

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 12 DECEMBRE 2006**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 9 JANVIER 2007**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 12 décembre 2006

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Point d'étape sur la mise en œuvre de la réforme de la nouvelle gouvernance.
- 2- Bilan des travaux du groupe des structures de la CME.
- 3- Information sur le parcours de soins coordonné.
- 4- Information sur le statut des praticiens hospitaliers.
- 5- Information sur le projet d'implantation d'un cyclotron à l'AP-HP.
- 6- Avis sur l'adhésion de l'AP-HP au groupement d'intérêt public (GIP) du centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS).
- 7- Centres de référence des maladies rares :
  - avis sur le classement des dossiers candidats à la labellisation pour l'année 2007 ;
  - avis sur la proposition de transfert de centres des maladies rares.
- 8- Avis sur le projet de reprise par l'AP-HP au 1er mai 2007 de l'activité et des personnels du centre de diagnostic anténatal et de médecine foetale de l'institut de puériculture de Paris.
- 9- Avis sur l'adhésion du groupe hospitalier Armand Trousseau – La Roche Guyon au syndicat interhospitalier « blanchisserie interhospitalière de Saint Germain en Laye ».
- 10- Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2007.
- 11- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 12- Approbation du compte-rendu de la séance du 14 novembre 2006.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition C**

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation du directeur médical du SAMU de la Seine-Saint-Denis.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la désignation de chefs de service, à titre provisoire.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de praticien responsable de pôle clinique ou médico-technique des hôpitaux.

### Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
  - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
  - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
  - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
  - 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 BAGLIN, doyen,
  - M. le Pr BERCHE, doyen ;
  
- *les représentants de l'administration :*
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
  - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
  - M. GUIN, directeur économique et financier,
  - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
  - M. PEURICHARD, directeur du développement des ressources humaines ;
  
  - M. BEST, direction de la politique médicale,
  - Mme CHAMPION, directrice adjointe du groupe hospitalier Armand-Trousseau – La Roche Guyon,
  - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
  - M. SUDREAU, direction de la politique médicale,
  - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

\*

\*                      \*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui excuse l'absence de Mmes DEGOS et SCHLEGEL et de MM. DASSIER, GUILLEVIN et TULLIEZ avant d'examiner les points portés à l'ordre du jour.

## **I- Point d'étape sur la mise en œuvre de la réforme de la nouvelle gouvernance.**

**M. SUDREAU** indique qu'il présentera pour sa part le découpage des pôles et la constitution des équipes exécutives de pôle tandis que **M. PEURICHARD** traitera le volet managérial de la nouvelle gouvernance (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

### 1- Le découpage des hôpitaux en pôles.

#### *a) Le bilan quantitatif et par thématique.*

L'AP-HP dispose de 720 services regroupés en 172 pôles. Un 173<sup>ème</sup>, le pôle réanimation de l'hôpital Européen Georges Pompidou devrait être créé début 2007. La répartition de ces pôles par groupement hospitalier universitaire est équilibrée et correspond au poids respectif des activités et au nombre de lits de chaque GHU : GHU nord : 55 pôles ; GHU sud : 31 pôles ; GHU est : 40 pôles ; GHU ouest : 46 pôles.

En moyenne, les pôles des hôpitaux de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) comptent 313 emplois à temps plein (ETP), alors que les pôles des hôpitaux gériatriques en regroupent 260. Ces moyennes couvrent de fortes disparités mais montrent que les pôles bénéficient d'une masse critique suffisante.

Les grandes thématiques médicales ont été réparties de différentes manières au sein des pôles créés.

*La réanimation chirurgicale, la réanimation médicale et le département d'anesthésie réanimation* sont regroupés au sein d'un même pôle dans huit sites et répartis dans des pôles différents dans treize sites.

*La cancérologie* connaît une organisation diversifiée : cinq hôpitaux ont marié l'oncologie à d'autres spécialités ; trois hôpitaux ont lié oncologie et hématologie ; deux hôpitaux ont rapproché l'hématologie, l'oncologie et une activité chirurgicale ; deux hôpitaux ont choisi de rapprocher l'oncologie et l'imagerie.

*La chirurgie* dénombre six pôles constitués uniquement de services chirurgicaux (GHU nord et GHU sud) contre vingt neuf pôles médico-chirurgicaux équitablement répartis entre les différents GHU.

*Les blocs opératoires* disposent dans 60 % des hôpitaux d'une organisation en blocs communs ou d'une coordination des blocs sous l'égide du conseil exécutif local (CEL), alors que 40 % des hôpitaux ont intégré leurs blocs opératoires au sein des pôles d'activité chirurgicale.

*La périnatalité* est constituée en pôle dans tous les hôpitaux pédiatriques de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, ainsi que dans la quasi-totalité des hôpitaux disposant d'une maternité importante.

*La psychiatrie* offre quatre configurations : les services sectorisés constitués en un seul pôle ; les services intégrés dans un pôle neurosciences ; les services regroupés dans un pôle psychiatrie – médecine ou psychiatrie – addictologie ; les services intégrés dans un pôle urgences – proximité.

*La pharmacie à usage intérieur (PUI), la biologie et l'imagerie* répondent à une double logique : des pôles prestataires de service (trente quatre pôles) ou des pôles mixtes (vingt trois pôles).

*La gériatrie* comporte deux hôpitaux mono-service (Vaugirard – Gabriel Pallez et Paul Doumer) organisés en un pôle unique. Dans les autres hôpitaux, la problématique majeure a consisté à repérer spécifiquement les soins de longue durée (SLD) : un pôle dédié dans six hôpitaux ; une unité fonctionnelle au sein d'un pôle d'activité (les hôpitaux René Muret et Georges Clémenceau). L'hôpital Bretonneau – Délibéros associera un pôle gériatrie à un pôle odontologie.

*b) Le bilan qualitatif.*

La méthode de mise en place des pôles comprenait une phase informelle de rencontres pilotées par la direction de la politique médicale, puis une phase de validation et d'instruction technique des dossiers avant l'examen par le conseil exécutif, la commission médicale d'établissement et le conseil d'administration. Cette méthode a permis de respecter les objectifs calendaires, visant la validation de la grande majorité des pôles par le conseil d'administration dès le mois de juin 2006.

Les trente cinq rencontres organisées en amont associaient l'hôpital, les directions fonctionnelles du siège, le directeur exécutif du GHU concerné, le groupe des structures de la CME. Sur les trente cinq projets d'organisation en pôles présentés en première intention par les hôpitaux, vingt huit ont été modifiés sur la base d'une doctrine définie en amont.

Après leur passage en groupe des structures, sur les trente cinq propositions examinées, le conseil exécutif a émis un avis favorable pour vingt cinq et suggéré des modifications pour les autres. Une fois le projet adopté par le conseil d'administration, chaque directeur d'hôpital et président de comité consultatif médical a reçu une synthèse écrite des sujets qui devront faire l'objet d'une évaluation particulière sur la base d'une méthodologie en cours d'élaboration par le groupe des structures et la direction générale et portant sur :

- la mixité des pôles ;
- la masse critique : il sera nécessaire de vérifier que les pôles disposant d'une masse critique relativement faible sont néanmoins en mesure de participer à un fonctionnement efficace ;
- le mono-pôle ;
- la gériatrie ;
- les structures rattachées au CEL.

Enfin, un droit à l'erreur étant admis, il sera envisageable de proposer une modification de l'organisation en pôles d'un hôpital si le besoin apparaîtrait.

## 2- La constitution des équipes exécutives de pôles.

A ce jour, cent sept responsables médicaux de pôles sont officiellement nommés et soixante cinq nominations s'avèrent imminentes. Avant la fin de l'année 2006, les pôles seront constitués et leurs responsables médicaux quasiment tous nommés.

85 % des responsables de pôles sont des hommes, l'âge moyen est de cinquante six ans, 80 % sont des PU-PH, dont 69 % des chefs de service, contre 20 % de praticiens hospitaliers. Souvent ces responsables possèdent une expérience forte sur des missions d'intérêt général (présidence ou vice-présidence de CCM, présidence de commission de CCM...).

**M. PEURICHARD** poursuit l'exposé en évoquant une certaine inquiétude éprouvée l'été dernier concernant le recrutement des cadres administratifs mais la situation semble s'être améliorée depuis. Sur les cent trente six cadres administratifs recrutés ou en cours de recrutement, quarante trois sont des attachés d'administration hospitalière, dont neuf originaires de France Télécom. Enfin, cent onze cadres paramédicaux ont déjà été recrutés.

### 3- Les conseils exécutifs locaux.

Tous les hôpitaux de l'AP-HP ont installé leur CEL depuis 2005, généralement constitué à parité et tous les responsables de pôles en sont membres. Leur composition est susceptible d'évolution suite aux nominations des responsables de pôle et à l'adoption du règlement intérieur de l'AP-HP le 20 octobre dernier par le conseil d'administration.

Le premier bilan de ces instances se révèle positif. Tous les responsables rencontrés insistent sur la nécessité de faire du CEL une instance décisionnelle, identifiée en tant que telle par tous au sein de l'hôpital. Ceci signifie que tous les sujets importants doivent être débattus, et si possible décidés, en CEL. Cette instance s'inscrit dans une logique de management et non de représentation. Si on peut toujours améliorer son mode de fonctionnement, le sentiment général à son égard demeure positif.

### 4- La politique de contractualisation.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, le projet de pôle définit les orientations générales et l'organisation du pôle. Le contrat de pôle passé entre l'hôpital et le praticien responsable de pôle fixe les objectifs qualitatifs et quantitatifs sur lesquels les deux parties s'engagent. La délégation constitue l'outil du praticien responsable de pôle pour exercer sa responsabilité.

Le conseil d'administration a défini le 20 octobre 2006 les grandes lignes de la politique de contractualisation. Vingt deux contrats de démarrage ont été conclus dans les quatre hôpitaux anticipateurs, tous les contrats de démarrage doivent être finalisés pour la fin mars 2007. D'une durée de quatre ans, les contrats de pôle devront être signés pour la fin décembre 2007 et comprendront une annexe annuelle signée à partir du mois de janvier 2008, permettant de vérifier l'atteinte des objectifs et de procéder à des corrections.

Afin de garantir la cohérence globale des contrats de pôle avec les objectifs de l'hôpital et ceux institutionnels, le conseil exécutif juge souhaitable de définir des objectifs invariants sur lesquels chaque pôle doit être amené à contractualiser. Un objectif invariant se fonde sur un objectif stratégique pour lequel l'ensemble des pôles s'engage, à un suivi particulier, et dont le pôle s'avère le niveau d'action adéquat. Ces objectifs invariants portent sur l'activité, la qualité et la gestion du personnel.

### 5- Le pilotage et le tableau de bord.

Ces éléments permettent de concrétiser la contractualisation. Le tableau de bord établi pour chaque pôle, mentionne les objectifs et les indicateurs invariants associés. De même ils servent à vérifier régulièrement au niveau des CEL la bonne exécution des contrats et de prendre d'éventuelles mesures correctrices.

## 6- La délégation de gestion et l'évolution des directions fonctionnelles.

Par le biais de la délégation de gestion, le praticien responsable de pôle assure trois types de responsabilités :

- les propositions, donnant lieu à des négociations avec la direction hospitalière ;
- les décisions, concernant la mise en œuvre des moyens alloués dans le cadre du contrat de pôle ;
- les avis, notamment lorsque le pôle est saisi pour apporter son expertise.

Cette évolution majeure du mode de fonctionnement octroie au praticien responsable de pôle le choix des candidats pour le recrutement des personnels non médicaux, après les vérifications de recevabilité des candidatures par la direction fonctionnelle.

Toutefois, il s'agit d'une délégation de responsabilité ou de décision et non d'un transfert de tâches de la part des directions fonctionnelles vers le pôle, n'impliquant pas nécessairement une délégation de signature.

La mise en place de la délégation de gestion est prévue d'ici à la fin du premier trimestre 2007, ciblée dans cinq domaines particuliers dont la délégation d'une enveloppe de remplacement de personnels de niveau conséquent et le recrutement du personnel non médical de pôle. L'intégralité du socle commun cible de la délégation de gestion devra intervenir avant la fin du premier semestre 2007.

Des actions de formation destinées aux équipes exécutives de pôle sont actuellement organisées.

Enfin, la mise en place de la délégation de gestion s'accompagnera d'une évolution des fonctions, des compétences et de la posture générale des directions fonctionnelles des hôpitaux aussi, à cette fin, un plan concret sera mis en œuvre dès 2007.

Le **président** souligne l'intérêt pour l'institution d'avoir anticipé la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance dans quatre hôpitaux puis reconnaît une marge possible d'erreurs dans l'exécution d'un tel projet majeur, aussi les éléments présentés sont-ils susceptibles de modifications à l'avenir.

Par ailleurs, la mise en place des pôles nécessite de la souplesse, ces derniers pourront fonctionner uniquement si les chefs de service approuvent les regroupements opérés. De plus, l'existence des services n'est pas menacée et les responsabilités des chefs de service concernant le projet médical et le choix des différents intervenants (chefs de clinique...) demeurent intactes.

Il note l'obligation de revoir la situation des pôles rattachés aux CEL et plus généralement le travail restant à faire en 2007, comme l'installation du responsable administratif, la contractualisation et les délégations qui en découlent.

La gestion financière des structures internes des pôles interpelle **M. LEVERGE** notamment la mise en œuvre du projet informatique ISIS version 2 au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Il est prévu que ce système gère directement l'ensemble des centres de responsabilité que sont les structures internes de pôles. Selon lui, ceci revient dans certains cas à traiter les unités fonctionnelles indépendamment des services et aboutirait à la mise en place d'une organisation différente de l'initiale décidée.

**M. SUDREAU** précise que la prise en compte du découpage en pôles par les systèmes d'information a été pilotée par la direction des finances en lien avec les autres directions fonctionnelles du siège et de nombreuses réunions ont été organisées dans chaque hôpital, en présence des représentants de la direction des finances et des interlocuteurs locaux concernés.

Ce travail complexe d'écriture informatique ne doit pas en effet, dénaturer le projet médical. Cependant, ce processus doit être impérativement mené, afin d'éviter que les pôles ne soient des coquilles vides impossibles à piloter.

**M. BERNAUDIN** demande si dans le cadre de la constitution des pôles, d'une part l'odontologie a été intégrée au sein des autres activités médicales, d'autre part la gestion des postes de faisant fonction d'internes sera prise en compte dans le cadre de la gestion des pôles.

**M. NORDLINGER** a noté l'inquiétude d'un certain nombre de collègues concernant l'arbitrage d'éventuels désaccords entre les chefs de service ou d'unité clinique et les responsables de pôle.

En second lieu, il s'interroge sur l'usage d'une délégation de gestion, notamment concernant le choix du personnel non médical, en l'absence d'une délégation de signature.

En raison de l'hétérogénéité des pôles, il apparaît essentiel à **M. AIGRAIN** de disposer d'un suivi de l'efficacité des différents modes d'organisation retenus.

Par ailleurs, on constate déjà des limites à la délégation de gestion, laquelle constitue l'un des éléments majeurs de la réforme. Ces limites trouvent notamment leur origine dans la réglementation. Ainsi naissent des interrogations concernant la fongibilité des enveloppes dévolues aux personnels médicaux et non médicaux mais aussi au sein de chacune de ces enveloppes.

Enfin, il souhaite que la délégation de gestion qui s'applique dans le domaine du recrutement, des choix stratégiques et du développement des activités, offre la même souplesse au sujet du choix des postes à supprimer dans le cadre du plan équilibre.

**M. HARDY** rappelle que le financement de la psychiatrie restera, au cours des prochaines années, soumis au budget global. Dans ces conditions, il lui semble que la qualité du pilotage des pôles dépendra de la lisibilité de ce financement. Il importera notamment de connaître le montant de l'enveloppe globale dont bénéficie l'AP-HP au titre de la psychiatrie et les fractions de ce budget allouées aux établissements, puis aux pôles, puis aux services et unités fonctionnelles de psychiatrie enfin. En effet, la distribution de ces financements se caractérise aujourd'hui par une certaine obscurité, liée à la fois au manque de communication des clefs de répartition et d'outils validés permettant une mesure fiable de l'activité des services. En l'absence de tels éclaircissements, l'apparition d'incompréhensions au sein des pôles est à craindre.

**M. LACAU ST GUILY** préconise de mettre en œuvre une démarche systématique d'évaluation du contour et du fonctionnement des pôles, tant au plan de la gestion que du domaine médical. Cependant, il convient de définir le niveau auquel cette évaluation devra être réalisée.

Il s'accorde avec **M. LEVERGE** pour souligner que le rôle du service ne doit pas être amoindri par la création d'un certain nombre de structures internes aux pôles.

A la suite de ces remarques, **M. SUDREAU** apporte des éléments de réponse.

D'abord, il confirme que tous les services d'odontologie ont été intégrés dans un pôle, à l'exception d'un service rattaché à un CEL dans l'attente de son transfert vers un autre hôpital.

Ensuite, il partage les propos relatifs à la psychiatrie laquelle constitue l'un des rares domaines bénéficiant encore des enveloppes fléchées attribuées par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ajoutées au financement classique. Ces enveloppes sont distribuées en collaboration avec la collégiale de psychiatrie. L'arrivée du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), programmée en 2008 ou 2009, devrait permettre de clarifier la situation dans ce domaine.

Enfin, il se dit en accord avec la nécessité d'ouvrir très rapidement le chantier de l'évaluation des pôles, dans le cadre d'une méthode aussi rigoureuse que celle qui a présidé à leur mise en œuvre. Il précise que cette démarche est déjà largement engagée par la direction générale, en lien avec le groupe des structures de la CME. Ce point sera présenté prochainement en CME.

**M. PEURICHARD** ajoute que la gestion des postes de faisant fonction d'interne sera prise en compte dans le cadre de la gestion des pôles.

Par ailleurs, il pense possible de mettre en œuvre une délégation de gestion dépourvue de délégation de signature, dès lors que le processus s'avère clairement précisé. Ainsi, un responsable de pôle pourra décider du recrutement d'un candidat et demander immédiatement à la direction de l'hôpital de signer le contrat correspondant. Il affirme que les responsables de pôles se verront progressivement confier un certain nombre de délégations de signature.

Le nouveau mode d'organisation doit permettre aux responsables de pôle de l'être pleinement et de disposer des leviers indispensables à la conduite du pôle, mais dans un cadre défini s'imposant à tous et conforme aux règles, poursuit l'intervenant ; un regard particulier sera porté sur la question de la fongibilité des enveloppes et il pense possibles des avancées dans ce domaine en 2007.

Enfin, l'arbitrage d'éventuels désaccords entre les chefs de service ou d'unité clinique et les responsables de pôle constitue un sujet de management à propos duquel il est difficile d'apporter des réponses réglementaires. A ses yeux, les solutions émergeront dans le cadre d'échanges avec le conseil exécutif permettant à tous les intervenants de comprendre les solutions mises en œuvre.

**M. LE HEUZEY** évoque un « droit à l'évolution » des limites du pôle qui doit d'ores et déjà être envisagé même si ce ne sera pas simple, dans la mesure où chaque pôle a délimité son périmètre et risque de ne pas souhaiter le modifier.

**Mme DEBRAY-MEIGNAN** souligne que dans un certain nombre d'hôpitaux, des postes de cadres administratifs de pôles ont été créés. Elle demande aux dépens de quels secteurs ; théoriquement, l'effectif administratif doit rester constant.

Par ailleurs, elle souligne que les CEL des hôpitaux gériatriques Vaugirard – Gabriel Pallez et Paul Doumer comprendront uniquement quatre personnes ou deux personnes si le président de CCM est aussi responsable de pôle. Il lui semble donc nécessaire d'en adapter la composition pour les petits hôpitaux mono-service ou pauci-service. Elle souhaite également savoir si les conflits seront réglés par le conseil exécutif local ou central et quelle sera la responsabilité juridique du responsable de pôle.

Selon **M. RYMER** les délégations de gestion proposées existaient déjà dans les hôpitaux avant la mise en œuvre des pôles. Aussi, sollicite-t-il la mise en œuvre de délégations de gestion portant sur des sujets beaucoup plus vastes.

Par ailleurs, l'ordonnance relative à la nouvelle gouvernance précise que tous les hôpitaux doivent être organisés en « pôles d'activité clinique, médico-techniques ou autres ». Dès lors, s'enquiert-il, les administrations hospitalières de l'AP-HP s'organiseront-elles par pôle conformément à une pratique déjà en place dans d'autres établissements.

Concernant la résolution des conflits, par exemple entre un responsable de pôle et un chef de service ou de structure interne, **M. FAGON** estime que les communautés médicales peuvent et doivent jouer un rôle majeur avant de solliciter l'arbitrage du conseil exécutif. Il conviendrait de préciser explicitement ce point dans le cadre de la définition des missions des CCM et de la CME.

Le site Internet de la CME ne mentionne pas la possibilité de devenir responsable d'unité clinique observe **M. CHAUSSADE** qui se dit prêt à abandonner sa chefferie de service pour occuper une telle fonction. Or l'hôpital Cochin lui refuse cette faculté et lui offre uniquement celle de responsable d'unité fonctionnelle. Il convient donc de préciser le processus dans ce domaine.

En second lieu, alors que les médecins ont été fortement incités à s'impliquer au sein des pôles, il s'interroge sur le recrutement des cadres administratifs devant rejoindre ces entités. Il apparaît qu'il existe peu d'enthousiasme des cadres des directions actuelles induisant de recruter des candidats extérieurs. En outre, le fait que le recrutement du personnel relève toujours de la direction du personnel non médical, le laisse circonspect sur la réalité de la gestion de proximité au sein des pôles.

En troisième lieu, il aimerait disposer de données mesurant le montant des frais des structures administratives centrales et locales autres que médicales, afin de pouvoir procéder à des comparaisons avec des CHU de province ou d'autres centres hospitaliers. En effet, l'effort ne doit pas peser en permanence sur l'activité médicale, y compris par le biais de sanctions pour les responsables de pôle n'atteignant pas les objectifs fixés.

Enfin, il pense indispensable d'élaborer un canevas de base relatif aux contrats de pôles, afin que ces documents soient rédigés sur la base de critères comparables au sein de tous les hôpitaux de l'AP-HP.

Après s'être réjoui que le ministère ait enfin ouvert le recrutement des chefs de service, **M. CORIAT** déplore que la liste des chefferies de services à déclarer vacantes ait été élaborée de manière unilatérale par l'administration de l'AP-HP, en l'absence de toute concertation avec les présidents de CCM et les collectivités médicales. Certains services ayant été supprimés de la liste, il demande s'il est possible de les réintégrer.

**M. BERCHE** s'interroge sur le schéma retenu au sujet du volet universitaire des unités cliniques, sur la désignation éventuelle d'un nouvel interlocuteur et sur l'avis requis ou non du doyen à l'occasion de la nomination d'un responsable de pôle.

**M. PEURICHARD** déclare que l'administration hospitalière doit aux CEL la transparence sur les coûts des structures administratives et de leurs modalités de fonctionnement. Cependant, un tel objectif n'implique pas forcément la constitution d'un pôle administratif formel, la création des pôles s'inscrivant dans une volonté d'optimisation des ressources et d'allégement des procédures. Ce point constituera sans doute l'un des grands chantiers relatif à la nouvelle gouvernance en 2007.

S'agissant des recrutements, l'intervention des directions fonctionnelles se limitera à concrétiser le lancement des avis de candidatures, à vérifier que les candidats remplissent les conditions requises et à établir le contrat tandis que le praticien responsable de pôle choisira le candidat.

Les cent soixante douze postes de cadres administratifs ne résultent pas de créations de postes mais de redéploiements sur la base des forces existantes.

Le « droit à l'erreur » évoqué correspond en effet à un droit à l'évolution de la structure mais il appartient à un spécialiste de la responsabilité juridique de répondre à la question relative à ce sujet. Il signale enfin l'existence d'un contrat de pôle type annexé au règlement intérieur de l'AP-HP.

Il convient assurément d'améliorer la communication sur les unités cliniques, reconnaît **M. SUDREAU**, les actions déjà menées dans ce domaine paraissant insuffisantes. Le dispositif portant sur ce type de structure élaboré à l'hôpital Européen Georges Pompidou sera modifié et d'autres hôpitaux, dont Lariboisière, ont déjà engagé la mise en œuvre de ces structures. Au niveau juridique, les unités cliniques constitueront des entités internes aux pôles, conformément aux dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005 et leurs responsables seront nommés par le responsable du pôle.

**M. LECOUTURIER** s'étonne que l'exposé n'ait pas mentionné les élections des représentants du personnel au conseil de pôle. Cet oubli démontre, selon lui, à quel point le personnel sera peu considéré dans le cadre des pôles.

Puis il met en exergue la fermeté de la communauté médicale à défendre son statut, alors que ses exigences se révèlent moindres vis-à-vis des autres personnels lesquels devraient, aux yeux des médecins, estimer-t-il, pouvoir être gérés dans un cadre plus souple.

Heureusement, la mise en œuvre des pôles ne se traduit pas par la disparition du statut de la fonction publique hospitalière qui comprend des règles précises et auxquelles les personnels, tout comme les organisations syndicales, sont attachés. Il se dit satisfait que les personnels non médicaux ne soient pas des employés des chefs de service, fussent-ils responsables de pôles.

Le **directeur général** rappelle le principe de mise en place de la nouvelle gouvernance : le pôle devient le mode d'organisation des activités médicales à l'hôpital. L'intelligence de la réforme permet une libre organisation des pôles. La forte hétérogénéité des solutions retenues au sein de l'institution montre l'imagination des responsables dans ce domaine. Ce principe de base posé, la CME, le conseil d'administration et la direction générale ont décidé que le service serait maintenu afin de permettre l'expression de la spécialité médicale laquelle correspond à la division du travail à l'hôpital. Il est normal que ces spécialités s'expriment individuellement au sein des pôles, mais aussi collectivement dans les collégiales. Le CEL, a fortiori le conseil exécutif central, constituent des lieux de concertation, mais aussi de préparation et de prise de décisions.

Si les avancées s'avèrent significatives sur le découpage et la mise en place des structures de gestion des pôles, on se trouve désormais au pied du mur concernant la délégation de gestion, ce principe moteur du fonctionnement des pôles visant à rapprocher les décisions du terrain. M. LECLERCQ reconnaît que le projet proposé peut sembler minimaliste, néanmoins on doit encore formaliser les règles relatives à la délégation de gestion et des questions se posent sur la fongibilité, notamment au titre des dépenses de personnel médical et non médical. Il est conscient de ne pouvoir confier des responsabilités à un pôle dépassant le cadre du seul plan équilibre, qui est à poursuivre, sans que les responsables ne disposent des marges de manœuvre nécessaires. Ces dernières peuvent correspondre à des moyens créés en interne, délégués par l'institution ou dans le cadre de réorganisations. Il revient donc à l'administration générale de formaliser et de concrétiser techniquement le principe de délégation de gestion.

L'un des chantiers majeurs de l'année 2007 portera sur son élargissement de la délégation de gestion, corrélé à l'élargissement du contrôle. De la même manière que la direction générale supervise les directions d'établissement, ces dernières devront superviser le fonctionnement des pôles pour s'assurer du respect des règles. A cette fin, les directions fonctionnelles seront chargées d'assurer les tâches administratives accompagnant la nomination d'un collaborateur au sein d'un pôle pour éviter toute dérive du système. Ce contrôle a posteriori devra simplement s'assurer du respect des objectifs du contrat et des règles fondant le fonctionnement administratif.

S'agissant de l'adaptation du système d'information hospitalier à la gestion des pôles, tandis que l'AP-HP met en œuvre des projets majeurs dans ce domaine, elle doit dans le même temps s'assurer d'un fonctionnement satisfaisant sur la base des outils actuels. A cet égard, le directeur général sera vigilant pour que le système d'information puisse apporter les outils d'information et de pilotage nécessaires aux responsables des pôles.

Par ailleurs, la mise en place des pôles avec la délégation de gestion s'accompagnera d'une réforme importante des modes de fonctionnement des directions fonctionnelles des établissements et des directions du siège. Cette évolution devra permettre une réelle délégation des compétences, accompagnée d'un contrôle opérationnel. L'objectif consiste à simplifier la gestion, notamment en supprimant certaines règles considérées comme trop bureaucratiques tout en assurant des conditions satisfaisantes de transition entre l'ancien et le nouveau système de fonctionnement.

Concernant d'éventuels pôles administratifs et techniques, l'essentiel réside dans le fait que la souplesse découlant de la mise en œuvre des pôles se confirme au niveau du fonctionnement administratif et technique. Cependant, le directeur général souligne que l'objectif diffère entre le domaine médical et celui administratif car il ne s'agit pas de mettre en place dans ce dernier une co-gouvernance. Le secteur administratif et logistique reste donc soumis à un fonctionnement plus hiérarchique, avec pour seul responsable le directeur général. La priorité dans ce domaine porte davantage sur la simplification et l'amélioration du dispositif que sur la constitution de pôles. L'année 2007 devra permettre une clarification significative de l'organigramme.

**Mme PORTENGUEN** intervient sur l'affectation des chefs de service. A cet égard, le ministère a prévu une procédure reposant sur la publication d'une liste nationale d'habilitation, puis sur la nomination des chefs de service par le ministre. L'affectation des personnes ainsi nommées sera réalisée par le président de la CME et le directeur de l'établissement.

Aucune publication de chefferie de service n'était intervenue à l'AP-HP depuis 2004. Une circulaire publiée par le ministère met en place un dispositif transitoire très contraignant et prend uniquement en compte les services existants avant le 2 mai 2005 et n'ayant pas connu une diminution de leur périmètre.

Cette circulaire publiée le 12 novembre exigeait une réponse avant le 15 novembre. En raison de ce délai extrêmement court et la nécessité de joindre toutes les délibérations du conseil d'administration, on a choisi de répertorier l'ensemble des services éligibles en collaboration avec les directeurs de GHU et de ne contacter les présidents de CCM et, ou les directeurs d'hôpitaux qu'en cas de doute.

**M. CORIAT** indique que cette procédure n'a pas été respectée pour un service de chirurgie générale du groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière, retiré de la liste de manière arbitraire, alors que la collectivité médicale a demandé son maintien. Le cas s'est sans doute produit dans d'autres hôpitaux. Il signale que les doyens n'ont pas été consultés et demande que les présidents de CCM puissent ajouter sur cette liste les services qui méritent d'y figurer.

**Mme PORTENGUEN** précise qu'il s'agit d'une procédure de régularisation intervenant à titre transitoire, en outre le service de chirurgie évoqué devait faire l'objet d'une restructuration.

Le délai très court explique sans doute, observe **M. BERCHE** le fait de ne pas avoir demandé l'avis des doyens et des conseils de gestion pourtant requis par le code de la santé publique.

**M. NAVARRO** ajoute que l'AP-HP a beaucoup insisté pour obtenir la publication de cette circulaire. Il assume la responsabilité de la démarche suivie tout en reconnaissant que des erreurs ont pu se produire. Il regrette l'existence de difficultés et assure que la DPM s'est attachée à établir une liste selon l'interprétation la plus large des critères retenus. La consultation des présidents de CCM et des doyens concernés n'aurait pas permis de tenir le délai imparti. Enfin, il indique que d'autres chefferies de service seront listées dans le cadre d'une prochaine démarche.

**M. CORIAT** évoque les engagements pris par les présidents de CCM pour le maintien de certains services dans le cadre de la constitution des pôles. Il leur incombe désormais d'expliquer que les garanties qu'ils avaient apportées ne seront pas concrétisées. Une telle situation revient à décrédibiliser les présidents de CCM, fait-il valoir, alors que ces derniers ont été les principaux moteurs de la nouvelle gouvernance.

**M. BAGLIN** dénonce le problème récurrent depuis plusieurs années consistant à demander de répondre à un texte nouveau dans les trois jours suivant sa publication. Une telle pratique lui paraissant déraisonnable, il considère nécessaire dans certains cas, de ne pas se plier aux délais impartis, dès lors que ceux-ci ne peuvent être tenus. Ainsi, concernant les postes hospitalo-universitaires, la CME de l'AP-HP statue régulièrement aux alentours du 10 octobre, alors que la liste devrait être transmise au ministère le 1<sup>er</sup> octobre. Le poids de l'institution aurait pu lui permettre de négocier un délai particulier.

Il reste à examiner selon **M. NORDLINGER** les services ne figurant pas sur cette liste, notamment un service de l'hôpital Beaujon, considéré comme créé alors qu'en réalité il a fait l'objet d'un transfert.

## **II- Bilan des travaux du groupe des structures de la CME.**

**M. MADELENAT**, président du groupe des structures, précise en introduction que ce groupe a travaillé dans le cadre de deux époques distinctes : avant et après le projet relatif à la mise en œuvre des pôles.

### 1- Le bilan pour la période de 2003 à 2005.

Avant la mise en œuvre des pôles, des fiches de structures portant sur des services, des départements, des fédérations ou des unités fonctionnelles ont été examinées. Tel n'est plus le cas aujourd'hui, puisque les unités fonctionnelles participent à un autre mode d'organisation. Durant ces deux années, le nombre de services est passé de 729 à 720, soit une quasi stabilité tandis que le nombre d'unités fonctionnelles a fortement progressé faisant craindre à l'intervenant le caractère excessif de cette progression passant de 368 à 476 en deux ans.

Les statistiques relatives au pourcentage d'avis favorables rendus par le groupe des structures sont de 60 % en 2003, 85 % en 2004, 72 % en 2005. Des motifs d'intérêt général, l'ont parfois contraint d'émettre des avis défavorables.

### 2- Le bilan du suivi des préconisations du groupe des structures.

Entre 2004 et 2006, le groupe des structures s'est réuni à 28 reprises. Ces réunions se sont accélérées depuis la mise en œuvre des pôles, au détriment regrette M. MADELENAT, de la qualité du travail. Les recommandations du groupe ne sont pas toujours suivies d'effet en raison d'un avis contraire de la CME (5 % des cas); en raison d'évolutions résultant de la mise en œuvre des pôles (45 % des cas) ; du fait, moins compréhensible, de la volonté de certains sites (45 % des cas).

### 3- L'examen des propositions d'organisation en pôles.

Des problèmes de compréhension entre le conseil exécutif, le bureau de la CME et la CME ayant pu s'exprimer, la position d'opposition adoptée par le groupe des structures sur la procédure de validation des pôles initialement envisagée témoigne de la préoccupation de celui-ci de préserver la doctrine de la CME. Le schéma défendu permet en effet à cette instance de jouer un rôle privilégié, puisque l'examen du projet par le groupe des structures intervient dans la procédure finalement adoptée avant le passage devant le conseil exécutif.

Le groupe des structures a examiné les propositions d'organisation en pôles de 35 hôpitaux : 18 ont obtenu un avis favorable sans débat, 12 un avis favorable avec débat (7 débats mineurs, 5 débats majeurs), 5 un avis défavorable. Des remarques ont ainsi été formulées dans près d'un tiers des cas. Ces chiffres témoignent de la volonté de ce groupe de veiller au respect de l'intérêt général au sein de l'institution.

Certains pôles nécessiteront un suivi attentif, notamment :

- les 23 pôles mixtes, dont 5 pôles biologie/clinique, 11 pôles imagerie/clinique, 7 pôles PUI/clinique : la mixité peut constituer une source indiscutable de progrès, mais devra faire l'objet d'une évaluation ;
- les pôles disposant d'une faible masse critique ;
- les mono-pôles ;

- les pôles constitués dans le domaine de la gériatrie, notamment en raison de l'individualisation des soins de longue durée.

A ceci s'ajoutent les questions de coopération.

Le bilan qualitatif de la mise en œuvre des pôles met en avant l'hétérogénéité majeure des organisations, présentée comme un atout mais qui semble néanmoins excessive à M. MADELENAT. Trois actions lui paraissent devoir être mises en œuvre à l'avenir :

- mener une évaluation globale ;
- définir une priorisation et un échéancier afin de mener l'évaluation des pôles et des structures mises en œuvre ;
- reconnaître un droit à l'erreur et à l'évolution.

La question des pôles inter-hospitaliers reste à étudier ; dans certains cas, un tel schéma permettrait de gagner en cohérence au niveau médical. Il sera donc nécessaire, selon l'intervenant, de trouver une solution en termes de gestion permettant la mise en œuvre de tels regroupements.

#### 4- Les perspectives.

Il appartiendra au futur groupe des structures de définir ses priorités, poursuit M. MADELENAT tout en considérant important qu'il continue d'apporter son expertise pour toute modification de structures internes aux pôles et il pointe comme un danger le fait que cette règle ne s'applique pas à l'avenir aux unités fonctionnelles.

Enfin, le groupe des structures va réfléchir à la définition des critères d'évaluation permettant à ses successeurs d'examiner le mode de fonctionnement des pôles.

En conclusion et en réponse à certaines critiques qui ont pu être adressées au groupe des structures, M. MADELENAT rappelle que le rôle de celui-ci dans la mise en place des pôles se limite à mettre en œuvre le dispositif. Il dément par ailleurs une position défavorable à la notion de service liée à celle adoptée sur les unités cliniques et regrette que des problèmes d'individus aient amené à proposer parfois des solutions approximatives peu rationnelles. Il souligne en outre le risque d'une « balkanisation par le bas », qui pourrait naître du fait de la création d'unités fonctionnelles, devenant une forme transitoire vers l'unité clinique.

Il certifie enfin qu'au cours de ces quatre années, le groupe des structures a fonctionné de manière indépendante, en dehors de tout corporatisme et en évitant le recours à des arbitrages extérieurs avant de rendre hommage aux membres du groupe pour leur travail important et désintéressé et leur grande assiduité en distinguant particulièrement M. CORIAT, vice-président et M. FAGON.

Une parfaite collaboration s'est instaurée avec les directeurs exécutifs des GHU et M. MADELENAT remercie M. CALENGE et Mme FERY-LEMONNIER pour leur soutien ainsi que Mmes BLACHE, MAURIZE et Mme STYS désormais en retraite.

Le **président** remercie M. MADELENAT pour cette présentation et pour l'ensemble du travail réalisé par les membres du groupe des structures.

Selon M. **BERNAUDIN**, un certain nombre de problèmes appelle une réponse urgente notamment le risque de balkanisation lié à la multiplication des unités cliniques. En effet, autant ce type de structure semble souhaitable au sein de pôles homogènes, autant il convient, au sein de pôles hétérogènes d'être attentif au risque de dissolution de services phares au sein d'unités cliniques.

### **III- Information sur le parcours de soins coordonné.**

L'exposé de M. **GUIN** est centré sur les impacts attendus de la mise en œuvre du parcours de soins coordonné, qui constitue l'un des volets importants de la réforme mise en œuvre par la loi du 13 août 2004. Cette dernière affirme le rôle de l'assurance maladie dans la coordination et la qualité des soins, faisant d'elle un acteur essentiel du système de soins. Cette réforme est articulée autour de trois axes majeurs : le parcours de soins coordonné ; les outils de maîtrise médicalisée ; les efforts demandés à chacun, essentiellement à l'assuré social.

#### **1- Le parcours de soins coordonné.**

Il se traduit en premier lieu par la mise en œuvre du dispositif du médecin traitant, souvent un représentant de la médecine de ville. Il impacte également l'hôpital. Il porte essentiellement sur la mise en œuvre d'un système d'échange d'informations entre les professionnels de santé et entre les assurés et les professionnels de santé, avec l'appui et sous le contrôle de l'assurance maladie. Le médecin traitant se voit confier une mission de suivi personnalisé de ses patients. Les prochaines concrétisations du parcours de soins coordonné seront le dossier médical personnel et la carte Vitale 2.

Sauf exception, tous les assurés sociaux de plus de 16 ans sont concernés par le parcours de soins coordonné, dans le cadre de leurs consultations en médecine de ville ou à l'hôpital et de leurs hospitalisations. Un assuré se trouve dans le parcours de soins coordonné lorsqu'il répond à un certain nombre de conditions, notamment avoir désigné son médecin traitant (médecin de ville ou médecin hospitalier), consulter son médecin traitant avant de consulter un spécialiste ou consulter un autre médecin à la demande de son médecin traitant. Hormis les exceptions, il est en l'absence de ces conditions en dehors du parcours de soins coordonné.

En cas de non respect du parcours de soins coordonné, le patient encourt des sanctions financières de deux ordres : une majoration tarifaire (versée à l'établissement hospitalier dans le cadre des consultations à l'hôpital) qui ne peut être remboursée à l'assuré par les régimes complémentaires, ainsi qu'une majoration du ticket modérateur de 10 %, dans la limite de 2,5 euros. Il convient de noter la possibilité pour un médecin (essentiellement concernant les médecins hospitaliers) de facturer une majoration de coordination des soins de 3 euros (4 euros dans le cadre de la psychiatrie et de la neuropsychiatrie), en contrepartie d'un engagement à adresser un compte rendu de la consultation au médecin traitant.

## 2- Le parcours de soins coordonné à l'hôpital.

Le parcours de soins commence à se concrétiser dans les hôpitaux depuis l'été 2005. Il impacte l'organisation du circuit de consultation, ainsi que le système d'information des établissements. Ce parcours doit faire l'objet d'une circulaire de la DHOS, non finalisée. Le projet de circulaire confirme l'application intégrale du dispositif de parcours de soins coordonné au sein des hôpitaux, dans le cadre des consultations et des hospitalisations. Il implique une participation active des médecins hospitaliers. Ces derniers doivent en premier lieu vérifier qu'un patient entre bien dans le cadre d'un parcours de soins coordonné en demandant les justificatifs nécessaires, ce que ne peuvent accomplir les services administratifs en vertu du respect du secret médical. En second lieu, l'appréciation de la situation d'urgence, qui exonère des règles du parcours de soins coordonné, appartient au médecin hospitalier consulté. Enfin, le droit à facturation des cotations C 2, C 2,5 ou C 3 en cas d'avis ponctuel ou de majoration de coordination des soins est subordonné à l'envoi d'un compte rendu au médecin traitant. Ces cotations impliquent une demande explicite du médecin traitant. Les cotations C 2 s'appliquent à tous les médecins spécialistes, alors que les cotations C 3 sont réservées aux PU-PH. Par ailleurs, le projet de circulaire prévoit que le médecin hospitalier ne devra pas avoir reçu le patient concerné au cours des six mois précédent la consultation. Le praticien devra également adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques ou le compte rendu de son intervention. Il ne devra pas revoir le patient au cours des six mois suivant la consultation. Ces règles relativement strictes ne sont pas encore officialisées, mais il convient d'ores et déjà de s'interroger sur les modalités de contrôle qui pourront être appliquées.

La mise en œuvre du parcours de soins coordonné intervient progressivement au sein de l'AP-HP, notamment en raison de la nécessité de mettre à jour les systèmes d'information dédiés à la tarification. Un module voué à la nouvelle facturation est en cours de mise en œuvre dans deux sites pilotes depuis octobre 2006. L'hôpital Cochin a rejoint cette expérimentation depuis le début du mois de décembre. L'objectif est de généraliser le nouveau dispositif début 2007.

Désormais, le nom du médecin traitant apparaîtra dans GILDA. Cette simple indication permettra de préjuger favorablement du respect du parcours de soins coordonné par le patient. *A contrario*, en l'absence du nom d'un médecin traitant, l'assuré sera considéré comme hors parcours de soins et se verra appliquer les majorations et le ticket modérateur précédemment mentionnés. Par ailleurs, progresser dans la mise en œuvre complète et effective du parcours de soins coordonné nécessitera un approfondissement des règles relatives aux consultations et au parcours du patient au sein de l'hôpital. Cette démarche implique une étroite collaboration entre les services administratifs et les personnels soignants.

En conclusion, il convient d'insister sur le caractère majeur de cette réforme qui concernera l'ensemble des médecins de l'AP-HP et nécessitera des changements organisationnels importants, ainsi qu'une modification des systèmes d'information. Au final, elle devrait engendrer une progression modérée mais réelle, des ressources de l'institution, notamment dans le cadre de la facturation des cotations C 2, C 2,5 ou C 3.

Le **président** demande à M. GUIN de préciser à quoi correspond la cotation C 2,5 et s'il est possible d'évaluer le surcroît de recettes résultant de la mise en œuvre de ces nouvelles cotations pour l'institution tout en indiquant que les restrictions mentionnées par le projet de circulaire de la DHOS risquent d'exclure de ces cotations un grand nombre de patients consultant régulièrement pour des pathologies lourdes.

La cotation C 2,5 intervient **M. GUIN** correspond aux majorations appliquées aux consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie. Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact financier de ces nouvelles cotations, une telle évaluation pourra intervenir au cours des premiers mois de l'exercice 2007 et être si possible prise en compte dans le cadre de la préparation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour l'année 2007.

M. GUIN répond par l'affirmative à **M. NORDLINGER** qui demande si un malade adressé par son médecin traitant à un spécialiste, puis transféré à la demande de ce dernier à l'hôpital, se situe bien dans le parcours de soins coordonné.

**M. CHAUSSADE** pense nécessaire de revoir certains modes de fonctionnement, afin que les services de facturation puissent vérifier que le patient se trouve bien dans le cadre d'un parcours de soins coordonné et qu'il est possible de procéder immédiatement au règlement.

**Mme DEBRAY-MEIGNAN** n'a pas eu confirmation au travers de cette présentation qu'un médecin hospitalier pouvait suivre un patient régulièrement dans le cadre de maladies chroniques, sans que le patient se voit appliquer des majorations. Par ailleurs, elle s'interroge sur les possibilités de recours lorsque les formulaires de déclaration de médecin traitant n'ont pas été enregistrés par la sécurité sociale.

**M. GUIN** confirme que toutes les procédures permettant de s'assurer du transfert des informations à la sécurité sociale ne sont pas encore en œuvre au sein des hôpitaux et invite les membres de la CME à signaler tous les cas de ce type afin de régler ces situations. Il confirme également qu'un certain nombre de dispositions particulières permettant d'intégrer au parcours de soins coordonné les patients victimes d'affections de longue durée sont mentionnés dans le projet de circulaire.

#### **IV- Information sur le statut des praticiens hospitaliers.**

**Mme PORTENGUEN** rappelle que le nouveau statut des praticiens hospitaliers a été publié le 6 octobre 2006. La majeure partie des éléments le composant n'a pas évolué, concernant notamment :

- les missions ;
- la durée hebdomadaire du travail exprimé en demi-journées et accompagnée d'un maximum de 48 heures en moyenne par semaine sur quatre mois ;
- l'obligation de résidence à proximité du lieu d'exercice, une disposition souvent perdue de vue par les hôpitaux, alors que le temps de déplacement dans le cadre des astreintes est rémunéré. La résidence des praticiens hospitaliers sera donc désormais vérifiée par les directeurs des agences régionales d'hospitalisation.

Les éléments saillants du nouveau statut concernent différents points.

#### La publication de la vacance d'un poste.

A l'avenir, le ministère indique que deux publications au moins interviendront dans l'année. Les postes seront publiés dans le cadre d'un pôle d'activité médicale d'un établissement public de santé. Un profil de poste devra être défini, faisant référence à la spécialité, mais aussi à la position dans la structure proposée. La notion de profil de poste devra être précisée dans le cadre d'un arrêté ministériel.

#### La distinction entre la nomination et l'affectation.

Désormais la nomination et l'affectation seront deux procédures distinctes. La nomination suppose l'avis de la CME et du conseil exécutif. En cas d'avis convergent, la nomination sera prise par arrêté du ministre de la santé. En cas d'avis divergent, l'arrêté sera pris après consultation de la commission statutaire nationale. Cette dernière passe donc d'une compétence d'attribution générale à une compétence d'exception. Pour sa part, l'affectation impliquera une proposition convergente favorable du président de la CME et du responsable du pôle. Un centre national de gestion nouvellement créé, dont l'installation est prévue courant 2007, sera systématiquement informé de toute nouvelle affectation. En cas d'avis divergent du président de la CME et du responsable du pôle, ou si ces deux avis sont négatifs, la commission statutaire nationale sera saisie et la nomination ne pourra intervenir que dans le cadre d'un arrêté ministériel.

#### Des mutations internes facilitées.

La condition de durée ne sera plus exigée pour un praticien hospitalier en fonction au sein d'un établissement public de santé. Les mutations internes seront donc facilitées. En cas de réorganisation interne impliquant le transfert d'un poste vers un autre pôle au sein d'un établissement public de santé, la nouvelle affectation interviendra sur proposition du nouveau responsable de pôle et du président de la CME, après l'information systématique du centre national de gestion. Cette procédure de mutation interne facilitée est possible uniquement si le profil du poste est compatible avec la spécialité d'exercice du praticien.

#### La systématisation de la période probatoire.

La qualité de PH provisoire disparaît au bénéfice de celle de praticien hospitalier contractuel. Les PH lauréats du concours sont nommés pour une période probatoire d'une année, à l'issue de laquelle ils seront nommés à titre permanent après avis de la CME et du conseil exécutif. En cas d'avis défavorables ou divergents, la commission statutaire nationale sera saisie. Elle pourra décider la prolongation d'un an de la période probatoire du PH concerné, ou le licenciement pour inaptitude à l'exercice des fonctions impliquant un arrêté du ministre de la santé.

### L'allègement du concours de praticien hospitalier.

Le nouveau statut prévoit la disparition des épreuves écrites. Chaque année, un concours national sera organisé, à l'issue duquel une liste d'aptitude d'une durée de validité de quatre ans sera établie. Néanmoins, les médecins déjà inscrits sur la liste d'aptitude conserveront la durée précédente de validité. Le concours de type 1 s'adressera à des titulaires de troisième cycle, ayant effectués au moins deux ans au sein d'un service public hospitalier ou d'un organisme à but lucratif. Il comprendra un entretien avec un jury et un examen sur dossier des titres, travaux et services rendus. Le concours de type 2 ajoutera à ces modalités une épreuve orale de connaissance professionnelle.

### La création d'une position de recherche d'affectation.

En fonction des nécessités du service, un praticien hospitalier titulaire en activité pourra être placé auprès du centre national de gestion pour permettre son adaptation ou sa reconversion professionnelle, ou afin de favoriser une réorganisation ou une restructuration hospitalière. La position de recherche d'affectation sera soit choisie à la demande du praticien hospitalier concerné, soit imposée d'office. Elle ne pourra excéder deux ans. Un praticien rejoindra cette position par décision du ministre de la santé, après avis de la CME et du conseil exécutif de l'établissement, ainsi que de la commission statutaire nationale. Durant cette période, le centre national de gestion gèrera et rémunèrera le PH concerné, et jouera à son égard le rôle de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Le PH sera dans l'obligation d'effectuer des actions et des démarches concertées afin de retrouver une autre affectation ou d'accéder à un emploi public ou privé. Il lui sera possible de réaliser un bilan professionnel et d'engager des actions de formation. A l'issue de cette période de deux ans, le praticien hospitalier sera réintégré au sein d'un poste vacant au sein de sa discipline ou nommé à un autre poste au sein de la même discipline, mais dans un autre établissement. Enfin, après trois refus de poste, un praticien hospitalier pourra être rayé des cadres. Cette dernière proposition, fortement critiquée par les syndicats de praticiens hospitaliers devrait être peu utilisée au sein de l'AP-HP car elle concerne essentiellement les petits hôpitaux.

### La mise en œuvre d'une part variable de rémunération.

La création d'une part variable de rémunération figure dans un autre décret également publié le 6 octobre 2006. Elle sera versée en contrepartie d'un engagement contractuel visant à satisfaire des objectifs de qualité et d'activité mesurés par des indicateurs définis par un arrêté à paraître. Ce dernier précisera le montant, les conditions d'attribution et les modalités de versement de cette part variable.

Le dispositif prévoit un certain nombre de dispositions transitoires. Tout d'abord, jusqu'en octobre 2011, les praticiens hospitaliers en psychiatrie continueront d'être nommés par arrêté du ministre dans un pôle après avis de la commission nationale statutaire. Par ailleurs, les praticiens hospitaliers provisoires actuellement en fonction deviendront automatiquement des praticiens hospitaliers contractuels. Un nouveau délai de deux ans leur sera appliqué à compter de la parution du décret du 6 octobre 2006.

**M. DRU** s'est déjà exprimé sur ce sujet lors de la séance de la CME du mois de novembre mais certains points méritent cependant d'être précisés.

En premier lieu, l'affectation des praticiens hospitaliers interviendra après avis du président de la CME et du responsable de pôle, mais sera bien de la compétence du directeur de l'établissement. Un certain nombre de directeurs d'établissements, dont le directeur général de l'Assistance publique – hôpitaux de Marseille, ont confirmé cet élément.

En second lieu, le praticien hospitalier ne dispose pas de voie de recours en cas de double avis négatif concernant une affectation. Or, selon **M. DRU**, qui s'appuie sur un exemple, ces affectations interviendront dans un objectif de rentabilité, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

En troisième lieu, il convient de préciser s'il sera nécessaire de réaffecter l'ensemble des praticiens hospitaliers une fois la réforme mise en œuvre.

En quatrième lieu, l'intervenant considère d'une part la suppression de l'anonymat dans le cadre du concours national comme la disparition du concours républicain et d'autre part, la période probatoire imposée à tout nouveau praticien comme une source d'économies pour l'administration. Il illustre cette remarque par l'exemple des chefs de clinique non soumis à une telle période par le passé qui devront désormais attendre une année avant de bénéficier de la prime d'exercice public exclusif.

Par ailleurs, il a bien été précisé qu'en cas de nécessité de service et de réorganisation hospitalière, la suppression d'un pôle pour cause de doublon par exemple, le praticien hospitalier sera placé en position de recherche d'affectation. Si l'idée est noble, puisqu'il est prévu que le praticien hospitalier concerné pourra se former à de nouvelles pratiques, le centre national de gestion ne sera pas contraint, à l'issue de cette période néanmoins, de lui proposer un poste au sein de l'établissement d'origine, mais bien à l'échelon national. Aussi **M. DRU** souhaite savoir s'il est prévu que des praticiens hospitaliers puissent choisir cette position de recherche d'activité durant les deux années précédant leur retraite.

Enfin, il considère la part complémentaire variable comme une prime inique et discriminatoire, dans la mesure où elle ne sera proposée qu'aux seuls chirurgiens ; un seul d'entre eux au sein d'une équipe opératoire pouvant en bénéficier, alors que la qualité des soins est l'affaire de plusieurs intervenants. De plus, si le financement de la prime réservée aux chirurgiens est prévu au sein d'une enveloppe spécifique, son extension à d'autres spécialités interviendra sur la base de la seule T2A, donc dans le cadre d'un budget totalement différent.

Lorsqu'un poste de praticien hospitalier était vacant, l'hôpital avait la possibilité de recruter un praticien hospitalier provisoire afin d'assurer la continuité des soins intervient **M. CORIAT** ; désormais, il sera nécessaire de recruter un praticien hospitalier contractuel. Le problème est que, en cas de vacance d'un poste de praticien hospitalier, l'hôpital percevra uniquement l'équivalent de 10 demi-journées, et devra donc participer au financement du poste à hauteur de 5 demi-journées.

**M. FAYE** appelle de ses vœux la publication rapide de l'arrêté relatif à la part complémentaire variable qui pourra atteindre à l'avenir 15 % des émoluments hospitaliers annuels, en précisant que les engagements présidant à son versement couvrent des notions de qualité, d'implication dans la procédure d'accréditation des services, ainsi que quelques objectifs quantitatifs relatifs au dynamisme et à la motivation des équipes.

La part complémentaire variable concernera toutes les spécialités dès 2007 précise **M. RYMER** lequel considère que le problème est que le dispositif figure dans le cadre d'un décret relatif au statut des praticiens hospitaliers, or il concerne également les hospitalo-universitaires et le décret s'y rapportant est bloqué depuis deux mois en raison d'oppositions au sein du ministère de l'éducation nationale.

**M. HARDY** intervient pour préciser que le décret n°2006-1222 du 5 octobre 2006 prévoit que les praticiens hospitaliers en psychiatrie pourront bénéficier d'une indemnité d'activité sectorielle et de liaison exclusive de l'indemnité correspondant à la part complémentaire variable. L'intervenant attire l'attention de l'administration sur le fait que le projet d'arrêté, élaboré essentiellement en collaboration avec les syndicats des hôpitaux psychiatriques, ne prend pas en compte le fait que certains psychiatres, notamment à l'AP-HP, exercent dans des services non sectorisés. Souvent très importantes, les activités de liaison de ces praticiens au sein des hôpitaux sont peu mises en relief par le projet d'arrêté. Il sera donc nécessaire de veiller à ce que ces derniers puissent bénéficier de ces mesures nouvelles au même titre que leur confrères et ne soient pas pénalisés.

**M. DRU** émettant le souhait de soumettre une motion au vote de la CME dont il donne lecture et de la porter au procès-verbal dans son intégralité, le **président** rappelle que l'instance n'a pas à voter une motion relative à un texte déjà adopté, motion dont les termes, en outre, lui apparaissent inappropriés.

**M. BERCHE** juge nécessaire de réfléchir à la prise en compte des missions universitaires de recherche clinique et de pédagogie dans le cadre de la part variable de rémunération attribuée aux praticiens hospitaliers intervenant au sein des CHU.

#### **V- Information sur le projet d'implantation d'un cyclotron à l'AP-HP.**

En préambule, **M. NAVARRO** indique que l'imagerie de tomographie par émission de positons (TEP) connaît un fort développement dans le domaine de la cancérologie et nouvellement dans celui de la cardiologie et de l'exploration neurologique. L'AP-HP dispose de sept équipements de ce type. Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) d'Ile-de-France prévoit de porter leur nombre à une vingtaine dans les prochaines années.

Les hôpitaux participant à ces programmes connaissent des difficultés d'approvisionnement en produits de base indispensables à leur fonctionnement. Cette situation implique parfois de laisser partir des patients sans avoir pu procéder à l'examen prévu. A partir de ce constat, est né un projet visant à implanter au sein de l'AP-HP un cyclotron capable de produire des produits radio-traceurs TEP. Le projet correspond à un partenariat avec une société productrice de produits radio-traceurs, dans le cadre d'une convention de mise à disposition du domaine public. Le cahier des charges prévoit la sécurisation de l'approvisionnement en produits TEP, les dispositions relatives aux équipes de radio-pharmaciens capables de gérer cette production et la possibilité de participer à des programmes de recherche.

Quatre sites se sont portés candidats à l'accueil d'un cyclotron, les hôpitaux Georges Pompidou, Henri Mondor, Tenon et Saint-Louis. La sélection des offres s'est opérée dans le cadre d'une procédure formalisée de mise en concurrence, décrite par le rapporteur.

A l'issue d'un examen prenant en compte notamment les références des candidats, leur partenariat avec la recherche, les délais de réalisation, les conditions de l'offre relative à l'utilisation des produits par l'AP-HP, le jury a choisi le projet porté par Cisbio International, leader en France, puisqu'il gère sept sites et possède la capacité de fournir un volume important de produits.

Ce candidat souhaite développer le projet sur le site de l'hôpital Saint-Louis, spécialisé dans le domaine du cancer et intervenant dans le domaine de la cardiologie dans le cadre d'une collaboration originale avec le groupe hospitalier Bichat – Claude Bernard. Pour l'administration, le choix de l'implantation constitue non le succès d'un site sur les autres, mais la mise en œuvre d'un projet bénéficiant à l'ensemble de l'institution. A cette fin, une plate-forme de recherche sera créée ainsi qu'un comité d'orientation et de veille, auxquels participeront les sites candidats non retenus.

A terme, au regard des recherches menées dans le domaine de la cardiologie et de la neurologie démontrant l'intérêt de l'utilisation des produits radio-traceurs, il est vraisemblable que d'autres cyclotrons seront implantés à l'AP-HP.

Un équipement de ce type est en cours d'installation à Sarcelles, un autre au CEA. L'approvisionnement des équipes en produits radio-traceurs devrait prochainement connaître une amélioration.

Tirant des enseignements de la situation actuelle, **M. FAGON** appelle la vigilance de la CME sur le respect par l'industriel retenu des délais de livraison des molécules. Il souhaite des points d'étape réguliers de la mise en œuvre du projet et demande que l'instance suive avec attention les modalités d'implantation et de construction de cet équipement.

Après avoir acquiescé à ce propos, **M. BERNAUDIN** invite également à la vigilance sur le volet de la recherche du projet, notamment dans le domaine de la pharmacologie *in vivo* des anticancéreux.

## **VI- Avis sur l'adhésion de l'AP-HP au GIP du CeNGEPS.**

**M. BEST** explique que la CME doit émettre un avis formel sur l'adhésion de l'AP-HP à ce groupement d'intérêt public (GIP), qui constitue une forme juridique de coopération créée par la loi d'orientation et programmation pour la recherche de juillet 1982.

Ce projet particulier initié par les services du Premier ministre en 2005 a pour objet de répartir une taxe versée par l'industrie pharmaceutique à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) depuis janvier 2006 et redistribuée aux CHU via la délégation interrégionale à la recherche clinique.

Instituée par la loi de finances rectificative de décembre 2005, cette taxe devrait atteindre environ huit millions d'euros chaque année. Pour bénéficier d'une partie de son montant, l'AP-HP, siège de la délégation interrégionale à la recherche clinique d'Ile-de-France, doit intégrer ce GIP regroupant les CHU sièges des six autres délégations interrégionales à la recherche clinique et l'INSERM, mais aussi différents membres associés, dont la fédération hospitalière de France (FHF) et des représentants de la conférence des présidents d'universités. Le GIP répartira le produit de cette taxe dans le cadre d'appels d'offres annuels. Ces financements sont destinés à soutenir la professionnalisation et l'amélioration de la qualité des essais cliniques à promotion industrielle. Le GIP ne couvre pas l'activité du département de la recherche clinique et du développement de l'AP-HP.

La CME approuve à l'unanimité des votants l'adhésion de l'AP-HP au groupement d'intérêt public du centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNEGEPS).

## **VII- Centres de référence des maladies rares.**

- **Avis sur le classement des dossiers candidats à la labellisation pour l'année 2007.**
- **Avis sur la proposition de transfert de centres des maladies rares.**

La parole est donnée à **M. RICHARD** pour présenter le dossier relatif aux centres de référence des maladies rares qui entre dans la quatrième procédure de sélection (cf. document présenté lors de la séance).

Près de la moitié des centres labellisés en France se trouve à l'AP-HP et cette labellisation a permis d'obtenir des moyens médicaux importants, notamment des postes de praticiens hospitaliers.

Comme chaque année les dossiers, soit vingt huit demandes de labellisation, ont été examinés par un groupe d'experts dont M. RICHARD assurait la coordination en tant que représentant de la CME. Par ailleurs, deux centres précédemment labellisés demandent leur transfert au sein d'un autre hôpital, en raison de la nomination de leur coordinateur à un autre poste :

- le centre de prise en charge de la maladie Marfan, qui souhaite être transféré de l'hôpital Ambroise Paré à l'hôpital Bichat ;
- le centre de prise en charge des maladies métaboliques, qui souhaite être transféré de l'hôpital Necker – Enfants malades à l'hôpital Robert Debré.

Enfin, une équipe de l'AP-HP participe à un dossier porté par le CHU de Grenoble.

Le groupe d'experts a classé vingt et un dossiers en catégorie A et sept dossiers en catégorie B, sur la base de critères déjà évoqués en CME. Le dossier doit porter sur une maladie rare posant un problème de santé publique et la démarche du centre s'inscrire dans une démarche de travail en réseau, au sein de l'AP-HP et au niveau national.

Une partie des vingt huit dossiers avait déjà été présentée par le passé et refusée, non en raison de la qualité intrinsèque, mais pour des questions de forme ou d'un éventuel risque de doublon de la thématique.

Il s'agit probablement de la dernière procédure visant à créer des centres de maladies rares. Les dossiers devront être validés par le conseil d'administration avant leur examen par la commission nationale.

Le **président** souhaitant savoir quand se réaliseront les évaluations des premiers centres labellisés, **Mme SAUVAGNAC** répond qu'elles interviendront dès la fin de l'année 2007.

La CME approuve à l'unanimité des votants le classement des dossiers candidats à la labellisation 2007, ainsi que la proposition de transfert de centres de maladies rares.

**VIII- Avis sur le projet de reprise par l'AP-HP au 1<sup>er</sup> mai 2007 de l'activité et des personnels du centre de diagnostic anténatal et de médecine fœtale de l'institut de puériculture de Paris.**

M. LEPERE informe que le dossier est à replacer dans le cadre de deux orientations majeures du plan stratégique : l'existence d'un établissement pédiatrique par GHU et la construction du pôle mère/enfant de l'hôpital Necker. A son ouverture au deuxième trimestre 2010, ce dernier devra regrouper les activités de pédiatrie des hôpitaux Necker – Enfants malades et Saint-Vincent-de-Paul, les activités d'obstétrique et de néonatalogie de l'institut de puériculture de Paris, enfin d'autres activités de Necker.

A la demande de l'institut de puériculture de Paris et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), l'AP-HP doit accueillir plus tôt que prévu l'activité d'obstétrique et de diagnostic anténatal de l'institut de puériculture, qui pesait fortement sur le déficit de ce dernier. Cette activité sera gérée dès le 1<sup>er</sup> mai 2007 par l'hôpital Necker, sous l'autorité médicale du Pr DUMEZ, tout en demeurant implantée sur le site de l'institut de puériculture.

Trois éléments encadrent cette décision :

- le projet médical rédigé par le Pr DUMEZ, pour une redistribution des activités entre le site de l'institut de puériculture et l'hôpital Necker – Enfants malades ;
- les conditions juridiques de l'occupation d'une surface externe à l'AP-HP ;
- l'exigence d'une opération neutre au niveau financier pour l'AP-HP.

En l'absence d'une telle reprise anticipée, il existait un risque non négligeable que l'institut de puériculture procède à des licenciements de personnels médicaux et non médicaux et que cette activité disparaisse.

Enfin, la DPM et la direction du personnel et des relations sociales travaillent à la reprise des personnels concernés.

Suite à une question de M. CHAUSSADE relative aux causes du déficit de l'institut de puériculture, M. LEPERE précise que les quinze lits d'obstétrique ont une activité correspondant à 40 % de leur capacité potentielle. L'activité de consultation, de diagnostic et d'échographie ne couvre que le tiers ou le quart du potentiel de l'institut. Dans son projet médical, le Pr DUMEZ prévoit une forte croissance de ces activités redistribuées entre l'hôpital Necker et l'institut de puériculture.

La CME approuve à l'unanimité des votants le projet de reprise par l'AP-HP au 1<sup>er</sup> mai 2007 de l'activité et des personnels du centre de diagnostic anténatal et de médecine fœtale de l'institut de puériculture de Paris.

**IX- Avis sur l'adhésion du groupe hospitalier Armand Trousseau – La Roche Guyon au syndicat interhospitalier « blanchisserie interhospitalière de Saint Germain en Laye ».**

Mme CHAMPION explique que l'hôpital la Roche-Guyon, établissement de soins de suite rattaché à l'hôpital Armand Trousseau accueille quatre vingts enfants polyhandicapés, est situé à 80 kilomètres de Paris et souhaite confier une partie de la gestion de son linge à la blanchisserie inter-hospitalière de Saint-Germain-en-Laye.

La CME approuve à l'unanimité des votants l'adhésion du groupe hospitalier Armand Trousseau – La Roche Guyon au syndicat inter-hospitalier « blanchisserie inter-hospitalière de Saint-Germain-en-Laye ».

**X- Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2007.**

Avant de procéder à la lecture du dossier portant sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2007, (cf. document remis sur table) **M. AIGRAIN** déclare que celle-ci est préparée conjointement par le groupe du personnel médical et par le groupe des structures lesquels examinent les postes vacants afin d'en proposer au redéploiement et d'analyser ceux bénéficiant d'un autofinancement de la part des hôpitaux.

Il convient de se montrer particulièrement vigilant quant à la grande hétérogénéité de qualité des recrutements proposés, surtout dans le cadre des procédures d'autofinancement. Le rapporteur craint que les collègues et certaines communautés hospitalières, n'aient peut-être pas pris la mesure de ce que représente le recrutement d'un praticien hospitalier, notamment dans le cadre de la recherche clinique et de l'enseignement.

*a) Les propositions de redéploiements de postes.*

Les demandes de redéploiements couvrent 37,5 ETP : 30,5 ETP de réels redéploiements et 7 ETP restitués aux hôpitaux à l'issue d'emprunts.

*b) Les propositions de postes créés par autofinancement.*

La liste comprend 154 postes à temps plein et 64 postes à temps partiel, soit un total de 218 postes. Sont énoncés par M. AIGRAIN les postes faisant l'objet d'avis défavorable par l'intergroupe.

**M. PIETTE** attire l'attention de la CME sur la situation de la maternité de l'hôpital Jean Rostand. La collégiale de gynécologie obstétrique doit se réunir très prochainement afin de désigner le futur chef de service et responsable de pôle de la maternité de l'hôpital Bicêtre où sera transférée en 2008 la maternité de l'hôpital Jean Rostand. Aussi, l'avis défavorable à la demande d'un poste de praticien hospitalier autofinancé au motif que le candidat ne bénéficierait pas de l'aval du futur chef de service et responsable de pôle, lui semble devoir être différé de quelques jours ou semaines. En effet, cette maternité fonctionne déjà dans des conditions très difficiles avec en plus le risque de départ du candidat ayant fait l'objet de l'avis défavorable.

**M. AIGRAIN** répond qu'il semble préférable de nommer un praticien hospitalier contractuel pour l'année 2007. Cette solution permettra d'apporter une réponse aux difficultés quotidiennes de cette maternité, tout en attendant dans de bonnes conditions les nominations futures.

La CME approuve à l'unanimité des votants les propositions relatives à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2007, lesquelles figurent en annexe du présent compte rendu.

**XI- Avis sur des contrats d'activité libérale.**

Mme PORTENGUEN détaille les sept nouveaux contrats d'activité libérale et les cinq renouvellements de contrats approuvés par la CME par 16 voix pour, 3 voix contre et 10 abstentions.

**XII- Approbation du compte-rendu de la séance du 14 novembre 2006.**

Le compte-rendu est approuvé à l'unanimité.

\*

\* \*

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 12 heures 15.

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

**Mardi 9 janvier 2007 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 20 décembre 2006 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.

# **ANNEXE**

# **REDEPLOIEMENTS**

## **TABLE DES MATIERES**

### **DISCIPLINES**

<b>MEDECINE</b>	<b>1 à 2</b>
<b>ANESTHESIE REANIMATION</b>	<b>3</b>
<b>CHIRURGIE</b>	<b>4</b>
<b>RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE</b>	<b>5</b>
<b>BIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE</b>	<b>6</b>
<b>PHARMACIE</b>	<b>7</b>

**REDEPLOIEMENTS - POSTE EN MEDECINE (12,5 ETP) SOIT : 9 EPT PAR REDEPLOIEMENTS INSTITUTIONNELS + 1 EPT PAR RETOUR DE POSTE + 1 EPT PAR RESTITUTION D'EMPRUNTS + 2 EPT PAR REDEPLOIEMENT INTERNE**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	MODE DE FINANCEMENT		AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ		
CARDIOLOGIE MEDICALE	PITIE SALPETRIERE	PR METZGER	1		1,0	1,0		FAV	FAV
GERIATRIE	JOFFRE-DUPUYTREN	DR PALISSON	1		1,0	0,5	15 DJ	FAV	FAV
GERIATRIE	CHARLES FOIX / JEAN ROSTAND	DR MEAUME	1		1,0	0,5	15 DJ	FAV	FAV
GERIATRIE	CHARLES RICHET <i>* restitution emprunt</i>	DR SZEKELY	1		1,0	0,5	PH TPA + 5 DJ	FAV	FAV
HEPATOLO - GASTRO ET ENTEROLOGIE	HOTEL DIEU	PR CHAUSSADE	1		1,0	0,5	PH TPA + 5 DJ	FAV	FAV
HEPATOLO - GASTRO ET ENTEROLOGIE	LARIBOISIERE-F.WIDAL	PR MARTEAU (Prov)	1		1,0	1,0		FAV	FAV
HEMATOLOGIE CLINIQUE	NECKER - E.MALADES	PR VARET	1		1,0	0,5	15 DJ	FAV	FAV
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	SAINT ANTOINE	PR GIRARD	1		1,0	0,5	15 DJ	FAV	FAV
MEDECINE INTERNE	A.PARE <i>*restitution emprunt</i>	PR ROUVEIX-NORDON		1	0,5	0,5		FAV	FAV
MEDECINE INTERNE	SAINT-ANTOINE <i>* redéploiement interne</i>	PR CABANE		1	0,5	0,5		FAV	FAV
MEDECINE D'URGENCE	A.PARE <i>* retour de poste</i>	PR ELKHARRAT	1		1,0	1,0		FAV	FAV
NEPHROLOGIE	BROUSSAIS - HEGP	PR JACQUOT (Prov)	1		1,0	0,5	15 DJ	FAV	FAV
NEUROLOGIE	TENON	PR ROULLET	1		1,0	0,5	15 DJ	FAV	FAV
NEUROLOGIE	PITIE SALPETRIERE <i>* redéploiement interne</i>	PR DELATTRE	1		1,0	1,0		FAV	FAV
PEDIATRIE	ROBERT DEBRE	PR DAUGER (Prov)	1		1,0	1,0		FAV	FAV
PEDIATRIE	NECKER-E.MALADES Urgences pédiatriques	PR CHERON	1		1,0	0,5	15 DJ	FAV	FAV
PNEUMOLOGIE	TENON	PR MAYAUD	1		1,0	0,5	15 DJ	FAV	FAV

**(SUITE) REDEPLOIEMENTS - POSTE EN MEDECINE (12,5 ETP)**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	MODE DE FINANCEMENT		AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ		
REANIMATION MEDICALE	AVICENNE	PR POURRIAT	1		1,0	1,0		FAV	FAV
PSYCHIATRIE	RENE MURET-BIGOTTINI * redéploiement interne			1	0,5	0,5		FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL REDEPLOIEMENTS - POSTES DE MEDECINE</b>					<b>17,5</b>	<b>12,5</b>			

### REDEPLOIEMENTS - POSTE EN ANESTHESIE REANIMATION (1 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	MODE DE FINANCEMENT		AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ		
ANESTHESIE REANIMATION CHIRURGICALE	HENDAYE MOYEN SEJOUR - POLYHANDICAPES	DR SOUDRIE	1		1,0	1,0		FAV	FAV
									FAV
<b>SOUS TOTAL REDEPLOIEMENTS - POSTES D'ANESTHESIE REANIMATION</b>					1,0	1,0			

**REDEPLOIEMENTS - POSTES DE CHIRURGIE (11 ETP) SOIT : 5,5 EPT PAR REDEPLOIEMENTS INSTITUTIONNELS + 1,5 EPT PAR REDEPLOIEMENT INTERNES + 3 EPT PAR RESTITUTION D'EMPRUNTS + 1 EPT PAR RETOUR DE POSTE**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	MODE DE FINANCEMENT		AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ		
CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE	JEAN VERDIER	PR CHAMPAULT	1		1,0	1,0		FAV	FAV
CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE	TENON * redéploiement interne TPA	PR HOURY	1		1,0	0,5	PH TPA + 5 DJ	FAV	FAV
CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE	HENRI MONDOR * restitution emprunt	PR CHERQUI (Prov)	1		1,0	1,0		FAV	FAV
CHIRURGIE GENERALE	SAINT-LOUIS	PR SARFATI	1		1,0	1,0		FAV	FAV
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	SAINT-ANTOINE	PR DOURSOUNIAN	1		1,0	1,0		FAV	FAV
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	BICHAT - C.BERNARD * restitution emprunt	Pr NATAF (Prov)	1		1,0	1,0		FAV	FAV
CHIRURGIE UROLOGIQUE	BICETRE * retour de poste	PR BENOIT	1		1,0	1,0		FAV	FAV
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	PITIE SALPETRIERE * redéploiement interne	PR DOMMERGUES	1		1,0	1,0		FAV	FAV
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	BICHAT - C.BERNARD	PR MADELENAT	1		1,0	1,0		FAV	FAV
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	LARIBOISIERE-F.WIDAL * restitution emprunt	PR SIBONY (Prov)	1		1,0	1,0		FAV	FAV
NEUROCHIRURGIE	NECKER-E.MALADES	PR SAINTE ROSE	1		1,0	1,0		FAV	FAV
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	NECKER - E.MALADES	PR STERKERS (Prov)	1		1,0	0,5	15 DJ	FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL REDEPLOIEMENTS - POSTES DE CHIRURGIE</b>					<b>12</b>	<b>11</b>			

### REDEPLOIEMENTS - POSTE DE RADIOLOGIE (1 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	MODE DE FINANCEMENT		AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ		
RADIOLOGIE	BICETRE	PR MENU	1		1,0	1,0		FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL REDEPLOIEMENT - POSTE DE RADIOLOGIE</b>					1,0	1,0			

**REDEPLOIEMENTS - POSTE DE BIOLOGIE (3,5 ETP) ANATOMIE PATHOLOGIQUE (1 ETP) = 4,5 ETP**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	MODE DE FINANCEMENT		AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ		
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE - HYGIENE HOSPITALIERE	A.PARE	PR GAILLARD (Prov)	1		1,0	1,0		FAV	FAV
BIO.CELL.HISTO.BIOL. DU DEVELOPPEMENT ET REPRODUCT.	COCHIN-SVP * restitution emprunt	PR.JOUANNET	1		1,0	1,0		FAV	FAV
PHYSIOLOGIE - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	HENRI MONDOR	PR ADNOT		1	0,5	0,5		FAV	FAV
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE - HYGIENE HOSPITALIERE	PAUL BROUSSE * restitution emprunt	PR DUSSAIX	1		1,0	1,0		FAV	FAV
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	BICETRE	PR BOUTTIER-GUETTIER		1	0,5	0,5		FAV	FAV
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	UF (CRAT) A.TROUSSEAU rattachée au Sce HISTO - EMBRYO PATH et CYTOGENETIQUE de SAINT ANTOINE	PR SIFFROY (Prov)	1		1,0	0,5	15 DJ	REVOIR EN CME	FAV
<b>SOUS TOTAL REDEPLOIEMENTS - POSTES DE BIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE</b>					<b>5,0</b>	<b>4,5</b>			

### REDEPLOIEMENTS - POSTE DE PHARMACIE (0,5 ETP)

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	MODE DE FINANCEMENT		AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA		Redéploiement	Transformation Emploi et/ou DJ		
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	PITIE - SALPETRIERE	PR FARINOTTI	1		1,0	0,5	15 DJ (PHC)	FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL REDEPLOIEMENTS - POSTES en PHARMACIE</b>					1,0	0,5			
<b>TOTAL REDEPLOIEMENTS - TOUTES DISCIPLINES CONFONDUES</b>					37,5	30,5			

# **CREATION PAR AUTOFINANCEMENT**

## **TABLE DES MATIERES**

### **DISCIPLINES**

<b>MEDECINE</b>	<b>1 à 8</b>
<b>CHIRURGIE</b>	<b>9</b>
<b>ANESTHESIE – REANIMATION</b>	<b>10</b>
<b>ANATOMIE PATHOLOGIQUE</b>	<b>11</b>
<b>RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE</b>	<b>12</b>
<b>BIOLOGIE</b>	<b>13</b>
<b>PHARMACIE</b>	<b>14</b>
<b>ODONTOLOGIE</b>	<b>15</b>

**AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN MEDECINE (140 ETP)**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
BIOLOGIE MEDICALE	NECKER ENFANTS MALADES	Pr Elizabeth DAVI	1		1,0	1	15 DJ + 6 DJ sur Pôle Biologie <b>CONFIRME</b>	FAV ss/réserve financemnt	FAV
ONCOLOGIE	ANTOINE BECLERE	Pr Pierre GALANAUD	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
ONCOLOGIE	PITIE SALPETRIERE	Pr David KHAYAT	1		1,0	1	1 POSTE DE PH TPA + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
ONCOLOGIE (OU RADIOTHERAPIE)	SAINT LOUIS	PR Claude MAYLIN	1		1,0	1	1/2 FINANCEMENT EPRD 2007 + 11 DEMI JOURNEES	FAV	FAV
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	UF CARDIO PROXIMITE BICHAT-CB rattachée Sce CARDIO ET MALADIES VASC BEAUJON - Pr VAHANIAN-POGHOSSI PROV)	UF Pr Marie.Claude AUMONT	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	HENRI MONDOR	Pr Pascal GUERET	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	AVICENNE	Pr Liliane LAROCHE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	HENRI MONDOR	Pr Martine BAGOT (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES dont Reliquat CREDITS MALADIES RARES	FAV ss/réserve financemnt	FAV
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	NECKER-E.MALADES	Pr Yves DE PROST		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES (MALADIES RARES)	FAV	FAV
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	HENRI MONDOR	Pr Pascal GUERET		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	BICETRE	Pr Philippe CHANSON		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	COCHIN - ST VINCENT DE P	Pr Xavier Yves BERTAGNA	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS MALADIES RARES	FAV	FAV
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	PITIE SALPETRIERE	Pr André GRIMALDI	1		1,0	1	TRANSFORMATION PH TPA + 11 DEMI JOURNEES	FAV	FAV
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	UF D'EXPLO ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL ET DE LAVIGILANCE Rattachée Sce PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE COCHIN - SVP - Pr Dominique CHOU DAT			1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	ANTOINE BECLERE	Pr Pierre GALANAUD	1		1,0	1	CREDITS FLECHES URC PARIS SUD	FAV	FAV
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	COCHIN - ST VINCENT DE PAUL	Pr Stanislas CHAUSSADE		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES (8 DJ Sce Gastro + 2 DJ Sce Oncologie)	FAV	FAV
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	BICHAT-CL.BERNARD	Pr Jean-Claude SOULE		1	0,5	1	CONTRAT PHC 50% + 2 DJ	FAV	FAV
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	BEAUJON	Pr Philippe RUSZNIIEWSKI		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	PAUL BROUSSE	Pr Denis CASTAING	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS ARTT	FAV	FAV
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	PITIE SALPETRIERE	Pr Thierry POYNARD		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
GASTRO.ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	TENON	Pr Jean Didier GRANGE	1		1,0	1	CONTRAT PHC 80% + CREDITS ALCOOLOGIE DEMANDES DM1 <b>REVOIR EPRD 2007</b>	FAV ss/réserve financemnt	FAV ss/réserve financemnt
GENETIQUE MEDICALE	NECKER-E.MALADES	Pr Arnold MUNNICH	1		1,0	1	21 DJ CREDITS MALADIES RARES (Diagnostic moléculaire)	FAV	FAV
GENETIQUE MEDICALE	NECKER-E.MALADES	Pr Arnold MUNNICH	1		1,0	1	21 DJ CREDITS MALADIES RARES (Mitochondriales caramell)	FAV	FAV

(SUITE)

## AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN MEDECINE

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
MALADIES INFECTIEUSES MALADIES TROPICALES	NECKER ENFANTS MALADES	Pr Patrick BERCHE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
HEMATOLOGIE CLINIQUE	AVICENNE	Pr Pierre FENAUX	1		1,0	1	21 DJ VERSEES PAR SAINT ANTOINE (suite prolongation activité Dr LAPORTE)	FAV	FAV
MEDECINE D'URGENCE	COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	Pr Jean-François DHAINAUT (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (CONTRAT DE PHC TP + 5 DJ)	FAV	FAV
MEDECINE D'URGENCE	AVICENNE	Pr Jean Louis POURRIAT (PROV)	1		1,0	1	TRANSFORMATION POSTE PH-TPA + 11 DJ (SAMU)	FAV	FAV
MEDECINE D'URGENCE	AVICENNE	Pr Jean Louis POURRIAT (PROV)	1		1,0	1	POSTE PH-TPA + 11 DJ SAMU/SMUR 93	FAV ss/réserve financemt	FAV
MEDECINE D'URGENCE	AVICENNE	Pr Jean Louis POURRIAT (PROV)	1		1,0	1	POSTE PH-TPA + 11 DJ (SMUR ADULTES)	FAV	FAV
MEDECINE D'URGENCE	AVICENNE	Pr Jean Louis POURRIAT (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES (SMUR ADULTES)	FAV	FAV
MEDECINE D'URGENCE	RAYMOND POINCARE	Pr Marvel CHAUVIN (PROV)		1	0,5	1	FINANCEMENT SAMU-SMUR <b>NON OBTENU</b> <b>REPORT 2008</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
MEDECINE D'URGENCE	RAYMOND POINCARE	Pr Marvel CHAUVIN (PROV)		1	0,5	1	0,7 EPT de PHC (11DJ) sur BUDGET SAMU-SMUR	FAV	FAV
MEDECINE D'URGENCE	ROBERT DEBRE	Pr Yves NIVOCHÉ	1		1,0	1	POSTE PH-TPA + 11 DJ (CREDITS FLECHES DOULEUR) <b>NOTIF SUR EPRD 2007</b>	FAV ss/réserve financemt	FAV ss/réserve financement
MEDECINE D'URGENCE	LOUIS MOURIER	Dr Patrick BRUN		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE D'URGENCE	JEAN VERDIER	DR Claude LAPANDRY (PROV)	1		1,0	1	POSTE PH TPA + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE D'URGENCE	RAYMOND POINCARE	Pr Christian PERRONNE		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES ( CREDITS MINISTERIELS MARS 2006)	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	ANTOINE BECLERE	Pr Pierre GALANAUD	1		1,0	1	RESTITUTION POSTE PH TPA + 11 DEMI-JOURNEES	FAV ss/réserve financemt	FAV
MEDECINE GENERALE	BROUSSAIS-HEGP	Pr Laurent GUTMANN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	BEAUJON	Pr Philippe RUSZNIEWSKI	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	BICETRE	Pr Jean-François DELFRAISSY	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS UCSA EPRD 2006	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	BICETRE	Pr Jean-François DELFRAISSY		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES CREDITS UCSA EPRD 2006	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	BICHAT - CLAUDE BERNARD	Pr Thomas PAPO	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (PLAN STRATEGIQUE LITS SSR)	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	BICHAT - CLAUDE BERNARD	Pr Michel AUBIER	1		1,0	1	RESTITUTION D'UN POSTE DE PH TPA + 6 DJ + 1 Explo Fonct + 4 DJ <b>Pneumo sce</b> <b>Pr FOURNIER</b>	FAV ss/réserve financemt	FAV
MEDECINE GENERALE	SAN SALVADOUR	Dr Pierre DOYARD		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	SAN SALVADOUR	Dr Pierre DOYARD		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	H.A.D	Pr Marc BRODIN (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	LARIBOISIERE - F.WIDAL	Dpt DIAGNOSTIC Traitement de la douleur	1		1,0	1	CONTRAT DE PHC TP + 5 DEMI- JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	SAN SALVADOUR	Dr Marie-Christine ROUSSEAU	1		1,0	1	RESTITUTION DU POSTE DE PH TPA + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV

(SUITE)

## AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN MEDECINE

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
MEDECINE GENERALE	LOUIS MOURIER	Dr Philippe CHARRU	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (EPRD 2006)	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	CORENTIN CELTON	Dr Patrick BOCQUET		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	PITIE - SALPETRIERE	Pr François BRICAIRE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	PITIE - SALPETRIERE	Pr Serge HERSON	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES <b>REPORT 2008</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
MEDECINE GENERALE	RAYMOND POINCARE	Pr Djillali ANNANE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	SAINT- ANTOINE	Pr Patrice JAILLON	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (CREDITS DRCD)	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	SAINT-LOUIS	Pr Daniel SERENI		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	SAINT-LOUIS	Pr Daniel SERENI		1	0,5	1	CONTRAT DE PHC 20% + 6 DJ	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	TENON	Pr Gilles PIALOUX		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE GENERALE	UF D'UNITE MOBILE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS Rattachée Sce MED INT 1 PITIE - SALPETRIERE - Pr Serge HERSON	UF Dr Michèle LEVY-SOUSSAN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES ( Crédits Plan Cancer) <b>NON OBTENUS</b>	<b>DEF</b>	<b>DEF</b>
MEDECINE DU TRAVAIL	RAYMOND POINCARE	Pr Christian PERRONNE		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
GERIATRIE	ANTOINE BECLERE	Pr Pierre GALANAUD	1		1,0	1	RESTITUTION D'UN POSTE DE PH TPA + SI OBTENTION CREDITS SOINS PALLIATIFS	FAV ss/réserve financemt	FAV ss/réserve financemt
GERIATRIE	BEAUJON UF rattachée à BICHAT	Dr Nathalie FAUCHER (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
GERIATRIE	BICETRE	Dr Marie-Pierre HERVY	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES -CREDITS UNITE TRANSVERSALE GERIATRIQUE	FAV	FAV
GERIATRIE	BICHAT - CLAUDE BERNARD	Dr Nathalie FAUCHER (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES (0,5 PHC + 2 DJ)	FAV	FAV
GERIATRIE	G.CLEMENCEAU	Dr Alec BIZIEN	1		1,0	1	CONTRAT PHC TP + 5 DJ	FAV	FAV
GERIATRIE	G.CLEMENCEAU	Dr Christine MANGIN	1		1,0	1	POSTE DE PH TPA + 11 DJ (6 DJ Sce G2 et 5 DJ Sce G3)	FAV	FAV
GERIATRIE	G.CLEMENCEAU	Dr Christine MANGIN	1		1,0	1	POSTE DE PH TPA + 11 DJ	FAV	FAV
GERIATRIE	G.CLEMENCEAU	Dr Marie-France MANGOURD	1		1,0	1	POSTE PH TPA + 11 DJ ( 10 SCE G3 et 1 Pool)	FAV	FAV
GERIATRIE	H.A.D	Pr Marc BRODIN (PROV)	1		1,0	1	TRANSFORMATION POSTE PH TPA + 11 DJ	FAV	FAV
GERIATRIE	UF transitoire de GERIATRIE ROTHSCHILD rattachée Sce Méd Interne 2 Ch.FOIX - Pr F PIETTE)	UF Dr Sébastien WEILL-ENGERER		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES Projet ROTHCHILD <b>REPORT 2008</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
GERIATRIE	UF transitoire de GERIATRIE ROTHSCHILD rattachée Sce Méd Interne 2 Ch.FOIX - Pr F PIETTE)	UF Dr Sébastien WEILL-ENGERER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES Projet ROTHCHILD <b>CONFIRME</b>	FAV ss/réserve financemt	FAV
GERIATRIE	UF transitoire de GERIATRIE ROTHSCHILD rattachée Sce Méd Interne 2 Ch.FOIX - Pr F PIETTE)	UF Dr Sébastien WEILL-ENGERER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES Projet ROTHCHILD <b>CONFIRME</b>	FAV ss/réserve financemt	FAV
GERIATRIE	CORENTIN CELTON	Dr Anne-Marie LEZY-HALLET (ex MATHIEU)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV

(SUITE)

## AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN MEDECINE

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
GERIATRIE	CORENTIN CELTON	Dr Anne-Marie LEZY-HALLET (ex MATHIEU)	1		1,0	1	TRANSFORMATION PHTPA + 11 DJ	FAV	FAV
GERIATRIE	EMILE ROUX	Dr Jean-Philippe DAVID	1		1,0	1	POSTE DE PAC TP + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
GERIATRIE	EMILE ROUX	Dr Olivier HENRY	1		1,0	1	RESTITUTION DE 2 POSTES DE PH TPA	FAV	FAV
GERIATRIE	SAINTE PERINE-ROSSINI-CHARDON LAGACHE	Dr Laurent TEILLET	1		1,0	1	11 DJ STE PERINE + 10 DJ A.PARE	FAV	FAV
GERIATRIE	SAINTE PERINE-ROSSINI-CHARDON LAGACHE	Dr Laurent TEILLET	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
GERIATRIE	SAINTE PERINE-ROSSINI-CHARDON LAGACHE	Dr Alain BAULON		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	<b>DEF</b>	<b>DEF</b>
GERIATRIE	SAINTE PERINE-ROSSINI-CHARDON LAGACHE	Dr Bernard CASSOU		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE INTERNE	H.A.D	PR Marc BRODIN (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
MEDECINE INTERNE	COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	Pr Loïc GUILLEVIN	1		1,0	1	CONTRAT PHC 16 DJ + 5 DJ (UCSA)	FAV	FAV
MEDECINE INTERNE	COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	Pr Loïc GUILLEVIN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (CREDITS MALADIES RARES)	FAV	FAV
MEDECINE INTERNE	HENRI MONDOR	Pr Bertrand GODEAU	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (CREDITS MALADIES RARES°)	FAV	FAV
MEDECINE INTERNE	PITIE SALPETRIERE	Pr Serge HERSON	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (poste de PAC + 11 DJ) <b>REPORT 2008</b>	A REVOIR EN CME	<b>DEF</b>
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	BICHAT - CL.BERNARD	Pr Alain YELNIK (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES <b>CONFIRME</b>	FAV ss/réserve financemt	FAV
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	ROTHSCHILD	Pr Gérard AMARENCO	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES SUBORDONNEES PROJET ROTHSCCHILD <b>NON OBTENUS</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	ROTHSCHILD	Pr Gérard AMARENCO	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES SUBORDONNEES PROJET ROTHSCCHILD <b>NON OBTENUS</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	ROTHSCHILD	Pr Gérard AMARENCO	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES SUBORDONNEES PROJET ROTHSCCHILD <b>NON OBTENUS</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	ROTHSCHILD	Pr Philippe Jean THOUMIE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES SUBORDONNEES PROJET ROTHSCCHILD <b>NON OBTENUS</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	ROTHSCHILD	Pr Philippe Jean THOUMIE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES SUBORDONNEES PROJET ROTHSCCHILD <b>NON OBTENUS</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
NEPHROLOGIE	HENRI MONDOR	Pr Philippe LANG		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
NEPHROLOGIE	NECKER ENFANTS MALADES	Pr Christophe LEGENDRE (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
NEPHROLOGIE	NECKER ENFANTS MALADES	Pr Philippe LESAVRE	1		1,0	1	CREDITS MINISTERIELS	A REVOIR EN CME	FAV
NEPHROLOGIE	PITIE SALPETRIERE	Pr Gilbert DERAY	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES <b>REPORT 2008</b>	FAV	<b>DEF</b>
NEPHROLOGIE	TENON	Pr Pierre RONCO	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS DEMANDES EN DM1 <b>REPORT 2008</b>	FAV	<b>DEF</b>

(SUITE)

## AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN MEDECINE

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
NEPHROLOGIE	TENON	Pr Pierre RONCO		1	0,5	1	10 DJ CREDITS DEMANDES EN DM1 <b>REPORT 2008</b>	<b>DEF</b>	<b>DEF</b>
NEPHROLOGIE	TENON	Pr Eric RONDEAU (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
NEUROLOGIE	BICETRE	Pr Gilbert SAID	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
NEUROLOGIE	BICETRE	Pr Gilbert SAID	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDIT MALADIES RARES	FAV	FAV
NEUROLOGIE	PITIE SALPETRIERE	PRS AGID ET LYON CAEN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDIT MALADIES RARES	FAV	FAV
NEUROLOGIE	PITIE SALPETRIERE	PRS AGID ET LYON CAEN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
NEUROLOGIE	PITIE SALPETRIERE	PRS AGID ET LYON CAEN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (CENTRE DE LA MEMOIRE)	FAV	FAV
NEUROLOGIE	PITIE SALPETRIERE	PRS AGID ET LYON CAEN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDIT MALADIES RARES	FAV	FAV
NEUROLOGIE	PITIE SALPETRIERE	PRS AGID ET LYON CAEN	1		1,0	1	CREDITS MINISTERIELS	A REVOIR EN CME	FAV
NEUROLOGIE	PITIE SALPETRIERE	Pr Michel BAULAC	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS MALADIES RARES PEC EPILEPSIE RARE <b>CONFIRME</b>	A REVOIR EN CME	FAV
NEUROLOGIE	PITIE SALPETRIERE	Pr Alexis BRICE	1		1,0	1	CREDITS FLECHES MALADIES RARES POUR LE CENTRE DE REFERENCES NEURO-GENETIQUE <b>REPORT 2008</b>	FAV	<b>DEF</b>
NEUROLOGIE	PITIE SALPETRIERE	Pr Yves SAMSON	1		1,0	1	<b>SOUTIEN DPM FINANCEMENT INSTITUTIONNEL PLAN STRAT</b> Urgences Cérébro-Vasculaires	FAV	FAV
NEUROLOGIE	SAINT ANTOINE -	Pr Jean-Claude DUSSAULE		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PEDIATRIE	ANTOINE BECLERE	Pr Philippe LABRUNE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES dont 11 DJ sur CREDIT MALADIES RARES 2005	FAV	FAV
PEDIATRIE	BICETRE	Pr Olivier BERNARD	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PEDIATRIE	BICETRE	Pr Olivier BERNARD	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS MALADIES RARES	FAV	FAV
PEDIATRIE	BICETRE	Pr Isabelle KONE-PAUT	1		1,0	1	CONTRAT DE PHC TP + 5 DJ	FAV	FAV
PEDIATRIE	BROUSSAIS -HEGP	Pr Xavier JEUNEMAITRE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS MALADIES RARES	FAV	FAV
PEDIATRIE	COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	PR Pierre BOUGNERES		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES CREDITS MALADIES RARES	FAV	FAV
PEDIATRIE	JEAN ROSTAND	Dr Dominique PATHIER	1		1,0	1	PH-TPA + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PEDIATRIE	NECKER ENFANTS MALADES	Pr Pierre SCHEINMANN		1	0,5	1	CREDITS MALADIES RARES (DM1 2005) Troubles de la croissance	FAV	FAV
PEDIATRIE	NECKER ENFANTS MALADES	Pr Pierre SCHEINMANN	1		1,0	1	CREDITS MALADIES RARES (2006) Maladies neuro musculaires	FAV	FAV
PEDIATRIE	NECKER ENFANTS MALADES	Pr Gérard CHERON	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PEDIATRIE	PITIE SALPETRIERE UF rattachée au Sce Néonatalogie Pr GOLD à A.TROUSSEAU	Dr Inès De MONTGOLFIER		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV

(SUITE)

## AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN MEDECINE

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
PEDIATRIE	PITIE SALPETRIERE UF rattachée au Sce Néonatalogie Pr GOLD à A.TROUSSEAU	Dr Inès De MONTGOLFIER		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PEDIATRIE	JEAN VERDIER	Pr Joël GAUDELUS	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PEDIATRIE	JEAN VERDIER	Pr Joël GAUDELUS		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PEDIATRIE	LOUIS MOURIER	Pr Claude LEJEUNE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES Accord D.E.F Conf Budgétaire 05/12/06	FAV ss/réserve financem	FAV
PEDIATRIE	ROBERT DEBRE	Pr Antoine BOURILLON	1		1,0	1	Restitution d'un poste de PH TPA + 11 DJ	REVOIR EN CME	FAV
PEDIATRIE	ROBERT DEBRE	Pr Jean-Claude CAREL (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (Contrat PHC TP + 5 DJ) CREDITS MALADIES RARES	FAV	FAV
PEDIATRIE	ROBERT DEBRE	Pr Yannick AUJARD	1		1,0	1	RESTITUTION POSTE PH TPA MATERNITE + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PEDIATRIE	ARMAND TROUSSEAU	Pr Guy LEVERGER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CENTRE MALADIES RARES HISTIOCYTOSES	FAV	FAV
PEDIATRIE	ARMAND TROUSSEAU	Pr Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR	1		1,0	1	CREDITS MALADIES RARES Poste partagé avec PITIE Amomalies embryonnaires	FAV	FAV
PEDIATRIE	BEAUJON	Pr Dominique LUTON (provisoire)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PEDIATRIE	TENON	Pr Serge UZAN		1	0,5	1	POSTE DE PAC TPA + 5 DJ	FAV	FAV
PEDIATRIE	AVICENNE	Pr Jean Louis POURRIAT (provisoire)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES (SMUR PEDIATRIQUE)	FAV	FAV
PNEUMOLOGIE	UF DE PNEUMO BEAUJON Rattachée Sce PHYSIOLOGIE EXPLO FONCTIONNELLES MULTI-DICPLAIRES DE BICHAT - Pr CLERICI		1		1,0	1	RESTITUTION D'UN POSTE DE PH TPA + 6 DEMI-JOURNEES PNEUMO B + 5 DEMI-JOURNEES de BEAUJON	FAV	FAV
PNEUMOLOGIE	SAINT ANTOINE	Pr Bernard LEBEAU		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	AVICENNE	Pr Marie-Rose MORO	1		1,0	1	<b>SOUTIEN DPM FINANCEMENT INSTITUTIONNEL - PLAN STRATEGIQUE</b> Maison des Adolescents	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	UF DE PSYCHIATRIE DE TENON RATTACHEE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTES DE ST ANTOINE - Pr PERETTI)	Dr Louis JEHEL	1		1,0	1	POSTE DE PH-TPA + 11 DJ PLAN SANTE MENTALE (ECIMUD ADDITTOLOGIE)	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	BICHAT - CLAUDE BERNARD	Pr Antoine GUEDENEY	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES PLAN SANTE MENTALE 2006	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	COCHIN - ST VINCENT DE P	Dr Isabelle FERRAND	1		1,0	1	POSTE DE PAC TP + 11 DJ	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	UF de PSYCHIATRIE HOTEL DIEU Rattachée Sce PSYCHIATRIE DE LIAISON DE BROUSSAIS HEGP - Pr Silla CONSOLI	UF Dr Nicolas DANTCHEV	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	CORENTIN CELTON	Dr Béatrice LAFY BEAUFILS	1		1,0	1	<b>CREDITS NON OBTENUS</b>	<b>DEF</b>	<b>DEF</b>

(SUITE)

## AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN MEDECINE

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	A.CHENEVIER	Pr Marion LEBOYER-LAMARCAT	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES PLAN SANTE MENTALE DM2 2005	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	A.CHENEVIER	Pr Marion LEBOYER-LAMARCAT	1		1,0	1	CREDITS DRASSIF DECONVENTIONNEMENT CMP BOISSY ST LEGER	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	UF Intersectorielle Cellule Urgences médico-psychologiques d'H.MONDOR rattachée SCE de PSYCHIATRIE CHU CRETEIL d'A.CHENEVIER)	UF Pr Marion LEBOYER-LAMARCAT (PROV)	1		1,0	1	RESTITUTION DE 2 POSTES DE PH TPA ( 1 Fléché CUMP Pr MARTY et Fléché plan santé mentale Pr LEBOYER)	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	UF Intersectorielle Cellule Urgences médico-psychologiques d'H.MONDOR rattachée SCE de PSYCHIATRIE CHU CRETEIL d'A.CHENEVIER)	UF Pr Marion LEBOYER-LAMARCAT (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS FLECHES PSYCHIATRIE DE LIAISON <b>REPORT 2008</b> Désistement du candidat	FAV s/réserve financemnt	<b>DEF</b>
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	LARIBOISIERE - F.WIDAL	Pr Jean-Pierre LEPINE (PROV)	1		1,0	1	TRANSFORMATION POSTE DE PAC TP + 11DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	LOUIS MOURIER	PrJean ADES	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES PLAN SANTE MENTALE 2006	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	UF DE PSYCHIATRIE DE BEAUJON RATTACHEE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE LOUIS MOURIER - Pr ADES	UF Pr Alain SZTERN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	ROBERT DEBRE	Pr Marie-Christine MOUREN		1	0,5	1	CREDITS MALADIES RARES (Narcolepsie, hypersomnies idiopathiques)	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	ROBERT DEBRE	Pr Marie-Christine MOUREN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS FLECHES URGENCES PEDOPSYCHIATRIE	FAV	FAV
PHARMACOLOGIE CLINIQUE ET TOXICOLOGIQUE	COCHIN - ST VINCENT DE PAUL	Pr Gérard PONS	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (CONTRAT DE PHC TP + 5 DEMI- JOURNEES)	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	PITIE SALPETRIERE	Pr David COHEN (PROV)	1		1,0	1	<b>SOUTIEN DPM FINANCEMENT INSTITUTIONNEL - PLAN STRAT</b> Pédopsychiatrie	FAV	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	PITIE SALPETRIERE	Pr David COHEN (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (2ème demande pour BONNOT Olivier)	FAV s/réserve financemnt	FAV
PSYCHIATRIE POLYVALENTE	PITIE SALPETRIERE	Pr Jean-François ALLILAIRE		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES PLAN SANTE MENTALE ET PSY DE LIAISON	FAV	FAV
REANIMATION MEDICALE	SAINT ANTOINE	Pr Georges OFFENSTADT	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CONTRAT DE PHC 60% + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
RHUMATOLOGIE	SAINT ANTOINE Centre de traitement de la Douleur	Pr Jean-Claude DUSSAULE		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
SANTE PUBLIQUE	ARMAND TROUSSEAU	DIM	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
SANTE PUBLIQUE	BROUSSAIS - HEGP	DIM	1		1,0	1	POSTE DE CHARGE DE MISSION <b>REPORT 2008</b>	FAV s/réserve financemnt	<b>DEF</b>
SANTE PUBLIQUE	COCHIN - ST VINCENT DE PAUL	DIM	1		1,0	1	POSTE DE PH TPA + CONTRAT CHARGE DE MISSION PNM	FAV	FAV

(SUITE)

**AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN MEDECINE**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM - GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
SANTE PUBLIQUE	HENRI MONDOR	DIM	1		1,0	1	21 DJ (10 DJ CREDITS FLECHES MINISTERE + 6 DJ ACCORDEES DPM DM1 2006 + 5 DJ CONFERENCES BUDG. DE NOV.2006)	FAV	FAV
SANTE PUBLIQUE	JEAN VERDIER	DIM	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
SANTE PUBLIQUE	RAYMOND POINCARE	Mise en place réseaux Santé et Télémédecine- Polyhandicapés Dr Philippe de NORMANDIE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES CREDITS TELEMEDECINE	FAV	FAV
SANTE PUBLIQUE	SIEGE AP-HP	Pr Eric LEPAGE Système d'Information Patient	1		1,0	1	FINANCEMENT INSTITUTIONNEL DOSSIER PATIENT SYSTEME D'INFORMATION PATIENTDPSIP	FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en MEDECINE</b>			<b>117,0</b>	<b>44,0</b>	<b>139,0</b>	<b>161</b>			

**AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN CHIRURGIE (9,5 ETP)**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM-GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
CHIRURGIE VASCULAIRE	HENRI MONDOR-ALBERT CHENEVIER	Pr Jean Pierre BECQUEMIN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES <b>A CONFIRMER</b>	FAV	FAV ss/réserve financement
CHIRURGIE GENERALE	HOTEL DIEU - LA COLLEGALE	Pr Jean Pierre BETHOUX		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE	PITIE SALPETRIERE	Pr Jean Pierre LEFRANC (provisoire)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	A REVOIR EN CME	FAV
CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTITUTIVE	PITIE SALPETRIERE	Pr Jean Pierre LEFRANC (provisoire)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES <b>REPORT 2008</b>	FAV	<b>DEF</b>
CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTITUTIVE	BICHAT - CLAUDE BERNARD	Pr Laurent BOCCON GIBOD		1	0,5	1	5 DJ (3 DJ CHIRURGIE GENER. + 1 DJ GYNECO. + 1 SAU (manque 5 DJ) <b>REPORT 2008</b>	A REVOIR EN CME	<b>DEF</b>
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	JEAN ROSTAND	Dr Dominique PATHIER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	<b>DEF</b>	<b>DEF</b>
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ARMAND TROUSSEAU	Pr Erea-Noël GARABEDIAN		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
OPHTALMOLOGIE	HOTEL DIEU	Pr Gilles RENARD		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES <b>CONFIRME</b>	FAV ss/réserve financement	FAV
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	HENRI MONDOR-ALBERT CHENEVIER	Pr Philippe HERNIGOU	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (Dont 10 DJ - EPRD 2007) <b>CONFIRMER</b>	A FAV	FAV ss/réserve financement
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	PITIE SALPETRIERE	Pr Yves CATONNE (provisoire)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
CHIRURGIE UROLOGIQUE	BICETRE	Pr Gérard BENOIT	1		1,0	1	PHC PLT + 5 DJ	FAV	FAV
CHIRURGIE UROLOGIQUE	COCHIN - SVP	Pr Bernard DEBRE		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
CHIRURGIE UROLOGIQUE	SAINT LOUIS	Pr Pierre TEILLAC	1		1,0	1	POSTE PH-TPA + 11 DJ	FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en CHIRURGIE</b>			<b>6</b>	<b>7</b>	<b>9,5</b>	<b>13</b>			

**AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN ANESTHESIE REANIMATION (3,0 ETP)**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS CME	AVIS CA
			PH TP	PH TPA					
ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION	UF D'ANESTHESIE REANIMATION D' A.BECLERE (Rattachée See ANESTHESIE REA CHIRURGICALE BICETRE - Pr Dan BENHAMOU)	UF Dr Frédéric MERCIER	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION	BICETRE	Pr Dan BENHAMOU	1		1,0	1	POSTE DE PAC + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION	RAYMOND POINCARE	Pr Marcel CHAUVIN (PROVISOIRE)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en ANESTHESIE REANIMATION</b>			<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3,0</b>	<b>3</b>			

**AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN ANATOMIE PATHOLOGIQUE (3,0 ETP)**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM-GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE	PITIE SALPETRIERE	Pr Frédérique CAPRON	1		1,0	1	CREDITS FLECHES PLAN CANCER <b>NON OBTENUS</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE	SAINT LOUIS	Pr Anne JANIN	1		1,0	1	TRANSFORMATION PH TPA + 11 DEMI JOURNEES	FAV	FAV
ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE	TENON	Pr Patrice CALLARD	1		1,0	1	CREDITS DMI TRANSFERT D'ACTIVITE Crédits PLAN CANCER <b>CREDITS NON OBTENUS</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
<b>SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en ANATOMIE</b>			<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3,0</b>	<b>3</b>			

**AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN RADIOLOGIE ET MEDECINE NUCLEAIRE (8,5 ETP)**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM-GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
MEDECINE NUCLEAIRE	HENRI MONDOR-ALBERT CHENEVIER	Pr Michel MEIGNAN	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (dont FINANCEMENT PLAN CANCER A HAUTEUR DE 10%)	FAV ss/réserve financemnt	FAV
RADIOLOGIE	PITIE SALPETRIERE	Pr Jacques CHIRAS		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
RADIOLOGIE	AMBROISE PARE	Pr Pascal LACOMBE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
RADIOLOGIE	CHARLES FOIX	Pr Claude MARSALUT (PROV)		1	0,5	1	POSTE DE PAC TPA SOIT 10 DJ	FAV	FAV
RADIOLOGIE	HOTEL DIEU	Pr Dominique VADROT		1	0,5	1	BUDGET IRM CONFIRME	FAV ss/réserve financemnt	FAV
RADIOLOGIE	HOTEL DIEU	Pr Dominique VADROT		1	0,5	1	BUDGET IRM CONFIRME	FAV ss/réserve financemnt	FAV
RADIOLOGIE	JEAN VERDIER	Pr Nicolas SELLIER		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
RADIOLOGIE	NECKER ENFANTS MALADES	Pr Oliver HELENON		1	0,5	1	TRANSFORMATION d'1 poste Plein Temps en 1 Temps Partiel, AVEC RESTITUTION DE 11 DJ au Service	FAV	FAV
RADIOLOGIE	NECKER ENFANTS MALADES	Pr Oliver HELENON		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
RADIOLOGIE	UF Radiologie ROTHSCHILD rattachée au SCE Radiologie ST ANTOINE - Pr Jean Michel TUBIANA )	UF Dr Aline SEBAG	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (SUBORDONNEES PROJET ROTHSCHILD) <b>NON OBTENUS</b>	<b>DEF</b>	<b>DEF</b>
RADIOLOGIE	UF Radiologie ROTHSCHILD rattachée au SCE Radiologie ST ANTOINE - Pr Jean Michel TUBIANA )	UF Dr Aline SEBAG	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (SUBORDONNEES PROJET ROTHSCHILD) <b>NON OBTENUS</b>	<b>DEF</b>	<b>DEF</b>
RADIOLOGIE	SAINT ANTOINE	Pr Jean Michel TUBIANA	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en RADIOLOGIE ET</b>			<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8,5</b>	<b>12</b>			

**AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN BIOLOGIE (13,5 ETP)**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM-GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
BIOCHIMIE	EMILE ROUX	Dr Christian AUSSEL	1		1,0	1	Restitution d'un POSTE DE PH-TPA + 1 POSTE ASSISTANT SPEC + 2 DJ	FAV	FAV
BIOCHIMIE	PITIE SALPETRIERE	Pr Bernard HAINQUE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
BIOCHIMIE	SAINT ANTOINE	Dr Michel VAUBOURDOLLE	1		1,0	1	POSTE DE PH-TPA + 11 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE	ANTOINE BECLERE	Pr Jean Claude NICOLAS (PROV)		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE	PAUL BROUSSE	Pr Elisabrt DUSSAIX	1		1,0	1	RESTITUTION DE 2 POSTES DE PH-TPA	FAV	FAV
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE	TENON	Pr Guillaume ARLET	1		1,0	1	POSTE DE PHC + 5 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
BIOCHIMIE	PITIE SALPETRIERE	BIOCHIMIE A - CHU	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (13 DJ par Sec demandeur et 8 DJ NC2 2006)	FAV	FAV
BIOLOGIE CELLUL, HISTO, BDR	ROBERT DEBRE	Pr Jacques ELION	1		1,0	1	1 POSTE PHTPA DE JEAN VERDIER + 11 DEMI-JOURNEES (ACTIVITE PARTAGEE AVEC J.VERDIER)	FAV	FAV
BIOLOGIE CELLUL, HISTO, BDR	UF D'ASSISTANCE MED A PROCREAT® Rattachée Sec GENETIQUE, CYTOGEN, EMBRYOLOGIE P.SALPETRIERE - Pr Alexis BRICE	UF Dr Catherine POIROT	1		1,0	1	CREDITS FLECHES OBTENUS	FAV	FAV
BIOCHIMIE	SAINT ANTOINE	Pr Nicole CASADEVALL (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
BIOCHIMIE	TENON	Pr Jacqueline CAPEAU	1		1,0	1	POSTE DE PAC TP + 11 DJ (les 11 DJ restent Aléatoires pour juillet 07) <b>NON CONFIRME</b>	FAV ss/réserve financemnt	DEF
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	ANTOINE BECLERE	Pr Agnès VEYRADIER (PROV)		1	0,5	1	CREDITS FLECHES MALADIES RARES(LABELLISATION MALADIES DE WILLEBRAND)	FAV	FAV
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	SAINT- ANTOINE	Pr Nicole CASADEVALL	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES (19 DJ par Sec demandeur et 2 DJ d'A.PARE)	FAV	FAV
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	PITIE SALPETRIERE	Pr Hélène MERLE-BERAL		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES <b>REPORT 2008</b>	FAV	<b>DEF</b>
IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE	SAINT LOUIS	Pr Dominique CHARRON		1	0,5	1	POSTE DE PAC TP	FAV	FAV
PARASITOLOGIE	SAINT LOUIS	Pr Francis DEROUIN		1	0,5	1	10 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en BIOLOGIE</b>			<b>11</b>	<b>5</b>	<b>13,5</b>	<b>16</b>			

**AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN PHARMACIE (6,5 ETP)**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM-GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	AGEPS	M. Franck HUET	1		1,0	1	FINANCEMENT MINISTERIEL GESTION DES PLANS D'URGENCE	FAV	FAV
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	AGEPS	Direction ETABLISSEMENT DE SANTE	1		1,0	1	FINANCEMENT INSTITUTIONNEL CONF BUDG 2006	A REVOIR EN CME	FAV
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	BICETRE	ME. Anne-Marie TABURET	1		1,0	1	FINANCEMENT PLAN CANCER <b>NON OBTENU</b>	FAV ss/réserve financemt	<b>DEF</b>
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	CORENTIN CELTON	M. PHILIPPE DAVRINCHE	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	HENRI MONDOR - A.CHENEVIER Site	Mme Catherine DIVINE	1		1,0	1	RESTITUTION D'1 POSTE D'ASSISTANT SPE (9 DJ) + 1 POSTE D'INTERNE (7 DJ) + 5 DJ HOPITAL	A REVOIR EN CME	FAV
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	SAINTE LOUIS	M. Pierre FAURE	1		1,0	1	FINANCEMENT INSTITUTIONNEL ACCORDE EN CONF BUDG 11/06	FAV	FAV
PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	TENON	ME. Annie BECKER		1	0,5	1	RESTITUTION D'1 POSTE D'ASSISTANT SPE (9 DJ) + 1 DJ	FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en PHARMACIE</b>			<b>6</b>	<b>1</b>	<b>6,5</b>	<b>7</b>			

**AUTOFINANCEMENTS - POSTES EN ODONTOLOGIE (2,0 ETP)**

Discipline de CONCOURS	HOPITAL	CHEF DE SERVICE	Nature du poste		EPT	TOTAL POSTES	GAGES	AVIS GPM- GSE	AVIS CME
			PH TP	PH TPA					
ODONTOLOGIE POLYVALENTE	HENRI MONDOR-ALBERT CHENEVIER	Pr Bruno GOGLY	1		1,0	1	9 DJ CHENEVIER + 8 DJ MONDOR Manque 4 DJ <b>REPORT 2008</b>	<b>DEF</b>	<b>DEF</b>
ODONTOLOGIE POLYVALENTE	PITIE SALPETRIERE	Pr Jean AZERAD (PROV)	1		1,0	1	21 DEMI-JOURNEES	FAV	FAV
<b>SOUS TOTAL AUTOFINANCEMENTS - POSTES en ODONTOLOGIE</b>			<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2,0</b>	<b>2</b>			
<b>TOTAL AUTOFINANCEMENTS - TOUTES DISCIPLINES</b>			<b>153</b>	<b>64</b>	<b>185,0</b>	<b>217</b>			

ASSISTANCE  
PUBLIQUE

HOPITAUX  
DE PARIS

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

# COMMISSION MEDICAL D'ETABLISSEMENT

Séance du Mardi 12 Décembre 2006

## REVISION DES EFFECTIFS DE PRATICIENS HOSPITALIERS AU TITRE DE 2007

Conseil d'Administration du 15 Décembre 2006