

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 5 JUILLET 2011**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 11 OCTOBRE 2011**

Sommaire

I.	Information du Président de la CME	6
II.	Point sur les restructurations	8
III.	Présentation de la campagne PHRC	10
IV.	Enquête de satisfaction des patients hospitalisés : résultats SAPHORA 2010	12
V.	Information sur la nomination des chefs de pôle au 1er juillet 2011	13
VI.	Avis sur la "Charte utilisateurs du système d'information"	16
VII.	Point sur les personnel de blocs opératoires IBODE IADE	17
VIII.	Règles de financement des postes d'internes	20
IX.	Avis sur des contrats d'activité libérale	22
X.	Déroulement des élections CME - CMEL	22
XI.	Approbaton des comptes rendus des séances du 10 mai et 31 mai 2011	23
XII.	Questions diverses.	23

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (**Pr Coriat**)
- 2- Point sur les restructurations (**Pr Fournier – Pr Coriat**)
- 3- Présentation de la campagne PHRC
 - Résultats des appels à projets ministériels (DGOS) (**M. Misse**)
 - Modalités de mise en œuvre des projets (**Pr Lemaire**)
- 4- Enquête de satisfaction des patients hospitalisés : résultats SAPHORA 2010 (**Dr Gasquet**)
- 5- Information sur la nomination des chefs de pôle au 1er juillet 2011 (**Mme Ricomes - Pr Fournier**)
- 6- Avis sur la "Charte utilisateurs du système d'information" (**M. Perret**)
- 7- Point sur le personnel de blocs opératoires IBODE IADE (**M. Poimboeuf**)
- 8- Règles de financement des postes d'internes (**Mme Deal – Pr Capron**)
- 9- Avis sur des contrats d'activité libérale (**M. Hubin**)
- 10- Déroulement des élections CME - CMEL (**M. Hubin**)
- 11 - Approbation des comptes rendus des séances du 10 mai et 31 mai 2011
- 12 - Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

COMPOSITION F

Avis sur les stages interrégions pour le semestre de novembre 2011 à mai 2012 (remis sur table)

COMPOSITION C

Avis sur la nomination des chefs de service à titre provisoire

Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers

Avis sur des demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers

Avis sur une demande de changement d'affectation interne d'un praticien hospitalier

Validation de la période probatoire de praticiens hospitaliers plein temps et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.

COMPOSITION B

Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH au titre de l'année 2011

Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2011.

COMPOSITION A

Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH au titre de l'année 2011

Avis sur la candidature à un emploi de PU-PH d'odontologie au titre de l'année 2011

Avis sur une demande d'intégration d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH

Avis sur une candidature à un emploi de PU-PH des disciplines pharmaceutiques offert à la mutation au titre de l'année 2011.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***

- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

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

- Mme le Pr AIACH,
- Mr le Pr BERCHE,
- M. le Pr LEVY.

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

- Mme FAUGERE, directrice générale,
- Mme RICOMES, Secrétaire générale,
- M. FOURNIER, directeur de la politique médicale,
- M. POIMBOEUF, directeur des ressources humaines,
- M. SAUVAGE, direction économique et financière, de l'investissement et du patrimoine,
- Mme VASSEUR, directrice des soins et activités paramédicales,
- Mme VEIL, directrice du pilotage et de la transformation,

- M. DEGUELLE, directeur de Cabinet,
- M. DIEBOLT, direction de la politique médicale,
- M. HUBIN, direction de la politique médicale,

- ***membres excusés :***

Dr S. BOIZAT, Pr F. DEGOS, Dr A. DESOUCHES, Dr R. DOUARD, Dr J. FAIN, Dr B. GIRARD, Dr F. VEINBERG, Dr G. VIDAL-TRECAN, Pr B. SCHLEMMER.

La séance est ouverte à 8 heures 40.

I. Information du Président de la CME

En préambule, **le Président** précise que la procédure de nomination des chefs de pôle prévue par la loi HPST a été suivie, l'avis rendu par la CME a été transmis à la Directrice général, de même que celui des doyens, co-proposants, dans le but de renforcer la valence universitaire des pôles. La CME représentant les communautés médicales, il est normal que les présidents de CCM expriment leurs souhaits par l'intermédiaire du Président de la CME. M. Coriat les a rencontrés avec la Directrice générale le 4 juillet. A cette occasion, ils ont manifesté leur souhait que la CME soit un trait d'union entre eux et la Direction générale.

La Directrice générale tient à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à la nomination des chefs de pôle. Les groupes hospitaliers ont travaillé de manière approfondie sur le sujet et chaque directeur de groupe, comité exécutif local et président de CCM a remis un avis circonstancié, de même que les doyens. Sa décision tient compte de ces avis, ainsi que des travaux de la commission des structures et des échanges de la CME. Les avis, parfois divergents, se sont avérés particulièrement utiles face à des candidatures multiples. Certains pôles, au contraire, présentaient un candidat unique en mesure de prendre ses responsabilités.

Certains cas se sont avérés complexes en raison de la présence de plusieurs candidats ayant les qualités requises pour la fonction. Certains candidats incarnaient un projet de pôle et la présence de deux candidats pouvaient correspondre à deux visions alternatives des groupes hospitaliers, lesquelles n'ont pas été le critère de son choix. La décision a porté sur une personne à même de porter la construction d'un projet utile à l'AP-HP.

En tant que représentant de la communauté gériatrique, **M. SEBBANE** prend acte des décisions de la Directrice générale en application de la loi HPST. Pour autant, un éclairage doit être apporté dans deux situations. Il importe en effet que les messages portés par la communauté médicale résonnent auprès de la direction générale, dont le choix a tenu compte des capacités managériales requises par la fonction de chef de pôle, avec une approche universitaire pour les CHU. Dans les hôpitaux Charles Foix et Paul Brousse, les gériatres accueillent défavorablement les décisions finales. Les deux candidatures écartées proviennent de professionnels reconnus par leur communauté, liés à leur communauté locale et motivés par une démarche de solidarité institutionnelle. Pour l'hôpital Charles Foix, la candidate non retenue a soutenu avec force le projet Rothschild, qui doit être inauguré dans les prochains jours. Pour l'hôpital Paul Brousse, l'un des deux candidats écartés s'est impliqué fortement dans la préservation du capital sanitaire et des soins de longue durée dans l'institution. Il bénéficie d'une reconnaissance non seulement interne mais aussi nationale.

M. CAPRON demande la remise à la CME de la liste exhaustive des chefs de pôle nommés, et souhaite des précisions sur les changements de candidatures uniques, les avis de la CME n'ayant pas tous été retenus.

La Directrice générale indique que dans trois cas, elle a sollicité une nouvelle candidature. Entre la CME du 31 mai consacrée à l'examen des candidatures aux chefferies de pôle et la fin du mois de juin, la poursuite des débats l'a convaincue de ne pas accepter les propositions initiales. Elle s'engage par ailleurs à remettre la liste des chefs de pôle à la CME (cf. annexe).

M. LYON-CAEN estime que certaines décisions symbolisent les dérives d'un système. A l'hôpital Henri Mondor, la candidature d'un homme suscitant l'unanimité semble avoir été rejetée en raison de l'expression de son désaccord face au projet de fermeture de l'hôpital Albert Chenevier. Une

forme de chantage a été exercée selon laquelle l'absence de fermeture de l'hôpital Albert Chenevier invaliderait toute rénovation de l'hôpital Henri Mondor. En réaction, la communauté médicale s'est repliée sur elle-même et a manifesté sa désapprobation.

La Directrice générale explique que cette décision a été prise à l'issue des discussions qui se sont poursuivies en juin, tant avec la directrice du groupe hospitalier qu'avec la communauté médicale. Par ailleurs, les chefs de pôle ont été choisis pour porter un projet de pôle et non en raison du projet qu'ils incarnaient.

Le Président indique que la communauté médicale de l'hôpital Henri Mondor et le doyen ont présenté le changement de candidat comme un accord hospitalier et universitaire. La personne intéressée n'a pas exprimé le sentiment d'être victime de ses propos. La notoriété de la personne retenue laissait penser que la dernière proposition faisait l'objet d'un consensus.

M. LYON-CAEN ne souscrit pas à cette conclusion, c'est la liberté d'expression des médecins qui est en cause.

M. FAYE regrette que l'avis de la CME ait été désavoué dans plusieurs situations de candidatures multiples, d'autant plus que les qualités des candidats n'ont pas été démenties et qu'ils ont fait preuve des qualités managériales requises. Ces décisions interpellent quant au pouvoir de la CME dont les avis ne sont pas respectés.

M. JULIARD note qu'en tant que rapporteur pour l'HEGP, il a rendu un avis qui n'a pas été suivi et demande s'il peut avoir connaissance des arguments fondant la décision finale.

La Directrice générale propose d'en discuter avec lui. La décision s'est avérée difficile en raison de la qualité des deux candidatures concurrentes. La question qui se posait était de savoir s'il était préférable de confier la modernisation de la cardiologie à un cardiologue ou à non-cardiologue.

Mme MAUGOURD indique que la communauté médicale des hôpitaux Henri Mondor et Albert Chenevier est divisée sur la candidature retenue.

M. RUSZNIEWSKI sollicite l'avis du président de la CME sur l'absence d'écoute accordée à la CME dans les cas posant problème.

Le Président rappelle que la nomination des chefs de pôle doit aussi tenir compte de l'avis des doyens. Cette disposition de la loi HPST a fait consensus lors du vote de la loi, considérant qu'il était indispensable de donner une valence universitaire aux pôles. Dans de nombreux cas, les présidents de CCM se sont engagés aux côtés des doyens et non de la CME et souhaitaient que leurs avis soient entendus. Il est par ailleurs souhaitable que la nomination des chefs de pôle résulte d'une décision hospitalo-universitaire, la concordance des avis des doyens et des représentants de la communauté médicale renforçant leurs interventions auprès des tutelles. A l'avenir, il serait souhaitable d'ouvrir une instance de concertation entre présidents de CCM, CME et doyens afin de comprendre les divergences et de ne pas laisser la décision finale à la Direction générale.

M. CAPRON note que la Directrice générale a exercé son rôle avec les pouvoirs que lui confère la loi. Si l'application de la loi est compréhensible, la défense de l'avis de la Directrice générale par le Président de la CME, censé représenter la communauté médicale, est étonnante.

Le Président estime avoir exprimé clairement le but et l'opinion de la CME et souligne que l'avis des doyens et des présidents de CCM devait également être pris en considération.

La Directrice générale explique qu'elle a tenu à avoir une discussion approfondie avec l'ensemble des personnes porteuses d'une opinion. Elle a présenté sa méthode au conseil de surveillance et pris des décisions solidaires.

II. Point sur les restructurations

Le Président rappelle qu'à la suite du plan stratégique dont le projet médical a été largement approuvé, l'AP-HP s'est engagée dans un processus de modernisation impliquant des restructurations menées en intra et inter-GH. Ces restructurations sont indispensables pour dégager des marges de manœuvre, s'affirmer face à l'ARS, réaliser des plateaux techniques adaptés, suivre le progrès médical et aller vers l'innovation thérapeutique.

Entre les groupes hospitaliers, il a toujours été convenu que la CME joue un rôle de pilotage médical en lien avec la DPM. La cohésion entre ces deux instances fonctionne dans quatre cas. En pédiatrie spécialisée, un groupe de travail représentant les quatre hôpitaux pédiatriques a poursuivi les réflexions pour sortir d'une situation de blocage. En neurosciences, un groupe de travail plus étoffé, auquel participe la CME, a mené des réflexions déjà avancées. En cardiologie, l'ARS n'a pas tenu compte de la demande de moratoire de l'AP-HP et une enquête de l'IGAS est en cours dont les résultats sont attendus pour ouvrir le dossier. En cancérologie, plusieurs membres de la CME participent aux réflexions d'un groupe de travail. Les restructurations inter-GH sont donc réfléchies en lien avec l'instance. Concernant les restructurations intra-GH, l'initiative est laissée aux groupes hospitaliers, les présidents de CCM considérant que ces restructurations ne peuvent être élaborées qu'au sein des communautés médicales concernées. Pour autant, la CME n'est pas tenue à l'écart, les travaux de la DPM sont nourris des réflexions de la CME et la présentation qui va être effectuée fait l'objet d'un consensus entre le Directeur de la Politique Médicale et le Président de la CME.

M. CAPRON compare les restructurations au jeu du mikado : déplacer un seul élément peut entraîner une réaction en chaîne qui affecte l'ensemble de l'institution. En tant que régulateur médical de l'institution, la CME doit être informée et rendre un avis. Son but n'est pas de nuire mais d'apporter une aide utile. L'exemple de la pneumologie de Bécélère rejoignant Bicêtre implique de développer de l'orthopédie septique à Bécélère et d'installer un aval d'urgence fort ainsi qu'un centre de traitement de l'obésité avec un personnel provenant nécessairement des autres hôpitaux. La restructuration n'impacte donc pas uniquement le niveau intra-GH.

Le Président propose de faire un point d'information régulièrement sur les restructurations en cours. Dans sa prochaine composition, la CME réunira les présidents de CME locales qui pourront l'informer des restructurations menées dans leurs groupes hospitaliers. La présente CME est en sursis et soumise à un calendrier contraint, sans représentant des groupes hospitaliers alors même que ces structures sont opérationnelles. C'est dans ce contexte qu'il lui faut avancer.

Le Directeur de la Politique Médicale, commente la présentation remise aux membres de la CME. La difficulté est de savoir dans quelle mesure la CME peut intervenir. Dans un processus de restructuration permanent, une attention particulière doit être accordée à la communication. Ces opérations ont un point commun, à savoir les conférences stratégiques rassemblant la gouvernance des groupes hospitaliers qui évalue la pertinence des propositions qui lui sont soumises, prend des décisions, veille à leur mise en œuvre et à leur évaluation. A ce jour, le recensement transitoire des opérations intra-GH fait état de 43 opérations pour quatre groupes hospitaliers. Ces opérations impactent à chaque fois l'offre de soins.

La typologie des réorganisations importantes, qui s'accompagnent généralement de déplacements de structures, concerne les projets supra-GH. Ces derniers sont à distinguer des réorganisations

inter-GH, avec ou sans changement de périmètre universitaire, ainsi que des réorganisations majeures intra-GH, des réorganisations combinées avec l'ouverture de bâtiments et du projet Hôtel Dieu. Des projets supra-GH sont actuellement mis en œuvre dans les domaines de l'oncologie, de la pédiatrie spécialisée, du NSI gestion et de la biologie.

En Oncologie, le projet porte sur un centre intégré d'oncologie et sur l'élaboration d'un plan de restructuration de la cancérologie pour chaque GH, actuellement insuffisante par rapport au flux de malades pris en charge. Le projet du NSI-Gestion pose le problème de l'articulation AGEPS-PUI, qui devrait être résolu en fin d'année. Le NSI Patient est testé à l'hôpital Ambroise Paré avec des résultats positifs pour l'instant. En biologie, les restructurations sont en avance par rapport aux activités cliniques. Au sein des GH, est désigné un site référent auquel sont connectés les autres sites. Les autres examens, à l'exception des examens supra-spécialisés, sont concentrés sur un site du GH. Le système de gestion des laboratoires (SGL) doit être adapté en conséquence. L'ensemble des sites devrait être connecté fin 2012 à l'exception de l'HEGP et de Robert Debré. Un groupe de travail étudie par ailleurs la problématique de la biologie spécialisée. En hémostase, par exemple, les travaux doivent être achevés avant la fin du plan stratégique. Le sujet de la plateforme de séquençage massif, quant à lui, reste à approfondir.

Le Directeur de la Politique Médicale présente ensuite les ouvertures de bâtiments. Pour Port Royal 1 (fin 2011), l'objectif est d'accueillir 6 000 naissances, de mettre en adéquation les surfaces et les activités et de libérer des surfaces pour la chirurgie ambulatoire du groupe hospitalier. L'opération de Corentin Celton II (début 2013), quant à elle, est complexe et prévoit la fermeture du bâtiment Vassal en raison de sa vétusté (maintien de Corentin Celton 1), le développement du SSR cardiologie, la création du SSR orthopédie-psychiatrie et la réorganisation de la psychiatrie. Le bâtiment Laennec (mi-2012) possède un caractère novateur et doit concentrer les activités chirurgicales, de réanimation, d'obstétrique spécialisée et les parcours de soins novateurs. Il est prévu d'y accueillir 43 lits de néonatalogie. Concernant BUCA, l'ouverture est proche puisqu'elle est fixée à mi-2012. Il doit intégrer le SAU et la réanimation médico chirurgicale mais l'espace n'est pas encore optimal. A la Pitié-Salpêtrière, un bâtiment complémentaire cœur doit être ouvert début 2011. Enfin, le bâtiment Rothschild doit ouvrir fin 2011 (SSR, SLD, MPRT et centre de réglage des implants cochléaires).

Le Directeur de la Politique Médicale propose ensuite un point sur la chronologie d'une opération de réorganisation importante concernant la cardiologie Bécclère-Bicêtre. Le point de départ est la création d'un pôle Thorax, dont l'objectif n'est pas de modifier les perspectives de la pneumologie mais de structurer l'un des éléments faibles du GH, la cardiologie. L'initiative est prise par une équipe, le groupe hospitalier, le siège ou le doyen, puis soumise à accord pour étude du projet médical (hospitalo-universitaire, présidence de la CME). Le projet est ensuite instruit par le GH, la DPM et la CME. Sont pris en compte les paramètres médicaux, économiques, universitaires, stratégiques ainsi que les impacts du projet sur le site de départ et le site d'installation. L'inflexion du projet médical du site Bécclère, par exemple, réside dans la modification de la configuration de la cardiologie, la création d'une antenne locale et l'augmentation du nombre de lits (décision prise en conférence stratégique). La synthèse du projet est ensuite présentée aux directions fonctionnelles et au directoire. Les arbitrages finaux et le chiffrage par une *task force* réunissant des représentants de la DPM, de la DRH et des Finances. A l'issue de cette opération, la restructuration peut être mise en œuvre (mutations, recrutements, investissements, etc.).

En conclusion, le Directeur de la Politique Médicale projette la liste des principales opérations inter et intra groupes hospitaliers ou complexes en cours. Il s'engage à actualiser l'information de la CME sur ces opérations lourdes tous les trois ou quatre mois mais n'est pas favorable à l'introduction d'un avis formel de la CME dans l'instruction de dossiers encore fragiles.

M. LYON-CAEN remercie M. FOURNIER pour la qualité de son travail à la DPM. Le souci de discrétion entourant l'instruction des dossiers est compréhensible. Toute innovation se heurte à la problématique de la transparence de l'information. Cependant, laisser l'apanage d'un projet de réorganisation aux personnes directement concernées crée un risque démocratique et remet en cause l'unicité et la solidarité interne de l'AP-HP. De ce point de vue, il serait préférable d'associer à l'instruction du projet d'autres membres de la communauté médicale afin de le mettre en perspective au regard de l'intérêt global de l'AP-HP, dont le DPM ne peut être le seul représentant.

Le Directeur de la Politique Médicale déclare mesurer l'intérêt d'un tel équilibre.

M. FAYE suggère d'associer la commission de la stratégie émanant de la CME à l'instruction des dossiers, dans la mesure où cette réflexion engage la communauté médicale.

M. CAPRON remercie M. FOURNIER pour ses réponses, en soulignant qu'informer n'est pas dangereux et permet aux membres de la CME de répondre aux questions lorsqu'ils sont sollicités sur les restructurations.

III. Présentation de la campagne PHRC

1. Résultats des appels à projets ministériels (DGOS)

M. MISSE présente les résultats des appels à projets ministériels gérés par la DGOS et financés par les crédits hospitaliers de l'assurance maladie. La recherche menée à l'AP-HP représente aujourd'hui encore plus de 70 % des financements du département de la recherche clinique et du développement (DRCD), parallèlement aux financements de l'Agence nationale de la recherche (ANR), de l'Union européenne et de l'industrie. Le PHRC représente chaque année un montant de plus de 100 millions d'euros au plan national. La campagne 2011 a été lancée par instruction ministérielle autour d'appels à projet nationaux, régionaux et interrégionaux déconcentrés. Concernant l'appel à projets national, sont à distinguer les procédures de sélection cancer, déléguées à l'Institut national du cancer, et hors cancer.

Sur 257 dossiers déposés en 2011, 84 ont été retenus. L'AP-HP représente 21 % des dossiers déposés, 19 % des projets retenus et 15 % des financements. Hors cancer, l'AP-HP représente 41 % des projets déposés, 40 % des projets retenus et 36 % des financements. Au total, l'AP-HP représente 37 % des projets déposés, 35 % des projets retenus et 31 % des financements. Sur l'appel à projets régional, d'une enveloppe de 4,7 millions d'euros, 31 projets ont été financés sur 130 dossiers déposés. Le taux de sélection s'avère plus élevé que pour le PHRC national. Au total, 115 projets sont financés qui s'ajoutent aux 800 projets en cours.

M. MISSE fait ensuite le point sur les autres appels à projets nationaux. Aucun projet AP-HP n'a été retenu pour le STIC cancer et les résultats pour le STIC hors cancer seront connus en septembre. Pour le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), 38 projets AP-HP ont été déposés (34 % des projets) et 5 ont été retenus (24 % des projets retenus) pour un montant d'environ 300 000 euros soit 30 % des financements. Enfin, le programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS) a suscité 10 projets de l'AP-HP (20 %) dont 4 ont été retenus (40 %) représentant un montant de 694 000 euros (69 % des financements).

Au total, 129 projets ont été financés contre 163 en 2010, soit une baisse de 21 %. 31 535 000 euros ont été attribués contre 42 700 000 euros en 2010, soit une baisse de 26 %. Cette diminution est essentiellement liée aux résultats du PHRC national hors cancer puisque seuls 72 projets ont été financés contre 90 en 2010.

M. LEMAIRE souligne que la perte de performance de l'AP-HP sur le PHRC hors cancer est principalement liée à l'absence de lecture de la circulaire DGOS 2011 : « *les projets privilégieront l'évaluation de l'impact de ces stratégies et pratiques de soins au moyens d'essais comparatifs interventionnels. (...) En conséquence, les études de cohorte ayant pour seul objet la constitution d'une banque de données biologiques ne seront pas retenues dans le champ du PHRC 2011.* » Les investigateurs de l'AP-HP ont soumis moins de projets en 2011 (228 contre 240 en 2010). Sur les projets retenus, 98 portaient sur la thématique interventionnelle avec un taux de réussite de 41 %. En hors champs, 34 projets ont été déposés avec un taux de réussite de 6 %. En observationnel, 80 projets ont été déposés avec un taux de réussite de 21 %. M. LEMAIRE recommande donc une lecture attentive de la circulaire et indique qu'un guide de lecture sera proposé pour le PHRC 2012 à l'intention des investigateurs.

Enfin, la décroissance budgétaire est plus forte que la baisse du nombre de projets acceptés. Sur les 72 projets retenus, des compléments de financement ont été obtenus pour 18 projets dont le montant est néanmoins sans commune mesure avec les autres budgets. 5 projets « recherche sur recherche » ont été retenus, qui représentent des montants peu élevés (35 à 40 000 euros).

2. Modalités de mise en œuvre des projets

M. LEMAIRE rappelle que le malentendu provient d'un manque d'intégration de la loi de 2004 par les investigateurs. Le rôle central est joué par le promoteur (DRCD) qui s'assure de la qualité des données (gestion logistique, sécurité des patients, financement et contrôle). Le PHRC finance la structure qui mène la recherche.

Après sa sélection au PHRC national, le projet continue à vivre :

- validation du projet (investigateur/URC+/- DRC) : qualification, budget, produits de santé, contrats avec les industriels et autres, centres investigateurs ;
- réunion tripartite à l'automne 2011 : lancement du projet ;
- dossier d'autorisation ;
- soumission aux instances ;
- autorisation : libération des crédits ;
- ouverture des centres et inclusion du premier patient.

En conséquence, le système se caractérise par une certaine inertie liée à la réglementation entourant la recherche dont on ne peut s'affranchir. Cependant, l'inertie provient aussi des investigateurs. Pour la surmonter, la DRCD émet 11 recommandations à leur intention ;

- être disponible pour son étude depuis l'instruction ;
- être motivé et motiver son équipe et les autres centres ;
- avoir écrit un protocole intéressant, simple et faisable ;
- avoir les patients répondant aux critères du protocole ;
- connaître et respecter les BPC ;
- informer les patients et faire signer le consentement ;
- adresser les EIG (événements indésirables graves) au promoteur DRCD ;
- ne pas modifier le protocole ou la note d'information ;
- remplir les cahiers d'observation ;
- recevoir les ARC mandatés par le promoteur ;
- respecter les règles de publication de l'AP-HP.

M. RYBOJAD demande si une réflexion est en cours sur la mutualisation des ARCS (maladies rares) par région afin d'éviter les déplacements et coûts qui leur sont liés.

M. LEMAIRE prend note de cette question. C'est une suggestion à étudier.

Mme AIACH demande si des formations sont prévues pour les jeunes investigateurs.

M. LEMAIRE répond que les heures de formations sont nombreuses mais les investigateurs peu présents. Pour l'acceptation du PHRC, les investigateurs ont été invités à une réunion. Au niveau régional, cela a fonctionné et ces réunions seront reproduites au niveau national. La proposition d'une formation a suscité de nombreuses intentions de participation. C'est d'autant plus important qu'une des pistes étudiées prévoit la certification des investigateurs.

M. DASSIER s'enquiert du budget du PHRC du point de vue logistique.

M. LEMAIRE l'invite à établir les budgets avec les URCS. Toutes les informations nécessaires figurent dans les fiches budgétaires mises à disposition par la DRCD.

IV. Enquête de satisfaction des patients hospitalisés : résultats SAPHORA 2010

Mme GASQUET indique que l'enquête de satisfaction repose sur l'interrogation des patients hospitalisés plus de deux jours. En 2010, 4 426 patients ont été interrogés par tirage au sort dans 22 hôpitaux et 89 pôles, à partir d'entretiens téléphoniques réalisés par une société spécialisée dans les sondages, sur les thèmes des urgences, des soins, des relations humaines, de l'ambiance et de l'hôtellerie. La qualité des soins obtient les meilleurs résultats depuis dix ans. La thématique du confort enregistre une baisse tandis que l'organisation de la sortie est jugée insatisfaisante. Les points forts de l'AP-HP sont l'information médicale, la disponibilité du personnel, l'information sur les actes opératoires, la politesse et l'amabilité du personnel et le comportement du personnel soignant. Ces points recueillent plus de 60 % d'opinion très positives dans la majorité des hôpitaux. Les points faibles, qui recueillent moins de 20 % d'opinion très positives dans la majorité des hôpitaux, sont l'information donnée au patient sur les activités possibles après la sortie, la variété des plats et la qualité des repas. Cinq hôpitaux obtiennent des résultats qui se distinguent de la moyenne de l'AP-HP. La Pitié-Salpêtrière et Trousseau obtiennent de bons résultats depuis trois ans. En revanche, Beaujon, Bichat et Tenon recueillent des résultats peu satisfaisants. L'analyse par pôle en identifie les facteurs explicatifs.

En 2012, le Ministère souhaite généraliser l'enquête à l'ensemble de la France. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et le Conseil National de l'Ordre des Médecins, qui avaient rendu leur accord pour l'AP-HP, l'ont rejeté du fait de l'obligation de recueillir préalablement l'assentiment du patient. En 2011, il n'y aura pas d'enquête. En 2012, des modifications devront être apportées au NSI pour introduire un formulaire d'autorisation préalable.

Le Directeur de la Politique Médicale souligne que l'enquête de satisfaction repose sur une méthodologie scientifique. Elle fait ressortir une appréciation globalement positive de l'AP-HP, à l'exception de l'hôtellerie.

M. VALLEUR signale qu'à l'hôpital Lariboisière, plusieurs patients se dénutrissent faute d'avoir le choix d'une nourriture Hallal à l'hôpital.

Le Président demande si des mesures correctrices peuvent être apportées dans les hôpitaux recueillant un faible indice de satisfaction. Des moyens doivent être accordés à l'humanisation de l'hôpital.

La Directrice générale le reconnaît, tout en soulignant que ce n'est pas le seul point sur lequel agir. La problématique de la restauration doit être étudiée. La qualité de la sortie de l'hôpital fait partie des seize projets prioritaires et doit être traitée de manière opérationnelle. Il reste possible d'accompagner budgétairement des mesures d'amélioration.

M. RUSZNIEWSKI indique que des patients refusent de retourner à l'hôpital Beaujon en raison de sa vétusté indépendamment des problèmes médicaux justifiant leur transfert. Il n'est pas possible de laisser des hôpitaux à l'écart et des explications restent nécessaires. Ainsi, l'application de coefficients correcteurs entraîne une mauvaise notation sur Saphora dans des items pour lesquels Beaujon est généralement bien noté.

Le Président confirme que le défaut d'humanisation et la vétusté peuvent nuire à l'attractivité des hôpitaux.

La Directrice générale répond qu'elle tente de faire au mieux avec les contraintes qui sont celles de l'AP-HP, ce qui consiste à faire évoluer l'offre de soins pour accompagner la restauration des bâtiments dans un calendrier contraint. Il est impossible de mener toutes les rénovations simultanément. Les investissements doivent être priorisés et sont réalisés progressivement mais aucun sujet n'est abandonné. Elle se déclare consciente de la problématique de l'humanisation.

M. SEBBANE souligne que la gériatrie a depuis longtemps pris conscience du délabrement des structures d'hospitalisation et de son enjeu d'attractivité. Dans ce domaine, l'institution a décidé d'accorder la priorité à l'humanisation, ce qui lui a permis de rivaliser avec d'autres structures. La problématique du confort d'hospitalisation et d'hébergement est primordiale. Celle de la restauration l'est autant, la nutrition faisant partie des éléments qui raccourcissent l'hospitalisation.

M. ABDOUN attire l'attention de la CME sur le lien entre la dégradation de la qualité, la réduction des effectifs et l'externalisation de tâche habituellement remplies par du personnel administratif ou logistique. Il est temps de reconnaître le lien réel entre compétences présentes à l'hôpital et effectifs. La dégradation de la qualité en matière de nutrition, de propreté et d'interventions techniques dans les bâtiments s'explique en partie ainsi. Les personnels administratifs techniques et logistiques constituent l'un des leviers d'amélioration de la qualité.

La Directrice générale affirme que ce sujet fait partie des préoccupations. Sa gestion diffère selon les groupes hospitaliers qui peuvent choisir d'internaliser ou de recourir à un sous-traitant. C'est pourquoi les résultats ne peuvent être croisés mécaniquement avec une décision organisationnelle. Néanmoins, ils ne sont pas à la hauteur des attentes et doivent être retravaillés. La réponse apportée par l'AP-HP n'est pas unique et théorique mais proche du terrain.

V. Information sur la mise en place des nouveaux pôles au 1^{er} juillet 2011

Mme RICOMES indique que les arrêtés de création des nouveaux pôles et de désignation de leurs responsables sont entrés en vigueur le 1^{er} juillet. Dès juillet, est lancé le recrutement des cadres administratifs et paramédicaux de pôle, au choix des groupes hospitaliers, à condition de suivre une procédure lisible et connue de tous. La préparation des contrats de pôle et des projets représente l'étape suivante, il donnera lieu à une négociation à l'automne pour être mis à la signature de la Directrice générale, du Directeur de groupe et du Chef de pôle avant le 31 décembre 2011. Le

séminaire de lancement réunira le 27 septembre (matin) la Directrice générale, les directeurs de groupe et les chefs de pôle nouvellement nommés.

Une formation est obligatoirement proposée aux chefs de pôle et doit être agréée par l'ANAP (agence nationale de la performance). C'est le cas du cycle HEC proposé à l'ensemble des chefs de pôle comprenant une journée de lancement et quinze modules de quatre heures sur une période de six mois. Ces modules pourront se dérouler en partie le samedi et se répartissent en trois séries : management opérationnel, management stratégique et mise en œuvre. Sont prévues 5 promotions de 25 personnes, dont la première commence le 7 octobre.

Par ailleurs, la réorganisation polaire des groupes hospitaliers impose la description des structures internes de pôles (services, départements, UF). Elle se déroulera en deux étapes, à raison d'une étape intermédiaire en 2011 pour 2012 (description immédiate et incontournable des structures) permettant l'élaboration d'un schéma et d'une cible.

M. HUBIN rappelle que le décret de juin 2010 prévoit que les responsables de structure interne sont désignés sur proposition du chef de pôle par le directeur du groupe hospitalier après avis du président de la CME et avis conjoint du président de la CMEL et du doyen de l'UFR. Les mandats en cours sont maintenus jusqu'à échéance sauf si les structures internes font l'objet de modifications. Pour les mandats terminés, non-renouvelés ou en attente, le chef de pôle doit proposer la désignation d'un responsable de structure si l'existence de la structure elle-même est confirmée. Enfin pour les responsables de structures dont les mandats ont été donnés à titre provisoire, il appartient au chef de pôle nouvellement désigné de proposer, selon la nouvelle procédure de désignation, la nomination de nouveaux responsables des structures internes à son pôle et ce, en articulation avec le calendrier de signature des contrats de pôle. En raison des élections CME/CMEL/CCM, la liste des responsables des structures internes est figée à l'issue de la CME du 5 juillet 2011. Les modifications ultérieures n'impacteront pas les listes électorales (collège des responsables de structure interne).

M. WEILL demande si un changement d'intitulé de structure est considéré comme une modification.

M. HUBIN répond *a priori* par la négative.

Mme RICOMES indique qu'avant la mi-juillet, sera diffusée une note générale rappelant les principaux échanges et l'articulation entre structures internes et SI, le contrat de pôle type et le socle de délégation de gestion. Une information sur le dispositif de formation proposé aux chefs de pôle sera également effectuée. Concernant la contractualisation, les points importants du contrat type ont été identifiés au sein du comité de pilotage. Le contrat est signé pour quatre ans par la directrice générale, les directeurs de groupes hospitaliers et les chefs de pôle. Sa déclinaison annuelle sera conclue entre le directeur de GH et le chef de pôle et sera plus opérationnelle (objectifs et moyens annuels). L'article 2 prévoit les modalités d'élaboration du contrat. L'article 3 précise les structures qui composent le pôle au moment de la signature du contrat. L'article 4 évoque les objectifs et les moyens du pôle, en distinguant les objectifs à quatre ans présentés par grands axes et les objectifs et moyens annuels négociés par le directeur du GH et le chef de pôle. Les articles suivants déclinent les engagements du GH auprès du chef de pôle : délégation de gestion (article 5), appui au chef de pôle par le cadre administratif et paramédical et disponibilité effective des moyens prévus au contrat (article 6), formation et appui individualisé (article 7). Le dernier article prévoit les modalités d'exécution du contrat : suivi et reporting au niveau du GH, revue annuelle et bilan au niveau de la direction générale et conséquences de l'exécution des contrats.

A l'issue de cette présentation, **le Président** rappelle que deux groupes de travail sont en place, l'un sur la délégation de gestion avec la participation de membres de la CME et de chefs de pôle, l'autre sur la formation des chefs de pôle avec la participation de M. RYMER.

M. CAPRON demande si la loi HPST sera intégralement appliquée, c'est-à-dire avec un supplément de salaire mensuel de 200 euros et une part variable de 200 euros supplémentaires par mois.

M. HUBIN confirme qu'une prime de 200 euros est prévue. En revanche, les critères d'attribution de la part variable n'ont pas été discutés pour l'instant.

M. LYON-CAEN s'enquiert des modalités de choix des internes en fonction de la nouvelle configuration des pôles (choix d'un service, d'un département, d'UF, de pôles...).

Mme DEAL répond que l'interne choisit avant tout un maître de stage agréé. Le problème relève ensuite de l'affectation des internes au sein de l'AP-HP et est traité en interne.

Le Président ajoute que le découpage en pôles est désormais validé et indique les services internes. C'est dans ce cadre que la commission de répartition les affecte.

M. LYON-CAEN souligne la lourdeur du programme de formation imposé aux chefs de pôle. Le choix d'HEC n'est pas anodin et aurait pu être différent. Il est vraisemblablement orienté management et commerce. Il demande si un cycle aussi long, de soixante heures, est véritablement nécessaire, d'autant plus que la pratique est souvent plus importante que la théorie.

M. RYMER, qui a animé le groupe de travail sur la formation des chefs de pôle, indique avoir anticipé la loi HPST. Cette formation a été décidée avant la promulgation de la loi. Le précédent directeur général souhaitait une formation de haut niveau s'appuyant sur les meilleures ressources possibles. Le programme alors présenté a été peu modifié. A l'issue d'une procédure d'appel d'offre, la proposition d'HEC a été retenue : elle se distinguait nettement des autres offres. La durée de la formation et son programme sont inscrits dans la loi HPST et semble adaptés. Sur cinq modules, certains sont pris en charge par l'AP-HP, notamment les ressources humaines. La formation vise à apporter des outils sérieux aux chefs de pôle dans le cadre d'une véritable délégation de gestion.

M. RONDEAU note que les contrats de pôle vont être signés avant la formalisation du projet de pôle, ce qui risque de figer les quatre prochaines années. Concernant le contrat d'objectifs et de moyens, des précisions s'imposent sur l'engagement en termes de moyens. Il demande ce qui se passe si les recrutements prévus au contrat n'ont pas lieu.

Mme RICOMES explique que la loi prévoit la signature des contrats avant l'élaboration des projets de pôle, conçus comme une description opérationnelle du pôle (organisation interne). Le projet stratégique est présent à travers la description des objectifs du pôle à quatre ans. Concernant la déclinaison du programme, il est certain que les moyens ne peuvent être précisés pour quatre ans. C'est pourquoi sont distingués les objectifs à quatre ans et la déclinaison annuelle qui se concentrera sur les objectifs d'activité et de moyens négociés chaque année par le directeur de groupe et le chef de pôle. En cas de non-recrutement du personnel, un reporting trimestriel est prévu au contrat pour faire un point sur l'atteinte des objectifs et prendre les mesures nécessaires. Le contrat a le mérite d'exister. Il reste à le faire vivre dans le cadre des échanges avec les équipes.

Le Président précise qu'un plan stratégique a été arrêté et des orientations déjà données par la communauté médicale. Le projet des pôles correspond à la déclinaison du projet stratégique.

Dans la formation des chefs de pôle, **M. FAYE** suggère d'inclure un module complémentaire sur la résistance au changement. Il s'enquiert par ailleurs de la latitude d'action des chefs de pôle par rapport au recrutement des cadres administratifs.

Mme RICOMES répond que le chef de pôle propose les cadres paramédicaux et les cadres administratifs à la désignation du directeur de groupe. C'est un choix collectif.

M. DASSIER demande sur quelle enveloppe est prélevé le financement de la formation HEC.

Mme RICOMES s'engage à le prélever sur la formation continue centrale.

M. CAPRON demande si un chef de pôle peut décliner la proposition de formation.

Mme RICOMES répond que le terme « proposer » utilisé dans la loi HPST autorise un refus. Elle souligne toutefois que la formation représente un investissement important dédié au bon fonctionnement des pôles.

VI. Avis sur la « Charte utilisateurs du système d'information »

Suite à la CME du 7 juin 2011, **M. PERRET** indique qu'un groupe de travail a étudié la modification de l'article 6 de la charte et donne lecture de la version amendée :

« Conformément à la jurisprudence, en cas d'absence de l'utilisateur, l'institution pourrait y avoir accès, notamment pour assurer la continuité du service et pour garantir la sécurité du système d'information. Il est précisé toutefois que cet accès est assujéti, lorsqu'il concerne des données médicales ou susceptibles de l'être, à l'information du Président de la CME locale, en l'attente de la mise à disposition d'un système de messagerie sécurisé pour la gestion des messages électroniques confidentiels ».

M. CAPRON soulève deux autres points de contestation. Page 9, l'article 3 prévoit que les informations stockées sur les disques durs dans des répertoires non identifiés comme personnels sont par défaut considérés comme professionnels et appartenant à l'AP-HP. Ce n'est pas acceptable. Page 16, l'article 6 prévoit l'interdiction de rediriger automatiquement la boîte aux lettres de professionnels de l'AP-HP vers toute autre boîte aux lettres électroniques, ce qui interdit de fait l'usage professionnel d'outils de communication comme les smartphones.

M. PERRET répond que l'usage professionnel des *blackberries* reste autorisé. L'article vise l'usage des boîtes aux lettres personnelles.

M. METAYER précise que les messageries électroniques personnelles ne sont pas sécurisées. L'article vise à éviter la mise en danger des données sensibles et confidentielles soumises au secret médical.

Le Président demande comment la charte peut autoriser la transmission d'Emails à Google.

M. FAYE rappelle que la charte du SI touche l'ensemble des salariés de l'AP-HP et demande pourquoi le projet n'est pas soumis à la CNIL.

Mme RICOMES répond que la charte d'utilisation du SI sera soumise à la CNIL après validation interne du projet. La consultation des instances représentatives du personnel et de la CME est un préalable incontournable.

M. METAYER souligne que la jurisprudence prévoit que les moyens mis à disposition par l'employeur sont la propriété de l'employeur et doivent être utilisés essentiellement à des fins professionnelles, même si un usage personnel peut être toléré. Il propose d'appliquer cette formulation aux *blackberries*. Par ailleurs, le routage des messageries doit tenir compte de la nécessité de protéger la confidentialité et de sécuriser les adresses professionnelles de l'AP-HP.

M. ALVAREZ demande quand des messageries sécurisées seront disponibles.

M. METAYER répond que de nombreuses applications permettent d'échanger des informations médicales à l'intérieur de l'AP-HP de manière sécurisée et confidentielle.

M. CHERON suggère de prévoir l'accord et pas seulement l'information du président de la CMEL.

M. METAYER rappelle que la messagerie conventionnelle n'est pas un mode d'échange d'information couvert par le secret médical. Le rapport du CNOM de juin 2010, le code de la santé et la CNIL l'affirment.

M. ALVAREZ soulève le problème de l'expertise judiciaire et refuse que ses données soient ouvertes à l'administration.

M. METAYER indique qu'il peut en interdire l'accès en les classant comme « personnel ».

A l'issue de ces échanges, **le Président** relève deux possibilités : la première consiste à reporter la validation du projet de charte au mois de septembre ; la seconde consiste à accepter la charte actuelle sous réserve de la modification proposée pour le disque dur. Il soumet ces deux propositions à l'avis de la CME.

La CME approuve, à la majorité des voix, le report de la validation du projet de charte d'utilisation du SI à la séance de septembre.

VII. Point sur les personnels de blocs opératoires – Infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat (IBODE) et Infirmières anesthésistes diplômées d'Etat (IADE)

M. POIMBOEUF, Directeur des Ressources Humaines de l'AP-HP, propose un point d'information sur les personnels de blocs opératoires IBODE et IADE, à la demande de la CME, et sur les perspectives démographiques de ces catégories de personnels.

Actuellement, l'AP-HP compte au total 2 816 PNM dont 620 IADE et 460 IBODE. 15 postes sont vacants pour les IBODE et aucun n'est vacant pour les IADE. L'évolution comparée des effectifs rémunérés annuels permanents et du TPER des IBODE témoigne néanmoins d'un déficit que les politiques mises en œuvre visent à combler. Le fait que 53 % des postes IBODE soient occupés par des infirmiers diplômés d'Etat pose deux questions qualitatives. La première concerne les modalités de reconnaissance et de rémunération des IBODE, en sachant que la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) étudie actuellement l'insertion des diplômés professionnels dans le dispositif License – Master – Doctorat (LMD) et le dispositif de rémunération correspondant. La seconde question consiste à faire reconnaître la validation des acquis (VAE) pour permettre aux infirmières diplômées d'Etat n'ayant pas suivi la formation IBODE d'acquies la reconnaissance de leurs compétences pour obtenir le niveau de manière allégée par rapport à la formation complète.

Il propose la réactivation des groupes de travail sur la définition des fonctions et tâches des IBODE et les modalités d'attractivité de ces fonctions, en recommandant de confier la présidence du groupe de travail à un chirurgien, avec le concours de la directrice de l'école infirmière. Pour les IBODE, il n'existe pas d'exclusivité d'exercice, ce qui permet de pourvoir la fonction par des infirmières diplômées d'Etat. Compte tenu de l'enjeu que représentent les blocs opératoires, il est indispensable de mener une réflexion sur les qualifications indispensables.

Concernant les IADE, la situation est trompeuse. Le TPER fait état d'une absence de postes vacants. Pour autant, les mesures de promotion professionnelle, dont l'effet est à deux ans, indiquent une décroissance des effectifs à partir de 2012-2013. En conséquence, il a été décidé d'engager en formation les personnes ayant réussi le concours d'entrée à l'école d'infirmier anesthésiste sans retarder la décision d'un an. L'AP-HP privilégie la promotion professionnelle interne qui représente un enjeu important pour les IBODE et les IADE. Il est souhaitable d'approfondir les aspects quantitatifs (entrée en formation dès 2011) et d'ouvrir un groupe de travail sur les aspects qualitatifs. Il faut en effet croiser la démographie des médecins et infirmiers anesthésistes pour construire une politique de recrutement prévisionnelle dans l'objectif d'un fonctionnement optimum des blocs opératoires.

Le Président remercie M. POIMBOEUF pour sa présentation. Il témoigne de l'intérêt de la CME pour ces questions et de son engagement à les traiter avec les communautés médicales concernées. Ce sujet est mis en perspective avec l'opération qualité des blocs opératoires.

M. OURY recommande d'adjoindre au groupe de travail un représentant des services de gynécologie-obstétrique.

M. GARABEDIAN souligne l'enjeu que représente la chirurgie face à la concurrence du secteur privé. S'agissant des IBODE, leur nombre décroissant conduit à employer des infirmières qui font office d'IBODE. Ce ne peut être que transitoire et il importe que leurs compétences soient consolidées et reconnues par un diplôme. La spécialisation par discipline peut aussi constituer un levier d'attractivité. Outre le salaire, la qualité et l'organisation du travail entrent en compte. Enfin, le nombre d'étudiantes panseuses restant inférieur à la demande dans les écoles, il convient de s'interroger sur cet écart et sur la difficulté à pourvoir les postes requis pour ouvrir un bloc opératoire.

M. POIMBOEUF souligne que la promotion de la polyvalence en période de pénurie des effectifs n'est pas propre à l'AP-HP et s'avère contre-productive. Par ailleurs, la reconnaissance des IADE est due à la pression des médecins anesthésistes sur les pouvoirs publics. Il est indispensable que les chirurgiens jouent le même rôle de levier auprès des autorités, en sachant que la formation des IBODE dure 24 mois.

Le Président souligne que les chirurgiens ont refusé l'exclusivité de l'exercice des infirmières au bloc opératoire, contrairement aux IADE. Dans ces conditions, il s'est avéré difficile d'obtenir des avantages salariaux.

Mme VASSEUR partage l'analyse selon laquelle l'absence d'exclusivité de fonction n'incite pas les infirmiers à se spécialiser. Si les études d'IBODE sont plus courtes que les études d'IADE, la plupart des IBODE sont déjà des infirmières exerçant en bloc opératoire avec parfois une grande antériorité. Ainsi, la durée théorique est équivalente voire supérieure à celle des IADE et une action doit être menée sur la VAE. La mobilisation des chirurgiens au plus haut niveau faciliterait la reconnaissance des IBODE. Enfin, l'ensemble du dispositif de formation est présent à l'AP-HP, y compris les IFSI. Il convient d'ouvrir les stages dans les blocs opératoires aux étudiants en soins infirmiers de troisième année. Le stage de chirurgie, par exemple, devrait ouvrir un passage au bloc

opératoire pour susciter l'intérêt. C'est dès la formation initiale que l'appétence se construit. En termes d'image, une communication institutionnelle sur les innovations dans les secteurs ambulatoires et conventionnels devrait associer les IBODE et les IADE pour avoir des répercussions dans le grand public et renforcer l'attractivité de ces fonctions.

M. LYON-CAEN aborde le problème plus général de l'emploi à l'AP-HP en évoquant une prévision de suppression de 1 100 emplois en 2012. Il sollicite la réaction du DRH sur ce sujet.

M. POIMBOEUF répond que cette intervention fait référence à une note interne de problématique destinée à lui présenter les questions actuellement traitées par ses services. C'est un document de travail confidentiel qui ne correspond en aucun cas à sa feuille de route mais à la compilation des questions posées dans les services RH et aux différentes hypothèses envisagées pour lui permettre de prendre connaissance des problématiques de l'institution. Sa diffusion interpelle M. POIMBOEUF sur la possibilité de travailler en toute confidentialité. Ces notes contiennent des sujets dont la sensibilité politique et sociale mérite un traitement prudent. Leur diffusion génère un trouble profond sur la manière de travailler en confiance avec les professionnels et les médecins. Sa feuille de route correspond aux objectifs inscrits dans le projet stratégique de l'Institution validé par la CME.

M. LYON-CAEN en prend acte et déclare comprendre la perplexité et les difficultés de M. POIMBOEUF. Il demande que ce sujet soit inscrit à l'ordre du jour de la CME de septembre.

Le Président en prend note et soumettra cette demande au prochain bureau de la CME chargé de fixer l'ordre du jour. Il souhaite par ailleurs que la communauté médicale aide le DRH à construire une politique de l'emploi répondant aux besoins de l'offre de soins et de sa modernisation.

M. FAYE souligne que la non-exclusivité des IBODE n'est pas une décision définitive. Les chirurgiens qui s'y sont opposés ont tenu compte du risque de fermeture des blocs opératoires mais n'ont jamais été hostiles par principe à l'exclusivité de fonction, à condition qu'elle soit mise en œuvre progressivement. Ce sujet pose également le problème de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui doit articuler les besoins professionnels et les contraintes économiques. Concernant les leviers d'attractivité, M. FAYE souhaite savoir si l'incitation financière est possible et si d'autres leviers peuvent être mobilisés, tels que la politique du logement.

M. POIMBOEUF partage la nécessité de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour toutes les catégories professionnelles. Son rôle est d'adapter les moyens aux besoins en étudiant les compétences requises à présent et dans l'avenir afin de mobiliser les ressources nécessaires pour que l'hôpital réponde aux attentes. Il est par ailleurs nécessaire que la politique sociale de l'AP-HP prenne en compte la problématique de l'attractivité des professions en tension. Elle peut être infléchie par des critères professionnels, au-delà des critères sociaux. Le patrimoine de l'AP-HP doit servir prioritairement à attirer les personnels dont elle a besoin. Concernant les régimes indemnitaires, M. POIMBOEUF recommande de privilégier les questions indemnitaires et statutaires des personnels plutôt que sur la volonté de distinguer l'AP-HP. Il convient d'adopter une approche tactique sur ces sujets. Pour les IBODE, les conditions d'exclusivité d'exercice peuvent être mises en discussion, en sachant que la position des fédérations privées est à prendre en compte.

Selon **M. DASSIER**, ce sujet souligne la grande fragilité de l'Institution. Il suffit de trois congés maternité pendant l'été pour mettre en difficulté le fonctionnement d'un bloc opératoire. Il importe également de mener une réflexion sur l'anticipation de la planification des congés. Par ailleurs, il souhaite savoir comment l'administration gèrera la volonté de faire tourner des blocs opératoires

centraux et la volonté de spécialisation chirurgicale. Enfin, il demande si la promotion professionnelle, qui est la marque de l'AP-HP, sera pérennisée en 2012.

M. POIMBOEUF fait part de sa préoccupation pour le sujet de la promotion professionnelle, qu'il souhaite concentrer sur la réponse aux besoins des infirmiers, qu'ils soient spécialisés ou diplômés d'Etat, dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Sont notamment concernés les IBODE et les recrutements infirmiers. La politique de formation doit être revue en raison des évolutions de la formation initiale et continue.

M. ABDOUN souligne l'importance du sujet de la planification des congés et des événements. Il est déjà arrivé que le personnel se retrouve au bloc opératoire en l'absence d'un chirurgien qui n'avait pas annoncé sa date de départ en congés. Concernant le tutorat, il note que Mme Vasseur souhaite solliciter les IFSSI pour motiver les vocations. Or les infirmières n'ont pas le temps d'assurer un tutorat. Se pose alors la question de l'intérim : la volonté est-elle d'accroître le recours à l'intérim pour réaliser des économies ? Si ce n'est pas le cas, d'affecter l'intérim à des missions ciblées pour libérer du temps pour les infirmières ? S'agissant des repos dus, ils s'élèvent jusqu'à 1 600 heures, soit une année d'activité. Il ne faut pas attendre le 31 décembre pour interpellier les personnes concernées et annuler leurs repos dus considérant que leur non-prise leur est imputable. De manière générale, la situation actuelle crée un sentiment d'insécurité. Le rôle récent des IBODE en matière de stérilisation mérite aussi d'être questionné. Pour finir, M. ABDOUN s'étonne vivement que la question de l'organisation et des conditions de travail ne soit jamais inscrite à l'ordre du jour de la CME, ni évoquée dans le cadre des restructurations, moyens et objectifs. Le pouvoir décisionnel du chef de pôle en matière d'organisation du travail, par exemple, n'a pas été évoqué. Ces questions relèvent certes du CHSCT mais aussi de la communauté médicale qui détient une responsabilité en la matière.

Le Président lui donne raison sur plusieurs points, en soulignant que l'organisation du travail se définit également au niveau de l'hôpital, du groupe hospitalier et des pôles. Elle ne se décrète pas mais se construit dans le cadre d'un dialogue.

La Directrice générale prend note des remarques de M. ABDOUN. Sur les projets de restructuration, il importe effectivement d'aborder explicitement le sujet de l'organisation en lien avec le projet de soins afin d'impliquer en amont le personnel soignant et non soignant dans l'objectif de modernisation des soins.

VIII. Règles de financement des postes d'internes

Mme DEAL indique que lors de la mise en œuvre de la T2A en 2004, le coût de la rémunération des internes en médecine a été intégré dans les tarifs pour l'ensemble des établissements antérieurement placés sous dotation globale. Depuis 2006, ce surcoût représenté par la rémunération du nombre d'internes recruté au-delà du numerus clausus a été partiellement compensé par une dotation MIGC (les postes « sac à dos »). Ce mode de financement de l'internat, peu transparent, n'était pas soutenable à terme en raison de la forte croissance du nombre d'internes liée à l'augmentation du numerus clausus, de modalités de calcul peu lisibles par les ARS et les établissements et de l'ouverture de nouveaux lieux de stages dans le secteur privé à but lucratif.

Le Ministère a imaginé une allocation budgétaire MERRI comme financement partiel de l'internat, qui doit correspondre à une mission d'intérêt général, à savoir la formation des praticiens, et respecter trois conditions : être une enveloppe dédiée, répondre à des critères précis d'allocation et être tracée par un SI fiable.

A partir de mai 2011, le financement de la rémunération des internes est pérennisé sur l'ensemble de la file active, compensé au titre d'une MERRI variable notifiée chaque année de manière non reconductible. Le financement du coût sera partiel et dégressif en fonction de l'ancienneté de l'interne dans le cursus de formation pour prendre en compte sa contribution à la production de soins. A partir de 2011, le financement de l'internant prévoit deux paliers de forfaits (par interne et par an) : 16 000 euros de la première à la troisième année de formation et 8 000 euros pour les 4^{ème} et 5^{ème} année de formation.

A l'AP-HP, la DPME et la DEFIP ont donc décidé que les MERRI variant chaque semestre en fonction du nombre d'internes affectés et de leur ancienneté seraient notifiés aux GH. Toutefois, le nombre d'internes est affecté en fonction des besoins de formations. Il sera donc tenu compte des priorités définies par les représentants de l'AP-HP aux commissions régionales semestrielles de répartition (CME et DPM). Ainsi, certains postes pourront être complètement financés sur l'enveloppe MERRI. Ces postes, créés au titre de la formation, sont financés s'ils sont pourvus. En pédiatrie, par exemple, le nombre de postes est passé de 35 à 65, ce qui représente à terme une augmentation importante du nombre de pédiatres. Le nombre d'internes en médecine générale passe de 450 à 675 soit 225 nouveaux internes obligés de passer un semestre en pédiatrie et gynéco-obstétrique. Il faudra donc ouvrir des postes en pédiatrie, qui pourront être financés par les MERRI.

Le Président souligne que chaque chef de service doit savoir s'il finance ou non les internes en surnombre. Il importe que la CME ait une vision claire des financements, afin d'éviter des engagements doubles.

Mme DEAL précise que les internes supplémentaires seront financés sur la base présentée précédemment. Dans les disciplines ayant des postes vacants, le financement ne pose pas problème. En neurologie, en cardiologie ou en pédiatrie, en revanche, existent des besoins en exploration fonctionnelle qui ne sont pas pourvus et seront financés sur les MERRI.

M. CAPRON explique que l'afflux d'internes va accroître le déficit de l'AP-HP. Le secteur public n'a pas les moyens de former le surcroît d'internes issus du numerus clausus dans les prochaines années. Ils rejoindront donc le secteur privé.

Le Président demande à Mme DEAL d'apporter des précisions aux services s'engageant sur un nombre d'internes à la rentrée.

Mme DEAL indique qu'une première information a été diffusée aux chefs de service.

M. CAPRON souligne que les commissions de répartition vont distribuer des postes qui ne seront pas choisis par les internes. Les coefficients d'inadéquation tournent autour de 15 %. Les DFMS et DFMSA devront alors être affectés aux postes non pourvus.

Le Président souligne qu'il est délicat d'affecter des DFMS et DFMSA dans des services qu'ils n'ont pas choisis. Pour ne pas être en porte-à-faux par rapport aux engagements pris, un cadrage est indispensable pour mesurer l'impact des postes d'internes sur les effectifs des services. Il propose d'inscrire ce sujet à l'ordre du jour de la prochaine CME.

Mme DEAL précise que les postes d'internes ne donnent pas droit au recrutement de FFI.

M. RUSZNIEWSKI note que la répartition des postes n'est pas finalisée en médecine générale. Il souligne que l'ARS a transmis un document questionnant les services sur leur souhait d'avoir des internes supplémentaires. En cas de réponse positive, il importe d'avoir des précisions sur leur financement, en sachant que cette démarche a été engagée par le coordinateur de la médecine générale.

En conclusion, le **Président** souligne qu'une information rapide des présidents de collégiales et de la CME s'impose.

Mme DEAL présente ensuite le financement des internes en stage inter-région 1. Les inter-régions sont jusqu'à présent placés en surnombre et rémunérés par le CHU de rattachement de l'interne. Il est prévu que les internes soient rémunérés par l'établissement d'accueil, alors bénéficiaire de la dotation MERRI qui représente cependant un financement partiel. Pour les 145 provinciaux attendus à la rentrée, le financement MERRI représente 20 % du financement. Les internes de l'AP-HP estiment que si l'AP-HP doit les rémunérer, leurs conditions d'accueil doivent être revues. Le 6 juin, les CHU, les UFR et les internes ont déposé une demande unanime au ministère portant sur la compensation à 100 % de la rémunération de l'interne en stage inter-CHU et sur le versement du financement au CHU d'origine de l'interne qui continue de lui verser la rémunération. Ce financement serait prélevé sur les financements MERRI.

Le **Président** propose d'inscrire ce sujet à l'ordre du jour de septembre en demandant des précisions sur l'impact du financement des internes sur les services.

IX. Avis sur des contrats d'activité libérale

M. HUBIN soumet à l'avis de la CME 2 nouveaux contrats d'activité libérale, 1 renouvellement, ainsi qu'1 avenant. L'ensemble de ces dossiers ont fait l'objet d'une validation préalable par la CTEM, et répondent aux critères réglementaires indispensables.

La CME approuve à la majorité les contrats d'activité libérale présentés ci-dessus.

X. Déroulement des élections CME - CMEL

M. HUBIN rappelle que les mandats sont prorogés jusqu'au 31 décembre 2011. Les élections se déroulent en deux tours, dont le premier est fixé au mardi 25 octobre et le second au mardi 29 novembre. Les CME locales doivent être installées avant la CME. Un règlement électoral rédigé par une commission mixte associant les médecins et l'administration régit le déroulement des élections. Il est pratiquement finalisé et sera prochainement mis en ligne. Les nouveautés de l'élection 2011 sont :

- un vote unique par correspondance ;
- un dépôt de candidature par courrier recommandé avec accusé de réception adressé au DPM pour la CME et aux directeurs de groupes hospitaliers pour les CMEL ;
- un dépouillement centralisé et automatisé grâce à la lecture optique des bulletins de vote.

La liste d'électeurs et d'éligibles sera clôturée le 8 septembre. Les candidatures doivent être déposées avant le 22 septembre. Chaque électeur recevra en amont, par la poste, le matériel électoral correspondant à son collègue et sa spécialité. Les CMEL seront convoquées entre le 12 et le 16 décembre, afin d'élire leurs présidents et vice-présidents. La première CME doit pouvoir se réunir début janvier 2012 pour élire son président et son vice-président et constituer ses sous-commissions. Un plan de communication accompagnera les élections (site Intranet dédié, affiches « voter, c'est simple comme une lettre à la poste », brochures). Les chargés de communication des groupes hospitaliers seront destinataires de tout le matériel.

XI. Approbation des comptes rendus des séances du 10 mai et 31 mai 2011

Les comptes rendus des séances du 10 mai et 31 mai 2011 sont approuvés à l'unanimité.

XII. Questions diverses.

M. DASSIER indique que l'arrivée d'une activité de chirurgie plastique à l'HEGP a été annoncée récemment. Il demande que ses conséquences logistiques et relatives aux ressources humaines soient anticipées pour le pôle anesthésie et traumatologie, ainsi que son impact sur les autres activités chirurgicales du site.

Le Président répond que ce projet a été initié par le Professeur Berche, doyen de l'université Paris 5, qui considère ce service comme indispensable pour sa faculté. Le bureau de la CME doit le rencontrer prochainement pour étudier la déclinaison pertinente de sa demande au niveau hospitalier. Pour l'instant, cette demande ne s'inscrit pas dans le cadre des restructurations correspondant au plan stratégique.

M. FAYE indique être favorable à l'arrivée de nouveaux services, mais il semble difficile d'accueillir une nouvelle activité alors que les urgences chirurgicales ne peuvent déjà pas être opérées dans une salle dédiée de jour.

Le Directeur de la Politique Médicale souligne que le projet est à l'étude. La partie médicale est pour l'instant incomplète. Il manque notamment une description précise de l'activité et des moyens afférents en PM et PNM. La faisabilité du projet n'est pas tranchée et est en cours d'analyse.

Mme MAUGOURD alerte la CME sur la problématique du logiciel ACTIC-IDOS. Une réunion du comité de pilotage fait apparaître une réduction budgétaire de près de moitié sur les crédits dédiés à la formation support et à l'accompagnement, ce qui réduit en conséquence l'équipe prestataire de maintenance. Or toutes les prescriptions sont informatisées, ce qui risque de dégrader les réponses apportées aux problèmes techniques.

Le Président demande à la Secrétaire Générale d'étudier la question.

Mme RICOMES l'invite à lui faire part du sujet par Email.

La séance est levée à 13 heures 10.

*

*

*

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

Mardi 13 septembre 2011 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 31 août 2011 à 16 heures 30

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.

Annexe

Nomination des chefs de pôle de l'AP-HP

Groupe hospitalier BICHAT, BEAUJON, LOUIS-MOURIER, BRETONNEAU, CHARLES RICHEL 15 pôles

BIOLOGIE PUI	Pr Hervé PUY
MORPHOLOGIE	Pr Pierre BEDOSSA
DIGESTIF	Pr Philippe RUSZNIEWSKI
COEUR VAISSEAUX	Pr Alec VAHANIAN POGHOSSI
THORAX VAISSEAUX	Pr Michel AUBIER
RECHERCHE SANTE PUBLIQUE ET INFORMATION MEDICALE	Pr Florence TUBACH
GERIATRIE	Dr Carole SZEKELY
ADULTES PROXIMITE	Pr Didier DREYFUSS
FEMMES ENFANTS	Pr Laurent MANDELBROT
ADDICTOLOGIE, GERIATRIE, PEDOPSYCHIATRIE, PSYCHIATRIE, MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (AGAPPP)	Pr Michel LEJOYEUX
UROLOGIE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	Pr Vincent DELMAS
MALADIES SYSTEMIQUE ET CANCEROLOGIE	Pr Thomas PAPO
TETE COU ORTHOPEDIE RACHIS	Pr Pierre GUIGUI
INFECTIEUX	Pr Patrick YENI
SUPRA	Pr Enrique CASALINO

Groupe hospitalier VILLEMEN PAUL-DOUMER

1 pôle

GERIATRIQUE	Dr Didier ELIES
-------------	-----------------

Groupe hospitalier ROBERT-DEBRE

5 pôles

CHIRURGIE ET ANESTHESIE	Pr Thierry VAN DEN ABEELE
PEDIATRIE MEDICALE	Pr Georges DESCHENES
GYNECOLOGIE ET PERINATALITE	Pr Jean-François OURY
BIOLOGIE, RECHERCHE, PRODUITS DE SANTE	Pr Michel PEUCHMAUR
PHYSIOLOGIE, IMAGERIE PEDIATRIQUE ET INFORMATION MEDICALE	Pr Guy SEBAG

Groupe hospitalier BICETRE, PAUL-BROUSSE, ANTOINE-BECLERE

10 pôles

NEUROSCIENCES, TETE ET COU	Pr Patrick HARDY
DES MALADIES DU FOIE, DE L'APPAREIL DIGESTIF ET URINAIRE	Pr Didier SAMUEL
FEMME, MERE, ENFANTS, ADOLESCENTS	Pr Denis DEVICTOR
IMMUNOLOGIE-INFECTIEUX-INFLAMMATION-ENDOCRINOLOGIE	Pr Jean-François DELFRAISSY
ORTHOPEDIE-URGENCE-REANIMATIONS-ANESTHESIE	Pr Dan BENHAMOU
GERIATRIE	Dr Edouard KAROUBI

THORAX
BIOLOGIE PATHOLOGIE PHARMACIE
IMAGERIE MEDECINE NUCLEAIRE
FEMME COUPLE EMBRYON ENFANT

Dr Florence PARENT
Pr Gérard TACHDJIAN
Pr Marie-France BELLIN
Pr Philippe LABRUNE

Groupe hospitalier SAN SALVADOR

2 pôles

HANDICAP ET POLYHANDICAP DE L'ADULTE
PEDIATRIE

Dr Marie-Christine ROUSSEAU
Dr Elisabeth GRIMONT

Groupe hospitalier HENDAYE

2 pôles

STRUCTURES ET ACTIVITES MEDICALES
MALADIES RARES ET TROUBLES DU COMPORTEMENT

Dr Brigitte SOUDRIE
Dr Denise THUILLEAUX

Groupe hospitalier AGEPS

2 pôles

PHARMACIE HOSPITALIERE HOPITAUX DE PARIS
ETABLISSEMENT PHARMACEUTIQUE - HOPITAUX DE PARIS

Dr Martine SINEGRE
Pr François GUYON

Groupe hospitalier HAD

4 pôles

SOINS ADULTES
MERE ENFANT
FILIERES ET SPECIALITES
SUPPORT

Dr Elisabeth BALLADUR
Dr Edith GATBOIS
Dr Taina LOUISSAINT
Dr Laurence DUME

Groupe hospitalier AVICENNE JEAN-VERDIER RENE-MURET

6 pôles

ACTIVITES CANCEROLOGIQUES SPECIALISEES
FEMMES ET ENFANTS
ACCUEIL-URGENCE-IMAGERIE
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES AMBULATOIRES ET
NUTRITIONNEL
MEDECINE SPECIALISEE ET VIEILLISSEMENT
BIOLOGIE - PRODUITS DE SANTE

Pr Dominique VALEYRE
Dr Eric LACHASSINNE
Pr Frédéric ADNET
Pr Christophe BARRAT

Dr Henri-Pierre CORNU
Pr Antoine MARTIN

Groupe hospitalier SAINT-LOUIS, LARIBOISIERE FERNAND-WIDAL

10 pôles

HEMATOLOGIE ONCOLOGIE RADIOTHERAPIE
PEAU REPARATION CUTANEE INFECTIOLOGIE
APPAREIL LOCOMOTEUR
NEUROSCIENCES - TETE ET COU
DIGESTIF-UROLOGIE- NEPHROLOGIE -ENDOCRINOLOGIE-
GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE
URGENCE
MEDECINE - GERIATRIE
BIOLOGIE ANATOMOPATHOLOGIE

Pr Hervé DOMBRET
Pr Martine BAGOT
Pr Philippe ORCEL
Pr Philippe HERMAN
Pr Denis GLOTZ

Pr Patrick HENRY
Pr Pierre-Jean GUILLAUSSEAU
Pr Dominique CHARRON

IMAGERIE
PRODUITS DE SANTE - EVALUATION - BLOCS OPERATOIRES

Pr Philippe SOYER
Dr Pierre FAURE

**Groupe hospitalier HENRI-MONDOR ALBERT-CHENEVIER,
EMILE-ROUX, JOFFRE-DUPUYTREN, GEORGES-CLEMENCEAU**

12 pôles

BIOLOGIE
FONCTIONS IMAGERIE ET THERAPEUTIQUE (FIT)
PHARMACIE PUI
RECHERCHE CLINIQUE THERAPEUTIQUE SANTE PUBLIQUE
INFORMATIQUE GESTION DES RISQUES INNOVATIONS
(ReSPIR Innov)
CANCEROLOGIE IMMUNITE TRANSPLANTATION -
INFECTIOLOGIE (CITI)
MEDECINE CHIRURGIE CARDIO VASCULAIRE (MCCV)
NEUROLOCOMOTEUR
ANESTHESIE REANIMATION
PSYCHIATRIE
MEDECINE INTERNE GERIATRIE GENETIQUE URGENCES ET
SPECIALITES (MINGGUS)
GERIATRIQUE DU VAL DE MARNE
GERIATRIQUE DE L'ESSONNE

Pr Jean-Michel PAWLOTSKY
Pr Alain RAHMOUNI
Dr Alain ASTIER
Pr Olivier MONTAGNE

Pr Pierre WOLKENSTEIN

Pr Jean-Pierre BECQUEMIN
Pr Pierre CESARO
Pr Jean MARTY
Pr Marion LEBOYER
Pr Jean-Louis LEJONC

Dr Olivier HENRY
Dr Jean-Guy PERILLIAT

Groupe hospitalier COCHIN HOTEL-DIEU BROCA LA COLLEGALE LA ROCHEFOUCAULT

10 pôles

IMAGERIE
BIOLOGIE PHARMACIE PATHOLOGIE
OSTEO ARTICULAIRE
GERIATRIE
THORACIQUE
PERINATOLOGIE, PERICONCEPTOLOGIE ET
GYNECOLOGIE
MEDECINE URGENCES PSYCHIATRIE
SPECIALITES MEDICO-CHIRURGICALES ET
CANCEROLOGIE
RECHERCHE CLINIQUE ET SANTE PUBLIQUE
OPHTALMOLOGIE ORL CHIRURGIE AMBULATOIRE ET
PLASTIQUE

Pr Paul LEGMANN
Pr Marc DELPECH
Pr Philippe ANRACT
Pr Anne-Sophie RIGAUD
Pr Marc SAMAMA
Pr Dominique CABROL

Pr Loïc GUILLEVIN
Pr François GOLDWASSER

Pr Philippe RAVAUD
Pr Antoine BREZIN

Groupe hospitalier HEGP - CORENTIN-CELTON VAUGIRARD

7 pôles

PSYCHIATRIE - ADDICTIONS
CANCEROLOGIE SPECIALITES
CARDIO VASCULAIRE, RENAL ET METABOLIQUE
AVAL GERIATRIE REANIMATION URGENCES MEDECINE
ANESTHESIE REANIMATION TRAUMATOLOGIE

Dr Béatrice LAFFY-BEAUFILS
Pr Daniel BRASNU
Pr Michel DESNOS
Pr Jacques POUCHOT-CAMOZ
Pr Denis SAFRAN

BIOLOGIE - PATHOLOGIE PUI HYGIENE
IMAGERIE -INFORMATIQUE EXPLORATIONS - RECHERCHE

Pr Laurent GUTMANN
Pr Gérard FRIEDLANDER

Groupe hospitalier RAYMOND-POINCARE BERCK AMBROISE-PARE SAINTE-PERINE

7 pôles

HANDICAP - REEDUCATION
BIOLOGIE PATHOLOGIE PUI MEDECINE LEGALE SANTE
PUBLIQUE
NEURO-LOCOMOTEUR
MEDECINE SPECIALISEE - INFECTION - INFLAMMATION
THORAX - VAISSEaux - DIGESTIF - METABOLISME
PEDIATRIE
MEDECINE GERIATRIQUE SPECIALISEE

Pr Philippe AZOUVI
Pr Jean-Louis GAILLARD
Pr Djillali ANNANE
Pr Christian PERRONNE
Pr Olivier DUBOURG
Pr Bertrand CHEVALLIER
Dr Bruno LE DASTUMER

Groupe hospitalier NECKER - ENFANTS MALADES

9 pôles

PEDIATRIE GENERALE ET PLURIDISCIPLINAIRE
MEDICO CHIRURGICAL PEDIATRIQUE
PERINATALOGIE ET CARDIOLOGIE PEDIATRIQUE
IMAGERIE
BIOLOGIE ET PRODUITS DE SANTE
HEMATOLOGIE IMMUNOLOGIE INFECTIOLOGIE
REIN OEIL COEUR
REANIMATION URGENCES ANESTHESIE
SANTE PUBLIQUE ET RECHERCHE CLINIQUE

Pr Jacques DE BLIC
Pr Yves AIGRAIN
Pr Yves DUMEZ
Pr Francis BRUNELLE
Pr Michel VEKEMANS
Pr Alain FISCHER
Pr Christophe LEGENDRE
Pr Gérard CHERON
Pr Jean-Marc TRELUYER

Groupe hospitalier TENON SAINT-ANTOINE ROTHSCHILD TROUSSEAU LA ROCHE GUYON

15 pôles

THORAX VOIES AERIENNES
URO NEPHROLOGIE
SPECIALITES
DIGESTIF
ONCO HEMATOLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE MEDECINE DE LA
REPRODUCTION
PERINATALITE
MPR ET GERIATRIE
URGENCES ET AVAL
PATHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
POLYHANDICAP PEDIATRIQUE
ODONTOLOGIE
BIOLOGIE
IMAGERIE
PHARMACIE SANTE PUBLIQUE INFORMATION MEDICALE

Pr Francis BONNET
Pr Eric RONDEAU
Pr Jean-Claude DUSSAULE
Pr Emmanuel TIRET
Pr Guy LEVERGER
Pr Jean-Marie ANTOINE
Pr Jean-Louis BENIFLA
Pr Philippe THOUMIE
Pr Dominique PATERON
Pr Isabelle CONSTANT
Pr Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR
Pr Bernard PICARD
Dr Michel VAUBOURDOLLE
Pr Yves MENU
Pr Fabrice CARRAT

Groupe hospitalier PITIE SALPETRIERE CHARLES-FOIX

pôles

CHIRURGIE NEPHRO UROLOGIE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE NEONATOLOGIE

Pr Yves CATONNE

ANESTHESIE REANIMATION URGENCES PNEUMOLOGIE
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES
GERIATRIE
MALADIE DU SYSTEME NERVEUX
CHIRURGIE NEUROSENSORIELLE
COEUR METABOLISME
BIOLOGIE MEDICALE ET PATHOLOGIE
INFECTIONS IMMUNITE INFLAMMATION
IMAGERIE
SANTE PUBLIQUE EVALUATION PRODUITS DE SANTE
ONCOLOGIE HEMATOLOGIE RADIOTHERAPIE SOINS
PALLIATIFS
GERIATRIQUE PARIS VAL DE MARNE

Pr Bruno RIOU

Pr Olivier LYON-CAEN

Pr Philippe CORNU

Pr Michel KOMADJA

Pr Brigitte AUTRAN

Pr François BRICAIRE

Pr Didier DORMONT

Dr François BOURDILLON

Pr Véronique LEBLOND

Pr Joël BELMIN