COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 13 NOVEMBRE 2012

APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU 11 DECEMBRE 2012

SOMMAIRE

I. Hommage au Professeur Patrick VEXIAU, diabétologue à l'hôpital Saint-Louis, décédé le 31 octobre 2012 6

II. Informations émanant du président et du vice-président de la CME 6

III. Schéma régional d'organisation des soins (SROS) en Ile-de-France 7

IV. L'Hôtel-Dieu : préfiguration du projet de soins et SAU 13

V. Développement professionnel continu des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes 19

VI. Point sur la grève des internes de l'AP-HP 23

VII. Perspectives financières et d'investissements 2013-2014 24

VIII. Point sur le développement d'Orbis à l'hôpital Ambroise-Paré et sur son déploiement à l'hôpital Kremlin-Bicêtre 28

IX. Convention hospitalo-universitaire entre l'Université Paris-Nord (Paris XIII) et l'AP-HP 31

X. Point sur la révision des effectifs de PH titulaires 2013 32

XI. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2013 33

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Hommage au Pr Patrick VEXIAU, diabétologue à l'hôpital Saint-Louis, décédé le 31 octobre (Pr Gérard REACH)
2. Informations émanant du président et du vice-président de la CME (Pr Loïc CAPRON, Dr Georges SEBBANE)
3. Schéma régional d'organisation des soins (SROS) en Île-de-France (M. Claude ÉVIN, 20 minutes)
4. L'Hôtel-Dieu : préfiguration du projet de soins et SAU (Pr Jean-Yves FAGON, 15 minutes)
5. Développement professionnel continu des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes (Drs Stéphane DAVID, DRH, 10 minutes, et Nicole PERIER, DPM, 5 minutes)
6. Point sur la grève des internes de l'AP-HP (M. Julien LENGLET, CME, 5 minutes)
7. Perspectives financières et d'investissement 2013-2014 à l'AP-HP (Mme Carine CHEVRIER, DÉFIP, 15 minutes)
8. Point sur le développement d'ORBIS à Ambroise Paré et son déploiement à Bicêtre (Pr Michel ZERAH, CME, 15 minutes)
9. Convention hospitalo-universitaire entre l'Université Paris-Nord (Paris 13) et l'AP-HP (M. Jean-François Sauvat, DPM, 5 minutes)
10. Point sur la révision des effectifs de PH titulaires 2013 (Dr Sophie CROZIER, CME, M. Jérôme HUBIN, DPM, 5 minutes)
11. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2013 (M. Jérôme HUBIN, DPM, 10 minutes)
12. Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

Composition D

- Avis sur le recrutement principal de CCA et AHU dans les établissements liés par conventions à l'AP-HP, au titre de l'année universitaire 2012-2013

Composition C

- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Prolongation d'activité de praticiens hospitaliers : avis sur trois premières demandes et sur deux demandes de renouvellement
- Consultation du président sur les nominations des chefs de services et de départements

Composition B

- Avis sur la titularisation d'un MCU-PH nommé stagiaire en novembre 2011
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un MCU-PH de pharmacie

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- M. le Pr Jean-Claude ALVAREZ
- Mme le Dr Olivia ANSELEM
- M. le Pr Philippe ARNAUD
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- Mme le Dr Isabelle BADELON
- M. le Dr Guy BENOIT
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- Mme le Dr Anne Reine BUISINE
- M. le Dr Philippe BUSTANY
- M. le Pr Loïc CAPRON
- M. le Dr Bruno CARBONNE
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
- M. le Dr Michaël CHAUSSARD
- M. le Pr Thierry CHINET
- Mme le Pr Isabelle CONSTANT
- M. le Dr Rémy COUDERC
- Mme le Pr Béatrice CRICKX
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le Dr Nicolas DANTCHEV
- M. le Dr Patrick DASSIER
- M. le Dr Cyril DAUZAC
- Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
- M. le Pr Marc DELPECH
- Mme le Pr Elisabeth DION
- M. le Pr Jacques DURANTEAU
- M. le Dr Alain FAYE
- M. le Dr Jean-Luc GAILLARD
- M. le Pr Erea Noel GARABEDIAN
- Mme le Pr Pascale GAUSSEM
- Mme le Dr Louise GOUYET
- M. le Dr Bernard GRANGER
- M. le Pr Philippe GRENIER
- M. le Pr François HAAB
- M. le Pr Olivier HENRY
- M. le Pr Martin HOUSSET
- Mme le Dr Anna LAMBERTI TELLARI
- M. le Pr Paul LEGMANN
- M. le Pr Guy LEVERGER
- M. le Pr Jean MANTZ
- Mme le Dr Martine MARCHAND
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- M. le Pr Gilles ORLIAGUET
- M. le Dr Patrick PELLOUX
- Mme le Dr Julie PELTIER
- Mme le Dr Valérie PERUT
- M. le Pr Jean-Claude PETIT
- M. le Pr Matthieu PICCOLI
- Mme Caroline PRADINES
- M. le Pr Gérard REACH
- M. le Pr Christian RICHARD
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI
- M le Pr Guy SEBAG
- M. le Pr Georges SEBBANE
- M. le Pr Alain SIMON
- M^{m} le Dr Annie ROUVEL TALLEC
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Jon Andoni URTIZBEREA
- Mme le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le Pr Dominique VALEYRE
- M. le Pr Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***

- Mme Catherine BROUTIN, représentante de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
- Mme Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- Mme Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
- Mme le Dr Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la médecine du travail
- M. Namik TARIGHT, médecin responsable de l'information médicale
- M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
  - M. le Pr Jean-Luc DUMAS
  - M. le Pr Louis MAMAN
  - M. le Pr Jean-Michel SCHERRMANN
  - M. le Pr Benoît SCHLEMMER
  - M. le Pr Serge UZAN

- ***les représentants de l'administration :***
  - Mme Mireille FAUGÈRE, directrice générale
  - Mme Monique RICOMES, secrétaire générale
  - Mme Carine CHEVRIER, direction des services économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
  - M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale
  - M. Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines
  - Mme Juliette TELLIER, directrice de la communication
  - Mme Roselyne VASSEUR, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

  - 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 Pr Philippe ARNAUD, M. le Pr Gérard CHERON, Mme le Dr Nathalie De CASTRO, Mme le Dr Fabienne LECIEUX, M. le Dr Matthieu LAFAURIE, Mme le Pr Ariane MALLAT.

La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence du Professeur Loïc CAPRON.

Le président annonce l'absence des P^rs^ Philippe ARNAUD, Yves COHEN, Bertrand GUIDET, Paul AVILLACH, Thierry BÉGUÉ, Gérard CHÉRON et des Drs Nathalie de CASTRO, Anne GERVAIS, Matthieu LAFAURIE et Fabienne LECIEUX.

I. Hommage au Professeur Patrick VEXIAU, chef du Service d'Endocrinologie-Diabétologie de l'hôpital Saint-Louis, décédé le 31 octobre 2012

Le président déplore le décès du Pr Patrick VEXIAU, professeur d'endocrinologie, chef du service de diabétologie de l'hôpital Saint-Louis, survenu le 31 octobre 2012.

Au nom de la collégiale d'endocrinologie et des maladies métaboliques, **le Pr Gérard REACH** rend hommage au Pr Patrick VEXIAU, chef du Service d'Endocrinologie-Diabétologie de l'hôpital Saint-Louis, et rappelle qu'il avait effectué toute sa carrière depuis son clinicat dans cet hôpital, avec un total dévouement à son service et ses patients. La communauté des médecins est en deuil, mais aussi celle des patients diabétiques.
Depuis une quinzaine d'années, le Pr Patrick VEXIAU était secrétaire général bénévole de l'Association Française des Diabétiques. De manière inlassable, cet homme simple, juste et chaleureux s'est attaché à défendre les droits des patients diabétiques. De grands progrès peuvent lui être attribués dans ce domaine.

Le président propose une minute de recueillement à la mémoire du Pr Patrick VEXIAU.

II. Informations émanant du président et du vice-président de la CME

Le président indique qu'il poursuit, avec le Dr Georges SEBBANE, la tournée des hôpitaux gériatriques de l'Assistance Publique. Des visites ont été organisées à l'hôpital Bretonneau, l'hôpital Charles-Foix et à l'hôpital Fernand-Widal. D'autres visites sont programmées prochainement à l'hôpital Sainte-Périne, à l'hôpital Vaugirard et à l'hôpital Paul-Doumer.

Lors de sa réunion du 6 novembre, le directoire a abordé plusieurs sujets, notamment la coopération entre l'hôpital Louis-Mourier et le Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre. Cependant, des blocages se manifestent lorsque les véritables enjeux sont abordés.

Le président ajoute qu'il rencontrera le 23 novembre le président de la CME du CASH.

Par ailleurs, le directoire a abordé l'activité de l'Institution. A la fin du mois d'août, les recettes présentaient un écart à la cible de 23,3 millions d'euros, soit un manque à gagner de 4 100 séjours en hospitalisation complète par rapport aux prévisions.

Le projet Hôtel Dieu fera l'objet d'un point spécifique au cours de la séance. S'agissant du bilan à mi-parcours du plan stratégique, il est essentiel dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, d'effectuer un bilan à mi-parcours, avec lucidité et humilité. Le plan a été initié en 2010 et s'achèvera en 2014. Une méthode doit être établie avec Pierre-Emmanuel LECERF et Sybile VEIL pour procéder à ce bilan, qui sera effectué au long d'une période d'un mois au maximum. Des leçons en seront tirées.

Une médiation sur la gouvernance de l'AP-HP est en cours. Une rencontre a été organisée avec les deux médiateurs, le Pr DESTEE, ancien président de CME, et Mr DELMOTTE, directeur général du CHU de Lille. Une nouvelle rencontre avec le Pr DESTEE est prévue le 14 novembre.

Des volontaires sont requis pour collaborer au projet de musée de l'Assistance Publique, aux côtés de Mr Yves HAREL, nommé par Mme la directrice générale. Le Dr Patrick PELLOUX l'accompagnera dans ce projet.

III. Schéma régional d'organisation des soins (SROS) en Ile-de-France

Le président rappelle que le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) est la déclinaison du projet régional de santé, publié au début de l'année 2012. Le plan stratégique régional de santé sera publié à la fin de l'année. Les réactions des membres de la CME ont été transmises à l'ARS.

M. Claude ÉVIN, directeur général de l'ARS d'Ile-de-France, souligne que ce sujet ne concerne pas seulement l'AP-HP mais l'ensemble de l'offre de soins dans la région Ile-de-France.

Le projet régional de santé constitue une démarche nouvelle. Avant la création des Agences Régionales de Santé (ARS), il n'existait pas de plan visant à définir une politique de santé au niveau régional. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) résultant de la loi hospitalière de 1991 concernaient uniquement les établissements de santé publics et privés.

Le projet stratégique régional de santé s'attache à définir une stratégie fondée sur les besoins sanitaires de la population. Un diagnostic de l'offre a été effectué. Des principes généraux et des objectifs stratégiques ont été définis. Le projet comprend trois schémas, dont le SROS fait partie. Son volet ambulatoire fournit des orientations relatives à l'aide à l'installation des professionnels libéraux et des structures d'exercice collectif visant à garantir une offre de soins adaptée aux besoins de la population. Ce volet ambulatoire n'est pas opposable.

En revanche, le volet hospitalier du SROS, lui-même décliné en une vingtaine de sous-volets, présente un caractère opposable.

S'y ajoutent un schéma régional de prévention et un schéma régional médico-social.

L'objectif stratégique principal du SROS est l'adaptation des parcours de santé aux besoins de la population de la région Ile-de-France. Huit principes ont été retenus pour atteindre cet objectif.

En premier lieu, il est nécessaire d'investir dans la prévention, puisque l'évolution de l'épidémiologie est marquée par une forte prévalence des maladies chroniques, qui concernent aujourd'hui 2,5 millions de personnes en Ile-de-France

Deuxièmement, il convient de mobiliser les acteurs pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. En Ile-de-France, dont la population est relativement jeune, les indicateurs de santé sont plutôt favorables. Cependant, la région présente d'importantes disparités territoriales ainsi que des inégalités entre les populations.

En troisième lieu, la vigilance face aux risques sanitaires doit être renforcée, avec le développement d'une culture du risque et de l'alerte.

Quatrièmement, l'offre de santé doit désormais être subordonnée aux besoins de la population.

Cinquième principe, il est important de favoriser une approche intégrée entre la prévention, les soins et la prise en charge médicosociale. En effet, face à la montée des maladies chroniques et le vieillissement d'une population atteinte de poly-pathologies, la notion de parcours de santé gagne en importance.

Sixièmement, l'accent doit être mis sur l'amélioration de l'efficience et la garantie de la qualité.

Septième principe, il faut renforcer la collaboration effective entre les professionnels et les personnes concernées pour observer, informer et décider.

Enfin, la créativité des acteurs locaux doit être utilisée comme un vecteur du changement.

La phase de concertation doit se dérouler sur une période de deux mois, jusqu'au 27 novembre, date à laquelle les avis du Conseil régional, des conseillers généraux, des communes et du préfet de région seront tous recueillis. Les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne se sont déjà prononcés. D'autres départements émettront un avis dans les prochains jours.

Le projet régional de santé a suscité la réunion de nombreux groupes de travail auxquels ont été associés différents représentants professionnels, ainsi que les fédérations des établissements et les représentants des usagers.

Au sein de la région, les besoins de santé augmentent, ce qui résulte de la démographie, de l'allongement de la durée de vie et de la prévalence de certaines pathologies. Au cours des cinq prochaines années, l'activité hospitalière progressera à hauteur de 0,5 % par an.

La loi prévoit que des autorisations d'activité soient données par implantation. Cependant, le nombre d'implantations prévues peut être moins significatif que le nombre de sites remplissant telle ou telle activité. Sauf exceptions, l'accroissement des implantations n'est plus à l'ordre du jour alors que les incertitudes sont fortes. Le rapprochement des équipes s'impose pour répondre à la démographie médicale et assurer une offre de soins satisfaisante dans un territoire donné. Dans le cadre du parcours de santé des patients, la démarche consiste prioritairement à travailler sur l'organisation et la complémentarité des personnels.

Les conditions économiques doivent être mises en parallèle avec la définition d'une stratégie régionale. Il existe une concurrence entre les établissements publics et les établissements privés. Celle-ci se manifeste également entre les établissements publics eux-mêmes. Elle doit demeurer modérée et tenir compte de la meilleure utilisation de l'argent public investi.

D'ailleurs, certains investissements réalisés ces dernières années s'avèrent bien dimensionnés par rapport aux besoins. Quant aux investissements d'avenir, ceux-ci doivent être strictement conditionnés à une logique d'adéquation avec l'offre de soins. Les investissements de l'AP-HP doivent être coordonnés avec ceux des autres établissements, notamment en petite couronne. Les acteurs doivent poursuivre leurs évolutions ou basculer vers l'ambulatoire et ajuster leurs coûts. Tel est le cas, entre autres, des acteurs de la chirurgie.

La région se trouve confrontée à trois enjeux majeurs : la démographie des professionnels de santé, la définition des parcours de santé et la prise en compte de la vulnérabilité et de l'accessibilité financière des patients.

Durant les cinq années à venir, la région Ile-de-France devrait perdre quelque 5 000 médecins. D'ici une dizaine d'années, elle devra faire face au départ d'environ 20 000 médecins, soit 40 % des professionnels actuellement actifs. Ce défi démographique doit être relevé, en termes de rupture générationnelle mais également en termes d'offres. Des rapprochements entre différentes équipes seront nécessaires.

Des propositions ont été formulées en ce sens dans le SROS :

- Une politique hospitalo-universitaire doit être conduite à l'échelle de la région.
- La promotion des nouveaux métiers doit être assurée.
- Il convient d'optimiser la répartition des missions entre les professionnels.
- Il faut soutenir l'installation des professionnels de premier recours.
- Le rôle de *leadership* du CHU dans le pilotage de la démographie hospitalière doit être affirmé. Des postes partagés peuvent y contribuer.
- Il est nécessaire de valoriser l'attractivité de la filière professionnelle gériatrique, au regard de l'évolution de la démographie dans la région.

En ce qui concerne l'offre de soins ambulatoire et certaines activités de l'offre de soins hospitalière, la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne sont des départements sinistrés et feront donc l'objet de programmes prioritaires.

La définition des parcours de santé doit être orientée vers la prévention et construite avec les partenaires du premier recours. En soutien du secteur médico-social, une meilleure information du patient doit être dispensée au sujet des soins palliatifs, des hospitalisations évitables et des interruptions volontaires de grossesse.

S'agissant de la prise en charge du handicap, des soins palliatifs et de l'imagerie, l'offre doit être renforcée. Les circuits hospitaliers peuvent être plus courts. L'offre répondant à la prise en charge des maladies chroniques, en hôpital de jour et en soins de suite et de réadaptation (SSR), doit être diversifiée. Elle doit garantir une meilleure accessibilité financière. Une nouvelle attention doit être apportée aux personnes en situation précaire.

Il convient de définir des recommandations à l'entrée de l'établissement, promouvant la mise en place de circuits courts. Une expérimentation est menée à l'hôpital Lariboisière pour la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans les 9ème, 10ème et 17ème arrondissements. Des démarches analogues pourront être mises en œuvre dans d'autres établissements.

La possibilité d'un accès direct dans les spécialités, notamment pour les personnes âgées, doit être développée.

Un travail d'articulation doit également être mené entre les professionnels hospitaliers et les professionnels libéraux. L'interconnexion des systèmes d'information doit être favorisée ainsi que les liens avec le secteur médicosocial, particulièrement dans les EHPAD. La sortie de l'hospitalisation doit être anticipée, fondée sur une transmission rapide de l'information médicale.

La prise en compte de la vulnérabilité et de l'accessibilité financière des personnes en situation de grande précarité constitue le troisième enjeu majeur. Le volet hospitalier doit être articulé avec le programme régional développé pour cette population (PRAPS). Le schéma bucco-dentaire constitue également un élément important de santé publique. En outre, la santé des détenus constitue un enjeu crucial de notre système.

Les axes de la prise en charge des personnes en grande précarité sont développés de manière spécifique dans le projet régional de santé. Les établissements de santé sont les pilotes de dispositifs particuliers, notamment les permanences d'accueil dans les établissements de l'AP-HP et les équipes mobiles en psychiatrie.

Ces enjeux s'inscrivent dans une déclinaison territoriale forte, au travers de coopérations et d'une approche régionale renforçant les liens entre Paris et la banlieue.

Il s'agit de développer des projets de coopération structurants, d'appuyer les projets transversaux et sectoriels, de favoriser le développement d'équipes territoriales, de coordonner et harmoniser les stratégies des acteurs hospitaliers autour de projets médicaux, de promouvoir des groupements de coopération sanitaire et de soutenir le regroupement de plateaux techniques sur un même territoire.

Une réflexion est menée sur l'avenir de l'Ile-de-France dans le cadre du Grand Paris. D'ici une vingtaine d'années, des zones de développement urbain seront réparties sur l'ensemble de la région. Des pôles urbains se développeront en périphérie. Cette évolution aura une incidence sur l'organisation hospitalière de la région. En grande périphérie, certains établissements sont déjà relativement fragilisés par la démographie médicale, tandis que la concurrence s'aiguise entre les établissements publics.

Les relations entre Paris et sa banlieue se caractérisent par un fort contraste entre l'est et l'ouest de la région et une densité importante d'établissements dans la petite couronne. Le secteur privé est inégalement organisé et la présence de L'Assistance publique est marquée. L'offre spécialisée est importante, notamment celle des centres de lutte contre le cancer. Des difficultés de gouvernance se font jour, avec notamment certains acteurs de banlieue qui se sentent mis à l'écart des décisions. Cette fragilité est inhérente à l'histoire et à la proximité de Paris. L'accès aux soins, y compris les soins ambulatoires, constitue un enjeu dans la petite couronne, notamment en Seine-Saint-Denis.

Le plan régional de santé adresse un message politique fort aux CHU dont il rappelle le rôle de régulateur au bénéfice de l'intérêt régional. L'offre de soins de l'Assistance Publique se trouve en concurrence avec d'autres établissements, y compris des établissements publics. Des partenariats sont parfois institués, mais le CHU doit assumer un rôle de pilotage pour l'enseignement et la recherche, en lien avec les universités. A ce titre, le projet régional prévoit la création de deux conférences hospitalo-universitaires de territoire.

Les enjeux du futur consistent à tirer un bénéfice maximal des outils existants. La coordination des financements constitue un levier important. La loi de financement de la Sécurité sociale a prévu un fonds d'intervention régional, doté de 236 millions d'euros en 2012. Ce fonds paraît modeste, au regard des 31 milliards d'euros de dépenses de santé de la région Ile-de-France. Toutefois, il sera appelé à se développer.

En ce qui concerne les outils d'exercice et de rémunération des professionnels libéraux, un soutien doit être apporté aux actions innovantes. Il convient de faire rapidement des

propositions sur l'évolution souhaitée de l'environnement juridique et économique et le pilotage régional du système de santé.

Le projet régional de santé fait l'objet d'un document de synthèse sur le site de l'ARS. Ses grandes orientations et ses volets d'activité y sont déclinés.

Le président remercie le Directeur général pour cette présentation.

Le Pr Thierry CHINET revient sur la régulation de l'offre de soins. En vertu du SROS, les investissements de l'AP-HP doivent être coordonnés avec ceux des autres établissements. Ces investissements, dans les hôpitaux de la petite couronne à l'Ouest, restent limités. En outre, il serait préférable de mettre l'accent sur la coordination des établissements de la petite couronne avec ceux de l'AP-HP.

Ainsi, l'hôpital René Huguenin compte développer la chirurgie digestive au prix d'un fort investissement, alors même qu'il existe des services analogues à l'hôpital Foch et à l'hôpital Ambroise-Paré.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE s'interroge sur l'organisation du dépistage du cancer, à Paris. Celui-ci semble à la fois dévolu à l'Agence Régionale de Santé, à l'InCA, à l'Assurance Maladie et au Conseil général. Dans les Hauts-de-Seine et à Paris, la population dite « favorisée » s'intègre difficilement dans le dépistage organisé.

Par ailleurs, les relations avec les hôpitaux militaires posent question, puisque ceux-ci ne dépendent pas des ARS.

Enfin, la démographie médicale résulte des décisions prises voici une dizaine d'années sur le nombre d'étudiants en médecine. Dans certaines spécialités, la concurrence avec le secteur libéral est très forte.

M. Claude EVIN répond que, dans certains cas, le dépistage du cancer est piloté par le département. L'ARS intervient dans son financement.

L'un des objectifs du Ministère de la Santé consiste à optimiser certains dépistages dans la région Ile-de-France.

S'agissant du lien avec les hôpitaux militaires, un groupement de coopération sanitaire a été mis en place entre l'hôpital Cochin et l'hôpital du Val-de-Grâce. Le Service de Santé des Armées exprime la volonté de travailler davantage avec les autres établissements.

En ce qui concerne l'attractivité des carrières, l'ARS souhaite que le rapprochement des équipes suscite des dynamiques permettant d'attirer des professionnels.

Le Dr Jon Andoni URTIZBEREA souhaite attirer l'attention sur la situation particulière des hôpitaux APHP situés hors du territoire francilien et réunis au sein de la Fédération du PolyHandicap (Hendaye dans les Pyrénées Atlantiques, Berck dans le Pas de Calais et San Salvadour en région PACA). Ils n'apparaissent pas dans les documents SROS transmis. Ces hôpitaux SSR rendent pourtant un service important pour fluidifier l'aval de l'AP-HP mais aussi pour une patientèle locale relevant du handicap lourd. Les contacts entre les ARS de tutelle et l'ARS d'Ile-de-France devraient donc être favorisés. Si les choses semblent en bonne voie pour ce qui concerne PACA et Nord-Picardie, la situation semble bloquée entre Aquitaine et Ile de France.

M. Claude EVIN se montre partisan d'un renforcement du dialogue avec les collègues des régions concernées avec qui ces sujets font l'objet de discussions depuis de nombreux mois.

Le Pr Béatrice CRICKX observe que les cinq hôpitaux du secteur Paris Nord Val-de-Seine sont répartis dans trois départements différents. Par ailleurs, dans le cadre du SROS, l'accent est mis sur l'ambulatoire. Toutefois, des questions se posent sur le financement d'un tel effort.

M. Claude EVIN souligne que la question de la tarification des activités hospitalières ambulatoires mérite d'être développée au plan national.

Par ailleurs, l'un des objectifs du SROS consiste à offrir à la population une prise en charge dans le cadre de ses lieux de vie. Lorsque la démographie médicale est défaillante, l'offre de soins ambulatoire s'impose.

Le Pr Bernard GRANGER s'interroge sur les moyens d'encourager la créativité des acteurs de terrain. Il demande aussi des précisions sur l'organisation des deux conférences hospitalières.

M. Claude EVIN répond que la créativité des acteurs est bel et bien une réalité, comme le montrent les rapprochements entre différentes équipes pour la prise en charge du parcours de santé des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, au Nord-Est de Paris. Ces démarches doivent être encouragées, même si les outils de financement restent parfois cloisonnés.

Les conférences hospitalo-universitaires visent à développer la solidarité entre le centre de la région et l'offre de soins en périphérie. Les universités sont de plus en plus sollicitées pour la formation des médecins et des infirmières. Il paraît donc opportun de développer les relations de travail entre les universités et les établissements n'appartenant pas à l'AP-HP. Le nombre de conférences prévues n'est d'ailleurs pas figé.

D'ores et déjà, les facultés utilisent les services des hôpitaux généraux, qui accueillent les externes. Chaque année, quelque 200 externes de l'université Paris VI et Paris XII sont ainsi accueillis à l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges. Ces établissements peuvent être considérés comme des hôpitaux universitaires. Aux Etats-Unis, ce système correspond au *teaching hospital*.

La formation des personnels médicaux et paramédicaux est en grande partie dispensée à l'université, en particulier la délivrance des diplômes. Il est donc logique d'instaurer des territoires hospitalo-universitaires en matière d'enseignement et de recherche clinique. L'inclusion de malades dans de tels protocoles permet d'améliorer leur prise en charge. L'université tient à jouer intégralement son rôle d'acteur de santé.

Le président rappelle que l'ARS est désormais intégrée à la conférence hospitalière annuelle réunissant l'AP-HP, les doyens d'université, le Ministère de la Recherche et des Universités et le Ministère de la Santé. Elle souhaite que sa voix soit prise en compte dans les nominations de HU en Ile-de-France.

Le Pr Yves AIGRAIN revient sur la possibilité de postes partagés dans une visée d'aide au développement. Dans le cadre du schéma d'organisation pour la chirurgie infantile et de la réflexion menée sur la permanence des soins, il est souhaitable qu'un centre par département puisse assurer l'accueil des urgences chirurgicales pédiatriques en Ile-de-France.

Or les effectifs des services hospitaliers implantés dans les hôpitaux généraux ne permettent pas, en pratique, la continuité des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le domaine de l'orthopédie pédiatrique et la chirurgie viscérale pédiatrique, ce qui mène à un afflux de familles, souvent en situation de précarité, vers les quatre hôpitaux du CHU.

Compte tenu de la durée de formation d'un chirurgien pédiatre, un plan pluriannuel serait nécessaire mais des questions se posent sur sa mise en œuvre.

M. Claude EVIN rappelle que la chirurgie de spécialité et la chirurgie pédiatrique bénéficieront du développement d'une offre de soins sur une période longue.

Le Pr Olivier HENRY s'interroge sur la manière dont l'ARS peut s'impliquer dans l'individualisation de lits de soins de suite, dans d'autres disciplines que la gériatrie, alors que. la prévalence des pathologies chroniques augmente.

Par ailleurs, la CME, confrontée à l'impossibilité de garantir la sécurité des soins, a voté une motion en faveur de l'arrêt de la convergence tarifaire pour les soins de longue durée.

M. Claude EVIN souligne que la gériatrie n'est pas la seule spécialité concernée par l'individualisation des soins de suite. Ces éléments sont développés dans le plan régional de santé.

Le Pr Jean MANTZ président de la CMEL de HUPNVS, rappelle les perspectives de restructuration architecturale des IGH Bichat et Beaujon rendues impératives par la menace d'une réserve majeure sur la certification du groupe HUPNVS pour non conformité en matière de sécurité incendie. Ce problème n'est cependant pas nouveau. Parmi les scenarios envisagés, la création d'un hôpital du Grand Nord qui serait situé dans la première couronne créerait l'opportunité d'un projet de restructuration hospitalo-universitaire innovant et ambitieux de l'offre de soins dans ce territoire de santé. Pour faire vivre ce projet, il serait toutefois indispensable de continuer de développer les filières d'excellence et des pôles forts de Bichat et de Beaujon. J Mantz demande à M Evin s'il peut éclairer la CME sur l'état d'avancement du projet ainsi que sur l'aide de l'ARS à maintenir les filières d'excellence des 2 IGH, notamment au travers des autorisations d'exercice qui seront délivrées.

M. Claude EVIN répond que le projet de création d'un hôpital du Grand Nord suscite une réflexion au sein de l'Assistance Publique et de la région. En, effet, les hôpitaux Bichat et Beaujon rencontrent des difficultés en matière de sécurité anti-incendie. Un schéma régional immobilier, en cours d'élaboration, aborde les problématiques immobilières et vise à définir l'hôpital de demain. Pour autant, l'avenir des activités pratiquées au sein des hôpitaux Bichat et Beaujon n'est nullement remis en cause.

Le président annonce que les problèmes de sécurité anti-incendie, dans ces deux hôpitaux, seront évoqués lors de la prochaine réunion de la CME.

IV. L'Hôtel-Dieu : préfiguration du projet de soins et SAU

Le Pr Jean-Yves FAGON, préfigurateur pour le projet de l'Hôtel-Dieu, propose un point sur le projet, dont le contenu n'est pas définitif.

Les principes consistent à répondre aux besoins de proximité de la population. L'accent est mis sur les modalités de prise en charge des urgences et l'accès aux soins de populations en

difficulté. La création d'une offre exclusivement ambulatoire contribuera à préciser la place du CHU dans les parcours de santé et à clarifier les relations entre la Ville et l'hôpital.

Par ailleurs, l'objectif consiste à développer une politique intégrée de prévention et d'éducation à la santé. Enfin, les activités d'enseignement et de recherche doivent être prises en compte dans les volets du projet.

Pour que le projet soit une réussite, il convient d'éviter une concurrence directe avec les praticiens qui exercent en libéral. Des complémentarités et des collaborations devront être mises en place avec ces praticiens, qui expriment souvent une difficulté à faire entrer leurs patients dans le CHU. A l'inverse, une collaboration plus institutionnalisée peut être tissée avec la médecine de ville. Des consultations alternées peuvent ainsi permettre de soulager, par la consultation d'un service très spécialisé. Une collaboration en matière d'éducation thérapeutique peut être menée.

Au total, les interfaces avec les praticiens de ville, les patients et les autres établissements de santé doivent être favorisées.

La gouvernance sera ouverte à l'ensemble des acteurs participant à l'activité du centre.

Enfin, il convient d'assurer l'équilibre financier de la structure.

Les orientations médicales correspondent à des activités ambulatoires adultes, reposant sur trois axes :

- des consultations de soins primaires de secteur I, couvrant la médecine générale, la gynécologie, l'ophtalmologie et les soins dentaires, en grande partie sans rendez-vous ;
- des consultations spécialisées, dans des domaines difficiles d'accès à Paris, comme la dermatologie ;
- la création d'un centre de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal et une activité de prévention reposant sur un centre de vaccination et de médecine du voyage et sur un programme d'éducation à la santé, intégré aux autres activités sur le site.

Ce centre sera ouvert à tous, néanmoins, certaines populations, comme les jeunes et les étudiants, les populations précaires, les patients handicapés et les personnes âgées mobiles, rencontrent une véritable difficulté pour accéder aux soins. Une offre adaptée est indispensable.

Des thématiques seront développées en fonction des caractéristiques de l'Hôtel-Dieu, des besoins de la population et des orientations nationales de santé publique :

- la nutrition et le métabolisme ;
- le VIH ;
- la santé bucco-dentaire ;
- des addictions telles que le tabagisme et l'alcoolisme ;
- la santé sexuelle.

Un plateau « médico-technique » comportera :

- une plateforme d'imagerie ;

- un centre d'échographie multidisciplinaire ;
- un centre d'endoscopie plutôt périphérique puisqu'il exclura l'endoscopie nécessitant une anesthésie générale ;
- un centre de monitorage ambulatoire ;
- un centre de diagnostic biologique, de petite taille ;
- un centre de prélèvements ;
- un centre « médicaments » regroupant la dispensation, la pharmacovigilance et l'éducation thérapeutique.

Le périmètre de chaque activité doit faire l'objet d'une réflexion supplémentaire qui permettra de préciser notamment l'intégration dans le projet de la santé au travail et de la médecine du sport.

S'agissant du lien avec les universités, un travail de réflexion a débuté avec les doyens. Le site Hôtel Dieu permettra la coexistence d'un centre de soins et d'un centre hospitalo-universitaire comprenant une activité de recherche et un centre d'expérimentation. Ce centre pourrait systématiquement reprendre à son compte les orientations nationales de santé publique.

Le Dr Julie PELTIER souligne que la redistribution de l'activité des urgences de l'Hôtel Dieu, actuellement 40 000 personnes accueillies par an, vers l'hôpital Cochin pose question.

Le Pr Jean-Yves FAGON répond que le SAU et les problématiques en découlant n'entrent pas directement dans le champ de son étude.

Le Dr Patrick PELLOUX constate qu'un laboratoire et un centre d'imagerie sont maintenus dans le projet, en toute logique, des anesthésistes devraient s'y adjoindre.

Le Pr Jean-Yves FAGON précise que ces activités médico-techniques seront adaptées à la dimension de l'activité médicale du centre ambulatoire. Il n'est pas question d'accorder un dimensionnement excessif à ces deux centres, destinés à fournir aux patients un diagnostic rapide.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE rappelle l'urgence des prises de décisions. La situation actuelle est inacceptable pour le personnel médical et non médical. Si la fermeture des urgences de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul s'est déroulée dans de bonnes conditions, c'est que l'organisation avait été efficacement préparée en amont.

Il est indispensable d'approfondir les discussions avec les autres SAU au sujet de la ventilation des malades.

Dès le 1er janvier, certaines activités dispensées à l'Hôtel-Dieu sont appelées à être transférées : la pneumologie sera transférée au Val-de-Grâce le 1er mars. Le transfert de la chirurgie thoracique et la réanimation est prévu à cette date. Il est fixé au 1er juillet pour la médecine interne et au 1er septembre pour la diabétologie.

Le SAU de l'Hôtel-Dieu constitue une problématique financière, politique et médicale. Il convient de s'assurer que cette activité est indispensable. Si tel est le cas, elle doit être maintenue.

A titre personnel, le **Pr Stanislas CHAUSSADE** indique qu'il n'est pas de cet avis.

Le Pr Jean-Yves FAGON rappelle que le projet implique un certain nombre d'universités partenaires. Ce centre ne peut pas demeurer intégralement au sein du groupe hospitalier.

Le Dr Philippe BUSTANY estime que les consultations sans rendez-vous peuvent desservir l'image d'un établissement.

Le Pr Jean-Yves FAGON rappelle que ces consultations concernent les soins primaires.

Le Pr Paul LEGMANN rappelle qu'un projet alternatif est proposé, consistant à créer un centre d'imagerie extrêmement développé, susceptible de répondre aux besoins du bassin de population. Un lien pourrait être établi avec d'autres hôpitaux, hors de l'AP-HP, voire avec le secteur libéral.

Par ailleurs, dans le cadre du transfert dès 2013 d'une partie des activités de l'Hôtel-Dieu, il ne sera plus possible de maintenir une garde pour le PM et pour le PNM. Pour pallier le départ de ces médecins, il a donc suggéré de faire appel à d'autres CHU. Des collègues pourraient venir sur place.

Le Pr Jean-Yves FAGON indique qu'un projet de télé-imagerie, qui ne serait pas strictement lié au projet de centre de soins ambulatoire, mérite d'être étudié. Ce dossier complexe ne concerne pas seulement le personnel non-médical du secteur d'imagerie. La volonté de l'Assistance Publique peut consister à développer des partenariats avec des acteurs de soins en libéral, proches de l'Hôtel-Dieu, des centres de santé et des hôpitaux comme Sainte-Anne, Saint-Joseph ou le Val-de-Grâce. La gouvernance doit faire l'objet d'une réflexion approfondie.

Au sujet des consultations sans rendez-vous, un travail de réflexion sera mené avec les partenaires extrahospitaliers. Des discussions ont débuté avec les représentants des médecins généralistes.

Le Dr Annie ROUVEL-TALLEC souhaite savoir si des contacts ont été pris avec le Ministère de la Justice au sujet des urgences médico-judiciaires.

Le président confirme ces contacts avec le Procureur de la République et avec la Préfecture de Police.

Le Dr Annie ROUVEL-TALLEC demande si le Centre du Sommeil resterait implanté à l'Hôtel-Dieu.

Le Pr Jean-Yves FAGON indique que des informations complémentaires ont été demandées aux équipes du Centre du Sommeil, indispensable à la poursuite de la réflexion.

Le président donne lecture de la motion qu'il souhaite proposer au vote de la CME :

« Selon le Code de la Santé publique, le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue, de la qualité et la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

La CME contribue à l'élaboration de cette politique.

Considérant que presque tous les services d'hospitalisation de l'Hôtel-Dieu, incluant la chirurgie générale, la réanimation et la médecine interne, auront été transférées à la fin de l'année 2013 et que l'hôpital ne pourra plus assurer la sécurité continue de tous les soins sur place, la CME de l'AP-HP exprime les préconisations suivantes.

Que la fermeture progressive du service d'accueil des urgences de l'Hôtel-Dieu soit décidée sans délai, qu'elle soit graduellement mise en œuvre durant l'année 2013, avec la prise de relais par une consultation sans rendez-vous qu'assurera une maison pluridisciplinaire vouée aux soins primaires de proximité, dont les horaires d'ouverture seront adaptés à la demande, une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) étant maintenue sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, aussi longtemps que nécessaire, afin de répondre aux besoins urgents du voisinage.

Que les ambulances médicalisées (sapeurs-pompiers, SMUR) soient redirigées dès que possible vers d'autres hôpitaux de l'AP-HP, avec le renforcement des SAU de Cochin, Saint-Antoine, Lariboisière et La Pitié-Salpêtrière, ce qui requiert la poursuite de la concertation avec les responsables concernés et avec la collégiale des urgentistes des hôpitaux de Paris, en vue de planifier une redistribution adéquate des moyens pour faire place aux besoins accrus des sites de substitution.

En outre, la CME de l'AP-HP sollicite des décisions rapides sur l'avenir des structures qui ne sont pas incluses dans le programme de transfert des activités de l'Hôtel-Dieu, à savoir l'unité médico-judiciaire, le service de psychiatrie, et la salle Cusco pour l'hospitalisation de patients gardés à vue, en garantissant la continuité de leur mission dans des conditions de sécurité optimale.

La CME insiste sur la nécessité absolue d'informer les personnels de l'Hôtel-Dieu sur les options en débat, en engageant avec chacun une concertation sur son avenir professionnel. »

Le Dr Patrick PELLOUX s'exprime en défaveur de cette motion qui met l'accent sur la fermeture des urgences de l'Hôtel-Dieu et le report de ces activités vers les hôpitaux Cochin, Lariboisière, Saint-Antoine et La Pitié-Salpêtrière.

Ces services sont d'ores et déjà saturés. Aux urgences de La Pitié Salpêtrière, celles dont la situation paraît la moins défavorable, les patients n'appartenant pas à ce secteur sont refusés, alors même que la sectorisation n'existe pas en matière d'urgences. C'est dire qu'il faudra faire œuvre de pédagogie pour que ces services d'urgences acceptent une redistribution des 40 000 passages.

Le bassin de population ne se limite pas à 400 000 habitants. Il comprend aussi un nœud ferroviaire par lequel transitent deux millions de Franciliens par jour.

Certes, il est question de reconstruire l'hôpital Cochin et l'hôpital Lariboisière mais ce dernier accueille d'ores et déjà 60 000 passages par an. Le dysfonctionnement atteint non seulement la structure d'urgence mais aussi l'aval de l'hôpital.

En outre, les transferts en orthopédie depuis l'hôpital Cochin posent problème.

Enfin, le coût de la fermeture des urgences s'avèrera bien supérieur au coût de leur maintien. Les médecins et le personnel de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Cochin ont élaboré un projet pour travailler communément.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE précise que les transferts en orthopédie depuis l'hôpital Cochin ont connu une importante diminution. L'établissement compte actuellement 96 lits en orthopédie.

Par ailleurs, les moyens dont l'Hôtel-Dieu et l'hôpital Cochin disposent, en aval des urgences, ont été conservés. D'une part, les capacités de la gériatrie aigüe ont augmenté. Elles correspondent à 20 lits, contre 10 lits seulement en 2011 et 35 lits à partir de janvier 2013. Dans le secteur de la médecine interne, 85 lits seront maintenus.

Depuis de nombreuses années, le groupe hospitalier Cochin s'est inscrit dans l'accueil des urgences et assure leur aval. Cet engagement perdurera.

A l'Hôtel-Dieu, 37 000 consultations sont dénombrées. Les touristes représentent 20 % des patients accueillis. 7 000 à 8 000 patients devraient être accueillis dans les services de spécialités. La redistribution concernera essentiellement les patients dont les pathologies sont les plus lourdes. Le transport de patients par le SAMU aux urgences de l'Hôtel-Dieu puisque celui-ci ne comporte pas de service de réanimation.

Le Pr Pierre CARLI estime que la réflexion doit porter sur deux sujets.

Sur le plan politique, la fermeture de la partie médicale et chirurgicale de l'Hôtel-Dieu est une décision de longue date. La disparition d'activités médicales aigües dépasse le niveau de réflexion de la CME.

En revanche, sur le plan technique, il convient de réfléchir à l'opportunité du maintien d'une activité d'urgences. Plutôt que la persistance du SAU lui-même, c'est une antenne du SAU de Cochin qu'il convient de maintenir à l'Hôtel-Dieu. Une antenne présente l'avantage de constituer un projet évolutif.

Si la décision de fermeture est prise, la période transitoire constituera un enjeu fondamental. Une évaluation régulière de l'activité restante doit être mise en œuvre afin que les moyens humains et matériels soient bien adaptés. La fermeture ne doit pas être décidée dans la précipitation.

La redistribution du flux de patients fournit l'opportunité, pour les SAU situés à proximité et responsables à l'avenir de l'antenne, d'envisager leur propre réorganisation.

Le Pr Paul LEGMANN constate que l'activité réelle du SAU est beaucoup plus faible que les données fournies à l'heure actuelle. Il semble difficile de maintenir un SAU privé de l'environnement adéquat, qu'il s'agisse de la biologie ou de l'imagerie. Ces activités étant appelées à migrer vers l'hôpital Cochin, il n'est pas raisonnable d'y transférer continuellement des malades. La réduction progressive de cette activité, accompagnée d'une augmentation des capacités périphériques, paraît la meilleure option. A l'inverse, le maintien de consultations sans rendez-vous sur le site de l'Hôtel-Dieu paraît logique.

Au nom du pôle imagerie de Cochin Hôtel-Dieu et Broca, **le Pr Paul LEGMANN** apporte donc son soutien à la motion.

Le président rappelle que la CME émet un avis au nom de la qualité et de la sécurité des soins. Quant à la décision de fermeture, celle-ci reviendra à la Direction générale.

L'avis préconise une fermeture progressive du SAU et un déploiement graduel de la maison pluridisciplinaire. Il n'est pas question de mettre la clé sous la porte de manière précipitée.

La CME approuve la motion par 55 voix favorables, contre 2 voix défavorables, 3 votes blancs et 1 vote nul, sur 61 votants.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, rappelle que la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014 du groupe hospitalier Paris Centre inclut la restructuration de l'offre de soins entre l'Hôtel-Dieu et l'hôpital Cochin.

C'est dans ce contexte que le projet relatif à l'Hôtel-Dieu a fait l'objet d'une annonce au printemps 2011. S'il est prévu de transférer certaines activités conventionnelles, il n'est pas question de fermer l'Hôtel Dieu, mais, au contraire, de proposer un nouvel hôpital.

Mr Claude Evin, directeur régional de l'ARS, appelle l'AP-HP à proposer une offre de soins accessible et adaptée aux nouveaux besoins du territoire, et tout particulièrement en matière de santé publique et de dépistage.

La CME a voté en faveur d'une motion comportant trois préconisations, la fermeture progressive des urgences de l'Hôtel-Dieu, la prise de relais graduel par la maison pluridisciplinaire et la poursuite du travail de concertation avec les acteurs.

Le travail réalisé avec les centres d'urgences des hôpitaux cités se poursuivra. Préalablement aux prises de décision, des réunions importantes auront lieu sur chaque site ainsi qu'avec les représentants de la plateforme des urgences. Enfin, les discussions seront poursuivies avec la Préfecture de Police et le Ministère de la Justice au sujet des urgences médico-judiciaires et CUSCO. Il reste également à s'assurer de la bonne capacité de la maison pluridisciplinaire à répondre aux besoins de soins.

V. Développement professionnel continu des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes

Le président rappelle que le développement professionnel continu (DPC) concerne l'ensemble des professionnels de santé. Appelé à devenir obligatoire dans le courant de l'année 2013, il comporte deux volets, la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'AP-HP avait placé la formation continue des médecins sous l'autorité de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et l'évaluation des pratiques professionnelles sous la gouvernance de la Direction de la Politique Médicale (DPM). Ce système est bicéphale alors que l'organisation du développement professionnel continu sera centralisée.

1. La formation

Le Pr Daniel SÉRÉNI rappelle que différents pays d'Europe ont développé le concept de développement professionnel continu depuis une dizaine d'années. La formation continue classique, fondée sur la participation des médecins à des congrès, les séances de formation et leurs propres lectures, ne paraissait plus suffisante.

Par conséquent, il a paru nécessaire d'améliorer les pratiques par le biais de l'évaluation formative.

Légalement, cette obligation individuelle s'inscrit dans une démarche permanente.

Au niveau national, un organisme gestionnaire central, l'OGDPC, est institué.

Les Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI) correspondent à chaque profession. S'agissant des médecins, cette commission sera probablement paritaire et comprendra dix-sept représentants de la médecine générale et dix-sept représentants des autres spécialités médicales.

Les conseils nationaux professionnels, instaurés pour chaque spécialité médicale, sont regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM), interlocuteur privilégié de l'OGDPC et de la Haute Autorité de Santé pour la mise en place du dispositif.

Les Conseils de l'Ordre sont appelés à recueillir les attestations individuelles adressées par les professionnels. Enfin, la Haute Autorité de Santé assurera la validation des méthodes utilisées dans le cadre des DPC.

Les Commissions Scientifiques Indépendantes se voient attribuées les missions suivantes :

- évaluer les organismes de DPC avant leur enregistrement par l'OGDPC ;
- proposer des orientations prioritaires nationales ;
- fournir un avis sur les orientations régionales exprimées par les ARS ;
- rendre un avis sur les méthodes de DPC fournies par la Haute Autorité de Santé ;
- transmettre un avis sur l'agrément des DU et des DIU.

Le DPC est obligatoire pour l'ensemble des professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux, quel que soit le mode d'exercice. Des arrêtés et des décrets préciseront les modalités de la validation des DPC pour chaque profession.

Des mesures transitoires seront instaurées en 2013. Durant cette période, les agréments actuels des FMC et des EPP seront maintenus. La campagne d'agrément des nouveaux organismes de DPC sera reportée à la date de mise en place du dispositif. Le délai, fixé au mois de juin, sera probablement reporté.

2. Le financement du dispositif

Le Dr Stéphane DAVID indique que le financement du DPC, pour les praticiens hospitaliers, est fixé à 0,5 % de la masse salariale des établissements pour les CHU et 0,75 % pour les CH, ce qui correspond à environ 2,7 millions d'euros à l'Assistance Publique.

La taxe sur les industries pharmaceutiques peut fournir un complément de financement, dont la perception est conditionnée à une adhésion à l'ANFH. Le montant de cette contribution sera fonction du chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques et du niveau de la taxe, fixé annuellement dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Le versement de la taxe à l'ANFH dépendra du nombre de médecins couverts par l'établissement. Les biologistes non médecins, les odotonlogistes et les pharmaciens ne seront pas pris en considération. Cette taxe complètera les financements à condition que le programme de DPC d'un praticien soit entièrement validé. A défaut, la somme versée sera restituée à l'organisme gestionnaire du DPC. Les frais de gestion assumés par l'ANFH s'établissent à 6 % ou 7 % des sommes acquittées au titre du DPC.

S'agissant de l'ANFH, un conseil paritaire du DPC médical hospitalier a été créé. Celui-ci incite les établissements à verser les fonds dédiés au DPC.

Seuls les programmes reconnus au titre du DPC pourront être financés par l'ANFH. A l'inverse, les abonnements scientifiques, le financement des mobilités pour les jeunes professionnels, les formations à la responsabilité médicale et certains DU non reconnus ne pourront pas être financés par ce biais. A l'Assistance Publique, ce programme représentera 2,4 millions d'euros en 2012, dont 1,8 million d'euros pour les abonnements médicaux. En comparaison avec l'offre actuelle et à périmètre constant, le surcoût est évalué à 2 millions d'euros pour 2013 et 2,5 millions d'euros pour 2014.

Le Pr Daniel SÉRÉNI pense que l'AP-HP doit se doter d'un organisme de DPC intégrant l'ensemble des spécialités médicales représentées dans les CMEL des hôpitaux. Celui-ci doit intégrer des représentants de l'université et des spécialistes de l'évaluation des pratiques. Les actions jugées nécessaires par les professionnels doivent être maintenues.

3. Place de l'EPP dans le dispositif

Mme Nicole PERIER, à la DPM, indique que les programmes d'EPP, dès lors qu'ils donnent lieu à des actions de sensibilisation et de formation interne, répondent à l'obligation de DPC au titre de l'évaluation formative. Ces programmes visent prioritairement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Dans le cadre des visites de certification qui auront lieu en 2012-2013 au sein de l'Assistance Publique, des actions d'EPP doivent être mises en œuvre dans l'ensemble des secteurs d'activité. Certaines autorisations impliquent également la formalisation de ces actions d'évaluation.

La partie de l'EPP ayant trait à l'évaluation formative se trouvera pleinement intégrée au DPC.

Au sein de l'AP-HP, la démarche relative aux EPP a formellement débuté lors de la CME en mai 2006. Quatre thèmes institutionnels y ont ainsi été identifiés:

- la juste prescription (médicaments, examens complémentaires) ;
- les RMM dans les services cliniques à risque ;
- les RCP dans les services de cancérologie ;
- la prise en charge des patients en fin de vie.

Au niveau local, des comités EPP ont été mis en place au sein des groupes hospitaliers, que ce soit en instance spécifique ou intégrés dans la commission qualité et sécurité des soins.

Au niveau de la DPM, l'Assistance Publique a créé une base de recensement des programmes d'amélioration des pratiques professionnelles, dite base AP². Ce système est institué en lien avec des référents médicaux et paramédicaux de sites. Quelque 1 600 programmes sont déjà recensés dont près de 1000 publiés, donc visibles par tous sur l'intranet de l'AP-HP. Ils concernent plus de 4 000 professionnels de santé, dont plus de 50 % de médecins.

Le déploiement de cette base étant actuellement dépendant des visites de certification, il atteindra un premier palier d'ici l'été 2013. Toutefois, l'identification d'un bon nombre d'autres actions restera à effectuer.

La base permet de présenter de façon pédagogique un programme d'EPP standardisé et comprend :

- l'identification du programme de l'EPP (titre, hôpital, pilote…) ;
- la description de la problématique, du périmètre et des méthodes ;
- les actions d'analyse et d'amélioration mises en œuvre et leur suivi dont les formations effectuées;
- la valeur ajoutée du programme avec la mesure de ses impacts éventuels.

Dans le cadre d'un partenariat avec les CHU, une dizaine d'entre eux ont acquis la base en 2012.

Le président évoque sa seconde rencontre avec le Pr Olivier GOEAU-BRISSONNIERE, président de la Fédération des Spécialités Médicales, en compagnie du vice-président de la CME.

La formation continue des médecins ne couvrira pas les abonnements électroniques aux journaux médicaux, l'aide à la mobilité et certains DU dès lors qu'ils ne seront pas considérés comme des actions relevant du DPC. Par conséquent, l'opportunité d'une éventuelle adhésion à l'ANFH reste à discuter.

Le Pr Olivier GOEAU-BRISSONNIERE a souligné que l'EPP recouvrira l'évaluation des pratiques personnelles. Le praticien choisira lui-même son mode d'évaluation. Il convient donc d'éviter tout contresens.

Le président a sollicité la présence du Pr Olivier GOEAU-BRISSONNIERE lors de la prochaine réunion du Directoire. La décision d'adhésion à l'ANFH doit être prise avant le 30 novembre 2012.

Le Pr Paul LEGMANN observe que les DU, une source de financement très important pour les facultés, suscitent des critiques et peuvent même être appelés à disparaître. Par ailleurs, l'université n'est pas officiellement considérée comme un organisme de développement professionnel continu. Un arrêté est en cours de rédaction. Il est essentiel que les DU restent un mode de financement des universités.

Le Pr Benoît SCHLEMMER suppose que la plupart des DU et les DIU pourront répondre à des problématiques de DPC et pourront être validés. Il est plus grave que l'université, dans son ensemble, ne soit pas reconnue comme organisme dispensant le DPC alors qu'elle est légalement considérée comme un acteur responsable de la formation tout au long de la vie.

Le président précise que, selon le Pr Olivier GOEAU-BRISSONNIERE, les organismes de développement professionnel continu (ODPC) comprendront des associations de médecins, détachés de tout conflit d'intérêts, ainsi que les facultés de médecine. En revanche, la participation de l'AP-HP n'est pas prévue.

Le Dr Patrick DASSIER s'interroge sur le financement des DPC des praticiens hospitaliers, le temps qui pourra être alloué à ce dispositif et le contexte d'indépendance dans lequel les médecins choisiront le thème de formation. Une même personne, à la fois juge et partie, pourrait elle être appelée à accréditer une formation et à financer celle-ci. Enfin que se passera-t-il si un praticien hospitalier ne peut valider sa DPC ?

Le Pr Daniel SÉRÉNI considère qu'il n'est pas imaginable d'écarter les médecins hospitaliers de la validation du DPC. Certains d'entre eux valideront leur DPC par le biais des actions proposées par leur conseil national professionnel. Pour les autres praticiens, les règles d'évaluation des pratiques seront aménagées.

Le Dr Patrick PELLOUX ne comprend pas que les universités ne soient pas plus amplement associées au dispositif. Celles-ci devraient être chargées de la formation professionnelle continue.

Le Pr Serge UZAN pense qu'il n'est pas nécessaire de s'inquiéter inutilement. L'impact des formations sur les pratiques professionnelles personnelles, y compris en matière de coûts, constitue un aspect particulièrement novateur du projet. Les dispositifs existants à l'université ne sont pas tous performants. Il est d'autant plus essentiel que le conseil scientifique indépendant participe au processus.

L'objectif consiste à adapter au mieux les formations au contenu des textes. Dans le cadre de la coopération entre l'Assistance Publique et les universités, les groupes hospitaliers constituent une excellente unité de travail. A Paris VI, un logiciel d'autoévaluation des besoins, en matière de formation, est en cours de mise en place. Ce système rejoint la démarche de validation des acquis de l'expérience.

VI. Point sur la grève des internes de l'AP-HP

Le président rappelle que les internes siégeant au sein de la CME ne sont pas élus mais désignés par l'ARS d'Ile-de-France. Dans ce cadre, la CME a donc le plaisir d'accueillir Mrs Matthieu PICCOLI er Michaël CHAUSSARD.

En l'absence de M. Julien LENGLET, **Le Pr Jean-Yves ARTIGOU** énumère les revendications des internes :

- l'association aux discussions conventionnelles ;
- la renégociation de l'ensemble des points concernant l'avenant 8 ;
- une amélioration des conditions de travail des internes et des chefs de cliniques ;
- la dénonciation de la possibilité de contractualisation individuelle entre les médecins libéraux et les mutuelles ;
- une opposition aux dépassements d'honoraires et une rémunération juste pour tous ;
- des négociations immédiates au sujet des conditions d'installation des jeunes médecins, afin que les mesures prises soient incitatives au lieu de constituer des sanctions.

Jusqu'à présent, le mouvement affecte les gardes et les astreintes et se concentre en Ile-de-France. 20 % des internes sont en grève au sein de l'AP-HP, soit quelque 420 grévistes. En ce qui concerne l'application des textes, les internes reconnaissent à l'Assistance Publique une relative exemplarité par rapport aux autres établissements. Le repos de sécurité fait toujours débat. L'enquête, initiée bien avant le mouvement actuel, a déjà suscité plus de 250 réponses.

La manifestation du 12 novembre a réuni 3 000 personnes. Aucune négociation n'est en cours. Dès ce 13 novembre, la grève devient totale et illimitée. Les IMG ne sont pas partie prenante du mouvement. En revanche, les CCA s'y associent. Une nouvelle manifestation est prévue le 14 novembre.

Le président fait état d'un courrier adressé le 12 novembre 2012 par Mme Marisol TOURAINE, ministre de la Santé. Celle-ci se dit prête à renégocier les mesures, voire à les abroger.

M. Matthieu PICCOLI précise que le SRP-IMG a pris connaissance de cette lettre avec satisfaction. Le repos de sécurité pose effectivement problème, notamment en chirurgie, à environ 20 % des internes, et nous sommes en train d'étudier ce phénomène auprès des Internes de Médecine Générale.

Cependant, cela n'est pas le seul point qui attire notre attention et nous sommes particulièrement vigilants quant à l'accès pour tous les internes, aux 2 demi-journées hebdomadaires de formation, prévu dans le décret d'août 2011, dont l'application nécessitera une évaluation approfondie

Le Pr Paul LEGMANN souhaite connaître la position des praticiens hospitaliers et des PU-PH par rapport à ce mouvement de grève générale.

Le président rappelle que l'assemblée ne compte pas, ce jour, de représentants des syndicats de PU-PH.

Le Pr Bernard GRANGER indique que le SNAM a appelé à soutenir le mouvement de grève le 12 novembre.

Le Dr Patrick PELLOUX ajoute qu'une rencontre intersyndicale a eu lieu avec l'ensemble des personnels et des syndicats de PU-PH. Aucune notification n'a été rédigée en faveur d'un soutien à cette grève.

VII. Perspectives financières et d'investissements 2013-2014

Le président constate que, pour la première fois, les perspectives financières de l'AP-HP, au long des deux prochaines années, font l'objet d'une présentation au sein de la CME.

La directrice des finances, Mme Carine CHEVRIER, rappelle que cette période sera contrainte par le plan global de financement pluriannuel de l'AP-HP pour 2012-2016.

1. Cadrage macroéconomique et enjeux financiers 2012-2016

La directrice des finances, Mme Carine CHEVRIER, rappelle que le PGFP est un document opposable qui a été approuvé par l'ARS.

Le premier enjeu, pour l'Assistance Publique, consiste à maîtriser l'endettement, qui s'établit à 34,48 % en 2012. L'objectif consiste à plafonner cet endettement à 30 % d'ici cinq ans. Un décret prévoit en effet la possibilité d'une autorisation préalable lorsque l'AP-HP dépasse ce taux. Ce plafond constitue donc un gage d'indépendance financière.

Le second enjeu concerne les montants de remboursement de la dette, soit 2,4 milliards d'euros. Actuellement, l'AP-HP procède au remboursement de 100 millions d'euros par an. En 2015, le remboursement s'élèvera à 166 millions d'euros, soit la moitié de la capacité d'autofinancement.

Le troisième enjeu porte sur le programme de cessions d'immobilisations. Ces ventes concernent le patrimoine privé et public. En 2012, les recettes devraient dépasser 40 millions

d'euros. En 2013, il semble possible d'engranger 50 millions d'euros de recettes. En revanche, pour 2014-2015, les perspectives semblent compromises.

Le quatrième enjeu a trait à la capacité d'investissements de l'AP-HP. Il est prévu de mobiliser 485 millions d'euros cette année, 387 millions d'euros en 2013 et 390 millions d'euros en 2014.

Pour atteindre ce niveau, l'Assistance Publique doit développer sa capacité d'autofinancement.

Les hypothèses s'appuient sur un résultat comptable ambitieux. L'équilibre du compte de résultats principal constitue l'objectif pour 2014.

La notion d'efficience, abordée lors des dialogues de gestion avec les groupes hospitaliers, s'applique chaque année à l'augmentation des recettes et à la maîtrise des dépenses. Cet effort a porté sur 133 millions d'euros en 2010, puis 124 millions d'euros en 2011 et 130 millions d'euros en 2012. Cette année, l'augmentation des recettes ne sera pas au rendez-vous. L'effort restera donc légèrement inférieur aux prévisions. Au cours des prochaines années, un travail commun devra être effectué sur les marges.

Les principales orientations, pour 2013-2014, sont les suivantes :

- une vision sur les deux prochaines années ;
- le ralentissement des opérations concentrées d'investissements correspondant à la fin du cycle d'investissements précédents, soit 55 millions d'euros en 2013 ;
- la mobilisation sur les opérations de travaux, prioritairement consacrés aux mises en sécurité, au maintien d'un montant d'opérations d'investissements déconcentrées à hauteur de 75 millions d'euros par an, et à de nouvelles autorisations d'engagement pour le petit entretien des établissements ;
- l'augmentation de l'effort en faveur des équipements.

En ce qui concerne les crédits de paiement, le cadrage correspondait à 358 millions d'euros en 2012, une fois déduites les grandes opérations concentrées. Au 31 décembre 2012, les prévisions portent sur 266 millions d'euros, qui seront portés à 333 millions d'euros en 2013, soit une augmentation de l'enveloppe à hauteur de 25 %, puis 360 millions d'euros en 2014.

Le cycle de travaux correspondra à 168 millions d'euros en 2013 et 180 millions d'euros en 2014. Les équipements s'établiront à 90 millions d'euros en 2013, contre 46 millions d'euros en 2012 et 100 millions d'euros en 2014. Le budget proposé pour le SI serait porté à 75 millions d'euros en 2013.

S'agissant des autorisations d'engagement, 17 millions d'euros d'opérations ont été autorisées pour le plan de travaux en 2011. En 2013-2014, les perspectives correspondent à 30 millions d'euros. L'équipement représentait 54,45 millions d'euros en 2011 et 50 millions d'euros en 2012. En 2013, 64 millions d'euros d'autorisations sont prévues.

Des groupes de travail associant la CME, la Direction des Finances et la Direction de la Politique Médicale s'intéresseront aux équipements. Les opérations de mise en sécurité font l'objet d'une réflexion importante et documentée. Les enveloppes seront réparties entre les groupes hospitaliers. Un travail conjoint avec des représentants de la CME, la DPM et la DSI

sera mené au sujet des systèmes d'information, pour définir l'enveloppe d'investissements prévisionnels.

Le président constate l'absence d'opérations concertées parmi ces perspectives.

Le Pr René ADAM salue la décision d'augmenter les investissements consacrés aux équipements et lance un cri d'alarme à propos de la situation actuelle. Confrontées à un environnement toujours plus concurrentiel, les équipes médicales perdent du terrain dans le secteur des innovations technologiques par rapport aux établissements privés en particulier pour les robots chirurgicaux. Mais surtout elle rencontre des difficultés à renouveler et même à maintenir le matériel acquis, tels les endoscopes, l'équipement chirurgical et le matériel d'imagerie. Il devient indispensable qu'un budget plus conséquent soit consacré à l'équipement. A défaut, le niveau d'efficience médicale ne pourra plus être respecté dans nombre de disciplines.

Le président note que 92 millions d'euros d'investissements non dépensés ont été recensés en 2012. L'investissement déconcentré permet aux établissements de maintenir les bâtiments et le matériel. Par ailleurs, au sein des groupes hospitaliers, des investissements déconcentrés permettent d'entretenir voire d'acquérir du matériel.

La directrice des finances, Mme Carine CHEVRIER, souligne que des lignes budgétaires sont consacrées aux équipements. L'enveloppe fixée pour 2013 sera répartie en fonction des priorités, là où des pertes d'efficience sont constatées.

Le Pr Philippe RUSZNIEWSKI observe que, depuis quatre ans, les plans d'équipement ont été drastiquement réduits. Il s'interroge sur les alternatives à l'achat envisagées pour renouveler le matériel vétuste.

La directrice des finances, Mme Carine CHEVRIER, répond que le *leasing*, dans ses différentes formes, fait partie des modalités d'acquisition envisagées pour certains équipements. La commission Activités Ressources se réunira au début du mois de décembre à ce sujet.

Le Pr GUY SEBAG rappelle que la sous-exécution atteint 30 %. Il est urgent que des mesures soient prises pour que ces crédits puissent être dépensés, notamment en faveur des équipements et des travaux. En 2012, la baisse correspond à 60 millions d'euros.

En fonction de l'écart observé au sein des groupes hospitaliers vis-à-vis du plan de route, il convient de réfléchir à un rattrapage et à une répartition optimale des moyens.

Le Pr Bernard GRANGER demande si les emprunts nouveaux ont été intégrés aux prévisions de remboursements d'emprunts. De fait, en 2012, le déficit devrait être plus important que prévu. Par ailleurs, l'effort d'investissements reste largement insuffisant pour lutter contre la vétusté des locaux et des équipements.

La directrice des finances, Mme Carine CHEVRIER, explique que les engagements relatifs au déficit comptable qui est prévu à 73,7 M€ restent à ce stade possibles pour 2012. Des opérations exceptionnelles, d'ordre fiscal, ont permis la récupération d'une partie de la TVA. Un jeu s'opère sur les amortissements. Au sein du PGFP, une ligne correspond aux nouveaux emprunts.

A partir de 2014, il est prévu que les emprunts de l'AP-HP soient inférieurs au niveau des remboursements.

Le Dr Christophe TRIVALLE souhaite des précisions sur les besoins résultant de la vétusté des locaux.

La directrice des finances, Mme Carine CHEVRIER, répond que la ligne budgétaire, fixée à 390 millions d'euros dans le PGFP, doit permettre un renouvellement correct des équipements et l'entretien des bâtiments.

Le Pr Jean-Claude ALVAREZ se dit surpris par la sous-consommation des crédits en équipements, notamment dans le secteur de la biologie. Au sein du groupe hospitalier dans lequel il travaille, un spectromètre de masse est tombé en panne. Alors que cet équipement est générateur de recettes de groupe III, la Direction répond que l'argent manque pour un remplacement.

Le président déplore que 92 millions d'euros, prévus dans les lignes budgétaires, n'aient pas été dépensés.

La directrice des finances, Mme Carine CHEVRIER, précise qu'une partie de la sous-exécution correspond à des travaux, liés par exemple à des aléas dans la construction. Ils contribuent à expliquer 20 % à 25 % des écarts. En revanche, s'agissant de certaines lignes budgétaires, les procédures de négociations de crédits pourraient être assouplies pour mieux répondre aux besoins.

Le Dr Philippe BUSTANY constate que la ligne vouée aux opérations déconcentrées s'établissait à 76 millions d'euros. Or les dépenses se sont limitées à 46 millions d'euros. Par conséquent, 30 millions d'euros restent disponibles pour l'ensemble des groupes hospitaliers. Il reste donc à préciser l'enveloppe susceptible d'être consacrée aux dépenses qui ne portent pas sur les bâtiments. Mme la Directrice générale répond favorablement à la demande du Dr Bustany d'obtenir le détail de ces enveloppes par GHU.

La directrice des finances, Mme Carine CHEVRIER, précise que la consommation annuelle sur le budget d'équipement est en cours d'analyse.

La directrice générale Mme Mireille FAUGÈRE, précise que la présentation qui vient d'être faite pour la période 2013-2014, correspond d'une part à la fin de l'actuel plan stratégique, mais également à l'achèvement d'un moment de fort en investissement immobilier consacré aux grands bâtiments et à leurs équipements. La réflexion est en cours sur les prochaines grandes opérations, comme l'hôpital du Nord ou les projets gériatriques, les investissements viendront plus tard, pas sur la période 2013-2014. Cette période doit être consacrée à donner aux hôpitaux une bouffée d'oxygène en leur permettant de renouveler les équipements médicaux. La Directrice générale propose que 390 millions d'euros soient davantage dédiés globalement aux investissements dans la mesure où les engagements en matière d'activité seront tenus.

Un plan pluriannuel jusqu'à l'année 2017 a été entériné par les tutelles. De fait, l'Assistance Publique n'a pas les moyens de soutenir les grands investissements par la seule T2A. Cette préoccupation doit être partagée avec la CME communément car notre institution ne sera pas la seule à solliciter de l'argent public.

Mais nous avons aussi des marges de manœuvre, par exemple au sein de l'AP-HP, le nombre de mètres carrés hospitaliers demeure déraisonnable. En dépit de la politique de restructurations, la surface immobilière augmente. En effet, le bilan des fermetures et des ouvertures des établissements est positif. Nos ressources financières, insuffisantes, sont dispersées dans l'entretien de surfaces trop importantes par rapport à une offre de soins moderne. Dans le cadre des réorganisations, il sera donc nécessaire de fermer des étages, voire des bâtiments entiers.

VIII. Point sur le développement d'Orbis à l'hôpital Ambroise-Paré et sur son déploiement à l'hôpital Bicêtre

Le Pr Michel ZÉRAH rappelle qu'un article est paru dans le journal *Le Parisien* au sujet du *« grand gâchis de l'informatique hospitalière »*. Cet article évoquait le fait qu'un patient, au sein de l'hôpital Ambroise-Paré, avait fait l'objet de deux scanners consécutifs à 48 heures d'intervalle. Il se fondait également sur un rapport interne visant à évaluer le système *Middle Care* par rapport au système Orbis. Au total, le système d'informatique médicale de l'Assistance Publique était mis en cause.

En 2004, comme la plupart des grands établissements dans le monde, l'Assistance Publique a porté son choix sur un système intégré permettant de regrouper la totalité de l'information relative aux patients.

Une progression de la mise à niveau avait été planifiée. Malgré un retard de deux ans, l'échéancier global et le cahier des charges ont été respectés. Dans le système, chaque patient se voit attribuer un identifiant unique et un dossier partagé. Des dossiers de spécialités ont été conçus avec l'aide des collégiales. Outre les informations médicales et l'imagerie, le système intègre un outil d'aide à la décision médicale.

Le devenir de systèmes déjà existants, institutionnels voire « sauvages », a dû être pris en compte.

Le système information patients représente un budget de 125 millions d'euros. Les deux tiers sont pris en charge par le financement propre de l'AP-HP. Un tiers est assuré par les crédits du plan Hôpital 2012.

Les réalisations déjà effectives à l'hôpital Ambroise-Paré sont :

- la gestion de l'identité et le dossier administratif ;
- le dossier médical partagé ;
- le circuit de la radiologie et de la biologie ;
- la gestion du PMSI et du dossier de soins.

Le système monte en puissance à l'hôpital Avicenne.

Le circuit du médicament reste problématique. Un groupe de travail étudie le problème spécifique des réanimations. Un outil de traitement de l'information destiné au chef de clinique est en cours de développement.

Au sein de l'hôpital Bicêtre, le projet a été initié début novembre. Le service de médecine interne sera la première entité à bénéficier du système du dossier patient. Le projet sera mis en

œuvre à l'hôpital Tenon à partir de janvier 2013, sous réserve d'une validation du processus concrétisé à l'hôpital Bicêtre.

Hormis l'épisode du double scanner réalisé à l'hôpital Ambroise-Paré, les preuves d'un dysfonctionnement du système restent inexistantes. Le projet, particulièrement complexe, nécessitait des changements de comportement. Cinq ou six ans seront donc nécessaires pour un déploiement optimal.

Des comparaisons peuvent être opérées avec d'autres systèmes. A Marseille, le marché avec Cerner a fait l'objet d'un rapport de la part de la Cour des Comptes. A Lille, l'objectif consiste à implanter d'ici 2015 un logiciel développé par le Syndicat Inter-Hospitalier de Bretagne. Les établissements de Bordeaux, Rennes, Nancy et Amiens utilisent l'outil DX Care. A Montpellier, les problèmes posés par la prescription médicale ont mené à la dénonciation du contrat avec Orbis. A Toulouse, ce système est utilisé.

Aux Etats-Unis, le marché est dominé par les sociétés Cerner et EPIC. Le *Massachussets General Hospital* vient de signer un contrat avec EPIC. Au sein du *Mount Sinaï Hospital*, le budget destiné à la mise en place du système EPIC correspond à 100 millions de dollars.

Au sein de l'Assistance Publique, l'arrêt d'Orbis coûterait extrêmement cher au regard des dépenses déjà engagées et du plan Hôpital 2012.

Un nouveau comité de pilotage a été mis en place, en coordination avec la DSI, afin d'améliorer le pilotage du système. L'échéance des discussions est prévue à la fin de l'année 2013. A cette date, le module de prescription et de circuit des médicaments aura été mis en place.

Les difficultés sont liées au calendrier du projet, à la réalisation de modules spécifiques et au transfert de compétences entre la société et l'AP-HP. Il est nécessaire de prévoir l'accompagnement des personnels lors de l'implantation généralisée du système.

L'augmentation du budget informatique n'est pas prévue dans les années à venir, ce qui suscitera des répercussions sur la montée en charge d'Orbis et la capacité à étendre ce système à l'ensemble des hôpitaux de l'Assistance Publique.

Les moyens humains permettant le développement du système nécessitent un véritable questionnement.

Le président salue la présence, au sein de la réunion, de M. Mario CASTELLAZZI, directeur des services informatiques. Le système Orbis se trouve ainsi placé sous une double gouvernance, incluant la Direction de la Politique Médicale.

Le Pr Jean-Claude CAREL souligne l'impact collatéral du projet sur les systèmes d'information existants. Au sein de l'hôpital Robert-Debré, par exemple, le système PCS est utilisé depuis vingt-cinq ans. Or certaines fonctionnalités ne sont pas encore développées dans le système Orbis, notamment celles qui permettent la prescription et la délivrance individualisée des médicaments.

Ce système fonctionne au quotidien mais il souffre d'une absence totale d'investissements. Il conviendrait de réserver une part des 75 millions d'euros d'investissements annuels à la lutte contre la dégradation des systèmes existants.

Le Pr Eric LEPAGE constate que le maintien des applications existantes absorbe 40 % des budgets dévolus au système d'information patients.

Le Dr Patrick PELLOUX rappelle l'expérimentation du produit Carmen en Seine-Saint-Denis, dans le cadre de la rénovation des SAMU. Des dysfonctionnements importants sont apparus.

Le Pr Eric LEPAGE reconnaît qu'à l'origine, les équipes ont rencontré d'importantes difficultés liées à la stabilité du système au démarrage et à l'interface avec les utilisateurs.

En Seine-Saint-Denis, la médecine libérale disposait déjà d'un logiciel. La possibilité d'une interface avec cet outil a été expérimentée. Le SAMU 93 utilise le système Carmen. De son côté la médecine libérale recourt à son propre outil tout en conservant la possibilité d'un transfert d'informations.

L'ensemble des SAMU ont exprimé la nécessité d'améliorer ce système. Au sein des hôpitaux, des rencontres sont organisées avec les médecins et les infirmières pour recueillir des informations.

Le Dr Philippe BUSTANY fait part d'un exemple au sein de l'hôpital Bicêtre, il a été demandé aux médecins de saisir la venue des patients à leur rendez-vous dans le module Agenda, puis la saisie d'activité et de facturation dans ARCCAM, logiciel de codage d'activité et de facturation imposé aux Praticiens depuis plusieurs années.

Ainsi les choix faits du verrouillage d'AGENDA par ORBIS qui ne permet plus d'établir la venue, puis de ce fait le codage des listes dans ARCCAM et donc la facturation immédiate des patients entraîne des pertes, bien que la facturation soit à nouveau assurée sur des feuilles volantes de papier, plus ou moins récupérées par les agents le lendemain sur le bureau du box de consultation.

Des statistiques issues d'AGENDA indiquent maintenant faussement que des patients ne sont pas venus au rendez-vous et ne permettent pas de rappeler les non-venus, ce qui pourrait poser un problème médico-légal dans certains cas.

Le Dr Philippe BUSTANY a bien sûr suivi la formation ORBIS et la formatrice a téléphoné devant lui longuement au siège pour obtenir des modifications d'accès pour les médecins dans ORBIS afin qu'ils ne soient plus bloqués et pénalisés. Rien n'a changé depuis un mois. Nous ne sommes pas entendus en tant qu'utilisateurs non contestataires du projet pour des réglages de paramétrages, actes gratuits qui rendrait service à tous, médecins et administratifs.

Le vendredi caisse et accueil à la Maternité de Kremlin Bicêtre sont fermées à partir de 13 H et les médecins sont seuls à accueillir les patients, cocher leur venue dans AGENDA AVANT SON VERROUILLAGE PAR ORBIS et donner les prochains rendez-vous, enfin saisir l'activité dans ARCCAM ce qui entraînera la facturation.

Il n'est plus possible de cocher la venue et de retrouver dans ARCCAM le patient en liste pour coder l'activité du service et la facturation

La perte financière s'établit à 1 000 euros par jour en Echographies Obstétricales pour le GHU.

Enfin, concernant l'allocation de budget informatique déconcentré, contrairement à ce qui vient d'être dit, et abondant les déclarations d'un autre interlocuteur, le Dr Bustany confirme qu'aucune mise à jour des logiciels existants depuis 20 ans en production au pôle CHB de l'hôpital Paul Brousse n'a été effectuée depuis 2004. Les informations remontées à la Direction sont erronées, cela depuis des années, car aucun budget informatique déconcentré n'est alloué aux chefs de pôle.

Le Dr Guy BENOIT constate que le développement de la prescription de déroule dans de bonnes conditions et ne pose pas de problème mais qu'il est nécessaire l'interface entre Orbis et le logiciel de gestion soit fiable et automatisée pour participer efficacement à l'amélioration du circuit du médicament et à la traçabilité des Dispositifs médicaux qui est complexe à mettre en œuvre.

Le Pr Michel ZÉRAH annonce que, dès la fin de l'année, une interface sera créée entre le système Orbis et le système SAP.

Le Pr Béatrice CRICKX déplore une informatisation insuffisante au sein de l'AP-HP. Seuls 50 % des établissements disposent d'une prescription informatisée. Certains services ne disposent même d'aucun outil.

Le Pr Jacques DURANTEAU indique qu'au sein de l'hôpital Bicêtre, le calendrier de déploiement est respecté, même si l'adaptation des personnels n'est pas toujours évidente. Au total, la mise en place de l'outil s'avère plutôt satisfaisante.

IX. Convention hospitalo-universitaire entre l'Université Paris-Nord (Paris XIII) et l'AP-HP

M. Jean-François SAUVAT indique que la convention constitutive sera bientôt signée. Cette régularisation constitue une avancée importante.

Les conventions organisent l'articulation du travail entre l'université et l'hôpital. Au-delà, des contrats hospitalo-universitaires d'objectifs sont institués, fixant des priorités périodiques entre ces deux types d'entités.

M. Jean-Luc DUMAS, doyen de l'Université Paris XIII, souligne l'originalité de l'UFR qui signe une convention avec l'Assistance Publique. Celle-ci propose, outre la médecine, des filières de formation dans les domaines des sciences du vivant, des STAPS et des Sciences Sanitaires et Sociales. Ceci ouvre la possibilité, pour l'AP-HP, d'une contractualisation originale avec une UFR, de nouvelles filières de formation universitaires pouvant être développées.

En tant que représentant de la Conférence des doyens, **M. Jean-Luc DUMAS** souligne qu'à travers ces conventions les CH et U doivent faire montre de leur capacité de coordination. Celle-ci doit permettre la mise en œuvre de certains points développés durant cette séance par M. Claude Evin. Cette coopération entre les équipes se doit d'être innovante.

En outre, il conviendra de réfléchir à l'attractivité de l'exercice au sein des hôpitaux, notamment ceux de la petite couronne, et au renforcement du rôle de ces universités dans la prise en charge des étudiants.

X. Point sur la révision des effectifs de PH titulaires 2013

Le président déplore que des informations aient filtré à la suite des travaux du groupe restreint de la CME alors que les décisions ne sont pas encore prises. Deux réunions du bureau de la CME sont prévues à la fin du mois de novembre. La révision des effectifs fera l'objet d'une proposition finale à Mme la directrice générale.

M. Jérôme HUBIN rappelle que 457 demandes ont été examinées par le groupe restreint, y compris celles qui concernent l'anesthésie et réanimation. Des demandes soutenues et des demandes non soutenues ont été inventoriées. La grille de lecture a pris en compte les critères suivants :

- la qualité des candidatures ;
- le parcours des candidats ;
- la cohérence de la demande dans le cadre du projet médical du groupe hospitalier;
- le niveau d'activité des services demandeurs ;
- les modalités de financement des demandes.

Le pré-classement peut aboutir aux décisions suivantes :

- la validation du maintien de la demande de poste ;
- le maintien, accompagné d'une demande d'efficience ;
- la reprise définitive de poste ;
- le refus de créer un poste.

Les règles générales englobent la reprise systématique des postes PH quand leurs titulaires sont promus sur des postes HU. Pour autant, les services concernés peuvent toujours demander le retour de ces postes dans le cadre de la révision des effectifs. L'analyse des demandes prendra alors en compte l'activité et les effectifs des services.

Cette année, la règle de reprise des postes en cas de promotion HU est appliquée aux promotions MCU-PH. Elle figurait déjà dans les précédentes notes de cadrage mais n'avait jamais encore été appliquée.

Les années de clinicat sont prises en considération dans l'examen des candidatures.

Sauf exception, un PH n'est pas nommé quand le chef d'un service est censé partir en retraite dans les deux ou trois ans à venir. De même, aucune nomination n'est envisagée dans les services concernés par une importante réflexion sur les restructurations.

Enfin, l'examen d'une demande de financement total d'un poste de PH est conditionné à un apport minimal du groupe hospitalier.

Actuellement, 54 % des demandes sont classées en A. 36,5 % des demandes sont classées en C donc pas soutenues. 10 % nécessitent un complément d'analyse. La décision de Mme la directrice générale interviendra dans le courant du mois de janvier après la proposition de classement final des demandes de postes par la CME du 11/12/12.

Le président rappelle que l'effort d'efficience, dans le cadre de cette révision, porte sur 4 millions d'euros.

Le Pr Philippe RUSZNIEWSKI observe que les dispositions adoptées à l'égard de la NRI, qui compte parmi les disciplines en forte restructuration, ne sauraient éternellement pénaliser des services auxquels des moyens ont été promis, ceci en vain.

XI. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2013

Le président rappelle que la révision des effectifs de PH fait l'objet d'une discussion dans les groupes hospitaliers à la fin du printemps. Les remontées parviennent à la CME durant le dernier trimestre. Suite à l'arbitrage de l'ARS, la publication des postes a lieu en février-mars. Les candidats sont nommés au plus tôt en juin.

S'agissant des HU, les facultés détiennent une prééminence vis-à-vis des groupes hospitaliers. Les discussions ont eu lieu en juin-juillet. Deux classements en résultent. Ceux-ci sont été soumis au Ministère de la Santé et au Ministère de l'Enseignement supérieur.

Le classement fera l'objet d'un arbitrage définitif au début de l'année 2013. La parution des postes aura lieu au printemps. Les collègues seront nommés en septembre.

Le Dr Frédéric RILLIARD signale une erreur dans le document. En ce qui concerne l'Université Paris V, un poste de MCU-PH a fait l'objet d'un doublon. Un autre doublon concerne le candidat.

Cette erreur sera corrigée.

La révision des effectifs hospitalo-universitaires fait l'objet d'un avis favorable des membres de la CME.

La séance est levée à 12 heures 40.

*

* *

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

mardi 11 décembre 2012 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 28 novembre 2012 à 16 heures 30

ANNEXES

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE
DEPARTEMENT DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES

REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

AU TITRE DE L'ANNEE 2013

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PARIS V - René DESCARTES
PU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
MEDECINE D'URGENCE **NECKER - ENFANTS MALADES** Pôle REANIMATIONS-URGENCES et ANESTHESIES SAMU SMUR
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT **HEGP** Pôle AVAL GERIATRIE REANIMATION URGENCES MEDECINE GERIATRIE
CARDIOLOGIE **COCHIN** Pôle THORACIQUE CARDIOLOGIE
NEPHROLOGIE **NECKER - ENFANTS MALADES** Pôle REIN-ŒIL-CŒUR ROC NEPHROLOGIE TRANSPLANTATION
REANIMATION MEDICALE **HEGP** Pôle AVAL GERIATRIE REANIMATION URGENCES MEDECINE REANIMATION MEDICALE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE **COCHIN** Pôle PERINATALOGIE, PERICONCEPTOLOGIE ET GYNECOLOGIE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE 2 A ORIENTATION GYNECOLOGIQUE
IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE **NECKER - ENFANTS MALADES** Pôle BIOLOGIE ET PRODUITS DE SANTE UF CENTRE D'ETUDES DE DEFICITS IMMUNITAIRES
PNEUMOLOGIE **HEGP** Pôle CANCEROLOGIE-SPECIALITES PNEUMOLOGIE
MEDECINE D'URGENCE **COCHIN** Pôle MEDECINE URGENCES PSYCHIATRIE SAU
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE **HEGP** Pôle CARDIO VASCULAIRE, RENAL ET METABOLIQUE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
MEDECINE INTERNE **COCHIN** Pôle MEDECINE URGENCES PSYCHIATRIE UF MEDECINE INTERNE ET CENTRE DE REFERENCE MALADIES RARES

PARIS V - René DESCARTES
PU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
PEDIATRIE **NECKER - ENFANTS MALADES** Pôle PEDIATRIE GENERALE ET PLURIDISCIPLINAIRE PNEUMO-ALLERGOLOGIE
NEUROLOGIE **CH SAINTE-ANNE** NEUROLOGIE
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE **CH SAINTE-ANNE** ANATOMO-PATHOLOGIE MUTATION
MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE **INSTITUT MEDICO LEGAL**
TRANSFUSION **INSTITUT NATIONAL DE TRANSFUSION SANGUINE**

PARIS ILE DE FRANCE OUEST
PU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL **RAYMOND POINCARE** Pôle HANDICAP-REEDUCATION UF PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES, DE SANTE AU TRAVAIL
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE **AMBROISE PARE** Pôle BIOLOGIE PUI MEDECINE LEGALE SANTE PUBLIQUE MICROBIOLOGIE ET HYGIENE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE **RENE HUGUENIN - INSTITUT CURIE** ONCOLOGIE MEDCICALE
PEDOPSYCHIATRIE **CH DE VERSAILLES (A.MIGNOT)** PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE
NEUROCHIRURGIE **CENTRE MEDICO CHIRURGICAL FOCH** NEUROCHIRURGIE

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE
PU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
NEUROCHIRURGIE **PITIE SALPETRIERE** Pôle CHIRURGIE NEUROSENSORIELLE NEUROCHIRURGIE
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE **SAINT-ANTOINE** Pôle BIOLOGIE HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
PHARMACOLOGIE CLINIQUE **PITIE SALPETRIERE** Pôle SANTE PUBLIQUE-EVALUATION-PRODUITS DE SANTE PHARMACOLOGIE
MEDECINE D'URGENCE **TENON** Pôle URGENCES ET AVAL SAU
NEUROLOGIE **PITIE SALPETRIERE** Pôle MALADIES DU SYSTEME NERVEUX MSN NEUROLOGIE
NEPHROLOGIE **TENON** Pôle URO-NEPHROLOGIE NEPHROLOGIE ET DIALYSE
REANIMATION MEDICALE **PITIE SALPETRIERE** Pôle ANESTHESIE-REANIMATION-URGENCES-PNEUMOLOGIE-EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES-GERIATRIE PRAGUES PNEUMOLOGIE ET REANIMATION MEDICALE
REANIMATION MEDICALE, DISCIPLINE HOSPIT : PNEUMOLOGIE **TENON** Pôle THORAX-VOIES AERIENNES PNEUMOLOGIE
UROLOGIE **PITIE SALPETRIERE** Pôle CHIRURGIE-NEPHRO-UROLOGIE-GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE-NEONATALOGIE UROLOGIE ET TRANSPLANTATIONS RENALES
CHIRURGIE INFANTILE **ARMAND TROUSSEAU** Pôle PATHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET REPARATRICE PEDIATRIQUES

PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE
PU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE **PITIE SALPETRIERE** Pôle IMAGERIE NEURORADIOLOGIE
CANCEROLOGIE CLINIQUE **TENON** Pôle DIGESTIF CANCEROLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE **PITIE SALPETRIERE** Pôle CHIRURGIE-NEPHRO-UROLOGIE-GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE-NEONATALOGIE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
ANATOMIE DISCIPLINE HOSPIT : NEUROLOGIE **PITIE SALPETRIERE** Pôle MALADIES DU SYSTEME NERVEUX MSN READAPTATION POLYVALENTE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE **SAINT-ANTOINE** Pôle URGENCES ET AVAL CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

PARIS VII - DENIS DIDEROT

PU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
49-01 NEUROLOGIE **BICHAT** Pôle TETE COU ORTHOPEDIE RACHIS NEUROLOGIE
GASTRO ENTEROLOGIE **LARIBOISIERE** Pôle DIGESTIF-UROLOGIE-NEPHROLOGIE-ENDOCRINOLOGIE-GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DPT MEDICO CHIRURGICAL DE PATHOLOGIE DIGESTIVE
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE **ROBERT DEBRE** Pôle BIOLOGIE, RECHERCHE, PRODUITS DE SANTE MICROBIOLOGIE
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION **BICHAT** Pôle BIOLOGIE PUI HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
IMMUNOLOGIE CLINIQUE **SAINT-LOUIS** Pôle HEMATOLOGIE ONCOLOGIE RADIOTHERAPIE IMMUNO-HEMATOLOGIE
PEDOPSYCHIATRIE **ROBERT DEBRE** Pôle PEDIATRIE MEDICALE PEDOPSYCHIATRIE
NUTRITION **BEAUJON** Pôle DIGESTIF GASTRO ENTEROLOGIE ET ASSISTANCE NUTRITIVE
REAMINATION MEDICALE **BICHAT** Pôle INFECTIEUX REAMINATION MEDICALE ET INFECTIEUSE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE **ROBERT DEBRE** Pôle BIOLOGIE, RECHERCHE, PRODUITS DE SANTE BIOCHIMIE HORMONOLOGIE
GENETIQUE **BICHAT** Pôle BIOLOGIE PUI UF GENETIQUE MOLECULAIRE
NEURO CHIRURGIE **BEAUJON** Pôle TETE COU ORTHOPEDIE RACHIS NEURO CHIRURGIE

PARIS VII - DENIS DIDEROT

PU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
HEMATOLOGIE CLINIQUE **SAINT-LOUIS** Pôle HEMATOLOGIE ONCOLOGIE RADIOTHERAPIE MALADIES DU SANG
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE **BICHAT** Pôle CŒUR VAISSEAUX CHIRURGIE CARDIAQUE ET VASCULAIRE
CARDIOLOGIE **BICHAT** Pôle CŒUR VAISSEAUX DPT CARDIOLOGIE
EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION **ROBERT DEBRE** Pôle BIOLOGIE, RECHERCHE, PRODUITS DE SANTE UF UNITE EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE PEDIATRIQUE

PARIS XIII - BOBIGNY

PU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE **AVICENNE** Pôle ACCUEIL URGENCES IMAGERIE BIOPHYSIQUE
PHYSIOLOGIE BIOLOGIQUE **JEAN VERDIER** Pôle ACTIVITES CANCEROLOGIQUES SPECIALISEES UF EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
HEMATOLOGIE CLINIQUE **AVICENNE** Pôle ACTIVITES CANCEROLOGIQUES SPECIALISEES HEMATOLOGIE CLINIQUE

PARIS XI - KREMLIN BICETRE

PU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE **ANTOINE BECLERE** Pôle FEMME COUPLE EMBRYON ENFANT GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET MEDECINE
CHIRURGIE DIGESTIVE **PAUL BROUSSE** ET URINAIRE DPT HEPATO BILIAIRE
PEDIATRIE **BICETRE** Pôle IMMUNOLOGIE INFECTIEUX INFLAMMATION ENDOCRINOLOGIE PEDIATRIQUE
ADDICTOLOGIE **PAUL BROUSSE** Pôle NEUROSCIENCES, TETE ET COU DPT DE PSYCHIATRIE ET D'ADDICTOLOGIE

Université Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC)

PU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
PHYSIOLOGIE CLINIQUE **HENRI MONDOR** Pôle FONCTIONS IMAGERIE ET THERAPEUTIQUE - FIT PHYSIOLOGIE EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES **HENRI MONDOR** Pôle BIOLOGIE ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CARDIOLOGIE **HENRI MONDOR** Pôle MEDECINE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE CARDIOLOGIE 1
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE **HENRI MONDOR** Pôle FONCTIONS IMAGERIE ET THERAPEUTIQUE - FIT IMAGERIE MEDICALE
NEPHROLOGIE **HENRI MONDOR** Pôle CANCEROLOGIE IMMUNITE TRANSPLANTATION INFECTIOLOGIE CITI NEPHROLOGIE ET TRANSPLANTATION
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE **HENRI MONDOR** Pôle ANESTHESIE-REANIMATION ANESTHESIE REANIMATION
IMMUNOLOGIE CLINIQUE **HENRI MONDOR** Pôle CANCEROLOGIE IMMUNITE TRANSPLANTATION INFECTIOLOGIE CITI IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PSYCHIATRIE D'ADULTES **HENRI MONDOR** Antenne de psychiatrie

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE
DEPARTEMENT DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES

REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

AU TITRE DE L'ANNEE 2013

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Université Paris V Paris Descartes

MCU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
PEDIATRIE **NECKER-EM** Pôle HEMATOLOGIE IMMUNOLOGIE INFECTIOLOGIE IMMUNOLOGIE HEMATOLOGIE
CHIRURGIE VASCULAIRE **HEGP** Pôle CARDIO-VASCULAIRE-RENAL ET METABOLIQUE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE **COCHIN** Pôle BIOLOGIE PHARMACIE PATHOLOGIE UF IMMUNOLOGIE
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION DISCIPLINE HOSPITALIERE EN PEDIATRIE **NECKER-EM** Pôle PEDIATRIE GENERALE ET PLURIDISCIPLINAIRE UF DIABETOLOGIE ET ENDOCRINOLOGIE PEDIATRIQUE ET GYNECOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
GENETIQUE **HEGP** Pôle BIOLOGIE PATHOLOGIE PUI HYGIENE GENETIQUE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES **COCHIN** Pôle BIOLOGIE PHARMACIE PATHOLOGIE ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
MALADIES INFECTIEUSES **NECKER-EM** Pôle HEMATOLOGIE IMMUNOLOGIE INFECTIOLOGIE MALADIES INFECTIEUSES
PSYCHIATRIE D'ADULTES **HEGP** Pôle PSYCHIATRIE ADDICTIONS PSYCHIATRIE DE LIAISON
RHUMATOLOGIE **COCHIN** Pôle OSTEO ARTICULAIRE RHUMATOLOGIE A
PEDIATRIE **NECKER-EM** Pôle PEDIATRIE GENERALE ET PLURIDISCIPLINAIRE PNEUMO-ALLERGOLOGIE

Université Paris V Paris Descartes

MCU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
PHYSIOLOGIE CLINIQUE **HEGP** Pôle IMAGERIE,INFORMATIQUE EXPLORATIONS RECHERCHE PHYSIOLOGIE EXPLORATIONS FONCTIONNELLES ET RADIO-ISOTOPES
BIOSTATISTIQUES INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION **HOTEL DIEU** Pôle RECHERCHE CLINIQUE ET SANTE PUBLIQUE UG SANTE PUBLIQUE ET INFORMATION MEDICALE
EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION DISCIPLINE HOSPITALIERE EN NEPHROLOGIE **NECKER-EM** Pôle REIN - OEIL- COEUR NEPHROLOGIE TRANSPLANTATION
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE **HEGP** Pôle BIOLOGIE PATHOLOGIE PUI HYGIENE MICROBIOLOGIE
MEDECINE D'URGENCE **COCHIN** Pôle URGENCES PSYCHIATRIE SAU
CHIRURGIE PLASTIQUE **HEGP** Pôle ANESTHESIE REANIMATION TRAUMATOLOGIE CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PEDIATRIE **NECKER-EM** Pôle PEDIATRIE GENERALE ET PLURIDISCIPLINAIRE PEDIATRIE GENERALE
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE **NECKER-EM** POLE BIOLOGIE PRODUITS DE SANTE BACTERIOLOGIE VIROLOGIE

PIDFO

MCU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE **AMBROISE PARE** Pôle BIOLOGIE PUI MEDECINE LEGALE SANTE PUBLIQUE HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE
PHYSIOLOGIE CLINIQUE **AMBROISE PARE** Pôle THORAX-VAISSEAUX-DIGESTIF-METABOLISME PHYSIOLOGIE ET EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE **RAYMOND POINCARE** Pôle BIOLOGIE PUI MEDECINE LEGALE SANTE PUBLIQUE UF MICROBIOLOGIE
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE **RAYMOND POINCARE** Pôle MEDECINE SPECIALISEE INFECTION INFLAMMATION MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

Université Paris VI Pierre et Marie Curie

MCU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
OPHTALMOLOGIE **PITIE-SALPETRIERE** Pôle CHIRURGIE NEUROSENSORIELLE OPHTALMOLOGIE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES **TENON** Pôle BIOLOGIE ANATOMIE PATHOLOGIQUE
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT **CHARLES FOIX** Pôle MALADIES DU SYSTEME NERVEUX MSN EXPLORATIONS FONCTIONNELLES NEUROLOGIQUES ET CARDIAQUES GERONTO 3
PEDIATRIE **ARMAND TROUSSEAU** Pôle PATHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT URGENCES PEDIATRIQUES
NEUROLOGIE **PITIE-SALPETRIERE** Pôle MALADIES DU SYSTEME NERVEUX NEUROLOGIE 2 AHMED IDBAIH - CCA
BIOSTATISTIQUES INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE **SAINT-ANTOINE** Pôle PHARMACIE-SANTE PUBLIQUE-INFORMATION SANTE PUBLIQUE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE **PITIE-SALPETRIERE** Pôle IMAGERIE RADIOLOGIE POLYVALENTE DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE
CHIRURGIE PLASTIQUE **TENON** Pôle GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE MEDECINE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PNEUMOLOGIE **PITIE-SALPETRIERE** Pôle ANESTHESIE-REANIMATION-URGENCES-PNEUMOLOGIE- UF PATHOLOGIES DU SOMMEIL
DERMATOLOGIE VENEROLOGIE **TENON** Pôle SPECIALITES DERMATOLOGIE ALLERGOLOGIE

Université Paris VI Pierre et Marie Curie

MCU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
GASTRO-ENTEROLOGIE **PITIE-SALPETRIERE** Pôle INFECTIONS-IMMUNITE-INFLAMMATION 3I HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
CHIRURGIE PLASTIQUE **SAINT-ANTOINE** Pôle URGENCES ET AVAL CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE **PITIE-SALPETRIERE** Pôle MALADIES DU SYSTEME NERVEUX MSN ANATOPATHOLOGIE 2 A ORIENTATION NEUROLOGIQUE
NEUROLOGIE **PITIE-SALPETRIERE** Pôle MALADIES DU SYSTEME NERVEUX MSN NEUROLOGIE 6
CHIRURGIE VASCULAIRE **PITIE-SALPETRIERE** Pôle CHIRURGIE-NEPHRO-UROLOGIE-GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE-NEONATALOGIE CHIRURGIE VASCULAIRE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE **PITIE-SALPETRIERE** Pôle INFECTIONS-IMMUNITE-INFLAMMATION 3I PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ENDOCRINOLOGIE DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES **PITIE-SALPETRIERE** Pôle CŒUR METABOLISME DIABETOLOGIE
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT **CHARLES FOIX** Pôle GERIATRIQUE PARIS VAL DE MARNE SSR GERONTO 3

Université Paris VII Denis Diderot

MCU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
42-02 **BICHAT** Pôle BIOLOGIE PUI ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
47-02 CANCEROLOGIE **SAINT-LOUIS** Pôle HEMATOLOGIE ONCOLOGIE RADIOTHERAPIE ONCOLOGIE MEDICALE
54-01 PEDIATRIE **ROBERT DEBRE** Pôle PEDIATRIE MEDICALE NEUROLOGIE
43-02 RADIOLOGIE IMAGERIE MEDICALE **BICHAT** Pôle IMAGERIE MORPHOLOGIE RADIOLOGIE IMAGERIE MEDICALE
49-03 ADDICTOLOGIE **LARIBOISIERE** Pôle NEUROSCIENCES - TETE ET COU PSYCHIATRIE
47-01 HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE **ROBERT DEBRE** Pôle BIOLOGIE, RECHERCHE, PRODUITS DE SANTE HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
47-03 IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE **BICHAT** Pôle BIOLOGIE PUI DPT HEMATOLOGIE IMMUNOLOGIE
48-01 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION **SAINT-LOUIS** Pôle URGENCES DPT ANESTHESIE REANIMATION
45-03 MALADIES INFECTIEUSES **SAINT-LOUIS** Pôle PEAU REPARATION CUTANEE INFECTIOLOGIE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
49-01 NEUROLOGIE **LARIBOISIERE** Pôle NEUROSCIENCES - TETE ET COU NEUROLOGIE
44-04 NUTRITION DISCIPLINE HOSP : ENDOCRINOLOGIE DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES **BICHAT** Pôle CŒUR VAISEAUX DIABETOLOGIE ENDOCRINOLOGIE ET NUTRITION

Université Paris VII Denis Diderot

MCU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
52-01 GASTRO-ENTEROLOGIE **BEAUJON** Pôle DIGESTIF PANCREATO-GASTROENTEROLOGIE
49-03 PSYCHIATRIE D'ADULTES **LOUIS MOURIER** Pôle ADULTES PROXIMITE PSYCHIATRIE

Paris XIII - BOBIGNY

MCU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION **JEAN VERDIER** Pôle FEMME ET ENFANTS MEDECINE DE LA REPRODUCTION
PNEUMOLOGIE **AVICENNE** Pôle ACTIVITES CANCEROLOGIQUES SPECIALISEES PNEUMOLOGIE
PHYSIOLOGIE BIOLOGIQUE **AVICENNE** Pôle ACTIVITES CANCEROLOGIQUES SPECIALISEES PHYSIOLOGIE EXPLORATIONS FONCTIONNELLES ET MEDECINE DU SPORT

PARIS XI - KREMLIN BICETRE
MCU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
PEDIATRIE **BICETRE** Pôle des MALADIES DU FOIE, DE L'APPAREIL DIGESTIF HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE PEDIATRIQUE
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE **BICETRE** Pôle BIOLOGIE PATHOLOGIE PHARMACIE MICROBIOLOGIE BACTRIOLOGIE VIROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE **BICETRE** Pôle NEUROSCIENCES, TETE ET COU ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE **PAUL BROUSSE** Pôle BIOLOGIE PATHOLOGIE PHARMACIE HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
PEDIATRIE **BICETRE** Pôle FEMME, MERE, ENFANTS, ADOLESCENTS PEDIATRIE GENERALE HEMATOLOGIE ET RHUMATOLOGIE PEDIATRIQUES

Université Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC)

MCU-PH

PROPOSITIONS AP-HP
PHYSIOLOGIE **HENRI MONDOR** Pôle FONCTIONS IMAGERIE ET THERAPEUTIQUE - FIT PHYSIOLOGIE EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION **HENRI MONDOR** Pôle ANESTHESIE REANIMATION ANESTHESIE REANIMATION
THERAPEUTIQUE DISCIPLINE HOSPITALIERE DERMATOLOGIE **HENRI MONDOR** Pôle RECHERCHE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE-SANTE PUBLIQUE-INFORMATIQUE-GESTION DES RISQUES-INNOVATIONS RESPIR-INNOV CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE **CHIC** GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE **CHIC** OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
PEDIATRIE **CHIC** PEDIATRIE