).

**Chaque établissement de santé autorisé au traitement du cancer ne peut être membre que d'un seul 3C à la fois.**

La coordination des parcours devrait garantir la recherche du meilleur soin, dans une logique de proximité, et dans le respect de la liberté de choix des patients.

Ainsi, l'organisation d'un 3C dans un territoire doit, avant tout, servir une logique de cohérence du parcours du patient suivant sa typologie. Une vigilance particulière doit donc être appliquée aux 3C dont l'organisation ferait primer les relations entre établissements sur la logique de coordination des parcours, tant en ce qui concerne l'accès à l'expertise que le respect de la proximité d'action.

**En région Grand Est, en 2024, la collaboration entre les 3C et le Dispositif spécifique régional du cancer (DSRC) NEON s'organise autour de 3 actions principales :**

- **Un travail de collaboration et d'échange avec les professionnels de santé** visant à assurer la diffusion des référentiels nationaux et veiller à leur appropriation et à leur implémentation par tous les acteurs sur le territoire régional
- **La participation au fonctionnement des RCP, de l'information des professionnels et des patients à la mise à disposition d'outils informatisés** de type Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) permettant l'échange de données entre les professionnels. À ce titre, NEON encourage le recours à la visioconférence afin de limiter les déplacements des praticiens participant aux RCP. Le réseau identifie l'ensemble des RCP et les répertorie sous forme d'un annuaire. Il porte cette information à la connaissance des professionnels de santé et des patients
- **Un rôle d'animation des 3C**, en particulier dans le domaine de l'évaluation par le biais d'audits « qualité », par exemple sur l'utilisation des référentiels ou l'organisation des RCP. Dans ce domaine notamment, NEON s'attache à favoriser la communication et l'interfaçage entre les différents 3C de la région. Les missions des 3C sont menées en partenariat et en cohérence avec NEON qui a une vision globale et transversale de la réalisation de leurs missions.

**Les 3C et leurs coordonnateurs sont ainsi les interlocuteurs privilégiés de NEON.**

**Les outils et l'accompagnement déployés par le réseau NEON :**

- Formalisation concertée d'une « Charte régionale des RCP en cancérologie du Grand Est » et d'une procédure
- Mise à disposition du DCC (Dossier Communiquant en Cancérologie) pour la gestion des RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire)
- Aide à la mise en place d'outils de visioconférence pour l'organisation des RCP en partenariat avec [www.pulsy.fr](http://www.pulsy.fr)
- Mise à disposition de recommandations et référentiels de bonnes pratiques en cancérologie disponibles sur la plateforme ONCOLOGIK
- Mise à disposition des professionnels de santé du Grand Est de formations en cancérologie en e-learning et/ou en présentiel. Voir le catalogue des formations sur Onco-TICE

- Recensement des études cliniques en cancérologie ouvertes dans la région Grand Est sur accessibles sur la plateforme HECTOR

### **Une organisation à l'échelon de l'établissement de santé**

Le 3C est une organisation inter établissement. Il les accompagne dans l'élaboration des procédures d'évaluation, d'indicateurs et des processus d'amélioration des pratiques, garantissant ainsi l'atteinte des objectifs imposés par la réglementation et le maintien d'un haut niveau de sécurité et de qualité des soins attendu en cancérologie. Enfin, il contribue, à l'échelon de l'établissement, au déploiement de la stratégie décennale de lutte contre les cancers.

Chaque centre de coordination en cancérologie coordonne les actions de la démarche qualité au sein de ses établissements membres dont essentiellement les établissements titulaires d'autorisation de traitement du cancer, présents sur un territoire donné et, cela indépendamment de leur statut juridique (ils incluent donc des cliniques privées, CHU, centres de lutte contre le cancer, etc.).

**Chaque établissement de santé autorisé au traitement du cancer ne peut être membre que d'un seul 3C à la fois.** Le but est de développer au sein des établissements membres d'un même 3C une vision cohérente et homogène des parcours de soins.

### **Les missions des Centres de coordination en cancérologie**

En cancérologie, les Centres de coordination en cancérologie représentent le premier niveau de la coordination de la qualité des prises en soins et de l'organisations des parcours de soins. Ils ont vocation à accomplir les missions selon les trois grands axes :

- **Accompagner le déploiement et de la mise en œuvre des dispositifs transversaux qualité en cancérologie au sein des services des établissements membres du 3C.** On compte actuellement 14 dispositifs transversaux qualité qui englobent des démarches ayant trait au parcours de soins du patient, à la qualité du projet thérapeutique, à celle du projet de soins de support et à la qualité et à la sécurité des soins. Les 3C accompagnent les établissements autorisés à remplir les obligations réglementaires relatives aux dispositifs transversaux
- **Évaluer, en accompagnant les professionnels des établissements membres du 3C à mettre en œuvre des méthodes d'autoévaluation et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en lien avec les dispositifs transversaux de qualité des parcours en cancérologie.** L'évaluation des pratiques professionnelles et le recueil des indicateurs d'évaluation sont rendus obligatoires pour les établissements autorisés. Les 3C s'assurent de la mise en place de ces démarches par les établissements concernés. Ils peuvent également contribuer à la production et l'homogénéisation des outils si besoin
- **Animer** : contribuer à l'animation au sein des établissements et du territoire autour du parcours de soins en cancérologie.

**Les 3C agissent aux côtés des Dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC), participent aux actions relatives à l'animation territoriale tels que le recensement et la coordination des offres de soins.**

Ils jouent également un rôle pour **instaurer et favoriser le dialogue entre les professionnels de santé des établissements membres et les acteurs de ville (dont les communautés professionnelles territoriales de santé, dispositifs d'appui à la coordination, etc.)**

**Ainsi, les 3C n'interviennent pas directement dans les soins prodigués aux patients, ni dans la recherche clinique.**

Pour le territoire de l'Eurométropole de Strasbourg, la récente réforme des 3 C a amené à une coordination entre le Centre Paul Strauss (Institut de lutte contre le cancer) et les HUS avec présence d'un coordonnateur, professionnel des HUS.

Les principales organisations en lien avec les 3C sont les suivantes :

- Convention de partenariat entre le CPS et les HUS en 2007
- Dès 2007, la charte de fonctionnement encadre le passage de dossiers en RCP, à savoir qu'un dossier ne doit être présenté qu'à une seule RCP, sauf en cas de nécessité de passage en RCP de recours ou si besoin d'un avis autre afin de garantir la pluridisciplinarité
- Dans le dossier d'autorisation, il est prévu la formalisation d'une convention de partenariat pour le digestif avec l'établissement de Sélestat qui dispose de chirurgiens qui, alors que l'établissement est membre du GHT 11 (les Hôpitaux Civils de Colmar étant l'établissement support), ont émis le souhait de travailler avec les HUS pour les RCP
- En 2012, une convention a été établie entre les HUS, le Centre hospitalier de Sélestat et le CPS
- Toujours en 2012, une convention a été formalisée entre les HUS, le Centre hospitalier de Saverne et le CPS.

En matière de cancérologie digestive, dans le cadre du réseau CAROL, la structuration en Grand Est prévoit :

- Un 3C public à Colmar pour les secteurs public et privé
- Un 3C public à Mulhouse pour les secteurs public et privé
- Un 3C public à Strasbourg pour Strasbourg, Sarreguemines, Sarrebourg, Haguenau et Saverne.

Par ailleurs, pour le réseau ONCOLIA, un 3C privé a été structuré entre les établissements privés de l'Eurométropole : L'Orangerie, le Groupe Hospitalier Saint Vincent, RHENA, les Cliniques Saint François et Sainte Odile à Haguenau.

La discussion de dossiers en RCP fait partie d'une culture ancienne en Alsace qui a organisé cela dès 1975 pour les tumeurs sénologiques et pulmonaires. Au départ, des RCP ont été structurées aux HUS ainsi qu'au CPS.

Depuis de nombreuses années, des RCP sont organisées en commun par les 2 établissements mais les cas le plus complexes ou les essais thérapeutiques, relevant du privé ou du public, ont lieu uniquement à l'ICANS. En particulier, plusieurs RCP sont organisées à l'ICANS :

- RCP côlon
- RCP métastases
- RCP Foie-Pancréas
- RCP de recours.

Une secrétaire est attribuée par filière.

À l'heure actuelle, grâce à l'outil informatisé, il est possible de créer des fiches RCP par tout praticien à tout moment, quel que soit son lieu d'exercice.

**En ce qui concerne les RCP dédiées aux tumeurs hépato-biliaires et pancréatiques (HBP), plusieurs organisations se sont succédé au fil du temps :**

- En **2011**, le Professeur B., chirurgien des HUS, et le Professeur D. oncologue du Centre Paul Strauss, ont initié les **RCP Foie-Pancréas (Annexe 9)**. Cette RCP se tenait au CPS et visait à compléter l'offre existante avec les RCP des cancers digestifs commune aux HUS et au CPS. Le Professeur B. a assuré la fonction de responsable et le Professeur D. celle de responsable adjoint. L'organisation et le secrétariat ont été assurés par le secrétariat RCP du CPS. Le jour retenu était le lundi de 18 à 19 H et différentes spécialités étaient représentées : chirurgie, radiologie interventionnelle, oncologie digestive et hépatologie
- Cette RCP a été localisée à l'ICANS dès 2019, date d'ouverture de l'institut de lutte contre le cancer et est, en 2024, sous la responsabilité d'un oncologue de l'ICANS
- En 2019, une demande émanant de 3 Professeurs a été adressée au Médecin coordonnateur du 3C pour créer une RCP Foie-Pancréas sur le site de HautePierre (Annexe 10). En effet, dans le cadre du « staff radiologique » en place depuis 2 ans et demi, une quinzaine de dossiers sont

discutés à chaque réunion et les fiches validées par la RCP d'oncologie digestive du CPS. Selon le courrier « *la RCP (était) suboptimale puisque les radiologues n'étaient pas présents* ». Dès lors, les praticiens souhaitent la création de cette RCP à Hautepierre car la spécificité du pôle digestif de ce site inclut la prise en charge des maladies graves du foie, la greffe hépatique et la chirurgie du pancréas et que la filière d'oncologie digestive reste dans le pôle digestif de Hautepierre sous la direction du Professeur D. Cette RCP aura lieu tous les lundis après-midi, avec les mêmes intervenants du staff déjà en place et permettra aux centres périphériques de participer en visioconférence

- **À partir de 2019, on note donc l'existence de 2 RCP Foie-Pancréas en miroir, une aux HUS à Hautepierre et une à l'ICANS.**

En pratique, l'organisation des RCP Foie-Pancréas était la suivante :

- Lundi 16H45-17H à Hautepierre :
  - o Présence d'oncologues, chirurgiens et parfois des radiologues ; absence d'anatomopathologistes
  - o Au moment de l'inspection, cette RCP ne se tient plus
  - o Relais par staff radiologie
  - o Seconde RCP sur le site HUS avec le Pr D. (président) qui est toujours active
  - o Une fiche de conclusions et d'avis est établie pour chaque patient
- Lundi 17H à l'ICANS :
  - o Présence d'oncologues et chirurgiens ; absence de médecin imageur et d'anatomopathologiste.

À noter que depuis mai 2024, plus aucune RCP Foie-Pancréas n'est organisée à Hautepierre.

Seule celle de l'ICANS continue de se tenir. Les dossiers de chirurgie hépatopancréatique des HUS y sont présentés par les CCA (chefs de clinique assistants) ou les internes car le Professeur B. est en consultations privées sur ce temps.

Pour rappel, la définition de la RCP par la HAS (mai 2014), dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC) est la suivante : « Les RCP regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment.

En oncologie, la RCP s'impose pour la prise de décision de tous les malades et se déroule dans un établissement de santé, un groupement d'établissements de santé, un réseau de cancérologie ou dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C). En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, celle-ci peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation, mais le dossier devra être ultérieurement présenté pour être entériné et cette prise en charge enregistrée et archivée.

De plus, **pour être jugée valable, une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être représenté avec le spécialiste manquant dans les plus brefs délais.** La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire.

Toutefois, les RCP ne sont pas exclusives à l'oncologie et peuvent être utilisées dans d'autres spécialités, notamment pour des prises en charge complexes. Dans ce cas, il est nécessaire que soient représentées toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic et pour le traitement.

Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.

#### **Remarque Majeure 1 :**

**Trois RCP foie-pancréas coexistent, 2 aux HUS et 1 à l'ICANS, avec une composition non conforme à l'attendu pour chacune de ces réunions puisqu'aucune ne réunit au moins 3**

médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées

En ce qui concerne la tenue de RCP, on relève :

Année	2020	2021	2022	2023
Nombre RCP	35	35	43	40
Nombre dossiers présentés en RCP	485	251	274	282
Nombre de dossiers de patients suivis par le professeur BACHELLIER	451	233	263	270

Analyse :

La plupart des dossiers présentés en RCP foie-pancréas sont ceux de patients suivis par le Professeur [REDACTED]

Ces dossiers représentent 95% des dossiers présentés en RCP.

À noter que ce sont les internes qui présentent ces dossiers en RCP car pendant la tenue de ces réunions, le praticien assure des consultations sur une plage d'activité libérale. Et ce, malgré la sensibilité des dossiers de cancers hépatiques et pancréatiques.

Remarque Majeure 2 :

La présentation en RCP par des internes, malgré la sensibilité des dossiers de cancers hépatiques et pancréatiques, n'a pas été seniorisée par un autre praticien du service du Professeur B.

## 6. ACTIVITE DES SERVICES DE CHIRURGIE DIGESTIVE, PANCREATIQUE ET HEPATO-BILIAIRE DES ETABLISSEMENTS DE L'EUROMETROPOLE DE STRASBOURG

L'activité de chirurgie digestive, pancréatique et hépato-biliaire réalisée par les établissements sanitaires de l'Eurométropole de Strasbourg se décompose comme suit :

CHIRURGIE HEPATO BILIAIRE ET PANCREATIQUE				
	2021	2022	2023	M10-2024
HUS	798	664	695	423
NHC	365	293	305	133
HTP	433	371	390	290
ICANS	1	2	2	2
RHENA	290	263	311	87
ORANGERIE	353	344	395	94
GHSV	292	214	242	144
SAINTE BARBE	160	120	138	127
SAINTE ANNE	132	94	104	17

### Analyse :

Le volume d'activité réalisée en chirurgie foie-pancréas est le plus important aux HUS, en particulier dans le service de Hautepierre, dont l'évolution est en augmentation, en ce qui concerne les établissements sanitaires de l'Eurométropole de STRASBOURG.

Activité chirurgicale 2020-2024 en chirurgie digestive, hépato-biliaire et pancréatique aux HUS :

	2020	2021	2022	2023	M7-2024
<b>Chirurgie programmée</b>	566	561	473	495	306
<b>Chirurgie urgente</b>	501	488	533	519	334
<b>Total</b>	<b>1 067</b>	<b>1 049</b>	<b>1 006</b>	<b>1 014</b>	<b>640</b>
<b>Foie</b>	135	139	135	119	75
<b>Pancréas</b>	118	123	121	134	81
<b>Surrénales</b>	8	14	13	21	8
<b>Thyroïde</b>	17	13	5	4	3
<b>Parathyroïdes</b>	8	10	6	7	1

Plus particulièrement, en ce qui concerne la chirurgie carcinologique, on relève :

<b>CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE PANCREATIQUE</b>						
	2019	2020	2021	2022	2023	M9-2024
<b>HUS</b>	107	112	118	125	116	74
<b>NHC</b>	29	38	36	30	30	13
<b>HTP</b>	78	74	82	95	86	61
<b>CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE HEPATIQUE</b>						
	2019	2020	2021	2022	2023	M9-2024
<b>HUS</b>	146	147	143	114	102	84
<b>NHC</b>	43	49	47	26	33	9
<b>HTP</b>	103	98	96	88	69	75

### Analyse :

Les éléments d'activité montrent que l'activité réalisée sur le site de Hautepierre est 2 à 3 fois plus importante que celle réalisée sur le site du NHC pour les chirurgies de cancers hépatiques et pour les néoplasies pancréatiques.

## 7. ANALYSE DE DOSSIERS MEDICAUX DE PATIENTS PRIS EN SOINS PAR LE PROFESSEUR B.

Un panel d'une vingtaine de dossiers de patients pris en soins, entre 2020 et 2024, pour néoplasie pancréatique dans le service de chirurgie hépato-biliaire-pancréatique du site de Hautepierre des HUS a été analysé. Il en ressort que ces dossiers sont complets et ils comportent :

- Une observation médicale initiale, des observations médicales à chaque consultation et lors d'une hospitalisation
- Le compte-rendu d'une discussion des dossiers en RCP
- Le consentement éclairé comportant un schéma explicatif de l'intervention et des complications et effets indésirables attendus
- Le compte-rendu opératoire très détaillé
- Les comptes-rendus d'examen complémentaires, en particulier biologie et imagerie médicale.

Pour un seul dossier de 2021, le compte-rendu de l'avis de la RCP des HUS-ICANS n'a pas été retrouvé ; en effet, le patient était adressé par un autre établissement et l'avis de la RCP locale était bien présent dans le dossier des HUS.

L'article du Point met en cause des prises en soins de patients porteurs de métastases pancréatiques, en particulier à des stades oligométastatiques.

La maladie oligométastatique est un cancer situé entre le stade local et le stade métastatique avancé. Le stade d'évolution des pathologies cancéreuses, qui évoluent le plus souvent d'une masse locale vers une maladie infiltrante (envahissant les tissus alentour), puis systémique (envahissant tout l'organisme), est un élément déterminant de leur prise en charge et pronostic.

Dans le cas d'une maladie oligométastatique, le cancer a dépassé le stade local et infiltrant, et a produit des métastases. Toutefois, celles-ci ne sont pas diffuses. Les oligométastases se définissent ainsi par leur caractère limité et local (d'où le préfixe « oligo », qui signifie « peu »). Cet état résulte de limites dans le mécanisme de dissémination des métastases, et demeure transitoire.

Aussi, la maladie oligométastatique peut faire figure de « fenêtre thérapeutique », durant laquelle le patient pourrait recevoir des traitements locaux ablatifs visant à détruire les oligométastases en plus de la prise en charge de la tumeur primitive.

Dans le cadre de l'adénocarcinome pancréatique oligométastatique, depuis la publication des résultats de l'essai de phase II SABR-COMET, de nombreux travaux évaluent l'intérêt du traitement ablatif des métastases dans la maladie oligométastatique<sup>3</sup>. Avec une survie sans progression (SSP) médiane de 5 à 7 mois, l'adénocarcinome pancréatique métastatique reste l'une des maladies au pronostic le plus mauvais<sup>45</sup>

L'ajout d'un traitement ablatif local des métastases mais également de la tumeur primitive pancréatique améliore la survie sans progression des patients ayant un adénocarcinome pancréatique oligométastatique recevant un traitement systémique.

**En ce qui concerne les indications opératoires, elles relèvent d'une expertise des pratiques professionnelles par des spécialistes qui pourraient juger de la pertinence des actes de chirurgie. Ce n'est pas l'objet du présent rapport.**

Une expertise relative aux types de prise en soins assurés par Monsieur le Professeur B. devrait être réalisée par des experts internationaux en raison de la spécificité de la discipline et du type de chirurgie réalisée, en particulier dans le cadre des néoplasies pancréatiques oligométastatiques.

## 8. ACTIVITE LIBERALE AUX HUS

### 8.1 Inspection de 2019

L'ARS Grand Est, en collaboration avec la CPAM du Bas-Rhin, a inscrit dans le cadre de son Programme Régional d'Inspection Contrôle pour 2018, une mission d'inspection en vue d'évaluer et de contrôler, d'une part, les modalités d'exercice de l'activité libérale de tous les praticiens concernés au sein des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), et d'autre part, le fonctionnement de la commission d'activité libérale instituée au sein de l'établissement.

Si cette inspection a porté sur l'ensemble des praticiens exerçant une activité libérale, la situation d'un échantillon de 20 PU-PH et PH, représentatif de l'exercice de l'activité libérale au sein des HUS, a été examinée plus en détail.

Parmi les 753 médecins des HUS éligibles en 2017 à la pratique d'une activité libérale, 83 exerçaient une activité libérale au 31 décembre, soit 11 % des médecins éligibles. Cette activité est exercée

---

<sup>3</sup> Palma DA, Olson R, Harrow S, et al. Stereotactic Ablative Radiotherapy for the Comprehensive Treatment of Oligometastatic Cancers: Long-Term Results of the SABR-COMET Phase II Randomized Trial. J Clin Oncol 2020;38:2830-2838

<sup>4</sup> Conroy T, Desseigne F, Ychou M, et al. FOLFIRINOX versus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer. N Engl J Med 2011;364:1817-1825

<sup>5</sup> Von Hoff DD, Ervin T, Arena FP, et al. Increased survival in pancreatic cancer with nab-paclitaxel plus gemcitabine. N Engl J Med 2013;369:1691-1703.

majoritairement par des hospitalo-universitaires (PU-PH et MCU-PH) (67 %) pour uniquement 33 % de PH (HUS, 2017).

Le total d'honoraires perçus en 2017 par les praticiens était de 9 617 235 €, soit en moyenne un montant d'honoraires de 111 823,31 € par contrat actif, et des honoraires médians s'établissant à 83 629 € (HUS, 2017). Ces données de 2017 couvrent de fortes disparités : 22 praticiens ont perçu globalement 50 % du montant total des honoraires, 4 perçoivent plus de 250 000 € et 22 moins de 50 000 €. Le montant de la redevance reversée aux HUS s'établit à 2 398 060 €, somme en hausse constante sur ces 10 dernières années.

En 2017, 79 sont en secteur 2, 8 en secteur 1 (10 %). Ce critère n'influence pas en définitive le montant des honoraires pouvant être perçus, bien plus liés à la spécialité exercée et plus encore intuitive personae.

Le volume global d'activité déclaré a augmenté de 4 % entre 2016 et 2017, aussi bien pour les actes que pour les consultations.

**L'influence du secteur d'activité (publique ou privé) sur le délai d'obtention d'un rendez-vous n'est pas systématique et relativement faible, selon le déclaratif des médecins rencontrés. Cependant la mission n'a pas pu disposer de données, ni procéder par elle-même à un contrôle.**

La Commission d'Activité Libérale (CAL) devait par ailleurs réaliser une étude à ce sujet.

La mission a pu se rendre compte que la définition retenue par les HUS de la répartition en nombre d'actes relevant de l'activité libérale et de l'activité publique laisse une marge d'interprétation favorable aux praticiens.

La pratique de l'activité libérale correspond à la réalisation de la consultation et/ou de l'intervention chirurgicale par le PU-PH ou le PH lui-même et en l'absence d'étudiants. Elle s'applique, selon les praticiens et/ou les spécialités, soit aux seules consultations (pour 57 % des praticiens), soit aux seuls actes et hospitalisations (6 %), soit aux deux (37 %).

**La direction générale des HUS s'est impliquée pour assurer la gestion et la mise à jour des contrats, proposer une fiche harmonisée de recueil des consentements des patients et assurer une certaine information des usagers.** Les contrats transmis sont ainsi conformes au modèle standard ; leur gestion ne pose pas de problème particulier. **Néanmoins, son implication devait être renforcée quant aux moyens et données statistiques pertinentes à transmettre à la CAL pour que celle-ci puisse pleinement exercer son rôle de contrôle.** Également, il est apparu que les informations disponibles et/ou transmises aux praticiens sont rares et insuffisantes pour que ceux-ci assurent un auto-contrôle de leur activité, et pour que les nouveaux praticiens puissent entrer dans cette activité en bonne connaissance des règles à respecter. Ainsi, par exemple, la situation des 17 PU-PH de 2017 ayant eu une activité libérale supérieure à 50 %, dont 9 à plus de 60%, n'avait pas fait l'objet d'une véritable analyse de leur situation par la direction des HUS ou la CAL.

La mission avait pointé également les insuffisances du logiciel de traçabilité des consultations et interventions réalisées (l'application « gestion des patients »). Ce logiciel patient développé par les HUS ne permet que l'enregistrement d'un seul praticien et non de l'ensemble des praticiens ayant participé aux actes. Ce point pourrait expliquer une partie de la sous-estimation des activités publiques des

praticiens. Cette situation, pourtant connue, pouvant potentiellement fausser les données et analyses sur l'activité libérale, ne fait néanmoins l'objet d'aucune mesure correctrice.

S'agissant de la pratique des dépassements des honoraires au sein des HUS, la mission a étudié la pratique tarifaire sur l'ensemble des praticiens exerçant une activité libérale, dont les 20 praticiens de l'échantillon, objet du contrôle. En 2018, pour l'ensemble des praticiens (88) exerçant une activité libérale aux HUS, le taux de dépassement moyen s'établissait, actes et consultations confondus, à 48% soit 3 points au-dessus de la moyenne nationale (45 %). **En particulier, 9 ont une politique tarifaire au-delà de 150%, notamment dans le champ des interventions chirurgicales ; ce seuil de 150% à ne pas dépasser étant généralement admis comme celui de la fixation des honoraires avec tact et mesure.**

L'information donnée aux patients quant aux tarifs pratiqués et montants des dépassements d'honoraires est disponible, soit sur le site internet des HUS, avec un renvoi sur le site Ameli, soit directement auprès des services, par voie d'affichage, information orale ou écrite, selon le type d'acte et de service. De même, le recueil préalable du consentement des patients est respecté.

La Direction des Affaires Médicales et de la Stratégie Médicale Territoriale (DAMSMT) de l'établissement intervient dans le suivi et la gestion de l'activité libérale des HUS sur 4 points : l'organisation administrative de l'activité libérale (gestion des contrats, règlement intérieur), la diffusion d'informations, le recueil des données et le calcul de la redevance, et la transmission des données à la CAL

Les HUS ont rédigé une charte de déontologie « charte de l'activité libérale intra-hospitalière », ainsi qu'un règlement intérieur de l'activité libérale en 2016, révisé en 2018, ce qui répond bien aux exigences des nouvelles dispositions réglementaires.

Au-delà de son rôle de collecteur des redevances et données d'activités, l'implication des HUS s'était concrétisée essentiellement en 2018 par l'élaboration d'une « Fiche de recueil du consentement » diffusée auprès des praticiens et presque partout utilisée, et la mise en ligne sur le site internet des HUS de quelques informations destinées aux patients.

**A la suite de la notification du rapport, dans le cadre de la procédure contradictoire, la direction générale des HUS s'était engagée dans un plan d'actions, pour améliorer le suivi de l'activité libérale, notamment dans la mise en œuvre d'un programme de contrôle initié par la CAL. Les réponses apportées par l'établissement avaient permis la levée de la majorité des prescriptions et de quelques recommandations notifiées dans le cadre de la procédure d'inspection.**

## 8.2 Inspection de 2024

Dans le cadre de l'inspection relative à la chirurgie digestive et hépatique, la mission s'est intéressée à nouveau au contrôle de l'activité libérale au sein de l'établissement

Le rôle de la direction générale est essentiel dans le dispositif de contrôle de l'activité libérale déployée au sein de l'établissement. En effet, cette dernière dispose de l'ensemble des données relatives à la répartition de l'activité libérale en termes d'actes de consultations, d'actes et soins d'hospitalisation, de tarifs pratiqués, et de montants des honoraires perçus. Elle dispose également des données relatives à l'activité publique des praticiens. Elle doit d'ailleurs depuis le décret 2017-523 du 11 avril 2017 organiser

le recueil informatisé du nombre et de la nature des actes et des consultations réalisés au titre de l'activité publique de chaque praticien, afin de s'assurer du respect des conditions des 2) et 3) de l'article L 6154-2 du CSP, et notamment que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Une charte de l'activité libérale définit les principales règles et la commission assure la transmission des rapports approuvés par les instances. Cette charte, conforme aux textes en vigueur, a été adoptée par la CAL des HUS le 24 octobre 2018.

Au sein de la Direction Générale des HUS, c'est la direction des affaires médicales et de la stratégie médicale territoriale (DAMSMT) qui centralise toutes les données et élabore les documents et rapports permettant à la CAL et à la CRAL d'exercer les contrôles et prérogatives définis par les textes.

La commission instituée au sein de l'établissement est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires, au respect des clauses des contrats d'activité libérale. Elle est également compétente pour toute question relative à l'activité libérale. Pour y parvenir, elle doit avoir accès à toutes les informations utiles sur l'activité libérale et publique des praticiens hospitaliers, sous réserve du respect du secret médical, que doit lui mettre à disposition la DAMSMT. Les prérogatives de la CAL en matière de contrôle et de suivi de l'activité libérale au sein de l'établissement sont les suivantes (cf. en particulier les articles R.6154-11 et suivants du CSP) :

1) La commission de l'activité libérale peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou d'un organisme obligatoire d'assurance maladie, le président du conseil départemental de l'ordre des médecins, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

2) La commission saisit le directeur de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement dans les cas où elle est informée de difficultés rencontrées dans l'organisation des activités médicales publiques du fait de manquements d'un praticien dans l'exercice de son activité libérale intra-hospitalière ou du non-respect des engagements des clauses des contrats d'activité libérale signés par les praticiens. Elle informe le président du conseil départemental de l'ordre des médecins lorsqu'elle a connaissance d'un non-respect par le praticien des règles déontologiques.

3) La commission peut soumettre aux autorités mentionnées au 1) toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens. Elle peut saisir la commission régionale de l'activité libérale.

4) La commission définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement.

5) La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement, ou des établissements en cas d'activité libérale partagée entre deux établissements, et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5.

Le rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, à la commission des usagers, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Dans les suites de l'inspection précédente, la direction générale des HUS a transmis des courriers aux praticiens qui avaient dépassé le seuil autorisé de leur activité libérale avec demande de rencontre pour échanger sur ces dépassements, le 27 décembre 2022 (Annexe 11).

Monsieur le Professeur B. a été destinataire de ce courrier.

Au vu des entretiens réalisés, des documents transmis et des analyses réalisées, la mission estime que la CAL n'a pas eu de réelle activité de contrôle les années antérieures.

En effet, la CAL doit réaliser un examen approfondi des cas litigieux, ce qui nécessite la connaissance des données praticien par praticien. Ainsi, si les rapports d'activité publiés doivent être anonymisés, les membres de la CAL doivent avoir en leur possession les données par praticien pour pouvoir discuter

des litiges et pouvoir proposer le cas échéant une saisine du conseil de l'ordre des médecins et/ou de la CRAL.

**S'agissant du contrôle de l'application du tact et mesure dans la détermination des honoraires, la CAL n'est visiblement destinataire d'aucun élément d'analyse sur cette thématique, pourtant essentielle pour s'assurer d'un égal accès aux soins pour tous. Cet axe figure pourtant dans la charte validée en 2018 et constituant par essence un item de contrôle pour s'assurer du bon fonctionnement au sein de l'établissement de l'activité libérale.**

Enfin, les rapports d'activité présentés sont essentiellement descriptifs et ne comportent ni analyse ni résultat de l'action éventuelle de la CAL en termes de contrôle (équilibre des activités, respect de la durée d'activité libérale, respect du tact et mesure dans la pratique du dépassement d'honoraires) pour remédier aux dysfonctionnements observés.

Cependant, la nouvelle présidente de la CAL, rencontrée à l'occasion de cette mission, a manifesté sa volonté de mettre en place un contrôle plus rigoureux de l'activité libérale et devra bénéficier d'un fort appui de la direction générale pour pouvoir mener à bien ses investigations.

Au sein de la communauté médicale des HUS, certains professionnels ne pratiquent pas de différence d'honoraires entre l'activité réalisée en public et dans le cadre libéral ; de ce fait, ils considèrent qu'ils peuvent augmenter leur activité libérale à plus de 20% du temps de travail (deux demi-journées sur des plages qui doivent être clairement identifiées).

En consultation, l'activité libérale est facilement identifiable, mais il apparaît plus difficile d'effectuer ce repérage pour les activités réalisées au bloc opératoire, car la répartition des plages opératoires par praticien ne permet pas d'en avoir une dédiée exclusivement à l'activité libérale.

En ce qui concerne l'activité opératoire, les chirurgiens remontent des difficultés d'accès à des plages de bloc opératoire depuis le COVID.

En matière de rapport annuel de la CAL, celui relatif à l'année 2022 n'avait pas encore été validé au moment de cette mission ; sa validation était programmée prochainement.

Le plan de contrôle de la CAL n'est pas établi. Par exemple, aucune étude comparative des délais de prise en soins des patients entre les activités publique et privée n'a été réalisée.

Au sein du service DIM, aucune action n'a été menée car aucune sollicitation n'a été reçue demandant de procéder à l'analyse de l'activité libérale.

### **Remarque majeure 3 :**

**Absence d'analyse qualitative de l'activité libérale réalisée par les différents praticiens autorisés au sein des HUS**

## **9. ACTIVITE LIBERALE DU PROFESSEUR B.**

Pour rappel, **une inspection réalisée en 2019 mettait en avant pour ce praticien, une activité privée supérieure à l'activité publique** en volume et des taux de dépassements d'honoraires significatifs, si ce n'est excessifs, pour les consultations.

Dans les suites de cette inspection, il était attendu de l'établissement de revoir ses procédures internes et de mettre en place un suivi plus exigeant de cette activité.

Pour rappel, au niveau national, depuis la mise en œuvre des premières mesures en faveur de la maîtrise des dépassements d'honoraires en 2012, l'observatoire conventionnel pour les pratiques tarifaires a constaté en 2017 un recul pour la 5<sup>ème</sup> année consécutive du taux de dépassement chez les médecins de secteur 2, notamment chez les médecins spécialistes (hors médecine générale). (Assurance Maladie, Dossier de Presse - Observatoire des pratiques tarifaires, 2017).

L'indicateur utilisé, qui permet de mesurer l'évolution des dépassements d'honoraires, est le taux moyen de dépassement par médecin. Il mesure le montant total des dépassements rapporté au montant total des honoraires remboursables (c'est-à-dire correspondant à la base de remboursement) facturés par les médecins libéraux de secteur à honoraires libres.

Globalement, pour l'ensemble des médecins et pour l'ensemble des actes, le taux national atteint 52,5 % chez les seuls médecins spécialistes (hors médecine générale).

Si l'on ne retient que les seuls médecins hospitaliers qui exercent une activité privée à l'hôpital, le taux de dépassement national se situe désormais à 45,3% en forte baisse ces dernières années (62% en 2013) grâce aux efforts conjugués de l'Assurance Maladie dans le cadre de lutte contre les pratiques tarifaires excessives et des commissions d'établissement vis-à-vis de certains praticiens dont les tarifs avaient explosé.

À noter, en termes de spécificités géographiques, le positionnement du département du Bas-Rhin avec une part de médecins installés en secteur 2 plus forte qu'en moyenne nationale avec comme corollaire un niveau des dépassements observé plus élevé.

Cette nouvelle inspection a permis également d'analyser les données de l'activité libérale de Monsieur le Professeur B. depuis 2020 (volume d'activité et taux de dépassement des honoraires pratiqués en distinguant l'activité de consultations et l'activité interventionnelle) et d'étudier l'activité libérale du Professeur B. d'un point de vue quantitatif mais également d'un point de vue qualitatif, en fonction du type d'interventions réalisées en libéral.

Le professeur B. réalise une activité privée depuis 2007. Le contrat en date du 26/11/2020 prévoit qu'il s'engage à ne pas consacrer à son activité libérale plus de 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire.

Année	Activité libérale Nombre total d'actes CCAM + NGAP	Activité publique Nombre total d'actes CCAM + NGAP	% privé du nombre total des actes
2020	830	566	<b>59%</b>
2021	972	504	<b>66%</b>
2022	897	382	<b>70%</b>
Année	Total honoraires	Redevance	Variation N/N-1
2020			26.94%
2021			1.13%
2022			- 6%

#### Écart 2 :

**La part d'actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale est supérieure à celle des actes réalisés dans le cadre de l'activité publique pour Monsieur le Professeur B. ce qui contrevient à l'Article L 6154-2 du CSP**

En matière d'activité libérale, ni l'établissement ni la CAL n'ont pris en compte véritablement cette situation qui perdure depuis plusieurs années sans aucune évolution positive quant au respect du volume de l'activité et du respect du tact et mesure.

## 10. QUALITE GESTION DES RISQUES AUX HUS

Une direction qualité est identifiée au sein des HUS et elle est directement rattachée à la Direction Générale ; elle se compose de :

- Un directeur qualité
- 10 ingénieurs qualité, avec une répartition en fonction des pôles et des missions
- Une Direction Relations avec les usagers de 5 agents assurant la gestion des réclamations et les demandes de dossiers médicaux
- 3 agents dévolus à la sécurité des systèmes d'information.

La direction qualité participe à différentes commissions au sein des HUS et un ingénieur qualité vient en appui méthodologique en cas d'EIG, CREX, certification... La direction assure un appui ascendant/descendant, les liens avec les référents qualité médicale des pôles ainsi qu'avec les référents EI dans les services.

L'équipe est appuyée par un médecin coordonnateur des risques, anesthésiste-réanimateur de formation, à 0.3 ETP sur cette mission, ce qui est insuffisant au vu de la taille et des activités réalisées au sein des HUS. Ce praticien ne dispose pas de fiche de poste pour la coordination gestion des risques.

**Remarque 1 :**

**Le temps attribué au médecin coordonnateur de la gestion des risques est insuffisant eu égard aux activités des HUS**

**Remarque 2 :**

**Le médecin coordonnateur de la gestion des risques ne dispose pas de fiche de poste**

En matière de déclaration des événements indésirables, les référents EI jouent un rôle important en proximité par la sensibilisation qui est aussi celle assurée par les ingénieurs qualité dans les services, par exemple en cas de diminution du nombre de déclarations.

L'établissement dispose d'une charte d'incitation à la déclaration des EI disponible sur l'intranet et dans les affichages dans les services.

À noter que les internes bénéficient également d'une formation en matière de déclaration des EI.

Les EI sont déclarés sur le logiciel NORMEA par les professionnels qui cochent la gravité et la fréquence de la survenue du même type d'événement.

L'analyse qui s'en suit est la suivante :

- **En cas d'EI :**

- Préanalyse par le référent EI du service, réception par l'encadrement du service, voire encadrement du pôle pour les gravités les plus élevées. En particulier, en chirurgie digestive tous les cadres sont référents EI
  - Transmission vers le bon domaine le cas échéant (autre service)
- Indicateur : taux d'EI en l'étape de préanalyse en un temps T (qui doit être le + bas possible)*
- Clôture : courriel de clôture au(x) signalant(s) et détails dans NORMEA

- **En cas d'EIGS**

- Si cotation 4/5 dans NORMEA, une information arrive auprès de tous les membres du service qualité et du gestionnaire des risques
- Information courriel de la Direction Générale lorsque déclaration EIGS
- En permanence 3 agents sont sur cette activité et ils ont la possibilité de réduire la cotation si besoin
- Médecin gestionnaire des risques fait l'arbitrage entre EIG/EIGS
- Le week-end, procédure pour le directeur de garde qui peut adresser le volet 1
- Débriefing systématique est réalisé avec le service
- Analyse approfondie via méthode ALARM systématique pour homogénéisation
- Le suivi des actions est assuré par les ingénieurs qualité

Les bilans sont assurés lors des points qualité systématique en CME « Fil rouge », lors des CODIRs hebdomadaires, autant que de besoin, ainsi que par le coordonnateur de la gestion des risques qui intervient pour des actualités ou des sensibilisations, autant que de besoin.

**Au niveau des HUS, pour l'année 2023, on note :**

- 2375 EI
- 113 EIG → Cotation 4/5
- 17 EIGS → déclaration portail national ARS
- En ce qui concerne le service de chirurgie digestive et transplantation hépatique, 33 EI ont été déclarés en 2023

**En ce qui concerne les réclamations**, 2 agents sont dédiés à cette activité en lien avec la demande de dossiers patients :

- 559 réclamations ont été réceptionnées et traitées en 2023
- 7 concernaient le service de chirurgie digestive et transplantation hépatique (accès aux soins, relations avec le personnel médicaux et non médicaux)
- Aucune réclamation qui pourrait être reliée à l'article de presse après analyse

## CONCLUSION

Cette inspection a été réalisée dans les suites de la parution d'un article du Point en mai 2024 mettant en cause les pratiques d'un chirurgien digestif, pancréatique et hépato-biliaire des HUS. Elle a été décidée après des échanges administratifs avec les HUS afin d'éclairer l'ARS Grand Est sur les pratiques mises en cause, en particulier le passage des dossiers cliniques en RCP ainsi que l'activité libérale du praticien.

La mission constate le fonctionnement de pôles miroirs, présents en doublon sur les différents sites hospitaliers des HUS en ce qui concerne la chirurgie digestive.

Les activités liées aux pathologies digestives et d'hépatologie ont été développées sur les 2 sites principaux au sein de 2 pôles différents pendant plus de trente ans, sans aucune mise en lien, avec des postures de concurrence.

L'actuel chef de service de chirurgie hépato-biliaire et pancréatique a poursuivi l'engagement de ses prédécesseurs en particulier en ce qui concerne les patients présentant un tableau clinique complexe et pour lesquels peu d'alternatives thérapeutiques sont envisageables.

La particularité des patients accueillis, la configuration dispersée des services de chirurgie au sein du pôle, le fait que la spécialité soit réalisée sur plusieurs sites et services, et la posture professionnelle des acteurs sont des éléments favorisant les conflits interpersonnels et les luttes de pouvoir, au détriment d'une synergie collective autour de pratiques et de conditions d'exercice harmonisées.

Les éléments d'activité montrent que l'activité réalisée sur le site de HautePierre est 2 à 3 fois plus importante que celle réalisée sur le site du NHC pour les chirurgies de cancers hépatiques et pour les néoplasies pancréatiques.

Trois RCP foie-pancréas coexistent, 2 aux HUS et 1 à l'ICANS, avec une composition non conforme à l'attendu pour chacune de ces réunions puisqu'aucune ne réunit au moins 3 médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées

La plupart des dossiers présentés en RCP foie-pancréas sont ceux de patients suivis par le Professeur B. Ces dossiers représentent 95% des dossiers présentés en RCP.

À noter que ce sont les internes qui présentent ces dossiers en RCP car pendant la tenue de ces réunions, le praticien assure des consultations sur une plage d'activité libérale.

Et ce, malgré la sensibilité des dossiers de cancers hépatiques et pancréatiques.

En ce qui concerne l'activité libérale aux HUS, une inspection réalisée en 2019 mettait en avant pour le chef de service de la chirurgie hépato-biliaire et pancréatique, une activité privée supérieure à l'activité publique en volume et des taux de dépassements d'honoraires significatifs, au-delà de ce qui était attendu dans le cadre du « tact et mesure » pour les consultations.

Dans les suites de cette inspection, il était attendu de l'établissement de revoir ses procédures internes et de mettre en place un suivi plus exigeant de cette activité.

Cette mission met en évidence l'absence d'analyse qualitative de l'activité libérale réalisée par les différents praticiens autorisés au sein des HUS.

Cette nouvelle inspection a permis d'analyser les données de l'activité libérale du médecin responsable de la spécialité de chirurgie hépato-biliaire et pancréatique depuis 2020 (volume d'activité et taux de dépassement des honoraires pratiqués en distinguant l'activité de consultations et l'activité interventionnelle) et d'étudier son activité libérale d'un point de vue quantitatif mais également d'un point de vue qualitatif, en fonction du type d'interventions réalisées en libéral.

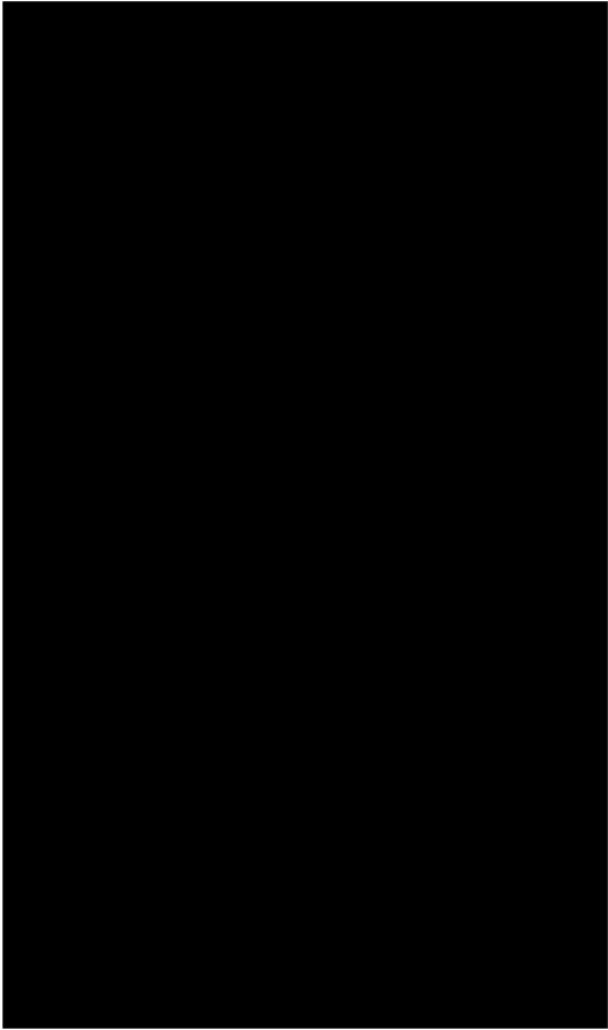
Ce praticien réalise une activité privée depuis 2007. Le contrat en date du 26/11/2020 prévoit qu'il s'engage à ne pas consacrer à son activité libérale plus de 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire.

Or, la part d'actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale est supérieure à celle des actes réalisés dans le cadre de son activité publique, ce qui contrevient à l'Article L 6154-2 du CSP.

En matière d'activité libérale, ni l'établissement ni la CAL n'ont réellement pris en compte une situation qui perdure depuis plusieurs années sans aucune évolution positive quant au respect du volume de l'activité et du respect du tact et mesure.

La mission constate une structuration satisfaisante de la gestion des risques au sein des HUS. Cependant, le temps attribué au médecin coordonnateur de la gestion des risques est insuffisant eu égard aux activités des HUS et ce médecin ne dispose pas de fiche de poste pour ces missions.

Enfin, la divulgation de données médicales est intervenue par l'action d'un professionnel autorisé à accéder au DPI des HUS qui ne permet pas de l'identifier. Ceci représente une faille dans le système d'information des HUS.



## LISTE DES ECARTS, REMARQUES MAJEURES ET DES REMARQUES

Prescriptions		
Écart		Page du rapport
E1	La divulgation de données médicales est intervenue par l'action d'un professionnel autorisé à accéder au DPI des HUS qui ne permet pas de l'identifier. Ceci représente une faille dans le système d'information des HUS (article L1110-4 du CSP)	17
E2	La part d'actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale est supérieure à celle des actes réalisés dans le cadre de l'activité publique pour Monsieur le Professeur BACHELLIER ce qui contrevient à l'Article L 6154-2 du CSP	34

Prescription		
Remarque Majeure		Page du rapport
RM1	Trois RCP foie-pancréas coexistent, 2 aux HUS et 1 à l'ICANS, avec une composition non conforme à l'attendu pour chacune de ces réunions puisqu'aucune ne réunit au moins 3 médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées	27
RM2	La présentation en RCP par des internes, malgré la sensibilité des dossiers de cancers hépatiques et pancréatiques, n'a pas été seniorisée par un autre praticien du service du Professeur B.	27
RM3	Absence d'analyse qualitative de l'activité libérale réalisée par les différents praticiens autorisés au sein des HUS	33

Recommandation		
Remarque		Page du rapport
R1	Le temps attribué au médecin coordonnateur de la gestion des risques est insuffisant eu égard aux activités des HUS	35
R2	Le médecin coordonnateur de la gestion des risques ne dispose pas de fiche de poste	35

## ANNEXES

- Annexe 1 : Lettres d'annonce  
Planning d'inspection
- Annexe 2 : Liste des documents demandés aux établissements
- Annexe 3 : Lettre de mission des chefs de service de chirurgie digestive, viscérale et hépato-biliaire des HUS du 16/09/2021
- Annexe 4 : Constats de la mission de 2021
- Annexe 5 : Article Le Point du 28 mai 2024
- Annexe 6 : Rapport enquête administrative HUS
- Annexe 7 : Courrier de l'Académie de Chirurgie
- Annexe 8 : Guidelines cancer pancréatique oligométastatique
- Annexe 9 : Courrier de 2011 relatif aux RCP foie-pancréas
- Annexe 10 : Demande de 2019 pour RCP foie-pancréas à Haute-pierre
- Annexe 11 : Courrier HUS relatif à l'activité libérale du 27 décembre 2022