

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE ORDINAIRE  
DU MARDI 10 JUILLET 2012**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE  
DU 9 OCTOBRE 2012**

## SOMMAIRE

I.	Informations du président et du vice-président de la CME	6
II.	Discussion et vote d'une motion de la CME sur la restructuration de l'Hôtel Dieu	7
III.	Rapport 2010 de la commission centrale d'activité libérale à l'AP-HP	8
IV.	Médecines complémentaires à l'AP-HP	11
V.	Information sur les coopérations inter-hospitalières	14
VI.	Ophtalmologie à l'AP-HP	17
VII.	Neurochirurgie à l'AP-HP	20
VIII.	Approbation des comptes rendus des séances des 15 mai et 12 juin 2012	22
IX.	Questions diverses	22

# ORDRE DU JOUR

## SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Information du président et du vice-président de la CME (P<sup>F</sup> Loïc CAPRON, D<sup>F</sup> Georges SEBBANE)
2. Discussion et vote d'une motion de la CME sur la restructuration de l'Hôtel-Dieu (P<sup>F</sup> Loïc CAPRON)
3. Rapport 2010 de la commission centrale d'activité libérale à l'AP-HP (M. Noël RENAUDIN)
4. Médecines complémentaires à l'AP-HP (P<sup>F</sup> Jean-Yves FAGON)
5. Information sur les coopérations interhospitalières (M. Marc DUPONT)
6. Ophtalmologie à l'AP-HP (P<sup>F</sup> Michel FOURNIER)
7. Neurochirurgie à l'AP-HP (P<sup>TS</sup> Michel ZERAH et Michel FOURNIER)
8. Approbation des comptes rendus des séances des 15 mai et 12 juin 2012
9. Questions diverses

## SÉANCES RESTREINTES

### **Composition C**

- Avis sur la validation de fin de période probatoire de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel
- Avis sur des premières demandes et demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel

### **Composition B**

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH au titre de l'année 2012
- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2012
- Avis sur la titularisation de MCU-PH de pharmacie nommés stagiaires en octobre 2011

### **Composition A**

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH au titre de l'année 2012
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH d'odontologie au titre de l'année 2012
- Avis sur une demande d'intégration d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH des disciplines pharmaceutiques

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P<sup>r</sup> René ADAM
- M. le P<sup>r</sup> Yves AIGRAIN
- M. le D<sup>f</sup> Jean-Claude ALVAREZ
- M. le D<sup>f</sup> Philippe ARNAUD
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Isabelle BADELON
- M. le P<sup>r</sup> Thierry BEGUE
- M. le D<sup>f</sup> Guy BENOIT
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Anne Reine BUISINE
- M. le P<sup>r</sup> Loïc CAPRON
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE
- M. le P<sup>r</sup> Gérard CHERON
- M. le D<sup>f</sup> Rémy COUDERC
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D<sup>f</sup> Nicolas DANTCHEV
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Nathalie DE CASTRO
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Elisabeth DION
- M. le D<sup>f</sup> Michel DRU
- M. le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU
- M. le P<sup>r</sup> Erea Noel GARABEDIAN
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Pascale GAUSSEM
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Anne GERVAIS ASENKNOPF
- M. le P<sup>r</sup> Bruno GOGLY
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Louise GOUYET
- M. le D<sup>f</sup> Bernard GRANGER
- M. le P<sup>r</sup> Philippe GRENIER
- M. le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET
- M. le D<sup>f</sup> Matthieu LAFAURIE
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Anna LAMBERTI TELLARI
- M. le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Martine MARCHAND
- M. le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET
- M. le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Valérie PERUT
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT
- M<sup>me</sup> Caroline PRADINES
- M. le P<sup>r</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>f</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI
- M. le P<sup>r</sup> Guy SEBAG
- M. le P<sup>r</sup> Georges SEBBANE
- M. le P<sup>r</sup> Alain SIMON
- M<sup>me</sup> le D<sup>f</sup> Annie ROUVEL TALLEC
- M. le D<sup>f</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le D<sup>f</sup> Jon Andoni URTIZBEREA
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le D<sup>f</sup> Julien VARENNE
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF
- M. le P<sup>r</sup> Michel ZERAH

• ***avec voix consultative :***

- M<sup>me</sup> Catherine BROUTIN, représentante de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
- M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers

• ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***

- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Martine AIACH
- M. le P<sup>r</sup> Benoît SCHLEMMER
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Luc DUMAS
- M. le P<sup>r</sup> Serge UZAN

• ***les représentants de l'administration :***

- M<sup>me</sup> Mireille FAUGERE, directrice générale
- M<sup>me</sup> Monique RICOMES, secrétaire générale
- M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale
- M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
- M. Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines

- M<sup>me</sup> Roselyne VASSEUR, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M<sup>me</sup> Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation
  
- M. Etienne DEGUELLE, directeur de Cabinet
- M. Jean PINSON, direction de la politique médicale
- M. Jean-Michel DIEBOLT, direction de la politique médicale
- M. Jérôme HUBIN, direction de la politique médicale

- ***membres excusés :***

- M. le P<sup>r</sup> René ADAM
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M. le P<sup>r</sup> Marc DELPECH
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Corinne GUERIN
- M. le P<sup>r</sup> Guy LEVERGER
- Mme le D<sup>r</sup> Julie PELTIER
- M. Olivier YOUINOU

*La séance est ouverte à 8 heures 35, sous la présidence du P<sup>r</sup> CAPRON.*

## **I. Informations du président et du vice-président de la CME**

**Le président** présente les excuses des membres de la CME qui ne peuvent assister à cette séance. Il annonce ensuite que le directoire s'est réuni le 3 juillet pour discuter de l'hospitalisation à domicile, qui fera certainement l'objet d'une présentation lors d'une prochaine séance de la CME. Le deuxième sujet abordé était le groupement de coopération sanitaire entre l'hôpital de Nanterre et l'hôpital Louis Mourier. Le P<sup>r</sup> HUMBERT a ensuite présenté le deuxième appel d'offre des départements hospitalo-universitaires ; 27 résumés ont été reçus, ce qui devrait se traduire par un nombre supérieur ou égal de projets à compter du mois de septembre. Le jury se réunira pour évaluer ces projets.

Les doyens d'Île-de-France ont nommé le nouveau président du comité pédagogique, c'est-à-dire leur président, en remplacement du doyen Djillali ANNANE. Le doyen Benoît SCHLEMMER a été désigné et siège donc désormais au directoire. Il sera également invité permanent de la CME. Suite à des échanges avec lui et avec la directrice générale, le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET a été désigné pour remplacer le P<sup>r</sup> Olivier LYON-CAEN au sein du directoire.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, déclare que le fait que des médecins qui siégeaient au directoire se soient vus confier des responsabilités importantes dans les ministères et les services techniques constitue un honneur. Elle indique ensuite qu'elle a souhaité que le vice-président de la CME, le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE, soit invité permanent du directoire.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** indique qu'il est sensible au fait que le président ait toujours plaidé pour la représentation des hospitaliers au sein du directoire.

**Le président** annonce que les cellules d'intervention mises sur pied pour traiter certains sujets difficiles poursuivent leurs travaux. La cellule en charge de l'anesthésie s'est réunie pour la deuxième fois le 4 juillet. La DPM a mené une enquête pour savoir comment la permanence des soins sera assurée durant l'été. Le résultat est rassurant, mais le dispositif reste très fragile : si un collègue tombait malade, le système pourrait être bloqué. La cellule d'intervention poursuivra donc ses réflexions sur le recrutement des anesthésistes et l'organisation de leur travail, en lien avec la collégiale des anesthésistes de l'AP-HP et les anesthésistes de la CME. Des propositions concrètes d'action devraient pouvoir être présentées à la CME au cours du dernier trimestre 2012, elles devront respecter l'égalité statutaire de tous les PH, quelle que soit leur spécialité ; il ne sera en principe pas fait d'exception pour les anesthésistes.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** signale qu'il faudra exploiter pleinement la réglementation (recrutement des praticiens hospitaliers contractuels au 4<sup>e</sup> échelon + 10 %, pour le cumul emploi-retraite, proposer des postes de praticiens contractuels voire hospitaliers plutôt qu'attachés...) ce qui constituerait un geste en faveur des anesthésistes. S'ils partent tous, c'est aussi parce que l'atmosphère leur semble hostile (désorganisation des programmes opératoires, absence de bureau, d'ordinateur...)..

**Le président** indique que ce sujet sera discuté lorsque la cellule d'intervention présentera le fruit de ses réflexions. La cellule d'intervention sur la maison médicale de jour de l'Hôtel Dieu s'est également réunie le 4 juillet. Elle accueille désormais les doyens de Paris 5, Paris 6 et Paris 7, qui souhaitent être partenaires du projet, un représentant de la DPM, et des représentants de l'ARS. Des problèmes très concrets ont été évoqués, comme les liens de la maison médicale avec l'AP-HP et le GH. La question la plus importante est celle de l'introduction des généralistes ; des généralistes (enseignants, étudiants de troisième cycle et chefs de clinique) seront donc invités à participer à la prochaine réunion de la cellule.

Le président signale ensuite qu'il avait prévu de donner la parole au doyen Benoît SCHLEMMER afin qu'il intervienne au sujet de l'autonomie des universités, qui se décline notamment sur le plan financier. Les universités comprennent mal les dotations importantes des facultés de médecine, et souhaitent leur imposer des restrictions. Or, les reprises de postes HU impactent les activités de recherche, d'enseignement et de soins, ce qui semble particulièrement d'actualité pour l'université Paris 7.

**Le doyen Serge UZAN** rappelle que les postes HU sont définis à la fois par la tutelle universitaire et la tutelle hospitalière. Ces postes sont liés les uns aux autres, et sont en dehors du contingent global de l'université. Aujourd'hui, les universités ont à gérer une masse salariale, et doivent notamment faire face au problème du surnombre des PUPH. Le ministère avait promis une compensation, mais les postes de HU dans les universités dynamiques sont compensés par des postes de MCU de deuxième classe, ce qui laisse un trou correspondant à environ un tiers du salaire. A Paris 6, une démarche a été mise en œuvre depuis deux ans pour connaître la situation avec exactitude, et il s'est avéré que le déficit était très surestimé. Le doyen Benoît SCHLEMMER n'a pas pu procéder à une telle analyse, faute de disposer d'éléments comptables. Par ailleurs, la position qu'a fait voter le président de Paris 7 consistant à supprimer des postes de rangs A et B n'est pas réglementaire, faute d'accord des deux tutelles, et est illégale, puisque le plafond d'emploi est fixé par une mesure spécifique. La décision du conseil d'administration de Paris 7 sera donc vraisemblablement sans effet.

Il appartient aux doyens de gérer la situation financière en lien avec les présidents d'université. Des mesures doivent être prises afin de stabiliser les comptes. Ainsi, à l'occasion de la prochaine révision des effectifs, des recrutements (de MCU) seront « différés », et les postes de surnombre ne seront pas automatiquement redéployés. En tout état de cause, si Paris 7 supprime des emplois HU, la masse salariale correspondante sera supprimée, ce qui laissera l'équilibre budgétaire inchangé. Enfin, le doyen Serge UZAN déclare qu'il ne souhaite plus entendre dire que les généralistes sont opposés à l'ouverture de maisons médicales universitaires ; les généralistes sont également attachés à l'accueil des malades et à la formation des étudiants, et il est injuste de prétendre qu'ils sont opposés au projet pour des questions de « concurrence » !

## **II. Discussion et vote d'une motion de la CME sur la restructuration de l'Hôtel Dieu**

**Le président** rappelle qu'il s'agit d'adopter une position de principe, et non une position de détail, et donne lecture de la proposition présentée au vote :

*« La Commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP demande que deux principes soient respectés dans les décisions concernant l'avenir de l'Hôtel-Dieu de Paris.*

- 1. Le projet doit au minimum être financièrement neutre, c'est-à-dire qu'il ne doit peser ni sur le budget du groupe hospitalier, ni sur celui de l'AP-HP.*
- 2. La création ou le maintien de toute activité médicale à l'Hôtel-Dieu doit faire l'objet d'une concertation entre toutes les parties prenantes, incluant toujours la CME. »*

**Le D<sup>f</sup> Nicolas DANTCHEV** demande ce que signifie l'expression « financièrement neutre ».

**Le président** répond que l'expression signifie que chaque euro dépensé pour la restructuration de l'Hôtel Dieu doit être inscrit dans la colonne dépenses, et que chaque euro utilisé pour financer la restructuration doit être inscrit dans la colonne recettes.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** suggère que la proposition s'accompagne d'un délai.

**Le président** répond que cela ne lui semble pas pertinent.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** demande si les sommes affectées à l'installation de la médecine interne au pavillon Achard et au regroupement des services d'ophtalmologie du GH, qui s'élèvent à environ 20 millions d'euros, sont comprises dans le budget de 146 millions d'euros.

**Le président** répond qu'elles devront l'être, mais que l'heure des comptes n'est pas venue.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** demande quelle sera la réponse de l'administration aux vœux exprimés dans la motion.

**Le président** répond que le vote de la motion lui permettra de défendre une ligne claire dans ses discussions avec l'administration. La motion constituera un élément de soutien, mais son adoption ne signifie pas que le sujet ne sera plus abordé par la CME.

**Le P<sup>r</sup> Gérard REACH** signale que le projet de l'Hôtel Dieu pourrait ne pas se réaliser, et demande ce qu'il adviendrait si le statu quo s'avérait plus coûteux que le projet.

**Le président** refuse d'entrer dans une discussion de détail sur les différentes hypothèses, et indique que le bilan financier du projet sera présenté devant la CME en temps utile.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** indique que les sommes évoquées par le Dr Anne GERVAIS correspondent à un mouvement de remontée des activités d'hospitalisation classique qui s'étend sur l'année en cours. Il propose ensuite que la motion intègre un point sur le SAU de l'Hôtel Dieu, dont l'avenir conditionne de nombreux autres projets. Enfin, il demande que tous les projets fassent l'objet d'une étude économique.

**Le président** répond que la direction générale s'est engagée à apporter une réponse concernant l'avenir du SAU au mois de septembre.

**La directrice générale** rappelle que le SAU doit faire l'objet d'une décision rapide. Cependant, il est important d'explorer toutes les hypothèses. Le sujet devrait être discuté par le directoire au mois de septembre, puis présenté rapidement à la CME.

**Le D<sup>r</sup> Matthieu LAFURIE** demande si la CME sera invitée à se prononcer sur la suppression d'activités médicales.

**Le président** fait observer que la remontée d'activités évoquée par le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE a déjà été actée, et que la motion présentée se fonde sur l'hypothèse d'un l'Hôtel-Dieu vide. Toutefois, la motion ne consiste pas à voter la disparition des activités. Le président soumet ensuite la motion au vote de la CME.

*Le vote a lieu à bulletins secrets. La motion recueille 38 voix pour et 1 voix contre. 9 bulletins blancs sont comptabilisés.*

### **III. Rapport 2010 de la commission centrale d'activité libérale à l'AP-HP**

**Le président** indique que le rapport intégral est disponible sur le site internet de la CME. Le sujet sera présenté par M. Noël RENAUDIN, membre du conseil de surveillance de l'AP-HP depuis le mois d'avril et président de la commission centrale d'activité libérale.



**M. Noël RENAUDIN** indique que le rapport porte sur une période pendant laquelle le président de la commission centrale d'activité libérale était le P<sup>F</sup> Roland PARC. Le rapport a été constitué par les membres de la DPM.

La première partie du rapport rappelle la réglementation applicable à l'activité libérale. La deuxième partie du rapport présente une photographie de l'activité libérale à l'AP-HP en 2010. Cette activité connaît une croissance soutenue avec 377 praticiens exerçant une activité libérale. Si ce nombre est en croissance, il est faible au regard du nombre de praticiens éligibles à l'exercice de cette activité, puisque seuls 6 % d'entre eux font usage de cette possibilité. La situation varie en fonction des disciplines : en chirurgie, deux tiers de l'effectif disposent d'un contrat d'exercice libéral. Les 4/5<sup>ème</sup> des contrats sont des contrats à 20 %. La redevance est passée de 6 millions d'euros en 2009 à moins de 5 millions d'euros en 2010, malgré une progression du nombre de praticiens exerçant une activité libérale. Les causes de cette diminution ne sont pas clairement identifiées, cependant, on note que la participation de certains gros contributeurs a baissé pendant la période.

La troisième partie du rapport porte sur l'activité des commissions locales et de la commission centrale. La quatrième partie du rapport fait office de conclusion, et porte sur le respect de la réglementation au sein de l'AH-HP. L'observation s'est concentrée sur quatre aspects de la réglementation :

- l'affichage des tarifs ;
- le respect de la quotité du temps de travail consacré à l'activité libérale (10 ou 20 %) ;
- le respect de la règle des 50 %, qui veut que les praticiens ayant une activité libérale réalisent au moins autant d'actes en public qu'en privé ;
- la sincérité des déclarations.

S'agissant de l'affichage, il a été difficile d'obtenir des informations sur la nature des contrôles réalisés et sur les suites données lorsque des situations anormales avaient été identifiées. Une certaine ignorance subsiste également concernant le respect de la quotité du temps de travail consacré à l'activité libérale. Cela ne signifie pas que les règles ne sont pas respectées, mais que la commission centrale ne dispose pas de l'information. S'agissant de la règle des 50 %, la vision est plus claire : dans 90 % des cas, cette règle est respectée ; dans 0,5 %, elle n'est pas respectée ; dans 9,5 % des cas, les informations donnent à penser que la règle n'est pas respectée, mais les commissions locales ne sont pas allées au bout de leurs investigations. S'agissant de la sincérité des déclarations, les chiffres sont semblables ; dans 90 % des cas, les déclarations sont sincères ; dans 1 % des cas, des discordances ont été relevées ; dans 9 % des cas, l'information est insuffisante.

En conclusion, M. Noël RENAUDIN indique que la réglementation est plutôt respectée, bien que certaines anomalies subsistent. Dans les cas où il existe un déficit d'information, la commission centrale se rapprochera des commissions locales afin que les éléments nécessaires soient remontés. Dans les cas où l'existence d'anomalies semble avérée, la commission centrale engagera les procédures prévues par la loi, qui permettent de décider si une infraction a été commise au terme d'un débat contradictoire.

**Le D<sup>F</sup> Nathalie DE CASTRO** estime que le rapport révèle à la fois une certaine impuissance et une grande indulgence – lorsque les commissions n'obtiennent pas les informations demandées ou qu'il existe un doute sur l'honnêteté des praticiens, la commission semble partir du principe que les

praticiens sont de bonne foi. Elle demande ensuite s'il est envisageable que les usagers passent directement à la caisse de l'hôpital, et que celui-ci effectue un reversement au praticien.

**M. Noël RENAUDIN** signale qu'il ne lui appartient pas de se prononcer sur la pertinence d'une telle proposition. Il indique que la commission centrale s'attache à appliquer la réglementation, et que les questions de codages ou la transmission de l'information ne sont pas simples. En outre, dans la plupart des cas, les doutes existants sont levés. Enfin, la loi prévoit qu'un débat contradictoire ait lieu si un doute subsiste après enquête.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** déclare que le rapport donne le sentiment que le système est favorable aux quelques praticiens qui ne respectent pas les règles. En outre, si d'après le rapport 90 % des praticiens respectent la loi, cela ne correspond pas aux remontées de la presse et des usagers, ou aux constatations qui peuvent être faites à l'hôpital. Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX demande donc ce que la commission centrale compte faire pour améliorer l'image de l'AP-HP dans ce domaine.

**M. Noël RENAUDIN** répond que la commission compte simplement faire appliquer la réglementation. Les problèmes soulevés par les usagers portent essentiellement sur l'orientation dans les filières de prise de rendez-vous, ainsi que sur le tact et la mesure. Or, ces points n'ont pas été évoqués dans la présentation, celle-ci se concentrant sur des données plus objectivables.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** signale que, pour l'anesthésie-réanimation, la pratique libérale désorganise la programmation opératoire, et demande s'il est envisageable que les patients privés soient programmés en fin de journée plutôt que le matin.

**M. Noël RENAUDIN** répond qu'une telle question ne relève pas de la compétence de la commission centrale. Certains aspects de l'activité libérale susceptibles d'être améliorés relèvent plutôt du Conseil de l'Ordre (montant des honoraires, tact et mesure). La mise à disposition des équipements techniques ou les plages horaires relèvent de l'organisation de l'hôpital, qui doit respecter à la fois l'égalité d'accès au service public et les règles de l'exercice libéral. Des progrès sont nécessaires, mais ces questions ne peuvent relever exclusivement de la commission centrale.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** se félicite de constater que 90 % des praticiens respectent la loi. Il note toutefois que les relevés d'activité publique des praticiens exerçant une activité libérale constituent souvent une difficulté, et demande quelles sont les préconisations de la commission pour améliorer la transparence. Il signale ensuite que le rapport ne fait pas mention de la spécificité de la redevance due à l'institution, et de l'obligation faite à l'institution de s'acquitter de la TVA sur les montants perçus. Or, d'après certains praticiens, l'administration facture désormais la TVA aux praticiens.

**M. Noël RENAUDIN** indique qu'il n'est pas compétent pour répondre à ces questions, mais signale que la commission centrale s'est saisie du sujet de la TVA. S'agissant des relevés d'activité publique, il signale que l'enjeu dépasse le comptage de l'activité libérale, et que la commission d'activité ne peut traiter seule cette question. Elle a toutefois demandé à pouvoir disposer, dans le système d'information de l'AP-HP, des éléments lui permettant de travailler correctement dans ce domaine.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN** rappelle que l'activité libérale est pratiquée correctement dans la grande majorité des cas et qu'il est pénible, pour les praticiens, d'être critiqué en raison de quelques déviations constatées, et demande que celles-ci soient corrigées rapidement. Les praticiens doivent s'adapter aux structures, et les représentants des chirurgiens ne couvriront jamais des activités ne respectant pas la réglementation.

#### **IV. Médecines complémentaires à l'AP-HP**

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** présente la composition du comité réuni pour travailler sur le sujet des médecines complémentaires, dans le cadre de la mission confiée par la direction générale. Le comité ne comprenait pas de praticiens exerçant directement des médecines complémentaires, mais des responsables d'équipes dans lesquelles des médecines complémentaires sont exercées. Il a été décidé de ne pas traiter le sujet « des plantes » dans le rapport, car il touche directement au circuit du médicament, et relève plutôt d'institutions nationales. Une enquête, basée sur des questionnaires, a été réalisée auprès des GH de l'AP-HP, de l'ensemble des CHU de France, et des principaux centres hospitaliers d'Ile-de-France, après avis de l'ARS.

Les trois sujets qui concernent prioritairement l'AP-HP sont l'hypnose, l'ostéopathie et l'acupuncture. D'autres activités de médecine complémentaires sont réalisées au sein de l'institution, mais à une échelle bien moins importante.

Il existe une très forte demande en faveur des médecines complémentaires. Sur certaines pathologies chroniques graves, entre 30 et 50 % des patients suivis par les médecines conventionnelles ont également recours à des médecines complémentaires. Cette situation explique la présence de cette offre dans tous les GH, essentiellement sous la forme de consultations externes. Plus de 5 000 actes ont été enregistrés, mais avec une forte sous-estimation, de nombreux actes n'ayant pas de nomenclature. Les activités de médecine complémentaire sont surtout regroupées autour des services et activités suivants : douleur, soins palliatifs, addictologie, gynécologie, pédiatrie, rééducation, gériatrie, oncologie et psychiatrie. Les 16 CHU qui ont répondu au questionnaire sont dans la même situation que l'AP-HP : les activités dominantes sont les mêmes, et il y existe également un flou concernant les modalités d'exercice.

L'activité de médecine complémentaire identifiée est pratiquée à l'AP-HP par 46 praticiens attachés, 23 praticiens titulaires (dont l'activité ne se réduit pas à la pratique de médecines complémentaires), et 9 sages-femmes. Une importante activité est également exercée par le personnel paramédical, soit à l'occasion de séances spécifiques, soit parmi les soins courants. En effet, nous avons constaté qu'il existait d'une part des soins pratiqués dans le cadre de consultations spécifiquement dédiées, et d'autre part des activités intégrées dans les soins courants, notamment dans le milieu gériatrique. Enfin, des non-professionnels exercent au sein de notre institution, souvent dans le cadre de bénévolat pratiqué par des associations diverses. Il s'agit d'une zone d'ombre qui concerne essentiellement l'ostéopathie. L'ostéopathie fait par ailleurs l'objet d'un débat important portant sur l'hétérogénéité des diplômes.

La qualité des prestations est difficile à apprécier. Les recommandations de bonnes pratiques cliniques n'existent qu'en nombre limité dans la littérature française, et portent essentiellement sur la douleur chronique de l'enfant, la polyarthrite rhumatoïde et la maladie d'Alzheimer.

S'agissant de l'enseignement, un travail a été mené avec les représentants des doyens. On a recensé 26 diplômes universitaires ou interuniversitaires en Ile-de-France, mais ces DU et DIU ne couvrent pas toutes les pratiques rencontrées à l'AP-HP, et sont le plus souvent réservés aux professions médicales (même si l'ouverture aux professions paramédicales devrait augmenter). De plus, l'AP-HP n'est pas terrain de stage pour les formations aux médecines complémentaires. Dans beaucoup d'UFR de médecine, il existe désormais une formation initiale aux médecines complémentaires, qui est souvent dispensée en P2. Enfin, l'essentiel des formations à la médecine complémentaire sont des formations privées, qui sont souvent peu accessibles. Les personnels paramédicaux de l'AP-HP qui souhaitent suivre ces formations sont souvent contraints d'en assumer eux-mêmes le coût, et la qualité de ces formations est difficile à apprécier.

Aujourd'hui, la littérature scientifique au sujet des médecines complémentaires est très riche (on compte près de 500 revues Cochrane sur le sujet), et la recherche clinique se développe beaucoup. Malheureusement, les équipes françaises sont peu présentes. La recherche clinique connaît en effet des problèmes de financement, les projets de médecine complémentaire étant en compétition avec des projets consacrés à des thérapeutiques plus reconnues. A l'AP-HP, il existe actuellement dix projets financés sous promotion institutionnelle. Ces projets correspondent à la volonté d'amorcer une recherche clinique dans le domaine des médecines complémentaires, au sein de l'institution et au-delà.

Les orientations générales formulées suite à l'état des lieux portent sur l'encadrement des pratiques dans les indications validées, le développement de la recherche, et la maîtrise du développement d'une offre de soins répondant à une demande – aujourd'hui, l'offre se développe essentiellement en dehors de l'hôpital et du service public, et l'accès aux médecines complémentaires est très inégal. En ce qui concerne l'encadrement des pratiques, les recommandations sont les suivantes :

- les médecines complémentaires ne doivent être pratiquées à l'AP-HP que par des professionnels de santé titulaires d'un diplôme, après validation par un comité hospitalo-universitaire, dans des indications validées ou dans le cadre d'une recherche clinique ;
- les médecines complémentaires doivent être destinées en priorité aux patients pris en charge ou suivis à l'AP-HP ;
- les actes de médecine complémentaire doivent être identifiés dans le dossier patient, codés et enregistrés.

En ce qui concerne la recherche dans le domaine des médecines complémentaires,

- elle doit respecter tous les critères de la recherche académique ;
- un appel à projets annuel sera dédié à la recherche médicale et paramédicale dans le domaine des médecines complémentaires pendant la durée du plan stratégique ;

Par ailleurs, un groupe d'experts en méthodologie des essais cliniques dans le domaine des médecines complémentaires se constitue.

Le développement d'une offre de soins nécessite :

- que des recommandations et des guides de bonnes pratiques soient développés par les sociétés savantes ou par des experts de l'AP-HP ;
- que des formations universitaires continuent à se développer ;
- que des protocoles de coopération entre professionnels soient mis au point ;
- qu'un travail soit mené sur les nomenclatures et les modes de financement ;
- qu'une réflexion soit menée sur la pertinence d'un regroupement des activités de médecine complémentaire dans une structure dédiée.

A plus long terme, une réflexion pourra être menée sur la mise au point d'une structure dédiée aux médecines complémentaires et dotée d'un guichet d'orientation, permettant le passage d'un mode de médecine à un autre.

Le comité d'orientation propose que soit constitué un comité hospitalo-universitaire pour les médecines complémentaires, comprenant deux sous-groupes : le premier chargé du développement de la recherche, et le second en charge du suivi, de l'agrément et du financement. Un référent ou une mission pourrait être désigné dans chaque GH pour suivre localement le sujet des médecines complémentaires.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** signale que la MIVILUDES a mis au point un guide à l'usage des médecins. En effet, le bénévolat et les médecines complémentaires constituent souvent une porte d'entrée pour les sectes. Par ailleurs, la question des diplômes est importante, et la CME doit être vigilante vis-à-vis de l'introduction des médecines complémentaires dans l'institution.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** confirme qu'il convient d'exercer un contrôle des pratiques.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** fait observer que les médecines complémentaires doivent venir en complément de la médecine, et demande si le fonctionnement de la médecine est suffisamment satisfaisant pour que l'AP-HP se préoccupe de médecines complémentaires.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** répond que l'environnement technique des médecines complémentaires ne nécessite pas d'investissements lourds, et qu'un travail doit être mené sur les recettes générées par ces activités. Il indique ensuite que la recherche dans ce domaine se développe très rapidement dans de nombreux pays, et que l'AP-HP a un rôle à jouer en tant que leader de la recherche clinique en France.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** signale que, sous prétexte d'utilisation de pratiques complémentaires, des dérives catastrophiques sont constatables, notamment dans le secteur des soins de longue durée. En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, l'intérêt des médecines complémentaires n'est pas évident.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** répond que les activités de médecine complémentaire au sein de l'AP-HP relèvent des chefs de structures internes ; il leur appartient d'accepter ou de refuser ces activités pour éviter les dérives. Il signale ensuite que, dans le domaine gériatrique, des aides-soignantes ont indiqué que ce qu'elles avaient appris à propos d'activités telles que le toucher-massage les avait aidé à améliorer la qualité de certains gestes, comme le passage du lit au fauteuil. Les médecines complémentaires peuvent constituer un réel apport, notamment pour les patients.

**Le doyen Serge UZAN** confirme que le recours aux médecines complémentaires peut constituer une aide pour certains patients, notamment en oncologie, et suggère de créer un comité interuniversitaire chargé de faire la synthèse et d'évaluer les diplômes existants, sous peine de voir apparaître des DU et DIU relevant plus de l'ésotérisme que de la médecine.

**Le D<sup>r</sup> Jon Andoni URTIZBEREA** indique que l'interface mise en place entre la CME et la collégiale de médecine physique et de réadaptation pourrait jouer un rôle pour encadrer les activités de médecine complémentaire.

**Le P<sup>r</sup> Gérard REACH** signale que les activités de médecines complémentaires sont difficiles à évaluer, et insiste sur la nécessité d'un enseignement strictement validé et d'un développement des méthodes d'évaluation.

**Le président** ajoute que la venue du P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON devant la CME lui évoque la venue du prince Charles devant le *British Medical Council* il y a vingt-cinq ans. Suite au plaidoyer princier en faveur des médecines complémentaires, et grâce au financement accordé, un important travail a

été réalisé, mais le résultat se limite à des revues Cochrane décevantes. Il ne semble pas pertinent pour l'AP-HP de reproduire un tel travail.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** admet qu'il n'a pas lu toutes les revues Cochrane, et qu'il existe un problème méthodologique. Il évoque toutefois une étude sur les douleurs lombaires, à l'occasion duquel les traitements « acupuncture » et « placebo d'acupuncture » ont donné des résultats identiques mais supérieurs à ceux du traitement en médecine conventionnelle. Certaines méthodes mises en place sur les médecines complémentaires pourraient servir la médecine conventionnelle.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** signale que l'expression « médecines complémentaires » regroupe des activités ou des pratiques qui ne relèvent pas de la médecine et que l'expression « soins complémentaires » serait plus adaptée.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** indique que ce terme est accepté internationalement et rappelle que certaines des médecines complémentaires évoquées peuvent être exercées par des non-médecins.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** indique que les pratiques et soins regroupées sous la formule « médecines complémentaires » ont des niveaux de preuves très variables, et estime qu'il est nécessaire de ne pas traiter ce sujet de manière globale, afin de ne pas décrédibiliser l'ensemble des pratiques. Il ajoute qu'il n'existe pas de médecine officielle, mais des soins efficaces et des soins qui ne le sont pas ; au sein de son service, des méthodes de relaxation sont mises en œuvre depuis longtemps, et un groupe de méditation pleine conscience a été mis en place récemment, méthode qui a fait la preuve de son efficacité.

**M<sup>me</sup> Roselyne VASSEUR** salue la production du rapport présenté. Compte tenu de la croissance de la demande des malades dans ce domaine, l'AP-HP ne pouvait ignorer les questions posées par les médecines complémentaires. Elle indique ensuite qu'il convient de faire du tri parmi les associations et les bénévoles.

**M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS** signale qu'elle a vu fleurir un nombre considérable de formations au cours des dix dernières années, et qu'il est nécessaire de faire preuve de vigilance. Par ailleurs, dans le GH Saint-Louis-Lariboisière-Fernand-Widal, tout DU fait l'objet d'une validation par la Direction des soins et sur présentation d'un projet de réinvestissement dans l'établissement. En outre, l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) de l'AP-HP refuse catégoriquement la prise en charge de formations à la sophrologie et autres pratiques du même type, notamment en raison des dérives sectaires. Toutefois, les formations toucher-massage, même courtes, sont très utiles pour le personnel de nuit.

**Le président** donne lecture d'un passage du compte rendu de la dernière réunion du Bureau : *« Dans ce domaine, se mêlent la science et la croyance. En tant que président de la CME, j'entends garantir le libre jugement des soignants et la protection des patients contre les abus de confiance. »*

## **V. Information sur les coopérations inter-hospitalières**

**Le président** signale que le volet Territoires de la loi HPST dépend en grande partie des coopérations sanitaires, qui feront l'objet de nombreuses discussions au cours du mandat de la CME.

**M. Marc DUPONT** rappelle que les différentes lois hospitalières ont créé progressivement des outils nouveaux pour que les hôpitaux coopèrent. Aujourd'hui, les coopérations vont même au-delà des seuls hôpitaux pour intégrer des intervenants libéraux. A l'AP-HP, il n'existe pas de tradition de coopération, mais la situation évolue rapidement. La coopération répond à la fois à une demande

de certains partenaires, à un souhait interne en vue d'assurer une meilleure prise en charge médicale, et à une demande insistante de la tutelle. En outre, le plan stratégique comprend certaines coopérations incontournables. M. Marc DUPONT présente ensuite neuf outils de coopération, en signalant que certains, comme les syndicats inter-hospitaliers, tendent à disparaître. Certaines coopérations donnent lieu à la création d'une personne morale, tandis que d'autres ne le permettent pas ; certains dispositifs permettent des coopérations public-privé ; certains permettent des prestations croisées de personnel ; enfin, certaines coopérations nécessitent un accord de l'ARS.

- **La convention de coopération**

Ce dispositif nécessite la signature des deux directeurs concernés. Il ne donne pas lieu à la création d'une personne morale distincte, et ne permet pas les mises à disposition croisées de personnel.

- **La Fédération Médicale Inter-hospitalière (FMIH)**

Ce cadre permet à des pôles ou services d'hôpitaux publics de coopérer. Une seule FMIH existe à l'AP-HP, entre le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) et le Groupe hospitalier Henri Mondor.

- **Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « de moyens »**

Les GCS sont les montages les plus couramment rencontrés aujourd'hui. Les GCS donnent lieu à la création d'une personne morale nouvelle. Des moyens sont mis en commun pour un objectif donné. Les GCS de moyens permettent aux établissements de conserver la gestion directe de leur activité : les recettes d'activité reviennent aux établissements membres, et les personnels leur restent rattachés. La constitution d'un GCS donne lieu à la signature d'une convention approuvée par l'ARS. L'AP-HP compte actuellement une dizaine de GCS de moyens, et de nombreux projets existent.

- **Le GCS « établissement de santé »**

Ces GCS permettent de constituer une forme de filiale commune aux établissements membres. Ils sont titulaires d'une autorisation d'activités de soins, et perçoivent directement les recettes des activités dont ils sont titulaires.

- **Le Groupement d'Intérêt Public (GIP)**

Le GIP permet à plusieurs personnes publiques et privées de se regrouper pour mettre des activités en commun, mais il ne permet pas de gérer des activités de soins. Le SAMU Social de Paris est un GIP.

- **Le Groupement d'Intérêt Economique (GIE)**

Les GIE sont des personnes morales de droit privé. Ils ont vocation à gérer des activités quasi-commerciales.

- **La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)**

La loi HPST prévoit que, dans chaque territoire de santé, les hôpitaux publics se réunissent au sein d'une CHT. Une seule CHT pouvant être constituée pour chaque établissement de santé, l'usage que peut faire l'AP-HP de ce dispositif est réduit.

- **Le réseau de santé**

Les réseaux sont adossés à des associations loi 1901 ou à des GCS. Ils permettent à des professionnels et à des établissements de se regrouper autour d'une maladie spécifique.

- **Le pôle de santé**

Les pôles de santé concernent essentiellement des établissements non CHU.

**Le président** signale qu'il a assisté, le 5 juillet, à la constitution d'un GCS de moyens entre le centre hospitalier intercommunal de Créteil et l'hôpital Henri Mondor, en présence des directions des deux hôpitaux, de la directrice générale de l'AP-HP, et de M. Claude Évin, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France. Les présidents des deux CME concernées étaient présents, mais n'ont pas signé la convention constitutive. Or, si les conventions constitutives ne sont pas signées par les médecins, cela signifie que ceux-ci n'y adhèrent pas, ce qui risque d'entraîner de graves problèmes.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, rappelle que, réglementairement, la signature de la convention par les présidents de CME n'est pas demandée. Toutefois, l'adhésion des médecins étant importante, il avait été proposé que les médecins signent la convention de constitution du GCS. Or, la CME du CHIC a demandé des garanties concernant les futurs projets en matière de cancérologie et de radiothérapie avant de signer. Quoi qu'il en soit, les projets de coopération s'appuient sur un projet médical, et il est important que les médecins y adhèrent.

**Le P<sup>r</sup> Alain SIMON** salue la volonté de l'AP-HP de coopérer avec d'autres établissements de soins, mais craint que cette coopération se fasse au détriment de la coopération entre les GH au sein de l'institution. Ainsi, concernant le GCS conclu entre Cochin et le Val-de-Grâce, la CME de l'HEGP considère que les complémentarités évidentes entre l'HEGP et Cochin pour des activités comme la cancérologie et la cardiologie pourraient être menacées par cet accord. Le P<sup>r</sup> Alain SIMON demande quelles raisons ont conduit à la conclusion du GCS, et quelles solutions sont envisagées pour éviter les impacts négatifs sur les activités évoquées.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** répond que la première raison est la proximité du Val-de-Grâce avec l'hôpital Cochin. La deuxième raison est que le Service de Santé des Armées connaît des difficultés financières, et que l'ARS s'intéresse aux activités et aux équipements des hôpitaux militaires. Enfin, le Service de Santé des Armées est à la fois un service public et un espace d'enseignement, et il a semblé très important d'établir une collaboration. Des accords médicaux ont donc été conclus, et des astreintes en matière de cardiologie ont été mises en place. La discussion doit se faire en commun avec les autres établissements du GH ; les liens ne s'inscrivent pas dans un rapport de concurrence.

**Le président** signale que les coopérations doivent d'abord être recherchées entre les hôpitaux et entre les services de l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** demande comment sont réparties les recettes dans le cadre de la coopération entre Cochin et le Val-de-Grâce.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** répond qu'un montage financier a été mis au point.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** signale que, dans le cadre de la constitution des GCS, les équipes de l'AP-HP n'ont pas de droit de regard sur le fonctionnement des structures concernées, ce qui pose un problème éthique. Ce problème existe par exemple dans le cas de la radiothérapie en Seine-Saint-Denis ou dans le cas du GCS « Val de Seine » avec le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre.

**Le P<sup>r</sup> Michel FOURNIER** souscrit à l'intervention du Pr Stanislas CHAUSSADE et précise que les collégiales concernées sont associées aux discussions. Concernant la collaboration entre Louis Mourier et le CASH (centre d'accueil et de soins hospitaliers) de Nanterre, la coopération dans le domaine de l'orthopédie est très ancienne. Ainsi, le SAU de Louis Mourier envoie les malades se faire hospitaliser dans le service orthopédie du CASH depuis plus de 7 ans. Ce fonctionnement a été avalisé par les responsables de Louis Mourier, puis du GH. La situation n'a donc rien de



nouveau. La CME locale est parfaitement au courant de la situation, et Mme Gwéno­lée ABALAIN a été désignée pour assurer le pilotage du rapprochement entre Louis Mourier et le CASH. Toutefois, le projet médical n'est pas encore finalisé, et le choix du mode de gouvernance n'est pas arrêté.

**Le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI** précise que les discussions se font sous le regard attentif du chef de pôle.

**Le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET** signale que les trois GCS évoqués connaissent des problèmes de plateau technique de radiothérapie. Ainsi, l'activité et les filières de soins des GH sont impactées par la constitution des GCS. Il convient donc d'être prudent vis-à-vis des collaborations.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** indique que l'activité de TEP Scanner réalisée dans le cadre du GCS avec le Val-de-Grâce n'exclut pas une collaboration avec l'HEGP. La moitié des patients sont pris en charge à l'HEGP par les équipes de l'Hôtel Dieu, tandis que l'autre moitié est prise en charge sur le site du Val-de-Grâce par les équipes de Cochin. A titre d'échange dans le cadre du GCS, la radiothérapie métabolique du Val-de-Grâce est prise en charge sur le site de Cochin.

## **VI. Ophtalmologie à l'AP-HP**

**Le président** indique que cette présentation, ainsi que la suivante, constituent des points d'étape. Elles sont proposées à titre d'information, et ne doivent pas donner lieu à des conclusions hâtives.

**Le P<sup>r</sup> Michel FOURNIER** rappelle que l'ophtalmologie est une activité en croissance qui nécessite des équipements coûteux. Sa dominante ambulatoire est très marquée, et elle comprend toute une série d'hyper-spécialités. La concurrence est importante, et la décroissance de la démographie ophtalmologique est problématique (sans être aussi inquiétante que dans d'autres spécialités). L'AP-HP détient 14 % des parts de marché de l'activité en Ile-de-France. Les grosses structures hors AP-HP sont la fondation Rothschild, l'établissement des Quinze-Vingts, la clinique Jouvenet, la clinique Geoffroy Saint Hilaire et le CHIC de Créteil. Dans le domaine des urgences et dans certaines activités spécifiques, la part de marché de l'AP-HP est particulièrement importante. Les urgences ophtalmologiques sont assurées dans tous les services de 8 heures à 18 heures, tandis que l'Hôtel Dieu domine les urgences nocturnes ; les urgences concernent essentiellement les plaies du globe et les décollements de rétine. L'AP-HP dispose de :

- quatre services intra-muros ;
- trois services extra-muros ;
- cinq centres de référence de maladies rares.

L'AP-HP doit donc faire face à une dispersion de ses sites, qui nuit à la lisibilité de l'offre de soins et entraîne un problème d'optimisation des équipements. Par ailleurs, les sites de l'Hôtel Dieu et de Lariboisière sont vétustes, et la densité médicale est faible par rapport à celle des structures extérieures. Enfin, les liens avec les structures hors AP-HP pèsent sur la concurrence.

Le projet ophtalmologique de l'AP-HP vise à regrouper certaines activités, en particulier la chirurgie ophtalmologique. Trois scénarios ont été établis :

- le regroupement de Cochin et de l'Hôtel Dieu ;
- le regroupement de Cochin, de l'Hôtel Dieu et de Necker (adulte) ;
- le regroupement de Cochin, de l'Hôtel Dieu, de Necker (adulte) et de l'activité chirurgicale de Lariboisière.

Le regroupement serait effectué sur le site de Cochin, dans les bâtiments Blaise Pascal et Pharmacie ; une construction additionnelle serait réalisée. Différentes hypothèses d'activité ont été élaborées. Un projet médical a été élaboré et a fait l'objet d'un aval du GH Cochin-Hôtel-Dieu ; il est en cours d'examen par le GH Lariboisière-Saint-Louis, mais a reçu un accord a priori. Le projet ne consiste pas à regrouper toute l'activité d'ophtalmologie de Lariboisière-Saint-Louis sur Cochin-Hôtel-Dieu, mais se concentre sur l'activité de chirurgie ophtalmologique ; l'activité segment antérieur serait transférée de Cochin vers Lariboisière, où elle est nécessaire. Par ailleurs, l'un des objectifs est de limiter les investissements.

La DPM estime que ce projet est raisonnable et utile. Toutefois, à ce stade, trois problèmes doivent être résolus :

- une évaluation précise des conditions médico-économiques de l'installation et des investissements est nécessaire ;
- l'accord de tous les acteurs doit être obtenu –si les critiques exprimées au sein de la collégiale d'ophtalmologie ne sont pas de nature à remettre en cause le projet, l'adhésion du personnel de l'Hôtel Dieu est plus difficile à obtenir, et un travail collectif devra être mené en ce sens ;
- la transition durant la période 2013-2015 devra être assurée. Le pavillon Albarran, libéré par l'urologie, pourrait accueillir de manière anticipée le transfert de l'activité de l'Hôtel Dieu vers Cochin.

**Le président** indique qu'il a rencontré le 4 juillet les ophtalmologues de l'AP-HP en compagnie du P<sup>f</sup> Noël GARABÉDIAN, et invite le D<sup>f</sup> Isabelle BADELON à présenter la proposition formulée par les ophtalmologistes.

**Le D<sup>f</sup> Isabelle BADELON** donne lecture de la déclaration suivante :

*« Le syndicat des ophtalmologistes a réuni à Lariboisière, le 4 juillet dernier, les chefs de service d'ophtalmologie de l'AP-HP pour discuter pour la première fois de la réorganisation de l'ophtalmologie à l'AP-HP. Pourquoi réorganiser l'ophtalmologie ? D'une part, le transfert du plus gros service d'ophtalmologie de l'Hôtel Dieu à Cochin est la pierre angulaire. D'autre part, le regroupement des services de Cochin, de l'Hôtel Dieu, de Lariboisière et de Necker (adulte) va permettre de créer un pôle lourd sur un site unique, ce d'autant qu'il existe une complémentarité très forte des activités.*

*Qu'implique ce projet ? Au niveau hospitalier, un service d'ophtalmologie sur le site unique de Cochin, avec un plateau technique très lourd. L'ambition est d'assurer une capacité dépassant la somme des interventions chirurgicales actuellement effectuées sur chaque site. L'activité chirurgicale de l'Hôtel Dieu représente actuellement 40 % de l'ophtalmologie à l'AP-HP. 6 000 actes chirurgicaux sont réalisés à l'Hôtel Dieu, contre 2 000 à Cochin et 2 000 à Lariboisière. Actuellement, il n'existe qu'une structure de chirurgie ambulatoire à Cochin. Le corollaire est le maintien d'une activité de consultation médicale dans les autres services, en particulier à Lariboisière, qu'il convient de doter et qui restera seniorisé.*

*Le projet implique les UFR de Paris 5 et Paris 7, avec la création d'un institut universitaire d'ophtalmologie à l'AP-HP.*

*Les intentions sont là, mais les moyens qui vont être déployés ne sont pas connus. L'accueil, en termes de structures sur le site de Cochin, en est au stade du concours d'architecture, apparemment publié au JO, alors que le transfert de l'Hôtel Dieu est prévu pour 2014.*

*La collégiale s'est exprimée et est d'accord pour ce projet de regroupement et la création d'un pôle lourd, mais des réserves et des demandes de précisions sont formulées. Premièrement, il existe une demande très forte de moyens suffisants en termes d'équipements, de personnels et de structures. Deuxièmement, le problème de la gestion de la période transitoire avant que les structures de Cochin ne soient construites constitue une inquiétude forte. Troisièmement, les ophtalmologistes sont d'accord pour s'organiser en réseau avec le centre lourd, sous réserve que les autres services puissent continuer à exister. Il est fondamental de continuer à faire face aux besoins des bassins de population en Ile-de-France, en particulier en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne. D'autre part, les réseaux qui existent depuis de nombreuses années avec les Quinze-Vingts et la fondation Rothschild doivent perdurer. Enfin, dans chaque GH, la transversalité doit être maintenue dans des conditions optimales. Les autres services ne doivent pas être déshabillés au profit d'un seul centre lourd. »*

Le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON signale que tous les sujets n'ont pu être abordés lors de la première réunion des ophtalmologistes, et que ceux-ci souhaitent être informés et participer activement à la réorganisation, en lien avec la DPM.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** fait observer que la période transitoire évoquée nécessite des mouvements internes qui n'ont pas encore été décidés. Il indique ensuite que le chef de pôle de l'Hôtel Dieu souhaiterait une implication plus précoce avec Lariboisière. Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE signale enfin que, si les urgences ophtalmologiques de l'Hôtel Dieu sont importantes, elles dépendent d'autres services de chirurgie, notamment pour ce qui concerne les panseuses ou les anesthésistes. Ainsi, la remontée de certaines activités vers Cochin nécessitera d'affecter des moyens supplémentaires.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN** évoque les craintes d'Avicenne et Bicêtre, auxquels il a été conseillé de s'organiser en réseau pour répondre aux besoins de proximité de la population, et indique qu'il faudra être clair sur le fait que la constitution d'un centre lourd ne marque pas la fin des activités annexes.

**Le P<sup>r</sup> Yves AIGRAIN** signale que l'activité de chirurgie ophtalmologique adulte du GH Necker devrait être transférée vers Cochin plus rapidement que prévu. Cependant, l'augmentation de l'activité opératoire demandera du temps soignant et du temps médical supplémentaire sur le GH Cochin. Il évoque ensuite l'ophtalmologie pédiatrique, et signale que Necker est la seule structure pratiquant des actes de chirurgie sur les enfants de moins d'un an. Il est donc indispensable de maintenir cette activité, qui doit être ré-universitarisée.

**Le D<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU** signale la nécessité du maintien des compétences très spécifiques en anatomie pathologique ophtalmologique au départ du D<sup>r</sup> François D'HERMIES, en raison des difficultés de recrutement.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** évoque le transfert de l'urologie de Cochin de l'autre côté de la rue du Faubourg Saint-Jacques. Il signale que le site de Port-Royal compte peu d'infrastructures médicotecniques, et que le transfert en urgence des patients d'un côté de la rue à l'autre pourrait s'avérer problématique.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** fait observer que Robert Debré compte une unité fonctionnelle d'ophtalmologie pédiatrique, qui comprend une activité de chirurgie et s'appuie en partie sur le service de Lariboisière. Il importe que le projet de regroupement de l'activité de chirurgie ophtalmologique adulte ne compromette pas cette activité pédiatrique qui est importante pour le GH.

**Le D<sup>r</sup> Jon Andoni URTIZBEREA** signale qu'il est très difficile de faire examiner des personnes en grande dépendance sur le plan moteur par des ophtalmologues, et demande que cette dimension soit intégrée au projet.

**Le P<sup>r</sup> Isabelle CONSTANT** ajoute que Trousseau comprend également une consultation ophtalmologique ayant une activité opératoire régulière, et demande que ce point ne soit pas oublié.

**Le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON** répond que la conception des nouvelles consultations comprend toujours des box réservés aux handicapés et des tables permettant l'examen des patients en fauteuil.

## **VII. Neurochirurgie à l'AP-HP**

**Le P<sup>r</sup> Michel ZERAH** rappelle que la neurochirurgie est une spécialité qui comprend le cerveau, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes et leurs vaisseaux. Elle est structurée autour d'un schéma d'organisation sanitaire interrégional. Il s'agit d'une spécialité à petits effectifs qui nécessite des infrastructures extrêmement lourdes. L'activité de neurochirurgie est organiquement liée à une unité de réanimation et à un plateau de neuroradiologie interventionnelle. Ces éléments doivent se trouver au sein d'un même bâtiment, voire dans des bâtiments adjacents d'une même structure hospitalière. Dans 80 à 90 % des cas, la neurochirurgie constitue une activité spécifique ; il s'agit d'un métier à part entière, et non seulement d'un support pour d'autres activités. Les urgences représentent 20 à 25 % de l'activité, et sont organisées depuis plus de 50 ans autour de la Grande Garde (AP-HP et Sainte-Anne). Les études médicales et médico-économiques menées ont montré que cette organisation était la moins mauvaise et la moins coûteuse. La traumatologie représente seulement 20 % de l'activité de grande garde ; les polytraumatisés et l'activité plus aigüe en représentent 4 %.

La neurochirurgie est organisée autour de cinq services adultes à l'APHP à Bicêtre, Beaujon, Henri Mondor, Lariboisière et La Pitié-Salpêtrière qui bénéficient d'une forte reconnaissance académique mais souffrent de retards architecturaux et d'équipement majeurs. Ils souffrent également d'un problème d'accès au plateau technique.

La neurochirurgie a été restructurée à de nombreuses reprises, notamment avec la mutualisation des urgences ou la restructuration de la pédiatrie. Elle mobilise 32 ETP, soit 42 praticiens dont l'âge moyen est d'environ 47 ans ; un seul départ de chef de service à la retraite est programmé dans les dix prochaines années. L'activité de cette spécialité a progressé de 10 % entre 2011 et 2012. Les principaux concurrents sont Foch, Rothschild et Sainte-Anne, qui ont compris le caractère lucratif de l'activité et disposent d'équipements beaucoup plus modernes que ceux dont disposent l'AP-HP.

La démographie de l'activité a toujours été déficitaire. Malgré les efforts réalisés, il manque environ 150 à 200 neurochirurgiens en France. Dans les années à venir, les effectifs devraient être stables. L'activité devrait également être stable, avec une augmentation du fonctionnel, du tumoral et de ce qui relève du « *minimally invasive* », ce qui nécessitera de recourir à des plateaux techniques lourds, et donc de procéder à des investissements importants.

Le maintien des structures existantes constituerait la solution la plus simple, mais le rattrapage des retards architecturaux et d'équipement serait difficile. La réduction du nombre de services permettrait de bénéficier d'un « effet taille » qui favoriserait l'organisation de la recherche et du travail. Toutefois, il faudra prendre en compte l'impact de la réorganisation sur les GH et les autres spécialités. L'année dernière, la spécialité avait rendu un avis unanime en faveur de la restructuration, mais avait mis en garde contre la création de services à deux vitesses et demandé une vraie réflexion sur l'organisation des urgences. Un consensus est apparu à la fin de l'année 2011. Ce consensus prévoyait la création de trois centres lourds, le maintien de la neurochirurgie

fonctionnelle à Henri Mondor, et le maintien des centres d'accueil des polytraumatisés. Cependant, ce projet a échoué en raison :

- de l'opposition de certains GH ;
- des difficultés concernant la neuroradiologie interventionnelle ;
- de la position ambiguë du Siège ;
- des discussions avec l'ARS concernant l'intégration du plan AVC dans le projet.

La collégiale et le syndicat se sont réunis le 6 juillet 2012. Un sentiment de découragement a été exprimé, en raison de la sensation d'avoir manqué une opportunité. Cependant, il ne sera pas possible de faire l'économie d'une mise à niveau des capacités de fonctionnement.

**Le P<sup>r</sup> Michel FOURNIER** indique que la restructuration de la neurochirurgie devra nécessairement être menée à terme. Par ailleurs, des décisions devront être prises rapidement concernant les urgences neuro-vasculaires, même si cela doit bousculer certains sites, car le fonctionnement actuel ne peut perdurer. L'adhésion d'un maximum d'acteurs devra être remportée.

Le P<sup>r</sup> Michel FOURNIER revient ensuite sur la décision du 5 décembre 2011, et signale que l'absence d'implication de la CME dans le processus a certainement joué un rôle dans l'échec provisoire de la réorganisation. Pour avancer, il conviendra de trouver des modes de fonctionnement prenant en compte l'impact de la réorganisation sur l'accueil des polytraumatisés, sur les flux AP, sur les filières, etc. ; un rapport détaillé avait été dressé, mais le travail aurait probablement dû être plus poussé. La restructuration devra désormais être menée rapidement, particulièrement en neuroradiologie interventionnelle. S'agissant des structures et des évolutions, une co-construction sera indispensable.

**Le président** déclare qu'il souhaite que la nouvelle CME fasse mieux que la précédente.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** indique que la grande garde de neurochirurgie doit faire face à une charge très importante, mais regrette que des dysfonctionnements notamment des transferts de malades d'un site à l'autre et déplore le refus des neurochirurgiens de dialoguer et de mieux s'organiser.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZERAH** rappelle qu'un observatoire de la grande garde a été créé il y a quatre ans, et que seules quatre plaintes ont été reçues depuis sa création. Les neurochirurgiens sont conscients des problèmes évoqués. Toutefois, tant que cinq services seront conservés, il ne sera pas possible de réorganiser la grande garde. Par ailleurs, si Foch et Rothschild ont exercé une pression sur l'ARS pour rentrer dans le circuit de garde, leur participation ne concerne pas tous les jours de la semaine ni toutes les heures de la nuit, et ils ne reçoivent pas tous les malades.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** estime que les réflexions doivent se poursuivre, notamment dans le domaine de la traumatologie. Aujourd'hui, le fonctionnement n'est pas optimal, y compris en dehors de la grande garde. L'implication des SAMU et urgentistes dans la réflexion doit progresser.

**Le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI** déclare que l'hôpital Beaujon s'est appliqué à montrer que le projet initial n'avait pas abordé tous les aspects de la réorganisation, et assure qu'il participera à la suite de la discussion dans un esprit constructif. La notion de « bassin de vie » devra être bien prise en compte.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** fait observer que la neurochirurgie intègre non seulement les urgences, mais également une activité programmée qui dysfonctionne en raison de problèmes d'équipements. Or, le secteur privé s'est réorganisé et s'est équipé de matériel extrêmement moderne qui attire de

nombreux candidats que l'AP-HP souhaiterait conserver dans ses établissements. La concurrence du privé n'est pas liée à une question de rémunération, mais à un problème de dotation en équipements lourds, et la conservation de cinq sites ne permettra pas de mettre à niveau les services de neurochirurgie de l'institution.

Le **président** rappelle que l'avenir de la neurochirurgie à Henri Mondor n'est pas figé.

## **VIII. Approbation des comptes rendus des séances des 15 mai et 12 juin 2012**

*Les comptes rendus sont approuvés à l'unanimité.*

## **IX. Questions diverses**

Le **D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** signale que la cérémonie commémorative marquant les 70 ans de la rafle du Vélodrome d'Hiver approche, et rappelle que de nombreux médecins de l'AP-HP et leurs familles avaient été arrêtés.

Le **président** remercie le **D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** pour ce rappel.

*La séance est levée à 12 heures.*

\*

\*

\*

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

**mardi 11 septembre 2012 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 29 août 2012 à 16 heures 30**