

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 11 DECEMBRE 2007**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 12 FEVRIER 2008**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 11 décembre 2007

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif réuni les 22 novembre et 4 décembre 2007.
- 2- Information sur les coordinations régionales de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine.
- 3- Information sur le modèle cible de gestion économique des structures médicales.
- 4- Avis sur l'orientation de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses pour l'année 2008.
- 5- Information sur la gestion de la dette.
- 6- Avis sur la modification du règlement de l'AP-HP.
- 7- Point sur la grande garde de neurochirurgie.
- 8- Avis sur un dossier de candidature sur les maladies rares.
- 9- Avis sur des cessions de terrains.
- 10- Avis sur des fiches de structures médicales.
- 11- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 12- Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2008.
- 13- Approbation du compte-rendu de la séance du 13 novembre 2007.
- 14- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la nomination d'un chef de service hors CHU, à titre provisoire.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur un renouvellement et deux premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers (JO du 20-10-2007).
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens des hôpitaux à temps partiel (JO du 28-10-2007).

Composition B

- Avis sur des demandes d'attribution d'une indemnité pour activité multi-établissements pour le personnel hospitalo-universitaire.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
 - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M. le Pr BERCHE, doyen,
 - M. le Pr SCHLEMMER, doyen ;

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. BOUILLANT, directeur de cabinet,
 - M. SUTTER, directeur-adjoint de cabinet,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier nord,
 - M. LAJONCHERE, directeur exécutif du groupement hospitalier est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

 - Mme le Dr BARBIER, direction régionale de l'action sanitaire et sociale d'Ile-de-France,
 - M. CHEVALIER, direction des affaires juridiques et du droit des patients,
 - M. le Pr DECQ, hôpital Henri Mondor,
 - Mme DEGENEVE, direction économique et financière,
 - M. GRIPON, direction économique et financière,
 - Mme PARIER, nouveau système d'information – domaine pilotage,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - M. ROZENBAUM, président du COREVIH-est d'Ile-de-France,
 - Mme le Dr SAUVAGNAC, direction de la politique médicale ;

- ***membres excusés :***
 - M. le Dr ALVAREZ,
 - Mme le Dr DESOUCHES,
 - M. FRONTINO,
 - Mme HENRY,
 - Mme le Dr LE HEUZEY,
 - M. le Pr RYMER.

La séance est ouverte sous la présidence de **M. CORIAT** qui procède à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I- Information sur les travaux du conseil exécutif réuni les 22 novembre et 4 décembre 2007.

Les travaux du conseil exécutif ont porté sur les sujets suivants, indique le **président**.

- L'allocation des ressources des établissements de santé.

Pour l'année 2008, l'allocation des ressources des hôpitaux sera basée sur une tarification à l'activité (T2A) à 100 %. Même si des coefficients de correction s'appliqueront durant quelques années, il faudra raisonner en termes de dépenses mais aussi de recettes et adopter des pratiques visant à atteindre l'efficacité.

Deux points à l'ordre de ce jour traitent de cette thématique.

- La révision des effectifs.

Il convient de faire évoluer la procédure actuelle de la révision des effectifs laquelle se révèle inadaptée. En effet, les hôpitaux effectuent leurs demandes de création d'emplois par autofinancement au mois de mars tandis que la CME les valide au mois de novembre. Or au cours de cette période, 30 % des candidats changent de position et en conséquence les hôpitaux orientent différemment leurs choix.

La révision des effectifs s'effectuera à échéances plus régulières qu'à présent, toutefois les modalités devront être discutées avec la direction des finances. Pour la révision en cours, la règle en vigueur sera maintenue.

Le directeur général, le vice-président et lui-même rencontreront les présidents des comités consultatifs médicaux le vendredi 14 décembre afin d'aborder le sujet de la nouvelle conjoncture économique et de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD). Il sera positif de leur déclarer que, concernant leurs demandes en autofinancement, l'Assistance publique – hôpitaux de Paris a fait cette année le pari de l'efficacité et de l'activité, les hôpitaux nourrissant d'importantes attentes sur ce point. Il est entendu que tout autofinancement sous réserve, sera soumis à l'avis de la direction des finances.

Le conseil exécutif mise sur l'avenir, aussi M. CORIAT espère que les résultats obtenus encourageront à continuer sur cette voie dans les prochaines années.

Lors de l'installation de la commission médicale d'établissement intervient le **directeur général**, une procédure adaptée a été mise en place afin de faire travailler ensemble la direction de la politique médicale, la CME et la commission temps et effectifs médicaux. Les orientations soumises à la CME au point 12 de l'ordre du jour sont partagées par la direction générale. Cependant, s'agissant des postes financés autour des maladies rares, les crédits sont ciblés avec des moyens définis et financés.

D'autre part, les postes autofinancés doivent avoir une réalité. La création d'un emploi de praticien hospitalier par transfert de demi-journées de praticiens attachés doit se fonder sur des demi-journées existant administrativement et sur des crédits dépensés durant l'année précédente. Lorsqu'elle émet un avis sous réserve, l'administration entend vérifier pour leur mise en place que les postes concernés disposent d'un réel financement, souligne M. LECLERCQ.

- La poursuite du recrutement de la chefferie du service de chirurgie digestive de l'hôpital européen Georges Pompidou.

Le **vice-président** rappelle que le directeur général et le président de la CME ont missionné la collégiale de chirurgie digestive aux fins de réaliser dans un premier temps, l'évaluation des candidatures et des projets. La deuxième étape se constituera du recueil de l'avis de l'hôpital européen Georges Pompidou en concertation étroite avec l'université Paris V, sur l'orientation du projet médical lequel devra s'inscrire dans la continuité du plan stratégique de ce service. Au cours de la troisième étape menée en parallèle de la deuxième, seront analysés les effets induits par les candidatures sur le site d'origine des candidats ainsi que les nécessités d'accompagnement de leurs projets en termes de spécialité et d'interrelation.

Rapporteur de la première étape, M. VALLEUR a composé au sein de la collégiale de chirurgie digestive un groupe de travail de quatre personnes reconnues par leurs pairs, appartenant à des groupements hospitaliers universitaires (GHU) différents et non concernés par cette chefferie de service, indique M. AIGRAIN. Ce groupe a analysé six projets, en a retenu deux soumis au vote de la collégiale. Celle-ci propose en première position, la candidature d'un PU-PH de chirurgie digestive à l'hôpital Paul Brousse et en seconde position, la candidature d'un PU-PH souhaitant venir à l'HEGP avec une partie de son équipe actuellement à l'hôpital Cochin.

Ces deux projets de nature différente s'inscrivent dans le projet médical du pôle d'oncologie de l'hôpital européen Georges Pompidou mais un seul comporte la transplantation hépatique. Toutefois, une telle activité peut entraîner des difficultés en termes d'adaptation du plateau technique de l'HEGP, d'offre de soins de transplantation hépatique en Ile-de-France et de projet médical à l'hôpital Cochin.

Jusqu'ici, aucune décision n'a été prise. Le conseil exécutif a simplement préparé la réflexion de la CME.

Depuis les travaux de la collégiale, le chef du service de chirurgie digestive de l'hôpital Ambroise Paré a fait part de son projet de s'installer avec son équipe à l'hôpital européen Georges Pompidou. Certes, ce projet s'inscrit dans l'axe oncologique de l'HEGP, est à l'évidence porteur d'une augmentation d'activité, mais provoquerait un vide à l'hôpital Ambroise Paré. En outre, la dimension des relations humaines au sein de l'équipe existante mérite d'être analysée en concertation avec les deux doyens concernés.

- Les demandes adressées au président de la CME.

Le **président** signale que les demandes, peu nombreuses, qui lui sont adressées émanent en général de collègues ou d'hôpitaux qui souhaitent des changements de chefs de services intérimaires. Il insiste sur le fait que ce type de problème est géré avec le président de CCM et le directeur de l'hôpital, dans le cadre d'un large consensus. Le conseil exécutif saisi directement par le demandeur ne se substitue pas à l'hôpital qu'il informe de cette saisine.

II- Information sur les coordinations régionales de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine.

L'information sur la mise en place de la coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) fait l'objet d'une présentation à deux voix (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Mme BARBIER indique d'abord que les COREVIH ont vocation à remplacer les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH). Différents rapports ont préconisé une telle évolution en raison de l'allongement de la durée de vie des patients, des nouveaux enjeux de prise en charge, du dépistage tardif et de l'intégration d'un certain nombre d'acteurs.

Organisation territoriale de référence, la COREVIH a pour objectif d'assurer la prise en charge globale (médicale, sociale, psychologique) des personnes infectées par le VIH et permet la collaboration des acteurs intra-hospitaliers et extra-hospitaliers, tout en préservant les acquis des CISIH.

Les COREVIH ont trois missions :

- la coordination des différents acteurs ;
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité, l'harmonisation des protocoles ;
- le recueil des données (données médico-économiques, DMI2, épidémiologie, caractéristiques du territoire).

Le lourd dispositif réglementaire confère une importante force juridique aux COREVIH qui comprennent des instances de fonctionnement en cours d'installation, soit quatre collèges dont les membres sont nommés pour quatre ans par le préfet de région.

Les COREVIH travailleront à l'élaboration du règlement intérieur, organiseront trois réunions plénières par an dont une en présence des directions régionales et départementales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS) et des agences régionales d'hospitalisation (ARH) et publieront un rapport d'activité.

- La démarche suivie en Ile-de-France.

Le pilotage de la COREVIH par la DRASS s'exerce en lien avec les DASS, le siège de l'AP-HP, la direction de la politique médicale et les coordonnateurs des ex CISIH. L'Ile-de-France passe de neuf CISIH à cinq COREVIH, les hôpitaux-sièges relevant de l'AP-HP. Pour se conformer à l'esprit de la réforme, les critères retenus pour la nomination des membres s'attachent :

- au respect de la diversité des métiers et des missions ;

- à la réponse aux besoins spécifiques de la région et aux caractéristiques épidémiologique ;
- à l'équilibre géographique et institutionnel ;
- à la cohérence avec le plan de santé publique, avec le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et entre les cinq COREVIH,

les associations s'étant concertées afin de mettre en place une mobilisation interassociative.

L'Ile-de-France est la seule région qui comporte un nombre élevé de COREVIH, soit cinq, ceci est lié à la réalité de l'épidémie puisque la moitié des malades du pays y vit. Afin de rechercher des solutions pour les sujets transversaux et d'assurer les échanges entre les COREVIH, une inter-COREVIH a été proposée et se mettra en place.

Aux moyens préexistants des ex CISIH, ont été accordés des moyens supplémentaires attribués dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'AP-HP et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), sur des critères de file active.

Les COREVIH, après l'installation de leurs instances (bureau) travailleront de façon autonome. Un comité de suivi national piloté par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) est chargé de suivre la montée en charge et la mise en œuvre de la réforme.

Pour sa part, **M. ROZENBAUM** souligne une certaine inégalité dans la répartition des COREVIH en Ile-de-France. Il tient à faire passer le message que les COREVIH ne se réduisent pas à l'AP-HP, même si leurs moyens ont été accordés à des établissements sièges qui se situent pour l'Ile-de-France au sein de l'institution. Ces moyens seront également employés pour des structures ne faisant pas partie de l'AP-HP aussi, au plan de la gestion, il faudra conclure des conventions spécifiques entre les établissements.

Puis il mentionne les principales tâches des COREVIH, notamment le développement des outils de communication, la coordination des acteurs et des actions, avant de lister les divers acteurs.

Les COREVIH seront évaluées sur la base d'indicateurs et travailleront à l'harmonisation des pratiques et à la qualité des soins.

En conclusion, ces nouvelles structures financées par des MIGAC COREVIH ont une fonction de coordination sans production directe de soin ; elles associent des partenaires médicaux, socio-psychologiques et associatifs, ainsi que des structures hospitalières appartenant ou non à l'AP-HP, des structures de prise en charge extra-hospitalières et d'hébergement. Enfin, l'évaluation de l'offre de soins s'avère à la fois quantitative et qualitative.

M. CAPRON s'interrogeant sur l'éventuelle nécessité d'être agréé auprès des COREVIH pour soigner l'infection VIH, **M. ROZENBAUM** informe qu'aucune labellisation des services n'est prévue. Les COREVIH réunissent toutes les personnes qui travaillent autour du VIH, qu'il s'agisse des secteurs médical, biologique, social ou socio-psychologique et participeront à l'évaluation quantitative et qualitative et à l'harmonisation. Ces personnes ont intérêt à rejoindre les coordinations afin d'homogénéiser leurs pratiques et de bénéficier de leurs services.

Suite à une question du **président** portant sur les modalités de valorisation de l'activité de l'AP-HP liée au VIH, **M. ROZENBAUM** précise que chaque structure valorisera son activité en fonction des règles habituelles. La coordination a pour but de créer des liens dans la prise en charge des patients et d'harmoniser les pratiques. Toutes les démarches des COREVIH doivent permettre de développer des actions spécifiques correspondant aux enjeux identifiés. Ces structures constituent davantage un outil fonctionnel que celui de gestion financière. La coordination devrait cependant permettre une optimisation des ressources. Il s'agit d'un pôle qui sort des murs de l'hôpital sans produire d'activité ni de soin.

La COREVIH, indique **Mme BARBIER**, aura la responsabilité de lister l'ensemble de l'offre disponible sur le territoire de rattachement. Elle peut notamment axer son action sur l'amélioration de l'accès au dépistage, les patients étant souvent dépistés trop tard. Il existe pour les COREVIH des enjeux en termes de morbidité et de mortalité des patients. En ce qui concerne le calendrier, l'installation des COREVIH s'achèvera à la fin de l'année.

III- Information sur le modèle cible de gestion économique des structures médicales.

La parole est donnée à **Mme PARIER** pour exposer le modèle d'organisation et de description des structures à mettre en place dans le cadre du nouveau système d'information, travail réalisé avec l'ensemble des directions fonctionnelles du siège et en particulier le domaine patient (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Le format actuel des structures conforme au référentiel ISIS 2, illustré par l'exemple d'un pôle fictif, révèle des difficultés concernant notamment le prêt de lits et les souhaits de mutualisation.

Dans ce contexte, les objectifs du modèle cible visent :

- une plus grande souplesse du modèle ;
- une meilleure prise en compte de la mutualisation des moyens ;
- la responsabilité médicale en tant qu'axe d'organisation.

L'élaboration du schéma comprend trois dimensions :

- le patient est localisé ;
- il est pris en charge par une équipe médicale ;
- le système d'information suit l'activité et les dépenses résultant de ces deux étapes.

De ces dimensions découlent les axes :

- d'organisation permettant de suivre la responsabilité et l'activité médicales ;
- de gestion concernant le traitement de l'information médico-économique ;
- de localisation géographique permettant de suivre les flux physiques et logistiques.

Puis Mme PARIER décrit l'exemple du pôle fictif organisé sur la base du nouveau schéma cible.

En conclusion, elle indique que l'installation de ce modèle est envisagée dans le cadre du nouveau système à partir du 1^{er} janvier 2009. En parallèle se met en place une gestion collégiale des structures au niveau central avec un socle de directions fonctionnelles. Enfin, l'outil informatique cible a vocation à permettre de gérer les trois axes de ce nouveau référentiel.

Le **président** ouvre la discussion en demandant si la commission des structures, lorsqu'elle valide une structure médicale, doit prendre en compte l'axe de gestion ou se limiter à l'organisation médicale.

Ce modèle peut apporter à l'AP-HP un gain en termes de souplesse et d'adaptation, estime **M. HARDY** qui souligne la nécessité de pouvoir établir des liens forts entre les trois axes indépendants identifiés. Il lui paraît important de pouvoir, à partir d'une structure de responsabilité médicale, afficher les axes de gestion et de localisation.

En ce qui concerne le rôle de la commission des structures, elle ne dispose pas de la compétence nécessaire pour valider tout le dispositif (la localisation, la gestion, les soins) au niveau de la structure. En revanche la commission souhaite, lorsque des changements de structure lui sont proposés, que l'hôpital ait déjà travaillé en amont sur la base du modèle présenté ce jour. **M. HARDY** précise que des acteurs du domaine pilotage du NSI participent aux réunions préparatoires de la commission des structures.

Compte tenu de la taille des structures et des difficultés d'affectation du personnel non médical, **M. LYON-CAEN** craint que ces unités de gestion ne solidifient une situation souhaitée plus mobile. Aussi, il s'inquiète des conséquences sur le modèle cible lorsque le personnel non médical se trouve provisoirement affecté dans une autre unité de gestion et s'interroge sur la nécessité de procéder à un tel fractionnement.

Mme PARIER précise que le modèle conserve pour base l'unité de gestion pour le personnel non médical. Toutefois, cela ne préjuge pas de l'organisation installée par le responsable de pôle, en termes de fluidité et de mise en commun des moyens. Les structures permettent le suivi et la paie du personnel non médical, indépendamment de l'organisation. Sur ce point précis, le modèle cible s'inscrit dans la continuité du modèle actuel, l'organisation n'étant pas contrainte par le modèle. En outre, il s'avère possible de configurer les unités de gestion à volonté, en réunissant les moyens communs et mutualisés. Le nouveau modèle, par son nombre de regroupements plus réduit, encourage la mutualisation des moyens.

Puis **M. LYON-CAEN** désirant savoir s'il est possible que dans une structure composée de plusieurs unités fonctionnelles, l'unité de gestion soit rattachée à une seule unité fonctionnelle afin de rendre la répartition du personnel plus souple, **Mme PARIER** explique la logique du nouveau modèle décliné en trois axes. On dispose de moyens recensés au niveau de l'unité de gestion, ces moyens sont utilisés par les équipes médicales décrites au travers des unités fonctionnelles et des unités techniques et ces équipes médicales utilisent les moyens mis à disposition dans le cadre de l'axe de gestion. Le nouveau modèle tend à rendre plus aisée l'utilisation commune de moyens, tout en permettant de pleinement restituer l'information sur l'activité médicale des équipes, non possible actuellement.

Selon **M. LEVERGE**, il s'agit de créer des unités de gestion (UG) au sein du pôle en démantelant la structure interne que constitue le service. A plusieurs reprises, il a dénoncé cette organisation, légitime dans ses objectifs mais non forcément fonctionnelle au quotidien. En effet, si un tel système se révèle légitime dans un département où existe une thématique médico-chirurgicale unique commune, le mot mutualisation possède un sens. Si au contraire, les pôles sont constitués de façon disparate, la notion d'UG, qui se rattache uniquement au pôle en vidant le service de sa légitimité thématique, constitue un outil qui paraît à **M. LEVERGE** non conforme à la réalité médicale et aux orientations médicales. Il s'accorde avec cette organisation si elle s'adapte à des pôles homogènes.

Tandis que tous les membres de la CME sont convaincus de l'importance du service dans l'organisation des soins, le **président** témoigne de la difficulté rencontrée par des services pour hospitaliser un malade dans un service voisin, ainsi que de la frustration ressentie par le personnel de ce service face à l'impossibilité de comptabiliser à son profit l'activité liée à ce malade.

Le modèle cible permettra de conserver l'organisation médicale basée sur le service et le chef de service, en particulier pour le recrutement et l'animation du personnel médical et l'organisation des activités médicales. Il favorisera également la fluidité dans le fonctionnement, à la satisfaction des patients. Le président espère que le système d'information aidera chaque service à retrouver son activité et ainsi justifier ses demandes en personnel et en moyens.

Suite à une question de **M. CARLI** relative à l'identification possible par ce système d'une activité répartie sur deux hôpitaux, **Mme PARIER** explique que le cahier des charges qui a mené à ce modèle, imposait la possibilité de gestion de pôle interhospitalier. Elle travaille à l'identification des activités réparties sur plusieurs établissements. Puis elle confirme à **Mme BRESSAND** qu'entrent dans le calcul du coût de l'activité d'un service, les journées travaillées par le personnel paramédical ponctuellement déplacé d'un autre service.

IV- Avis sur l'orientation de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses pour l'année 2008.

M. GUIN procède à la présentation, obligation réglementaire, du rapport préliminaire qui constitue une première étape dans la préparation de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses au titre de l'exercice 2008 (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME). Le processus d'élaboration de l'EPRD, commencé avec les conférences budgétaires, aboutira à une présentation devant la CME et le conseil d'administration au printemps prochain.

Il rappelle l'actualisation de la prévision de clôture de l'exercice 2007 avec l'EPRD modificatif voté en octobre dernier et mentionne le risque d'une activité inférieure à celle prévue qui se traduirait par une réduction des recettes évaluée entre 10 millions d'euros et 15 millions d'euros par rapport aux prévisions.

Les enjeux de l'année 2008.

Le principal enjeu découle du passage à un régime de financement à 100 % à l'activité pour le court séjour. Tandis qu'elle permet d'obtenir une visibilité forte sur la conduite de la réforme et d'espérer tirer le plus grand avantage de l'augmentation d'activité attendue sur les prochaines années, cette décision comporte la difficulté de gérer la convergence en 100 % T2A. En outre, ce nouveau régime de financement entraîne une élasticité accrue des recettes à l'activité de court séjour et un écart défavorable par rapport aux prévisions de l'ordre de 1 % sur l'activité coûtera à l'AP-HP 25 millions d'euros en 100 % T2A.

Par ailleurs, l'année 2008 connaît un changement fondamental dans la construction budgétaire à travers le passage d'une logique de moyens à une logique de pilotage par le résultat, qui se déclinera à la fois au niveau central de l'AP-HP et de chacun de ses hôpitaux. Les conférences budgétaires s'attachent à fixer des objectifs en termes de résultat, en intégrant des prévisions d'activité, de recettes et de dépenses et en sortant de la logique de crédits et de dépenses.

La réforme de 100 % T2A s'accompagne de la mise en place d'un coefficient de transition dégressif jusqu'en 2012 qui permettra de lisser sur cinq ans les efforts à réaliser en terme de convergence. En conséquence, l'AP-HP doit s'organiser afin d'absorber d'ici à 2012 la totalité de l'écart de convergence.

Après avoir expliqué le dispositif de transition, M. GUIN note que ce nouveau régime modifiera la structure des recettes de l'AP-HP. Ainsi, sur un budget de 6,010 milliards d'euros en 2007, on trouve une partie dite stable de dotation annuelle complémentaire représentant 1,546 milliard d'euros. Cette dotation, la plus importante perçue par l'AP-HP, disparaîtra au 1^{er} janvier 2008 au moment du passage au 100 % T2A.

Les autres dotations, dont celle des MIGAC qui représente près d'un milliard d'euros, ne sont pas impactées par la réforme. Actuellement, l'AP-HP prépare avec l'ARH les discussions qui visent à tirer un meilleur parti des ressources MIGAC par la reconnaissance des spécificités de l'institution. La réforme des MERRI applicable à partir de 2008 sera par ailleurs favorable à l'AP-HP.

Le coefficient de transition de l'AP-HP, calculé à 1,07, lui est favorable mais appelé à diminuer dès le 1^{er} mars 2008.

La conclusion.

M. GUIN souligne le contexte de construction de l'EPRD 2008 particulièrement exigeant. Les principales contraintes, notamment la fin de l'accompagnement financier de la tutelle, la tendance de l'augmentation soutenue des dépenses en personnel, de frais financiers et d'amortissement, pourraient aboutir à un déficit si l'AP-HP n'engageait pas une politique de développement de son activité, de maîtrise des coûts et de recherche d'efficacité. Les recettes attendues de la mise en œuvre de la réforme des MERRI amélioreront les ressources de l'AP-HP au titre des missions d'enseignement et de recherche, à hauteur de 26 millions d'euros sur quatre ans (dont 4 millions d'euros en 2008).

Trois points seront au cœur de la construction de l'EPRD 2008 :

- le pilotage renforcé et volontariste en matière d'activité, l'un des piliers de la stratégie de convergence et de la recherche d'efficacité ;
- la poursuite des efforts en matière de maîtrise des coûts ;
- la maîtrise des comptes et de l'équilibre budgétaire afin de pouvoir continuer à soutenir la politique d'investissement, en respectant le rythme du plan stratégique et le cadrage financier.

Au terme de l'exposé, le débat s'engage.

Le **vice-président** insiste sur l'enjeu du mode de financement en T2A à 100 % : continuer à permettre de financer les projets d'investissement et à favoriser l'innovation et la rénovation de l'institution. Des efforts d'efficacité doivent naître afin de réaliser des économies de coûts par des concentrations ou des analyses de situation et aussi d'étudier chacun des verrous qui empêchent l'activité de se développer pleinement.

Alors que les directions hospitalières ont compris la nécessité d'augmenter l'activité pour pouvoir bénéficier d'investissement, le **président** souhaite connaître les causes de blocage de l'augmentation de l'activité.

M. FAGON confirme que tous les acteurs ont compris la double contrainte entraînée par la conjonction de la dernière année d'un plan de retour à l'équilibre et de la première année d'un plan de convergence.

Il convient d'analyser de façon précise pourquoi les objectifs d'activité n'ont pas été atteints en 2007 ; pour un certain nombre de sites, on observe un écart important entre l'activité prévue et celle réalisée. Par conséquent, les prévisions d'activité pour 2008 s'avèrent davantage pessimistes qu'en 2007. Cette situation complexifie les conférences budgétaires.

Cependant, il peut se produire des blocages sur certains hôpitaux car le pilotage par la masse salariale et par le résultat constituent des modes de fonctionnement difficiles à acquérir. Pour autant, **M. FAGON** n'a pas perçu de blocage réel de la part des établissements. Des engagements ont été pris en vue d'obtenir, dans les semaines à venir, les arbitrages non conclus en conférence budgétaire.

Au niveau du secteur gériatrique, **M. SEBBANE** observe que la circulaire frontière sur l'hôpital de jour induira probablement un manque de recettes et une évolution vers le court séjour, lequel se développe de façon importante, et vers les soins de suite et de réadaptation (SSR) dont l'activité doit être mise en perspective avec l'instauration de la T2A SSR, celle-ci risquant d'entraîner une problématique sur la durée moyenne des séjours. Ce facteur peut avoir des effets dévastateurs qui concernent tous les patients.

Alors qu'on encourage la création de lits de soins de suite et de réadaptation, **M. SEBBANE** considère que les conférences budgétaires pourraient fournir l'occasion de réorienter l'installation de ces lits au profit de lits de court séjour.

Ce propos résume parfaitement un des enjeux de la construction de l'EPRD 2008, note **M. GUIN** qui souligne la complexité pour gérer un système à 100 % T2A pour le court séjour et à 0 % T2A pour les SSR et la psychiatrie. Le système de financement du court séjour encourage à développer l'activité et les capacités alors que le système de dotation globale incite à agir à l'inverse. On doit débattre du rythme et des conditions de mise en œuvre des ouvertures et réouvertures de lits prévues en 2007 dans le cadre du plan stratégique. Ce sujet fera l'objet d'un arbitrage à l'issue des conférences budgétaires, en fonction du bilan économique de ces activités.

Il semble à **M. HARDY** que dans les années précédentes, les prévisions d'activité n'étaient pas fondées sur la réalité du terrain, aussi convient-il de se rapprocher des directions hospitalières afin d'ajuster au mieux les prévisions à la réalité. Il voudrait savoir si l'administration centrale demandera aux hôpitaux de justifier leurs chiffres et quelles actions seront engagées pour améliorer les résultats. Il craint que la méthode de prévision d'activité ne soit pas homogène d'un établissement à l'autre.

M. GUIN précise qu'avant la conférence budgétaire, chaque hôpital effectue un travail approfondi avec la direction des finances, le département à l'information médicale (DIM) et les responsables de pôles et de services afin de circonscrire au plus près les potentiels de développement d'activité. Ce travail se poursuit par un dialogue avec le siège, en particulier avec le département de l'information médicale qui réalise une analyse technique par service et par pôle afin de comprendre les caractéristiques de l'activité de l'exercice en cours et de déterminer le potentiel d'activité tendanciel, à partir d'outils tels que les taux d'occupation des lits et les indices de performance. Ensuite, on se base sur la masse des projets de développement présentés par les hôpitaux avant d'arrêter pour chacun d'eux une prévision d'activité.

En raison du caractère difficile de ce travail au regard des aléas, la direction des finances, la direction de la politique médicale, le DIM et les hôpitaux cherchent en permanence à optimiser leur méthode de prévision, indique **M. GUIN**.

La prévision d'activité d'un établissement résulte de la prévision d'activité de chacun de ses pôles, ajoute **M. FAGON**. Les prévisions feront l'objet d'un suivi. Chaque responsable de pôle générateur d'activité en terme de groupes homogènes de séjour (GHS) recevra une feuille de route pour 2008.

Le **président** informe que la CME disposera du compte rendu de l'ensemble des conférences budgétaires au début de l'année 2008. Les principales problématiques et les enjeux y seront exposés.

Selon **M. LEVERGE**, la logique du nouveau système de financement oriente l'AP-HP vers une production privée des soins même si les objectifs de l'institution s'avèrent autres, socialement et philosophiquement. En effet, un certain nombre de pays du nord de l'Europe qui avaient choisi la voie de la tarification à l'activité font désormais marche arrière.

En outre, il lui semble que l'application du coefficient de correction constitue un nouveau plan de retour à l'équilibre. La communauté hospitalière, sur le terrain, a atteint un degré de résignation à la privation qui paraît dangereux à l'intervenant et non compatible avec une volonté d'augmenter l'activité. Il demande s'il est prévu d'expliquer à la communauté hospitalière que l'AP-HP passera du plan de retour à l'équilibre à un plan de convergence qui lui équivaut et dont **M. LEVERGE** s'enquiert du montant.

Par ailleurs, il s'interroge sur la réaction de l'institution si l'activité n'augmentait pas. La prévision d'augmentation de 1 % par an lui paraissant optimiste et guère possible, il pense que l'AP-HP devrait reconnaître qu'elle n'a pas les moyens de sa politique.

Les délais d'intervention des patients s'échelonnent d'un à six mois en région parisienne et davantage en province déclare **Mme Brigitte GIRARD**. Elle estime que la réduction de ces délais, lesquels ne dépendent pas de la volonté du chirurgien ou du patient mais de la disponibilité des salles d'opération ou des lits, constitue un important gisement d'activité. L'AP-HP forme un magnifique ensemble hospitalier où se réalisent de nombreuses opérations n'existant pas dans le secteur privé.

Il semblerait que l'AP-HP ne disposerait pas des moyens de sa politique et **Mme Brigitte GIRARD** demande s'il est préférable de ne pas travailler davantage afin de ne pas engager de dépenses supplémentaires. Dans le cas contraire, il importe d'accorder une liberté supérieure à la gestion du personnel paramédical et d'encourager le personnel médical (chirurgiens, anesthésistes, aides-soignants) dont l'action est le pivot à ce surcroît de travail.

Pour **M. CARLI** les présidents des comités consultatifs médicaux nourrissent des craintes vis-à-vis de la valorisation de l'activité. En effet, si l'activité progresse en général, est-il sérieux de penser que l'activité des secteurs structurellement déficitaires augmentera également. La volonté de bien faire en intensifiant l'activité risque paradoxalement de pénaliser les domaines où le coût de l'activité s'avère proportionnel à son développement. Il lui semble préférable de financer des activités coûteuses au moyen d'activités moins coûteuses dont un certain nombre mérite une revalorisation. En parallèle, il importe de poursuivre la lutte afin que les domaines d'activités à la rémunération inférieure aux dépenses, bénéficient d'une révision du GHS.

Du point de vue de **M. DASSIER**, il serait souhaitable que les feuilles de route soient communiquées à l'ensemble de la communauté hospitalière afin qu'elle se mobilise. Ainsi, au terme d'un an, on pourra apprécier le retour sur investissement. Une communication sur le sujet sera nécessaire pour confirmer ou infirmer les choix d'objectifs, tant au niveau de la base qu'au niveau des décideurs.

D'autre part, les blocs opératoires doivent devenir un pôle autonome, engageant directement dans leur organisation et leur efficacité les directions d'établissement. Ce pôle autonome alors en place, contractualise avec les autres pôles de l'établissement l'achat de temps opératoire.

Tout d'abord, il convient de considérer les dispositifs de soins des pays nordiques dans leur ensemble et non du seul point de vue de la T2A, déclare le **directeur général**. Ensuite, le personnel n'a pas à être résigné ; publiques ou privées, toutes les entreprises doivent fonctionner selon un processus dynamique établi en fonction des besoins de santé, de la concurrence, etc. Après avoir mentionné une série d'éléments constructifs destinés à développer l'activité :

- la prise de décisions relatives à certaines catégories de personnel afin d'améliorer le recrutement au sein des blocs opératoires ;
- l'informatisation massive des blocs opératoires ;
- la démarche engagée pour y faire coïncider les horaires des personnels de consultation paramédicaux et ceux des médecins assurant les consultations,

M. LECLERCQ estime que dans un tel contexte, la résignation doit laisser la place au volontarisme.

La direction générale s'emploie à développer et à financer des moyens permettant d'améliorer la situation, la T2A à 100 % s'appliquant. Des pistes de développement existent et la volonté de la gouvernance tend à supprimer tous les points de blocage, en particulier l'état d'esprit de résignation. Le président et le vice-président de la CME, MM. GUIN et FAGON et lui-même, ont la ferme volonté de développer l'activité de l'AP-HP qui en possède les moyens. Tandis qu'un des plus importants CHU de France subit actuellement une baisse d'activité de 3 %, l'AP-HP parvient au contraire à maintenir une évolution positive de la sienne même si on souhaite que la progression soit plus importante. Aussi doit-on y travailler tous ensemble.

Enfin, les feuilles de route des pôles se révèlent essentielles car elles réunissent les objectifs et les crédits qui y sont liés. Elles supposent un nouveau suivi afin de vérifier l'adéquation entre les recettes et les dépenses. La direction générale ne peut développer l'activité qu'avec l'appui de la gouvernance médicale, le conseil exécutif, la présidence de la commission médicale d'établissement, les présidents de CCM et les responsables de pôles.

A la collégiale des présidents de CME, le **président** observe les problématiques des CHU de France. Ainsi, constate-t-il que l'AP-HP dispose d'atouts permettant de gagner le pari de la nouvelle organisation dont sont dépourvus d'autres établissements confrontés au dilemme de développer l'activité tout en faisant face à une spirale de dépenses. L'AP-HP possède des marges de manœuvre pour gagner son pari. La nouvelle organisation a pour finalité de maintenir l'unité de l'institution et de préserver l'ensemble de ses missions, y compris les plus ambitieuses (l'innovation thérapeutique, la recherche...).

Selon **M. GARABEDIAN**, les grands groupes privés n'hésitent pas à engager des restructurations lourdes et rapides. En sa qualité de président de CCM, il évoque les restructurations intrahospitalières. Certains collègues remarquent souvent qu'un investissement en travaux améliore l'efficacité et l'activité. Il cite en exemple l'hôpital Armand Trousseau qui connaît un déséquilibre budgétaire, son organisation architecturale en pavillons se révélant coûteuse en termes de personnel et d'efficacité. Or, les déficits ne permettent pas d'effectuer des investissements conséquents.

En effet, l'investissement constitue un levier de l'amélioration de l'efficacité de l'AP-HP, déclare **M. GUIN**. Concernant l'hôpital Armand Trousseau, une logique d'investissement peut contribuer en partie à apporter des solutions. Par ailleurs, tous les investissements doivent être guidés par la recherche de l'amélioration de l'efficacité, à la fois en termes d'objectifs et de conduite de projets.

Parmi les éléments freinant l'augmentation de l'activité, **M. MUSSET** souligne d'une part, les difficultés des hôpitaux à recruter des personnels non médicaux entraînant des fermetures de lits, d'autre part, la fuite des médecins hospitaliers vers les structures privées. Il faudrait étudier ce phénomène qui s'amplifie et trouver des mesures incitatives afin de corriger cette baisse de l'attractivité de l'AP-HP.

Après avoir rappelé les modalités pénalisantes du recrutement des praticiens hospitaliers qui induit le désistement d'un tiers des candidats, le **président** indique qu'il souhaite travailler d'une part à un dispositif de recrutement effectué à mesure des besoins, d'autre part avec **M. DASSIER** à activer davantage la commission vie hospitalière.

La gestion du personnel médical, et plus particulièrement du temps médical, s'annonce difficile pour l'institution dans les années qui viennent, notamment à partir de 2011 intervient **M. FAGON**. Face à la pénurie de médecins, le secteur privé accordera à son recrutement des moyens supérieurs à ceux de l'AP-HP laquelle devra imaginer des moyens plus attractifs et surtout fidéliser le personnel médical. Actuellement, on explore un certain nombre de pistes comme celle de l'installation de crèches. Des mesures accordées jusqu'ici au personnel non médical devront être étendues au personnel médical.

En ce qui concerne le financement de la recherche, on devra également trouver des solutions pour attirer et fidéliser les jeunes collègues et éviter le départ des plus anciens. Ce travail de rénovation du recrutement doit impérativement commencer en 2008 afin de disposer d'un plan pour 2011 lorsque la courbe démographique des médecins s'inversera à la baisse.

M. FAYE suggère à **M. GUIN** de mettre en perspective l'EPRD 2008 dans l'évolution du plan stratégique pour savoir s'il s'inscrit dans une volonté d'épure ou si des déviations d'ordre structurel ou conjoncturel apparaissent par rapport à l'orientation initiale.

Par ailleurs, si le niveau d'activité se révèle décevant, il convient de clairement l'annoncer et l'expliquer. Après avoir suivi un plan de retour à l'équilibre, les hôpitaux vont devoir effectuer un plan de convergence. Représentant les praticiens, la CME doit communiquer afin de mieux faire comprendre et accepter le plan de convergence.

Il importe effectivement de replacer l'EPRD 2008 dans le contexte du plan stratégique, acquiesce **M. GUIN** précisant que le plan de retour à l'équilibre budgétaire s'achèvera en 2008 et que le plan de convergence se base sur d'autres fondements. Ce dernier intégrera la logique de résultat et du pilotage activité-recettes-dépenses, et d'autre part, il s'avère indispensable qu'il soit élaboré puis mis en œuvre, sur la base d'une coopération entre la communauté administrative et la communauté médicale.

Par ailleurs, des vacances de postes de personnel paramédical subsistent. Des plans visant à favoriser les recrutements d'infirmiers de blocs opératoires diplômés d'Etat (IBODE) ont été mis en place. M. GUIN rappelle que la tendance d'évolution de la masse salariale demeure proche de 3 % par an, supérieure à l'évolution des recettes. L'enjeu sera de favoriser le recrutement où le renforcement de l'activité l'exigera et de piloter les dépenses de personnel selon une logique intégrant la masse salariale et le compte de résultat. L'administration prendra éventuellement la décision de réaffecter des moyens dans les domaines où l'activité se développe.

La CME approuve par 48 voix pour et 3 abstentions le rapport préliminaire de l'EPRD relatif à l'exercice 2008.

V- Information sur la gestion de la dette.

Mme DEGENEVE présente les besoins de financement de l'institution (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Elle évoque d'abord les besoins de financement du court terme au long terme, décrit brièvement les instruments du financement et les principes qui guident la gestion de la dette, avant d'expliquer que les besoins de financement de l'investissement et de l'amortissement de la dette passée déterminent, après la prise en compte de la capacité d'autofinancement, le niveau d'emprunt à souscrire pour équilibrer le tableau de financement 2007.

A ce stade, le besoin d'emprunt de l'AP-HP est estimé à 277 millions d'euros pour l'année 2007. Il sera plus élevé en 2008 en raison du remboursement de l'emprunt pour l'hôpital européen Georges Pompidou (l'amortissement 2008 représentera près de 170 millions d'euros, contre 75 millions d'euros en 2007) et de la croissance des dépenses d'investissement liée à la fin du plan stratégique. L'impact de ce niveau d'emprunt apparaîtra sur les frais financiers. A titre de comparaison, 100 millions d'euros d'emprunt supplémentaire représentent environ 4,5 millions d'euros de frais financiers (soit plus de cent emplois).

La dette de l'AP-HP devrait s'élever à 1,175 milliard d'euros fin 2007 contre 1 milliard d'euros fin 2006. Le ratio d'endettement (le rapport de la somme des dettes aux recettes du compte d'exploitation) atteindra 18,5 % en 2007. En fin de plan stratégique, ce taux d'endettement atteindra 27 %, un taux d'endettement de 30 % constituant un seuil d'alerte pour un établissement hospitalier.

Pour sa part, **M. GRIPON** expose que la dette s'élevait à 1,002 milliard d'euros en 2005, à 1,004 milliard d'euros en 2006, à comparer à 1,175 milliard d'euros prévu fin 2007. La charge de frais financiers repart à la hausse. Le taux d'intérêt moyen de la dette globale devrait atteindre 4,24 % fin 2007.

Par ailleurs, la direction des finances travaille au lissage du capital restant dû sur toute la durée de remboursement de la dette, jusqu'à 2036.

Pour conclure, **Mme DEGENEVE** signale que les taux de financement de la dette sont inférieurs à ceux de la plupart des opérateurs publics comparables à l'AP-HP.

Le **président** se félicite pour la façon pertinente dont la dette est gérée.

La dette de l'AP-HP permet de financer ses investissements souligne **M. FAYE**. L'endettement pour un service public n'étant pas conforme aux directives de l'Etat, l'AP-HP doit donc démontrer qu'elle gère efficacement sa dette. Il lui paraît important que la CME soit informée au même titre que le conseil d'administration sur les bases de la politique d'investissement de l'AP-HP pour les années à venir.

VI- Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP.

Le règlement intérieur de l'AP-HP fait l'objet de modifications induites par les décrets du 30 octobre et du 13 novembre 2007 présentés respectivement par M. CHEVALIER et Mme PORTENGUEN (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Le décret relatif à l'AP-HP.

Le décret portant sur la gouvernance de l'AP-HP, publié le 30 octobre 2007, est entré en vigueur immédiatement, indique **M. CHEVALIER**, et appelle à modifier le règlement intérieur sur plusieurs points.

Les groupements hospitaliers universitaires (GHU) créés au sein de l'AP-HP apparaissent désormais dans le code de la santé publique. Leurs missions concernent l'organisation de l'offre de soins et la préparation des conventions hospitalo-universitaires. La mission des directeurs de GHU est également précisée d'un point de vue réglementaire et reprise dans le règlement intérieur comme suit : « *Les directeurs de GHU coordonnent l'activité des hôpitaux au sein de leur GHU* ».

Les modifications portant sur le conseil d'administration : un représentant supplémentaire des usagers siègera désormais au conseil d'administration qui obtient également de nouvelles attributions, concernant notamment la mise en place de la nouvelle gouvernance avec la création des pôles.

La création du conseil exécutif local (CEL) a été introduite dans le règlement intérieur par anticipation.

La composition et les nouvelles compétences des instances locales hospitalières : la composition et les compétences du CCM, du comité technique local d'établissement et de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, sont précisées dans le règlement intérieur.

La délégation de signature du président de la CME : le décret autorise le président de la CME à déléguer sa signature pour la conclusion des contrats de pôle. Il s'agit de l'adaptation à l'AP-HP d'une règle de l'ordonnance du 2 mai 2005.

D'autres modifications au règlement intérieur concernent la garde médicale qui devient la permanence des soins et l'élaboration des tableaux de service et de visite médicale quotidienne par le chef de la structure « *en concertation avec le responsable de pôle* ».

Le décret portant sur la procédure de nomination des chefs de service.

Le décret du 13 novembre 2007 fixe les conditions d'inscription sur la liste nationale d'habilitation aux fonctions de chef de service, informe **Mme PORTENGUEN**. L'inscription sur cette liste nationale d'habilitation est désormais obligatoire pour la nomination des chefs des services (structures internes au pôle) créés avant l'ordonnance du 2 mai 2005 et non transformés depuis.

Pour figurer sur la liste nationale d'habilitation à diriger un service, il faut :

- être praticien titulaire hospitalo-universitaire ou hospitalier ou pharmacien résident (sauf les consultants) ;
- être en position d'activité ;
- avoir exercé au moins deux ans dans le statut (y compris l'année probatoire) ;
- être qualifié, pour certaines disciplines (chirurgie, anesthésie réanimation, gynécologie obstétrique) ;
- avoir validé l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles, dans un délai de cinq ans à partir de l'installation des conseils régionaux de formation.

L'inscription sur cette liste valable un an, établie au 1^{er} janvier et publiée au Journal officiel, constitue une condition nécessaire mais non suffisante à la nomination de chef de service, laquelle suppose une affectation par les autorités compétentes : le directeur général, le président de la CME et le directeur de l'UFR (après avis du conseil restreint).

La fin de fonction, possible dans l'intérêt du service, est exécutée par les mêmes autorités.

Puis Mme PORTENGUEN détaille

- *les dispositions transitoires* :
 - les chefs de service actuels poursuivent leur mandat jusqu'à leur terme ;
 - les chefs de service à titre provisoire sont maintenus dans leur fonction jusqu'à la publication de la liste ;
 - dans l'attente de la parution de la liste, il demeure possible de nommer des chefs de service à titre provisoire ;
- *la suppression de dispositions antérieures* :
 - la publication des vacances de chefferie de service ;
 - la publication de nomination des chefs de service au Journal officiel ;
 - la possibilité de désignation de chefs de service à titre provisoire, dès la parution de la liste.

Pour l'AP-HP, 3 000 personnes sont susceptibles d'être éligibles sur cette liste nationale d'habilitation.

L'application du décret nécessite des modifications,

- dans le règlement intérieur de l'AP-HP :
 - ajouter la consultation du CCM et de la CME ;
 - préciser la durée du mandat des chefs de service ;

- conserver la possibilité de désigner un chef de service à titre provisoire en cas de vacance imprévue ;
- prévoir un recours auprès du conseil d'administration en cas de divergence entre les autorités compétentes ;
- dans les procédures internes :
 - revoir les conditions de renouvellement des chefs de service : le projet de soins, l'enseignement et la recherche ; l'évaluation des pratiques professionnelles ; l'insertion du service au sein du pôle ; les modalités d'évaluation.

Mme PORTENGUEN rappelle les modalités de désignation d'une part des responsables des structures médicales créées après la mise en place de la nouvelle gouvernance introduite par l'ordonnance du 2 mai 2005, d'autre part des chefs des services régis par le décret du 13 novembre 2007.

Un régime particulier a été institué pour les chefs de service de psychiatrie qui demeurent nommés par le ministère de la santé jusqu'au 2 mai 2010.

L'avis du conseil exécutif est désormais requis à la place de celui du conseil d'administration.

Il importe pour le **président** de pouvoir continuer de nommer des chefs de service à titre provisoire lorsqu'une succession n'a pas été préparée ou lorsque l'orientation stratégique d'un service mérite une révision. La commission temps et effectifs médicaux devra instaurer des procédures pour renouveler les mandats des chefs de service de façon transparente.

Du point de vue de **M. LACAU ST GUILY**, la durée de cinq ans du mandat de chef de service correspondait à une certaine respiration de la vie hospitalière. Il ne votera pas pour sa réduction à quatre ans qu'il considère trop courte.

Ce dessein d'harmonisation, souhaitable selon le **vice-président**, provient de la volonté issue de la précédente mandature de la CME de fusionner les rapports de renouvellement des fonctions de chef de service avec les rapports quadriennaux universitaires.

S'il considère également la période de quatre ans trop courte, le **président** pense qu'une homogénéité de la durée des mandats des chefs de service pour l'ensemble de l'AP- HP s'avère nécessaire.

Il apparaît politiquement maladroit de revenir sur ce point à **M. FAGON** estimant que la CME doit avant tout réfléchir aux critères pour accorder le renouvellement des mandats. A cet égard, la logique de renouvellement automatique des mandats sera-t-elle maintenue alors que les établissements fonctionnent aujourd'hui selon le principe de la contractualisation.

M. LACAU ST GUILY ajoute qu'on doit également s'interroger sur le processus de désignation et de renouvellement des responsables de pôle.

M. GARABEDIAN invite à ne pas écarter les présidents de CCM de cette réflexion, le mode de nomination des chefs de service et des responsables de pôle devant faire l'objet d'un consensus.

La CME doit en effet définir les modalités de renouvellement tous les quatre ans des mandats des chefs de service et des responsables de pôle, déclare le **président**. La réflexion commencera au sein de la commission temps et effectifs médicaux dès le mois de janvier. En outre, compte tenu de l'interactivité de l'EPRD sur la conduite des pôles, l'instance sera amenée à l'occasion, à s'interroger sur la pertinence du management des responsables de pôles. Puis M. CORIAT fait savoir que par souci de cohésion, le vice-président, le directeur général et lui-même rencontreront le 14 décembre prochain les présidents de CCM afin d'accorder les actions.

Le pôle idéal résulte d'une conjonction d'unités et de services qui répond à une logique fonctionnelle, organisationnelle, géographique et médicale, or une grande partie des pôles actuels ne correspond pas à ce schéma, note **M. LACAU ST GUILY**. Aussi, estime-t-il peu opportun de confier la réalisation du tableau de service au responsable d'un pôle ne jouissant pas d'une conjonction fonctionnelle et médicale, préférant laisser cette tâche au chef de service.

La CME approuve par 44 voix pour, 1 voix contre et 3 abstentions les modifications apportées au règlement intérieur de l'AP-HP.

VII- Point sur la grande garde de neurochirurgie.

En propos liminaire le **vice-président**, qui anime le groupe de travail sur la grande garde de neurochirurgie dont les premiers résultats sont présentés ce jour, indique que la réflexion porte sur le ressenti des différents acteurs (responsables de SAU, SAMU, SMUR, neurologues) face aux dysfonctionnements observés. Le travail, volontairement limité mais important, tend à dégager la part du ressenti et de la réalité, et à identifier des pistes d'amélioration du fonctionnement (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Après avoir exposé l'état des lieux de la garde de neurochirurgie créée en 1956, **M. DECQ** mentionne une enquête réalisée début 2007 visant à mieux définir l'activité, notamment la provenance des demandes et les délais de réponse, la distinction entre les structures d'adultes et celles liées à l'enfant, la lourdeur des pathologies des patients pris en charge. Puis il livre quelques chiffres illustrant pour les adultes et pour les enfants l'activité de la grande garde en région Ile-de-France, avant d'évoquer la création par la collégiale des syndicats de neurochirurgiens en 2006 d'un observatoire dont les missions s'attachent à :

- établir la liste de garde semestrielle ;
- gérer le fonctionnement de la grande garde ;
- harmoniser et évaluer la prise en charge des urgences neurochirurgicales en Ile-de-France ;
- assurer la communication sur les pratiques de la prise en charge.

Les actions de l'observatoire concernent :

- le signalement des dysfonctionnements ;
- l'harmonisation des pratiques par le biais de séminaires ;
- la traçabilité de la réponse de la grande garde ;
- des accès « primaires » au personnel du SAMU sur le terrain à l'imagerie et à un avis neurochirurgical de la grande garde.

A son tour, **Mme SAUVAGNAC** rapporte des éléments des travaux du groupe :

- la rédaction collective d'un protocole d'accès à la grande garde ;
- l'analyse des dysfonctionnements ;
- l'homogénéisation des pratiques ;
- la traçabilité des réponses et l'informatisation en cours pour créer un registre ;
- la contractualisation avec l'ensemble des établissements d'Ile-de-France utilisateurs de la grande garde. Le problème des lits d'aval de neurochirurgie a été porté devant l'ARH.

Parmi les perspectives identifiées, il reste à déterminer des articulations entre les urgences neurochirurgicales et les urgences à demande neurologique, de nombreux patients ne relevant pas d'une urgence neurochirurgicale directe. De plus, il convient d'établir une articulation entre la grande garde et les unités de soins intensifs neurovasculaires (USINV), en particulier pour les neuroradiologues. Enfin, dans six mois, il faudra établir un bilan des actions effectuées.

Le **vice-président** souligne la négociation avec l'ARH sur une contractualisation avec les services demandeurs afin d'obtenir un retour des patients vers des structures spécialisées quand les neurochirurgiens ne peuvent les hospitaliser, certains de ces patients occupant des lits pendant un an, faute de structure de repli.

En tant qu'utilisateur de la grande garde, **M. CARLI** estime que l'observatoire réunit un trop grand nombre de neurochirurgiens. L'intérêt du groupe de travail réside dans la confrontation de l'opinion des neurochirurgiens à l'opinion des autres acteurs, concertation à poursuivre comme gage d'amélioration de certains problèmes fonctionnels qui restent à résoudre. L'évolution de la situation plaide pour une concertation plus suivie.

L'un des problèmes pratiques des urgentistes, observe **M. HINGLAIS**, concerne les nombreuses interventions non immédiatement liées à la neurochirurgie. La problématique des filières de court séjour de prise en charge de ces patients dépasse le domaine de la neurochirurgie. Par ailleurs, il souhaite savoir s'il subsiste des difficultés sur la télétransmission des images médicales.

Seuls 27 % des appels à la grande garde requièrent une télétransmission répond **M. DECQ**. Pour 17 % des appels, la télétransmission s'avère indisponible, aussi la grande garde recourt à des coursiers.

S'agissant de la concertation, lors de la première réunion organisée avec les SAMU, et d'autres suivront, il a insisté sur l'utilité d'identifier les dysfonctionnements. Il évoque ensuite les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques, lesquels se trouvent souvent dans des contextes relationnels difficiles aggravés par la précarité croissante qui ne permet pas aux familles de supporter le coût de leur prise en charge, et qui occupent les services de façon prolongée. Enfin, il conviendrait de travailler sur le dysfonctionnement concernant les deux tiers des patients signalés dans le cadre de la grande garde déplacés vers une structure d'urgence.

Le **président** propose de constituer un groupe de travail avec la DPM sur ce sujet crucial afin d'évaluer le nombre de patients concernés.

Membre d'une unité spécialisée dans les états végétatifs chroniques, **Mme MAUGOURD** témoigne des appels reçus chaque semaine des services de neurologie. La filière ne comprend pas d'unité d'éveil, or la durée de séjour dans les unités pour état végétatif chronique se révèle importante.

Mme VIDAL-TRECAN souligne qu'elle est intéressée par la démarche d'étude des dysfonctionnements aussi elle souhaiterait étudier avec M. DECQ et Mme SAUVAGNAC les dysfonctionnements observés.

M. RICHARD doute de la pérennité de la notion de grande garde de neurochirurgie car il constate que les hôpitaux disposant d'un service de neurochirurgie et accueillant des urgences, en particulier des polytraumatisés, organisent une permanence de l'activité de neurochirurgie. Aussi, il s'enquiert de l'articulation envisagée entre ce système de garde par établissement et la grande garde.

Les neurochirurgiens opérant peu en grande garde mais souvent le lendemain, cela provoque d'importants besoins en temps médical. En outre, il existe une demande d'expertise médico-chirurgicale dans le domaine de la neurologie (interprétation d'images, etc ...). A terme, la grande garde n'est-elle pas appelée, interroge M. RICHARD à évoluer vers une interface d'expertise avec les consultants neurochirurgiens prêts à intervenir le cas échéant.

M. DECQ déclare que le groupe travaille à l'articulation entre la grande garde et les systèmes ajoutés aux services d'urgence. Par ailleurs, au centre de ces structures organisationnelles, se trouve la neuroradiologie et en particulier la disponibilité en imagerie médicale dont les besoins augmentent. L'expertise de la neurologie vasculaire nécessite des anesthésistes et des lits de réanimation. Dans ce contexte, la situation des neuroradiologues devient difficile.

M. MUSSET considère pertinent d'étendre la réflexion à l'ensemble de la radiologie car tous les hôpitaux ne disposent pas d'un centre de neuroradiologie or, dans le cadre de la grande garde, les transferts d'image concernent tous les hôpitaux. Les radiologues doivent être associés à la réflexion sur la prise en charge et sur les dysfonctionnements observés.

VIII-Avis sur un dossier de candidature sur les maladies rares.

Mme SAUVAGNAC informe de la démission du coordinateur du centre des « maladies rares du globule rouge hors drépanocytose » labellisé en 2004.

Après le recueil de l'avis de la CME, le dossier présenté par le nouveau coordinateur sera examiné par le comité national consultatif de labellisation (CNCL) réuni le 20 décembre prochain.

La CME approuve à l'unanimité ce dossier.

IX- Avis sur des cessions de terrains.

Après avoir indiqué qu'en application des nouvelles dispositions réglementaires la CME donne désormais son avis sur les cessions de terrains envisagées par l'AP-HP, **Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT** donne lecture des dossiers (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) :

- le projet de déclassement et de cession relatif à la parcelle et aux bâtiments à usage de mosquée situés à Bobigny (Seine-Saint-Denis) ;
- le projet de consultation concernant la vente de l'ensemble immobilier « hôpital Debrousse » à Lyon (Rhône) ;
- le projet de cession amiable d'un terrain et du bâtiment Gaudart d'Allaines implanté sur l'emprise de l'hôpital Broussais à Paris 14^{ème} ;
- le projet de session amiable d'un terrain et du bâtiment René Descartes implantés sur l'emprise de l'hôpital Broussais à Paris 14^{ème}.

M. LYON-CAEN s'interrogeant sur les motifs qui ont présidé au choix du projet pour la vente de l'hôpital Debrousse, lequel projet propose la construction de logements sociaux à hauteur de 20 % contre 35 % pour d'autres projets, **M. LECLERCQ** explique la procédure de cession fondée sur une commission mixte tripartite : l'AP-HP, les Hospices civils de Lyon, la ville de Lyon. Cette dernière a opté pour le projet le mieux-disant en matière d'urbanisme, de logement social, d'organisation générale du site. L'AP-HP a accepté ce choix, considérant que la règle imposant de construire au minimum 20 % de logements sociaux est respectée.

La CME approuve à l'unanimité moins deux abstentions les projets de cessions de terrains.

X- Avis sur des fiches de structures médicales.

M. HARDY procède à la présentation des fiches de structures médicales acceptées sans débat par la commission des structures (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

GHU ouest

Groupe hospitalier Vaugirard – Gabriel Pallez

- Pôle gériatrie :

- *Création d'une unité fonctionnelle de soins palliatifs et traitement de la douleur.*

GHU nord

Hôpital Beaujon

- Pôle 5 « biologie – imagerie – pathologie – pharmacie » :

- *Modification de l'intitulé du département d'immunologie et microbiologie des pathologies infectieuses (DIMPI) en service de microbiologie.*
- *Création d'une unité fonctionnelle hygiène et lutte contre les infections nosocomiales, rattachée directement au pôle.*

- Pôle 4 « tête – cou – rachis » :

- *Transfert de l'unité fonctionnelle du traitement de la douleur du pôle 2 « médecine » au pôle 4 « tête – cou – rachis ».*

La CME entérine à l'unanimité les fiches de structures examinées.

XI- Avis sur des contrats d'activité libérale.

La CME se prononce par 30 voix pour, 5 voix contre et 10 abstentions sur les trois contrats d'activité libérale et sur le renouvellement des cinq autres.

XII- Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2008.

Le **président** remercie la direction de la politique médicale et les membres de la CME impliqués dans la révision des effectifs de praticiens hospitaliers permettant ainsi à l'instance de se prononcer sur les postes proposés au redéploiement ou à créer par autofinancement.

S'agissant de la création de postes par autofinancement, un pari sur l'efficacité et l'activité, les postes disposant d'un financement réel et pérenne sont validés, mais ceux au financement non établi seront validés sous réserve de l'accord de la direction des finances ou de l'arbitrage de la direction générale.

La parole est donnée à **Mme PORTENGUEN** pour exposer le dossier (cf. document remis sur table lors de la séance).

1- Les postes en redéploiement.

Au total, trente quatre emplois à temps plein (ETP) sont redéployés, ainsi répartis entre les disciplines :

médecine : 17,5 ETP ; chirurgie : 8,5 ETP ; radiologie : 1 ETP ; médecine nucléaire : 1 ETP ; biologie-anatomie pathologique : 5 ETP ; pharmacie : 1 ETP.

2- Les postes créés par autofinancement.

Après avoir donné un certain nombre de précisions concernant quelques postes sur les 173,5 ETP créés par autofinancement sur l'ensemble des disciplines, Mme PORTENGUEN confirme à **M. RILLIARD** le prêt de onze demi-journées pour une durée de deux ans par le service d'odontologie la Garancière pour contribuer au financement de la création d'un poste de praticien contractuel à la pharmacie de l'Hôtel Dieu. A terme, ces demi-journées retourneront à la discipline d'odontologie.

Découvrant en séance le non respect des accords en particulier pour ce poste même si le choix s'avère légitime, **M. LEVERGE** déclare que l'enjeu ne concernait pas le seul Hôtel Dieu car il s'agissait d'assurer une responsabilité pharmaceutique pour la stérilisation de l'odontologie. S'il avait été envisagé en amont de créer un poste de praticien hospitalier pharmacien à partir d'un poste d'odontologie, il aurait émis un avis défavorable et informé le pharmacien de l'Hôtel Dieu. Les règles du jeu ayant été modifiées, sans qu'il en soit informé avant cette séance, il s'abstiendra de voter cette révision des effectifs.

La conférence hospitalo-universitaire d'odontologie a eu lieu au mois de septembre, rappelle Mme PORTENGUEN qui attend encore l'information demandée pour le mois de décembre, concernant la répartition des moyens universitaires entre les sites de Garancière et la Pitié-Salpêtrière.

M. RILLIARD ajoute que la commission de sécurité a donné un avis défavorable à la prolongation, en l'état, de l'activité de soins à la Garancière, accélérant probablement le transfert de l'activité vers la Pitié-Salpêtrière.

M. VALLEUR souligne le travail réalisé par la direction de la politique médicale qui permet de régler un certain nombre de problèmes ponctuels. Ce travail subtil exige du dynamisme car les postes et les candidatures évoluent en permanence, néanmoins la majorité des demandes a pu être satisfaite. Les créations de postes en autofinancement devront faire l'objet de discussions plus approfondies l'année prochaine.

Ce travail ne pourra se faire que dans le cadre de discussions pluriannuelles, déclare le **président**. Le fait de disposer des index d'activité, du quota par équivalent d'emplois à temps plein par rapport à l'activité du service et même des index SIGAPS de l'ensemble des services, a permis d'opérer des choix plus éclairés que par le passé. Il sera sans doute nécessaire d'étudier les demandes à échéance trisannuelle, en impliquant la direction des finances.

En 2008, dans une démarche à vocation pédagogique, les demandes d'information ne seront plus adressées aux demandeurs, signale Mme PORTENGUEN. L'index SIGAPS doit être renseigné non par les services de la direction générale mais par le chef de service, de même pour les index de performance.

Le **président** propose que début janvier, la commission temps et effectifs médicaux, le bureau de la CME et la CME, établissent un calendrier permettant, en fonction des possibilités de recrutement de praticiens hospitaliers, de valider des demandes dès mars et de renouveler l'opération trois à quatre fois par an.

Puis il met aux voix le dossier annexé au présent compte-rendu, qui reçoit l'aval à l'unanimité de la CME moins une abstention.

XIII- Approbation du compte-rendu de la séance du 13 novembre 2007.

Le compte-rendu de la séance du 13 novembre 2007 est approuvé à l'unanimité.

XIV- Questions diverses.

- L'enquête sur la nouvelle gouvernance.

M. FAYE informe la CME d'une enquête menée par l'intersyndicale des médecins, des chirurgiens et des biologistes des hôpitaux de Paris sur la nouvelle gouvernance. Il encourage les présidents de CCM à diffuser les résultats de cette enquête réalisée auprès de 2 800 personnes et à s'en inspirer pour engager des actions avec la CME.

Le **président** annonce que le vice-président et lui-même rencontreront ce soir l'intersyndicale à l'invitation de son président pour présenter les actions et le programme de la CME. Il a constaté d'importantes convergences de vues entre les conclusions de l'enquête et l'orientation des travaux de la CME.

- Les remerciements de la direction générale et de la CME au personnel.

Le **directeur général** souhaite remercier l'ensemble de la communauté médicale, soignante, administrative, logistique et technique des efforts produits durant la période de grève des transports publics. Le **président** s'associe à ces remerciements.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 45.

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

Mardi 8 janvier 2008 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 19 décembre 2007 à 16h30.

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.

ANNEXES

ASSISTANCE
PUBLIQUE

HOPITAUX
DE PARIS

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE
Département du Personnel Médical
Bureau des Praticiens Hospitaliers

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Séance du Mardi 11 Décembre 2007

REVISION DES EFFECTIFS DE PRATICIENS HOSPITALIERS, AU TITRE DE 2008

Conseil d'Administration du 21 Décembre 2007

REDEPLOIEMENTS - POSTE EN MEDECINE (17,5 ETP) : 14 ETP PAR REDEPLOIEMENTS INSTITUTIONNELS + 1 ETP PAR RETOUR EMPRUNT + 2 EPT PAR RESTITUTION + 0,5 PAR REDEPLOIEMENT INTERNE

Discipline de CONCOURS	HOPITAL CLASSEM T CCM	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		ETP	MODE DE FINANCEMENT		AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ			
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	A.PARE N° 2	PR ROUVEIX		1	0,5	0,5		FAV	FAV	LE MAROIS ELODIE
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	L.MOURIER N° 2	PR CLERICI	1		1,0	1,0		FAV	FAV	COUPAYE MURIEL
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	L.MOURIER N° 1	PR VINCENEUX	1		1,0	1,0		FAV	FAV	BOSQUET ANTOINE
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	A.BECLERE N° 1	PR ESCOURROU	1		1,0	1,0		FAV	FAV	ROISMAN GABRIEL
GASTRO - ENTEROLOGIE ET HEPATO LOGIE	BICETRE N° 1	PR BUFFET	1		1,0	0,5	16 DEMI JOURNEES		FAV	THIROT BIDAULT ANNE
GASTRO - ENTEROLOGIE ET HEPATO LOGIE	H.MONDOR - A.CHENEVIER N° 1	PR DELCHIER	1		1,0	1,0		FAV	FAV	CHARACHON ANTOINE
GERIATRIE	H.MONDOR - A.CHENEVIER N° 3	PR LEJONC	1		1,0	0,5	15 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	HERBAUD STEPHANE
GERIATRIE	STE PERINE- CH. LAGACHE - ROSSINI N° 1	DR ROGER	1		1,0	1,0		FAV	FAV	SAFAR HELENE
HEMATOLOGIE CLINIQUE	A.PARE N° 3	PR CRAMER	1		1,0	0,5	16 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	JONDEAU MANSOUR KATAYOUN
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	SAINT LOUIS N° 1	PR MOLINA	1		1,0	1,0		FAV	FAV	LAFaurIE MATHIEU
MEDECINE INTERNE	J.VERDIER N° 1	PR FAIN	1		1,0	1,0		FAV	FAV	MORIN ANNE SOPHIE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	ROTHSCHILD NC	PR THOUMIE	1		1,0	1,0		FAV	FAV	MAME MICHELE
NEPHROLOGIE	BICHAT- CL.BERNARD N° 7	PR VRTOVSNIK		1	0,5	0,5		FAV	FAV	DU HALCOUET CAROLINE
NEUROLOGIE	AVICENNE N° 1	PR CARPENTIER	1		1,0	1,0	GAGE INITIAL 3 DJ COMPLETEES DE 7 DJ CONFIRME	FAV	FAV	COMAN IRENE

(SUITE)

REDEPLOIEMENTS - POSTE EN MEDECINE (17,5 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL CLASSEMENT CCM	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		ETP	MODE DE FINANCEMENT		AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ			
ONCOLOGIE	BEAUJON * Restitut°suite nomination PU-PH	PR BREAU	1		1,0	1,0		FAV	FAV	LARROQUE BEATRICE
ONCOLOGIE	SAINT ANTOINE N° 1	PR DE GRAMONT	1		1,0	1,0		FAV	FAV	AFCHAIN PAULINE
PEDIATRIE	NECKER - E.MALADES * retour emprunt	PR HUBERT	1		1,0	1,0		FAV	FAV	DE SAINT BLANQUAT LAURE (Anesth- Réa)
PEDIATRIE	SAINT ANTOINE N° 2	PR MILLIEZ	1		1,0	1,0		FAV	FAV	LAVALLEE ISABELLE
PNEUMOLOGIE	TENON N° 1 * redéploiement interne TPA	PR MAYAUD	1		1,0	0,5	Poste de PH TPA + 5 DJ	FAV	FAV	GOUNANT VALERIE
REANIMATION MEDICALE	R. POINCARE * Restitut°suite nomination PU-PH	PR ANNANE	1		1,0	1,0		FAV	FAV	MAXIME VIRGINIE
RHUMATOLOGIE	AVICENNE N° 3	PR BOISSIER	1		1,0	0,5	Poste de PH TPA + 6 DJ	FAV	FAV	DUMONT FISCHER DOMINIQUE
SOUS TOTAL REDEPLOIEMENTS - POSTES DE MEDECINE					20	17,5				

REDEPLOIEMENTS - POSTE EN ANESTHESIE REANIMATION (ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL CLASSEMENT CCM	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		ETP	MODE DE FINANCEMENT		AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ			
ANESTHESIE REANIMATION	NECKER - E.MALADES	PR HUBERT	1							DE SAINT BLANQUAT LAURE
EMARGE SUR TABLEAU MEDECINE (PAGE 2)										
RESTITUTION EMPRUNT REVISION 2007 - PEDIATRIE										
SOUS TOTAL REDEPLOIEMENTS - POSTES D'ANESTHESIE REANIMATION					0,0	0,0				

REDEPLOIEMENTS - POSTES DE CHIRURGIE (8,5 ETP) : 7,5 ETP PAR REDEPLOIEMENTS INSTITUTIONNELS + 1 ETP PAR REDEPLOIEMENT INTERNE

Discipline de CONCOURS	HOPITAL CLASSEMENT CCM	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		ETP	MODE DE FINANCEMENT		AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ			
CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE	LARIBOISIERE-F.WIDAL N° 1	PR MARTEAU (PROV)	1		1,0	1,0		FAV	FAV	N° 2 PATRAT KARINE
CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE	P.BROUSSE N° 1	PR CASTAING	1		1,0	1,0		FAV	FAV	N° 6 VEILHAN LUC ANTOINE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	A.PARE N° 1	PR LORTAT JACOB	1		1,0	1,0		FAV	FAV	N° 1 BAUER THOMAS
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	BEAUJON * redéploiement interne	PR GUIGUI	1		1,0	1,0		FAV	FAV	DAUZAC CYRIL
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	LARIBOISIERE - F.WIDAL N° 2	PR SEDEL	1		1,0			DEF Voir PHC	DEF	N° 9 RAOULD AGNES
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	COCHIN - ST V DE P N° 1	PR COURPIED	1		1,0	1,0		FAV	FAV	N° 5 DUMAINE VALERIE
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	TENON N° 2	PR UZAN		1	0,5	0,5		FAV	FAV	N° 7 STEFANESCU DAN
NEUROCHIRURGIE	PITIE SALPETRIERE N° 4	PR VAN EFFENTERRE	1		1,0	1,0		FAV	FAV	N° 8 VALERY CHARLES
OPHTALMOLOGIE	LARIBOISIERE - F.WIDAL N° 4	PR GAUDRIC	1		1,0	1,0		FAV	FAV	N° 4 LECLEIRE COLLET AMELIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	BICHAT - CL.BERNARD N° 1	PR FRACHET (PROV)	1		1,0	1,0		FAV	FAV	N° 3 ALBERT SEBASTIEN
SOUS TOTAL REDEPLOIEMENTS - POSTES DE CHIRURGIE					9,5	8,5				

REDEPLOIEMENTS - POSTE DE RADIOLOGIE (1 ETP) ET MEDECINE NUCLEAIRE (1 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL CLASSEMENT CCM	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		ETP	MODE DE FINANCEMENT		AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ			
RADIOLOGIE	R.DEBRE N° 1	PR SEBAG	1		1,0	1,0		FAV	FAV	KHENICHE AHMED
SOUS TOTAL REDEPLOIEMENT - POSTE DE RADIOLOGIE					1,0	1,0				

Discipline de CONCOURS	HOPITAL CLASSEMENT CCM	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		ETP	MODE DE FINANCEMENT		AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ			
MEDECINE NUCLEAIRE	A.BECLERE N° 3	N.	1		1,0	1,0		FAV	FAV	CASTILLA EP LIEVRE ANGELA
SOUS TOTAL REDEPLOIEMENT - POSTE DE MEDECINE NUCLEAIRE					1,0	1,0				

REDEPLOIEMENTS - POSTE DE BIOLOGIE (3 ETP) SOIT : 2 ETP PAR REDEPLOIEMENTS INSTITUTIONNELS + 1 ETP PAR RETOUR D'EMPRUNT // ANATOMIE PATHOLOGIQUE (2 ETP) PAR REDEPLOIEMENTS INSTITUTIONNELS = 5 ETP

Discipline de CONCOURS	HOPITAL CLASSEMENT CCM	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		ETP	MODE DE FINANCEMENT		AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ			
GENETIQUE BIOLOGIQUE	COCHIN-SVP N° 2	PR.DUPONT	1		1,0	1,0		FAV	FAV	LEBBAR AZIZA
BIOLOGIE CELL, BIO DE LA REPRODUCTION ET DU DEVELOPPEMENT	J.VERDIER HC	PR BENZAKEN (Prov)	1		1,0	0,5	16 DJ (6 DJ HOPITAL et 10 DJ de NECKER (CECOS)	FAV	FAV	EUSTACHE FLORENCE
IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE	BICHAT - Cl.BERNARD N° 3	PR CHOLLET MARTIN		1	0,5	0,5		FAV	FAV	GROOTENBOER SABINE
BACTERIOLOGIE- VIROLOGIE - HYGIENE HOSPITALIERE	BEAUJON * restitution emprunt	PR NICOLAS CHANOINE	1		1,0	1,0		FAV	FAV	MACKIEWICZ VINCENT
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	P.BROUSSE N° 3	PR BOUTTIER- GUETTIER	1		1,0	1,0		FAV	FAV	CUCHEROUSSET NAHLA
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	H.MONDOR - A.CHENEVIER N° 2	PR ZAFRANI	1		1,0	0,5	15 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	AURIAULT MARIE-LUCE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	J.VERDIER N° 2	PR ZIOL	1		1,0	0,5	POSTE DE PH TPA + 5 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	TENGER BARNA JULIA
SOUS TOTAL REDEPLOIEMENTS - POSTES DE BIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE					5,0	5,0				

REDEPLOIEMENTS - POSTE DE PHARMACIE (1 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL CLASSEMENT CCM	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		ETP	MODE DE FINANCEMENT		AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ			
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	BROUSSAIS - HEGP	PR BEAUNE	1		1,0	0,5	15 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	SMADJA CORINNE
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	A.TROUSSEAU	M.BENOIT	1		1,0	0,5	15 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	FRATTA ANNE
SOUS TOTAL REDEPLOIEMENTS - POSTES en PHARMACIE					2,0	1,0				

TOTAL REDEPLOIEMENTS - TOUTES DISCIPLINES CONFONDUES	37,5	34,0	
---	-------------	-------------	--

AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN MEDECINE (122 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	LARIBOISIERE-F.WIDAL	Pr ANTOINE LEENHARDT (PROV)	1		1,0	1	UN POSTE DE PH TPA + 11 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	SIDERIS GEORGIOS
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	NECKER - E.MALADES	PR DANIEL SIDI	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CENTRE DE REF DE MALADIES RARES	FAV	FAV	LEGENDRE ANTOINE
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	BICHAT - Cl. BERNARD	PR PATRICK NATAF (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES SUR CREDITS MALADIE DE MARFAN	FAV	FAV	DETAINT DELPHINE
DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE	AVICENNE	PR LILIANE LAROCHE	1		1,0	1	5 DEMI JOURNEES + 86.330 EUROS (MALADIES RARES)	FAV	FAV	LEROUX VILLET CHRISTELLE
DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR BAGOT	1		1,0	1	POSTE DE PHC TP + 5 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	ORO SASKIA
DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE	SAINT ANTOINE	PR CLAUDE GORIN	1		1,0	1	CREDITS CTRE REF MALD RARES (MICROANGIOPATHIES THROMBOTIQUES) FINANCT (NC2-EPRD 2006)	FAV	FAV	BUFFET MARC
DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE	SAINT LOUIS	PR MOREL		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	KHEROB FLITI DELPHINE
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	COCHIN-ST V DE PAUL	PR PIERRE BOUGNERES	1		1,0	1	CREDITS CTRE DE REF MALADIES RARES DU SEXE	FAV	FAV	DURANTEAU DIEU PHUONG LISE
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	ANTOINE BECLERE	PR SYLVIE NAVEAU	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	ASNACIOS AMANI
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	BEAUJON	PR BERNARD MESSING	1		1,0	1	1 POSTE CONTRACTUEL PT + 5 DEMI JOURNEES (SOIT 21 DEMI-JOURNEES)	FAV	FAV	CORCOS OLIVIER
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	BEAUJON	PR DOMINIQUE VALLA	1		1,0	1	1 POSTE CONTRACTUEL PT +5 DEMI JOURNEES SOIT 21 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	FRANCOZ CLAIRE
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	BEAUJON	PR PHILIPPE RUSZNIOWSKI	1		1,0	1	1 POSTE PHC PT + 5 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	HENTIC OLIVIA
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	BROUSSAIS-HEGP	PR RAYMOND JIAN	1		1,0	1	POSTE PH TPA DE LA CANDIDATE + FINANCT CREDITS FLECH PLAN ADDICTION 2007/2011	FAV SS/R FINMT	FAV SS/R FINMT	BENHAIM-ISENI MARIE-CHRISTINE
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	COCHIN-ST V DE PAUL	PR STANISLAS POL	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	VALLET-PICHARD ANAIS
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	SAINT ANTOINE	PR CHAZOUILERES (RESP POLE)	1		1,0	1	RECETTE D'ACTIVITE SOUS RESERVE ACCORD DE LA DEF	FAV SS/R FINMT	FAV SS/R FINMT	LESUR GILLES
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	TENON	DR JEAN DIDIER GRANGE	1		1,0	1	16 DJ SERVICE + 5 DJ PLAN ADDICTOLOGIE (NOTIFIE EN NC1 2007)	FAV	FAV	ANCEL DAVID
GERIATRIE	ANTOINE BECLERE	PR PIERRE GALANAUD	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	MARTIN YANN
GERIATRIE	BRETONNEAU	DR YVES WOLMARK	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES	C - FAV	FAV	FOSSEY-DIAZ virginie
GERIATRIE	BRETONNEAU	DR YVES WOLMARK		1	0,5	1	CREDITS LABELLISATION CONSULTATION MEMOIRE(EPRD 2007)	FAV	FAV	KOSKAS PIERRE
GERIATRIE	BROCA-LA ROCHEFOUCAULD-LA COLLEGALE	ME SYLVIE DEBRAY - MEIGNAN	1		1,0	1	POSTE DE PH TPA DE LA CANDIDATE + 11 DEMI-JOURNEES HOTEL DIEU	FAV	FAV	SCHWALD NATHALIE
GERIATRIE	BROCA-LA ROCHEFOUCAULD-LA COLLEGALE	PR ANNE-SOPHIE RIGAUD MONNET	1		1,0	1	POSTE PH TPA DE LA CANDIDATE + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	LENOIR HERMINE
GERIATRIE	BROCA-LA ROCHEFOUCAULD-LA COLLEGALE	PR ANNE-SOPHIE RIGAUD MONNET	1		1,0	1	POSTE PH TPA DE LA CANDIDATE + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	LATOUR FLORENCE
GERIATRIE	BROUSSAIS-HEGP	PR OLIVIER SAINT JEAN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	LAHJIBI-PAULET HAYAT
GERIATRIE	CH. FOIX J.ROSTAND	DR LAHLOU	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	FORASSI CHRISTINE
GERIATRIE	CH. FOIX J.ROSTAND	PR FRANCOIS PIETTE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEE SOUS RESERVE OUVERTURE DE LITS SUPPLEMENTAIRES ET DOTATION SUPPLEMENTAIRE.	A REVOIR	DEF	LEGENDRE EP TAZI CECILE

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
GERIATRIE	CH. FOIX J.ROSTAND	PR JOEL BELMIN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEE SOUS RESERVE OUVERTURE DE LITS SUPPLEMENTAIRES ET DOTATION SUPPLEMENTAIRE.	A REVOIR	DEF	PEQUIGNOT RENAUD

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
GERIATRIE	CORENTIN CELTON	DR PATRICK BOCQUET		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	C - FAV	FAV	BERRANEN SAMIA
GERIATRIE	EMILE ROUX	DR DAVID		1	0,5	1	POSTE DE PAC TEMPS PLEIN	C - FAV	FAV	LAKROUN SAMIA
GERIATRIE	EMILE ROUX	DR BOUILLANE		1	0,5	1	POSTE DE PAC PLEIN TEMPS	FAV	FAV	AL RIFAI SUZANNE
GERIATRIE	EMILE ROUX	DR OLIVIER HENRY		1	0,5	1	SANS RENDU BUDGETAIRE	DEF PAS DE GAGE	DEF	ETIENNE GRONNIER Sandrine
GERIATRIE	GEORGES CLEMENCEAU	DR CHRISTINE MANGIN LAVILLE	1		1,0	1	POSTE DE PHC-TP + 5 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	RASOLONDRABE DIDIER
GERIATRIE	H.A.D	PR MARC BRODIN		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	HELLIER ARMELE
GERIATRIE	LOUIS MOURIER	DR PHILIPPE CHARRU	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	CODIS NARBONI PASCALE
GERIATRIE	PITIE SALPETRIERE	PR MARC VERNY	1		1,0	1	SOUS RESERVE D'OCTROI DES CREDITS PLAN GRAND AGE	FAV	FAV	GREFFARD SANDRINE
GERIATRIE	R. MURET-BIGOTTINI	DR GEORGES SEBBANE	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES(CREDITS FLECHES PLAN SOLIDARITE GRAND AGE)	FAV	FAV	FRANCOIS VERONIQUE
GERIATRIE	SAINTE PERINE-ROSSINI-CHARDON LAGACHE	DR ALAIN BAULON	1		1,0	1	POSTE PAC PLT + 5 DEMI-JOURNEES	DEF GAGE INCOMPLET	DEF	MAHAMDIA RACHID
HEMOBIOLOGIE TRANSFUSION	AMBROISE PARE	PR MARCEL CHAUVIN		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	RENIER JEAN-LOUP
HEMOBIOLOGIE TRANSFUSION	HOTEL DIEU	PR JEAN PIERRE MARIE	1		1,0	1	POSTE DE PAC PLT + TRANSFERT DE CREDITS DE GROUPE III POSTE DEMANDE PAR SAINT ANTOINE EN VUE DU TRANSFERT DU SERVICE EN MARS 2008	C - FAV SS/R ACCORD DEF	FAV SS/R ACCORD DEF	BELHOCINE RAMDANE
HYGIENE HOSPITALIERE	ANTOINE BECLERE	Pr JEAN CLAUDE NICOLAS (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	DECOUSSER JEAN-WINOZ
HYGIENE HOSPITALIERE	CORENTIN CELTON	Dr ANNE-MARIE LEZY-HALLET(EX MATHIEU)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	C - FAV	FAV	MOULIN VERONIQUE
HYGIENE HOSPITALIERE	AVICENNE		1		1,0	1	FINANCEMENT INSTITUTIONNEL	FAV	FAV	SEYTRE DELPHINE
MALADIES INFECTIEUSES, MALADIES TROPICALES	TENON	PR GILLES PIALOUX	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	LESCURE XAVIER
MEDECINE DU TRAVAIL	COCHIN-ST V DE PAUL	PR DOMINIQUE CHOUDAT	1		1,0	1	FINANCEMENT SCMT + 5 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	BENSEFA-COLAS LYNDIA
MEDECINE D'URGENCE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR MARTY (SAMU-SMUR)		1	0,5	1	0,7 PHC	FAV	FAV	SENDE JEAN
MEDECINE D'URGENCE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR MARTY (SAMU-SMUR)		1	0,5	1	0,7 PHC	FAV	FAV	KACHOUT LATIFA
MEDECINE D'URGENCE	BEAUJON	PR JEAN MANTZ (PROV)		1	0,5	1	RENDU BUDGETAIRE - SECTION BUDGETAIRE DIFFERENTE POUR LE SMUR	FAV	FAV	BURNOD ALEXIS
MEDECINE D'URGENCE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR MARTY (SAMU-SMUR)		1	0,5	1	0,7 PHC	FAV	FAV	JBELI CHADI
MEDECINE D'URGENCE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR MARTY (SAMU-SMUR)		1	0,5	1	0,7 PHC	FAV	FAV	AARON EMMANUELLE
MEDECINE D'URGENCE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	Pr JEAN LOUIS LEJONC (PROV)	1		1,0	1	21 DJ (18 HOPITAL + 3 DJ PLAN URGENCES AP-HP)	FAV	FAV	N'GAKO DEUGOUE ALFRED
MEDECINE D'URGENCE	JEAN VERDIER	Dr CLAUDE LAPANDRY (PROV)	1		1,0	1	21 DJ (18 DJ + 3 DJ PLAN URGENCES AP-HP)	FAV	FAV	CHASSAIGNON CECILE
MEDECINE D'URGENCE	JEAN VERDIER	Dr CLAUDE LAPANDRY (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	DJOUDI ABDERRAHMANE
MEDECINE D'URGENCE	PITIE SALPETRIERE	PR BRUNO RIOU	1		1,0	1	21 DJ (18 HOPITAL + 3 DJ PLAN URGENCES AP-HP)	FAV	FAV	BONNET PASCALE
MEDECINE D'URGENCE	R. POINCARRE	PR MARCEL CHAUVIN (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	LAFFRAT ISABELLE
MEDECINE D'URGENCE	SAINTE ANTOINE	PR DOMINIQUE PATERON	1		1,0	1	CONTRAT PHC 50% + 10 DJ + 3 DJ PLAN URGENCES AP-HP	FAV	FAV	CHAILLET MURIEL
MEDECINE D'URGENCE	SAINTE LOUIS	DR TABOULET	1		1,0	1	21 DJ (18 HOPITAL + 3 DJ PLAN URGENCES AP-HP)	FAV	FAV	HAAS LAURENT
MEDECINE D'URGENCE	BROUSSAIS-HEGP	DR DAVIDO	1		1,0	1	21 DJ (18 HOPITAL + 3 DJ PLAN URGENCES AP-HP)	FAV	FAV	PATZAK ANABELA

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
MEDECINE GENERALE	BROUSSAIS-HEGP	Pr DEGOULET	1		1,0	1	POSTE FINANCE EMPLOIS DRCD (URC)	FAV	FAV	LUCAS NOEL
MEDECINE GENERALE	PITIE SALPETRIERE	Dr MICHELE LEVY-SOUSSAN (RESP.UF)		1	0,5	1	CREDITS FLECHES "LITS IDENTIFIES SOINS PALLIATIFS" OBTENUS POUR 10 DJ DISCIPLINE CONCOURS A PRECISER	FAV	FAV	PAS DE CANDIDAT
MEDECINE GENERALE	ANTOINE BECLERE	PR PIERRE GALANAUD	1		1,0	1	POSTE DE PH TPA + 11 DJ DEMANDEES SUR CREDITS FLECHES	FAV	FAV	TRIOI ISABELLE
MEDECINE GENERALE	BEAUJON	PR FANTIN	1		1,0	1	1 POSTE DE CONTRACTUEL PT + 5 DEMI JOURNEES (SOIT 21 DEMI-JOURNEES)	FAV	FAV	BALESTER MOURET SYLVAIN
MEDECINE GENERALE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR ISABELLE MACQUIN MAVIER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (Crédits PHARMACO VIGILANCE Ok DEF)	FAV	FAV	THOMAS LAURE
MEDECINE GENERALE	HOTEL DIEU	Pr JACQUES BLACHER (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	DE CHAMPS-LEGER HELENE
MEDECINE GENERALE	JEAN VERDIER	POLE ACCUEIL ET MEDECINE PR FAIN ADDICTOLOGIE		1	0,5	1	CREDITS FLECHES (PLAN ADDICTOLOGIE NATIONAL)	FAV	FAV	PAS DE CANDIDAT
MEDECINE GENERALE	JEAN VERDIER	POLE ACCUEIL ET MEDECINE PR FAIN ADDICTOLOGIE	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	LEVEQUE JULIETTE
MEDECINE GENERALE	LARIBOISIERE-F.WIDAL	PR GEORGES DALLY	1		1,0	1	ENVELOPPE FLECHEE DHOS(AFFECTATION AU CEIP)	FAV	FAV	DJEZZAR SAMIRA
MEDECINE GENERALE	PAUL BROUSSE	PR MICHEL REYNAUD	1		1,0	1	POSTE DE PH TPA + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	DUPONT PATRICK
MEDECINE GENERALE	PITIE SALPETRIERE	Dr MICHELE LEVY-SOUSSAN (RESP.UF)		1	0,5	1	CREDITS FLECHES "LITS IDENTIFIES SOINS PALLIATIFS" OBTENUS POUR 10 DJ	FAV	FAV	VARIN DOMINIQUE
MEDECINE GENERALE	ROBERT DEBRE	PR MARIE CHRISTINE MOUREN	1		1,0	1	21 DJ (CREDITS FLECHES PERINATALITE + CREDITS LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS OBTENUS EN 2007)	FAV	FAV	PEYRET - GOURARIER EMMANUELLE
MEDECINE GENERALE	ROBERT DEBRE	PR MARIE CHRISTINE MOUREN		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES(CREDITS DU SCE + CREDITS CENTRE DE REFERENCE)	FAV	FAV	KONOFAL ERIC
MEDECINE INTERNE	AMBROISE PARE	PR ALAIN BAGLIN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	TRAD SALIM
MEDECINE INTERNE	BROUSSAIS-HEGP	PR XAVIER JEUNEMAITRE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES SUR CREDITS FLECHES CTRE DE REF MALADIES RARES	FAV	FAV	PERDU JEROME
MEDECINE INTERNE	LARIBOISIERE -F.WIDAL	PR BERGMANN	1		1,0	1	1 POSTE DE PH TC + 5 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	DELCEY VERONIQUE
MEDECINE INTERNE	PITIE SALPETRIERE	Pr JEAN CHARLES PIETTE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS FLECHES UHSI	FAV	FAV	SBAI ABDELLAH
MEDECINE INTERNE	PITIE SALPETRIERE	Pr JEAN CHARLES PIETTE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS FLECHES UHSI	FAV	FAV	SENE DAMIEN
MEDECINE INTERNE	PITIE SALPETRIERE	Pr JEAN CHARLES PIETTE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS FLECHES UHSI	FAV	FAV	CHEMLAL KHADOUJJA
MEDECINE INTERNE	TENON	PR GILLES GRATEAU	1		1,0	1	21 DJ CREDITS MALADIES RARES (DREPANOCYTOSE ET AMYLOSE)	FAV	FAV	STANKOVIC KATIA
MEDECINE LEGALE	LARIBOISIERE-F.WIDAL	PR GEORGES DALLY	1		1,0	1	ENVELOPPE PLAN ADDICTION (FINANCEMENT DU POSTE COMPLET)	FAV	FAV	QUESTEL FRANCK
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	SAN SALVADOUR	DR MARIE CHRISTINE ROUSSEAU	1		1,0	1	POSTE DE PH-TPA + 11 DEMI-JOURNEES DANS LE CADRE DE L'EPRD 2008	FAV	FAV	LACOUR EPOUSE PORSMOGUER ELISABETH
NEPHROLOGIE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR PHILIPPE LANG	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	AUDARD VINCENT
NEPHROLOGIE	TENON	PR PIERRE RONCO	1		1,0	1	21 DJ AU TITRE DES CREDITS ACTIVITE HEMODIALYSE (NOTIFIEES EN EPRD 2007)	FAV	FAV	COURBEBASSE MARIE
NEUROLOGIE	BICETRE	PR GERARD SAID	1		1,0	1	11 DEMI-JOURNEES + POSTE DE PH TPA	FAV	FAV	MASNOU PASCAL-OLIVIER

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
ONCOLOGIE	CH. FOIX J.ROSTAND	PR FRANCOIS PIETTE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	CHEBIB AMALE
ONCOLOGIE	PAUL BROUSSE	PR DAVID MACHOVER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	ULUSAKARIA AYHAN
ONCOLOGIE	PAUL BROUSSE	PR DAVID MACHOVER		1	0,5	1	POSTE DE PAC TEMPS PLEIN	FAV	FAV	GUMUS YUSSUF
ONCOLOGIE	PITIE SALPETRIERE	PR DAVID KHAYAT	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES DU SERVICE	FAV	FAV	VIGNOT STEPHANE
ONCOLOGIE	SAINT LOUIS	PR MAYLIN (RESP POLE)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	BEDAIRIA NAIMA
ONCOLOGIE	TENON	PR JEAN PIERRE LOTZ	1		1,0	1	16 DJ (CONTRAT PHC T.PLEIN) + 5 DJ	FAV	FAV	AVENIN DANIELE
PEDIATRIE	A.BECLERE	PR LABRUNE (PROV)	1		1,0	1	POSTE DE PH TPA + 11 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	CASTEL CHRISTINE
PEDIATRIE	ANTOINE BECLERE	Pr PHILIPPE LABRUNE (PROV)		1	0,5	1	7 DEMI-JOURNEES DU SMUR PEDIATRIQUE A COMPLETER	FAV	FAV SS/Réserve Financnt	GONZALES-JENETE PATRICIA
PEDIATRIE	BICETRE	PR GAUTHIER	1		1,0	1	21 DJ (18 DJ HOPITAL + 3 DJ PLAN URGENCES AP-HP)	FAV	FAV	LYKAVIERIS PANAYOTIS
PEDIATRIE	A. TROUSSEAU	PR LEVERGER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS MALADIES RARES	FAV	FAV	GUILLEMOT NATHALIE
PEDIATRIE	A. TROUSSEAU	PR LEVERGER		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	AUBERTIN GUILLAUME
PEDIATRIE	A. TROUSSEAU	PR FRANCIS GOLD	1		1,0	1	1 POSTE DE PHC TP + 5 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	WALTER NICOLET EP CARVALLO ELISABETH
PEDIATRIE	A. TROUSSEAU	PR PIERRE HELARDOT	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	GRAND D'ESNON AUDE
PEDIATRIE	AMBROISE PARE	PR BERTRAND CHEVALLIER	1		1,0	1	POSTE PHC PLT + 5 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	SOUSSAN-BANINI VALERIE
PEDIATRIE	AVICENNE	Pr JEAN LOUIS POURRIAT (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	NAUDET GABRIELLE
PEDIATRIE	COCHIN-ST V DE PAUL	PR GUY MORIETTE	1		1,0	1	LE POSTE DE PHTPA DE LA CANDIDATE + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	MARCOU-GROSJEAN VALERIE
PEDIATRIE	COCHIN-ST V DE PAUL	PR PIERRE BOUGNERES	1		1,0	1	POSTE TPA DU CANDIDAT + CREDITS MAL RARES CTRE REF LEUCODYSTROPHIES	FAV	FAV	SEVIN CAROLINE
PEDIATRIE	LARIBOISIERE-F.WIDAL	PR EMMANUEL BARANGER	1		1,0	1	UN POSTE DE PH TPA + 11 DEMI JOURNEES REGUL POSTE PRETE SANTE PUBLIQUE JUILLET 07	FAV	FAV	AYRAL DOMINIQUE
PEDIATRIE	LOUIS MOURIER	DR MARIE PIERRE JABY SERGENT	1		1,0	1	2 POSTES PHTPA VACANTS DANS LE SERVICE	FAV	FAV	KAO TCHANGAI SIMON
PEDIATRIE	LOUIS MOURIER	PR CLAUDE LEJEUNE		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	SERINGE FROIDEVAUX SOPHIE
PEDIATRIE	NECKER - E.MALADES	PR SCHEINMANN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS CTRE REF MALADIES RARES"MALADIES HEREDITAIRES DU METABOLISME"	FAV	FAV	VALAYANNO POULOS VASSILI
PEDIATRIE	NECKER - E.MALADES	PR VEKEMANS	1		1,0	1	8 DEMI-JOURNEES EN COMPLEMENT DES 13 FOURNIES PAR COCHIN-SVP	FAV	FAV	EISERMANN MONIKA
PEDIATRIE	NECKER - E.MALADES	Pr JACQUES DE BLIC (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES DONT 10 CREDITS MALADIES RARES	FAV	FAV	ABOU TAAM ROLA
PEDIATRIE	NECKER - E.MALADES	PR OLIVIER GOULET (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	GIRARD MURIEL
PEDIATRIE	NECKER - E.MALADES	PR PATRICK NIAUDET	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES DONT 10 DU CTRE DE REF MALAD RARES SYNDROME NEPHROTIQUE	FAV	FAV	COGNIOT-CHARBIT MARINA
PEDIATRIE	NECKER - E.MALADES	PR PHILIPPE HUBERT		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	LETAMENDIA-RICHARD EMMANUELLE
PEDIATRIE	ROBERT DEBRE	PR MOUREN (RESP POLE)		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	LUPOGLAZOFF JEAN MARC

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
PEDIATRIE	ROBERT DEBRE	POLE ACCUEIL URGENCES PEDIATRIQUES	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES DE NECKER (transfert poste de Mme BADER MEUNIER)	FAV	FAV	ANGOULVANT FRANCOIS

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
PNEUMOLOGIE	JEAN VERDIER	PR ATTALI (RESP POLE)	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES (10 DJ J.VERDIER-EXPLO.FONCT. + 11 DJ-PNEUMO ET SAU AVICENNE)	FAV	FAV	DUPERRON FLORENCE
PNEUMOLOGIE	PITIE SALPETRIERE	PR JEAN PHILIPPE DERENNE	1		1,0	1	REDEPLOIEMENT DU POSTE LIBERE EN BIOCHIMIE PR HAINQUE (DR NAFZIGER)	FAV	FAV	TROSINI DESERT VALERY
PNEUMOLOGIE	SAINT ANTOINE	PR BERNARD LEBEAU	1		1,0	1	POSTE PH TPA DU CANDIDAT + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	BAUD MARIE-HENRIETTE
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	AMBROISE PARE	PR ELISABETH ROUVEIX-NORDON	1		1,0	1	DOUBLE ENVELOPPE PERENNE AU TITRE DU PLAN SANTE MENTALE 2007 ET PLAN ADDICTOLOGIE 2007	FAV	FAV	PARADIS MATHILDE
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	BICETRE	PR JEAN FRANCOIS DELFRAISSY	1		1,0	1	13 DEMI-JOURNEES + 8 DEMI-JOURNEES PLAN ADDICTOLOGIE	FAV	FAV	SAINTE MARIE THIERRY
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	BICETRE	PR PATRICK HARDY		1	0,5	1	6 DEMI-JOURNEES + 4 PLAN ADDICTOLOGIE	FAV	FAV	BALETTE MARTINE
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	BROUSSAIS-HEGP	PR OLIVIER SAINTJEAN (RESP POLE)	1		1,0	1	POSTE TPA + 6 DJ (DONT 3 DEPART GENETIQUE) + 5 DJ DEMANDEES PLAN SANTE MENTALE 2007	FAV	FAV	LAHLOU-LAFORET KHADIJA
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	COCHIN-ST V DE PAUL	DR BRIGITTE ISABELLE FERRAND	1		1,0	1	FINANCT MINIST POUR PRISE EN CHARGE PSY EN MATERNITE	FAV	FAV	LUSTIG SOPHIE YAEL
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	CORENTIN CELTON	PR QUENTIN DEBRAY		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	GOURARIER LAURENT
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR LEBOYER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (CREDITS DDASS LIES AU DECONVENTIONNEMENT DES DEUX CMP DE BOISSY ST LEGER ET DE MAISONS-ALFORT	FAV	FAV	HOUENOU JOSSELIN
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR LEBOYER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (CREDITS DDASS LIES AU DECONVENTIONNEMENT DES DEUX CMP DE BOISSY ST LEGER ET DE MAISONS-ALFORT	FAV	FAV	SZOKE ANDREI
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR LEBOYER	1		1,0	1	6 DJ LORS DU CAI DU DR CREMINTER A NECKER + 10 DJ (DM3 2004 DEPART CREMINTER) + 5DJ ACTEES EN 2005 (ACCORD M.ANTONINI + MME QUESADA)	FAV	FAV	VAN EERSEL TILL
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR LEBOYER	1		1,0	1	2 POSTES DE PH TPA	FAV	FAV	LAGUERRE EPOUSE GOLDIN AUDREY
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	JEAN VERDIER	PR OLIVIER FAIN		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	POLOMENI PIERRE
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	NECKER - E.MALADES	PR BERNARD GOLSE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (10 DE PRAT ATT+6 PLAN PERINATALITE+5 DU SERVICE)	FAV	FAV	BEAUQUIER-MACCOTTA BERENGERE
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	PAUL BROUSSE	PR MICHEL REYNAUD	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	KARILA LAURENT
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	PITIE SALPETRIERE	PR DAVID COHEN (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES CREDITS D'URGENCES PEDOPSYCHIATRIE OBTENUS	FAV	FAV	VIAUX SYLVIE
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	PITIE SALPETRIERE	PR DAVID COHEN (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES CREDITS D'URGENCES PEDOPSYCHIATRIE OBTENUS	FAV	FAV	DOUNIOL MARIE
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	PITIE SALPETRIERE	PR DAVID COHEN (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS FLECHES CENTRE DIAGNOSTIC AUTISME OBTENUS OU TRANSF. ?	FAV	FAV	PERISSE DIDIER
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	PITIE SALPETRIERE	Pr JEAN FRANCOIS ALLILAIRE	1		1,0	1	CREATION PLAN SANTE MENTALE	FAV	FAV	CHOUCHA WALID
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	ROBERT DEBRE	PR MARIE CHRISTINE MOUREN		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES (CREDITS FLECHES URGENCE)	FAV	FAV	ASCH MURIEL
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	ROBERT DEBRE	PR MARIE CHRISTINE MOUREN		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES (CREDITS FLECHES URGENCE)	FAV	FAV	ACQUAVIVA ERIC
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	SAINT ANTOINE	Pr CHARLES SIEGFRIED PERETTI (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS PLAN NATIONAL D'ADDICTOLOGIE	FAV	FAV	DEBACQ CAROLINE

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	SAINTE PERINE-ROSSINI-CHARDON LAGACHE	DR ALAIN BAULON		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	SEGUY CAROLE
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	TENON	DR LOUIS JEHEL (RESP.UF)	1		1,0	1	TRANSF PHTPA+1DJ SERV+8DJ PLAN ADDICTOLOGIE+2DJPLAN SANTE MENTALE NOTIF.NC12007	FAV	FAV	SIGWARD JEAN MICHEL
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	TENON	DR LOUIS JEHEL (RESP.UF)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES (2DJ+8DJ PLAN SANTE MENTALE NOTIFIEES EN NC1 2007	FAV	FAV	GRAPPE MICHEL
RADIOTHERAPIE	PITIE SALPETRIERE	Pr JEAN JACQUES MAZERON (PROVISOIRE)	1		1,0	1	11 DJ DU SERVICE+ REDEP 10 DJ EN INTERNE (5 DJ PR DELATTRE ET 5 DJ PR VAN EFFENTERRE)	FAV	FAV	LANG PHILIPPE
REANIMATION MEDICALE	SAINT ANTOINE	PR GEORGES OFFENSTADT	1		1,0	1	FINANCEMENT SOUS RESERVE DE L'ACCORD DE LA DEF	FAV SS/Réserve Financmt	FAV SS/Réserve Financmt	LEMANT JEROME
SANTE PUBLIQUE	BEAUJON	C.E.L		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	C - DEF	DEF	PAS DE CANDIDAT
SANTE PUBLIQUE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	N.	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	MARTIN-COLLADO ELVIRA
SANTE PUBLIQUE	PAUL BROUSSE	PR BRUNO FALISSARD		1	0,5	1	TRANSFORMATION POSTE PH PLEIN TEMPS EN 2 TEMPS PARTIEL	FAV	FAV	GASQUET ISABELLE
SANTE PUBLIQUE	PAUL BROUSSE	PR BRUNO FALISSARD		1	0,5	1	TRANSFORMATION POSTE PH PLEIN TEMPS EN 2 TEMPS PARTIEL	FAV	FAV	PAS DE CANDIDAT PROPOSE
SANTE PUBLIQUE	PITIE SALPETRIERE	PR MALLET	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES SOUS RESERVE DE L'OBTENTION DES CREDITS PREVUS PAR LA DRCD URC	FAV	FAV	GAMBOTTI LAETITIA
SANTE PUBLIQUE	PITIE SALPETRIERE	Dr MICHELE LEVY-SOUSSAN (RESP.UF)		1	0,5	1	CREDITS FLECHES "LITS IDENTIFIES SOINS PALLIATIFS" OBTENUS POUR 10 DJ	FAV	FAV	MINO JEAN-CHRISTOPHE
SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en MEDECINE			101	42	122,0	143				

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						

AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN ANATOMIE PATHOLOGIQUE (5 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	ANTOINE BECLERE	PR SOPHIE PREVOT	1		1,0	1	SOUS RESERVE CREDITS LIES A L'ACTIVITE GENEREES PAR L'OUVERTURE DE LA MATERNITE DE BICETRE	C - FAV		BESSIERES BETINA
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	LARIBOISIERE-F.WIDAL	PR FRANCOISE GRAY	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	LAVERGNE SLOVE ANNE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	PITIE SALPETRIERE	PR JEAN JACQUES HAUW	1		1,0	1	TRANSFORMATION POSTE DE PHTPA + 11 DEMI-JOURNEES DU SERVICE	FAV	FAV	MAKHTARI EP RACHDI KARIMA
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	PITIE SALPETRIERE	PR FREDERIQUE CAPRON	1		1,0	1	21 DJ = SERVICE+ REDEPL DJ DU SERVICE PR DERENNE	FAV	FAV	BARDIER EP DUPAS ARMELLE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	SAINT LOUIS	PR ANNE JANIN		1	0,5	1	RENDU D'UN PH PLEIN TEMPS POUR DEUX PH TPA	FAV	FAV	VERINE JEROME
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	SAINT LOUIS	PR ANNE JANIN		1	0,5	1	RENDU D'UN PH PLEIN TEMPS POUR DEUX PH TPA	FAV	FAV	CANDIDAT EN COURS DE RECRUTEMENT
SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en ANA PATH			4	2	5,0	6				

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						

AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN CHIRURGIE (13,5 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE	BEAUJON	PR YVES PANIS (PROV)	1		1,0	1	1P PHC PLT + 5DJ	FAV	FAV	BRETAGNOL FREDERIC
CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE	BEAUJON	PR JACQUES BELGHITI	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES (SERVICE + ANESTH REA)	FAV	FAV	DONDERO FREDERICA
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	AVICENNE	PR ALAIN MASQUELET		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	GERIN ANTOINE
CHIRURGIE VASCULAIRE	BICHAT - CI. BERNARD	PR GUY LESECHE	1		1,0	1	EN ATTENTE QUALIFICATION / POUR PRENDRE DATE	C - DEF		FRANCIS FADY
CHIRURGIE UROLOGIQUE	BICHAT - CI. BERNARD	PR LAURENT BOCCON GIBOD		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES (6 URO + 2 ORTHO + 2 GYNECO)	FAV	FAV	DOMINIQUE SEBASTIEN
CHIRURGIE UROLOGIQUE	SAINT LOUIS	PR TEILLAC	1		1,0	1,0	10 DEMI JOURNEES HOPITAL + 11 DJ FINANCEMENT INSTITUTION	A REVOIR EN CME		TARIEL EDOUARD
CHIRURGIE UROLOGIQUE	TENON	Pr BERNARD GATTEGNO (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	BELEY SEBASTIEN
CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTITUTIVE	BICHAT - CI. BERNARD	PR DOMINIQUE MAHIEU-CAPUTO (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES (3 CHIR DIGEST + 1 SAU + 4 GYNECO + 2 ORTHO.)	FAV	FAV	CANNISTRA CLAUDIO
CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTITUTIVE	PITIE SALPETRIERE	Pr JEAN PIERRE LEFRANC		1	0,5	1	10 DJ DU SERVICE	FAV	FAV	BICHET JEAN CHRISTOPHE
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	COCHIN-ST V DE PAUL	PR DOMINIQUE CABROL	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	SCHMITZ THOMAS
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	NECKER - E.MALADES	PR YVES DUMEZ	1		1,0	1	EMPLOI PAYE PAR LA REPRISE DE L'IPP PAR L'AP-HP	FAV	FAV	LETICEE NADIA
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	ROBERT DEBRE	PR JEAN FRANCOIS OURY	1		1,0	1	1POSTE DE PHC TPA + 6 DEMI JOURNEES (POSTE MCU PH) + 5 DEMI JOURNEES (CREDITS PERINATALITE)	FAV	FAV	RECOULES AUDE
NEUROCHIRURGIE	BICETRE	PR MARC TADIE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (6 HOPITAL ET 15 MALADIES RARES)	FAV	FAV	MORAR SILVIA
NEUROCHIRURGIE	NECKER - E.MALADES	PR CHRISTIAN SAINTE ROSE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES DU CTRE DE REF DYSOSTOSES CRANOFACIALES	FAV	FAV	DI ROCCO FEDERICO
OPHTALMOLOGIE	NECKER - E.MALADES	PR JEAN LOUIS DUFIER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES OBTENUES FIN 2006 CREDITS CENTRE DE REF MALADIES RARES	FAV	FAV	ROCHE OLIVIER
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	AVICENNE	PR BRUNO FRACHET		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES (CREDITS FLECHES IMPLANTS COCHLEAIRES)	FAV	FAV	HARBOUN COHEN ESTHER
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	SAINT LOUIS	Pr JEAN PAUL MONTEIL (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	BEHM EVA
SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en CHIRURGIE			10	7	13,5	17				

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						

AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN BIOLOGIE (12 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE	PITIE SALPETRIERE	PR HENRI AGUT		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEE	FAV	FAV	WIRDEN MARC
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE	SAN SALVADOUR		1		1,0	1	POSTE DE PH TPA + 11 DEMI-JOURNEES (ENVELOPPE FLECHEE SPECIFIQUE A L'EPP)	FAV	FAV	NEMAN EPOUSE SIMHA VERONIQUE
BIO.CELL.HISTO.BIOL. DU DEVELOPPEMENT ET REPRODUCT.	ANTOINE BECLERE	PR GERARD TACHDJIAN	1		1,0	1	SOUS RESERVE CREDITS LIES A L'ACTIVITE GENEREE PAR L'OUVERTURE DE LA MATERNITE DE BICETRE	C - FAV SS/Réserve Financmt	FAV SS/Réserve Financmt	MAURIN-GANNE MARIE LAURE
BIO.CELL.HISTO.BIOL. DU DEVELOPPEMENT ET REPRODUCT.	COCHIN-ST V DE PAUL	PR WOLF		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	CHALAS CELINE
BIOLOGIE MEDICALE	AMBROISE PARE	PR CATHERINE BOILEAU	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES Candidate Inscription CNPH 2007	C - DEF A REVOIR EN CME		NADINE HANNA
BIOLOGIE MEDICALE	BROUSSAIS-HEGP	PR MARTINE AIACH		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	SMADJA DAVID
BIOPHYSIQUE	PITIE SALPETRIERE	PR CHAMBAZ	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES SERVICE ET POLE	FAV	FAV	PIKETTY MARIE LIESSE
GENETIQUE	BROUSSAIS-HEGP	PR PHILIPPE BEAUNE (RESP POLE)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	BUECHER BRUNO
GENETIQUE	LOUIS MOURIER	PR JEAN CHARLES DEYBACH	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES (CREDITS DHOS MALADIES RARES)(CENTRE DE REFERENCE NATIONAL)	FAV	FAV	TCHERNITCHKO DIMITRI
GENETIQUE	PITIE SALPETRIERE	PR ALEXIS BRICE	1		1,0		21 DJ CREDITS FLECHES CENTRE DE REFERENCE RETARD MENTAL (DR HERON) OBTENUS	RETRAIT HOPITAL	RETRAIT HOPITAL	JACQUETTE AURELIA
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	HOTEL DIEU	Pr NICOLE CASADEVALL (PROVISOIRE)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	B - FAV	FAV	FLAUJAC LE COURVOISIER CLAIRE
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	PAUL BROUSSE	Pr MARTINE RAPHAEL (PROVISOIRE)		1	0,5		10 DEMI-JOURNEES	FAV	RETRAIT HOPITAL	SAADA VERONIQUE
IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE	NECKER - E.MALADES	Pr LUCIENNE CHATENOU (PROVISOIRE)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (SOUS RESERVE OBTENTION CREDITS EN CONF ASP 5 DEMI-JOURNEES ATTENDUES)	FAV SS/Réserve Financmt	FAV SS/Réserve Financmt	ALYANAKIAN ALEXANDRA
IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE	PITIE SALPETRIERE	PR DAVID KLATZMANN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEE (16 DJ DU SERVICE + 5 DJ DU POLE)	FAV	FAV	TREBEDIEN EP NEGRE HELENE
IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE	SAINT ANTOINE	PR PHILIPPE BOUCHARD		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES CREDITS MALADIES RARES NOTIFIES EN EPRD 2006	FAV	FAV	DONADILLE BRUNO
SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en BIOLOGIE			9	6	12,0	13				

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						

AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN ANESTHESIE (3,5 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	BICETRE	PR DAN BENHAMOU	1		1,00	1	21 DEMI-JOURNEES	HC - FAV	FAV	PHAM-EPOUSE MARCOU THINGOC CHAN
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	BICHAT - CL. BERNARD	PR JEAN MARIE DESMONTS	1		1,00	1	2 POSTES DE PHTPA VACANTS DANS LE POLE (PEDOPSYCHIATRIE ET SAU) Postes redéployés temporairement 1 an.	C- DEF Voir Discipline Anesthésie-Réanimation	DEF	DILLY MARIE-PIERRE
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	NECKER - E.MALADES	PR PIERRE CARLI	1		1,0	1	FINANCMT CREDITS AP-HP REPRISE ACTIVITE IPP	C - FAV	FAV	(SOLLIER - REA-MED) PIGOT BENEDICTE
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	JEAN VERDIER	Dr GILLES DHONNEUR (PROV)		1	0,50	1	10 DEMI JOURNEES	B - FAV	FAV	SLAVOV VELISLAV
SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en ANESTHESIE			3	1	3,5	4				

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						

AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN PHARMACIE (5 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	ANTOINE BECLERE	ME NICOLE PREAUX	1		1,0	1	POSTE DE PAC TP + 11 VACATIONS	FAV	FAV	HADDAD EPOUSE SI ALI RATIBA
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	BICHAT - CL. BERNARD	PR PHILIPPE ARNAUD		1	0,5	1	UN POSTE D'ASSISTANT SPEC + 1 DEMI JOURNEE	FAV	FAV	PAPY EMMANUELLE
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	M. ALAIN ASTIER		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	JOURDIN EPOUSE CORDONNIER CATHERINE
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	HOTEL DIEU	M. FRANCOIS CHAST	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES DONT 11 SCE ODONTO GARANCIERE PR B.PICARD (Lettre du DH rappelant l'objet - PEC unité PUI de Garancière- Poste à transférer vers Rothschild lors du transfert d'activité)	C - FAV		BADRE-SENTENAC STEPHANIE
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	JEAN VERDIER	M. JEAN EUDES FONTAN		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES (POSTE D'ASSISTANT DU CANDIDAT + 1 DEMI JOURNEE	B - FAV	FAV	CISTERNINO SALVATORE
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	P.BROUSSE	PR LAURENCE FAIVRE		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	C - FAV	FAV	ROUCHON CHRISTOPHE
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	TENON	ME ANNIE BECKER	1		1,0	1	1 PHTPA VACANT +11 DJ CREDITS MISE AUX NORMES PUI POUR STERILISATION DEMANDES EN EPRD2008	FAV SS/Réserve Financmt	FAV SS/Réserve Financmt	LARCHER EP MICOUIN BLANDINE
SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en PHARMACIE			3	4	5,0	7				

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						

AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN RADIOLOGIE ET MEDECINE NUCLEAIRE (11 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
RADIOLOGIE	A. BECLERE	PR MUSSET	1		1,0	1	SOUS RESERVE DES 21 DEMI JOURNEES DEMANDEES	B - FAV	FAV	MABILLE MYLENE
RADIOLOGIE	A. TROUSSEAU	PR HUBERT DUCOU LA POINTE (PROV)		1	0,5	1	TRANSF.POSTE PHPLT EN 2 TPA 1 ROTHSCHILD ET 1 RESTITUE A TROUSSEAU POUR M.BENHARRATS	FAV	FAV	BENHARRATS TAYEB
RADIOLOGIE	AVICENNE	PR MICHEL BRAUNER	1		1,0	1	21 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	BENROMDHANE MOHAMMED HABIB
RADIOLOGIE	BICHAT - Cl. BERNARD	PR ELISABETH SCHOUMAN	1		1,0	1	UN POSTE DE PH TPA + 4 DJ DU SCE + 7 DJ A NEGOCIER DS LE CADRE DE LA SECONDE IRM	B - FAV SS/Réserve Financmt	FAV SS/Réserve Financmt	FLOQUET-TISSIER MURIEL
RADIOLOGIE	BROUSSAIS-HEGP	PR MARC SAPOVAL	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	PELLERIN OLIVIER
RADIOLOGIE	COCHIN-ST V DE PAUL	PR KALIFA		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	MILLISCHER-BELLAICHE ANNE-ELODIE
RADIOLOGIE	CORENTIN CELTON	DR ELISABETH ATTLAN		1	0,5		TRANSF.POSTE PHPLT DE MME ATTLAN EN 2 PHTPA)	C - FAV	RETRAIT à l'initiative du Directeur d'Hôpital	ADAM ANNE
RADIOLOGIE	CORENTIN CELTON	DR ELISABETH ATTLAN		1	0,5		TRANSF. POSTE PHPLT DE MME ATTLAN EN 2 PHTPA	C - FAV		ATTLAN ELISABETH
RADIOLOGIE	GEORGES CLEMENCEAU	Rattaché au Sce du Pr MUSSET (A.Béclère)		1	0,5	1	TRANSF.POSTE PHPLT EN 1 TPA à GEORGES CLEMENCEAU et RETOUR de 10 DJ	FAV	FAV	PAS DE CANDIDAT PROPOSE
RADIOLOGIE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR ANDRE PIERRE GASTON	1		1,0	1	POSTE DE PH TPA + 6 DJ MISES A DISPOSITION POUR L'OUVERTURE DE LA 2EME IRM	FAV SS/Réserve Financmt	FAV SS/Réserve Financmt	COMBES CATHERINE
RADIOLOGIE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR ALAIN RAHMOUNI	1		1,0	1	1 POSTE DE PH TPA + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	JOURDAN GUILLAUME
RADIOLOGIE	LARIBOISIÈRE-F.WIDAL	PR ROLAND RYMER		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	TIAH DJAMEL
RADIOLOGIE	NECKER - E.MALADES	PR FRANCIS BRUNELLE		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	TANTCHEU VICTOR
RADIOLOGIE	NECKER - E.MALADES	PR OLIVIER HELENON		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV	DEKEYSER ERIC
RADIOLOGIE	ROTHSCHILD	DR ALINE SEBAG (RESP.UF)		1	0,5	1	TRANSF.POSTE PHPLT EN 2 TPA 1 ROTHSCHILD ET 1 A.TROUSSEAU (M.BENHARRATS)	FAV	FAV	PAS DE CANDIDAT
MEDECINE NUCLEAIRE	SAINTE LOUIS	Pr JEAN LUC MORETTI (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI JOURNEES	FAV	FAV	SARANDI FARID
SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en RADIOLOGIE			6	10	11,0	14				

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						

AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN ODONTOLOGIE (1,5 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CTEM - CS	AVIS CME 11/12/07	NOM PRENOM
			PH TP	PH TPA						
ODONTOLOGIE POLYVALENTE	CH. FOIX J.ROSTAND	PR MARYSE WOLIKOW		1	0,5	1	POSTE AHU A COMPLETER PAR RENDU DE DJ	DEF	DEF	ALLAIN FRANCOIS
ODONTOLOGIE POLYVALENTE	HENRI MONDOR / A.CHENEVIER	PR BRUNO GOGLY	1		1,0	1	POSTE DE PHC TP + 5 DEMI-JOURNEES A COMPLETER	FAV	FAV SS/Réserve FINCMT	BDEOUI FADI
SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en ODONTOLOGIE			1	1	1,5	2				

	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES
	PH TP	PH TPA		
TOTAL AUTOFINANCEMENTS - TOUTES DISCIPLINES	137	73	173,5	206