

L'AP-HP aujourd'hui

***Organisation administrative,
médicale et paramédicale***

Direction des Affaires Juridiques

Ce guide a été rédigé par la Direction des affaires juridiques :

Hylde Dubarry

Marc Dupont

Ahmed El-Djerbi

Sabrina Ikdoumi

Marie-Hélène Roman-Maris

Claire Simonneau

Audrey Volpe

ISBN : 978-2-9122-4884-8

2011 - © AP-HP - Direction des affaires juridiques

Réalisation : Direction du service aux patients et de la communication (DSPC) /
Agence de la communication interne et patients, Studio graphique

Sommaire

<i>Préface</i>	<i>XI</i>
<i>Introduction</i>	<i>XIII</i>
<i>Un peu d'histoire</i>	<i>1</i>
I - Les hôpitaux de Paris avant l'Assistance publique	2
A - Avant et pendant la Révolution	3
B - Après la Révolution	5
II - L'administration générale de l'Assistance publique à Paris (1849-1991)	7
A - Naissance de l'Assistance publique	7
B - Après la première guerre mondiale : une grande institution médicale et sociale	9
C - Les grandes mutations 1960-1980 : la constitution d'un grand ensemble hospitalo-universitaire	11
D - Les décrets de 1992 et de 2007 : l'AP-HP s'inscrit dans les réformes et la reconfiguration de l'organisation des soins francilienne	13
E - La loi " Hôpital, patients, santé, territoires " et le décret du 29 avril 2010	14
<i>L'organisation administrative</i>	<i>15</i>
<i>I - Un établissement public de santé pourvu d'une organisation spécifique</i>	<i>17</i>
Le statut de l'AP-HP	18
L'AP-HP établissement public	18
L'AP-HP établissement public de santé	18
L'organisation interne	20
La reconfiguration de l'AP-HP en nouveaux groupes hospitaliers (2010)	21
Les groupes hospitaliers et hôpitaux en 2010	22
<i>La nouvelle gouvernance hospitalière</i>	<i>30</i>
<i>La direction générale et les services centraux</i>	<i>31</i>
Le directeur général	32
Le secrétaire général	33
Le directoire	34
La direction générale	35
La Direction de l'inspection et de l'audit (DIA)	35

L'Agence technique informatique	35
La Direction du siège (DS)	36
Les directions fonctionnelles	37
La Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP)	37
La Délégation à la coordination des politiques d'achat (DCPA)	38
La Direction de la politique médicale (DPM)	38
La Direction des ressources humaines (DRH)	39
La Direction du service aux patients, et de la communication (DSPC)	40
La Direction des affaires juridiques (DAJ)	40
La Direction du pilotage de la transformation (DPT)	42
La Direction des soins et activités paramédicales (DSAP)	42
L'organisation institutionnelle :	
un seul établissement, deux échelons de gestion	47
Les instances centrales	48
Le Conseil de surveillance	48
Les instances représentatives centrales	51
La Commission médicale d'établissement (CME)	51
Le Comité technique d'établissement central (CTEC)	55
La Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT)	57
Le Comité central d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT central)	59
La Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU)	61
Les Commissions administratives paritaires (CAP)	63
Le Conseil administratif supérieur (CAS)	65
La qualité et la sécurité des soins, l'accueil et la prise en charge des malades : les instances	67
Le Comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)	69
Le Comité central des vigilances et des risques associés aux soins (CVRIS)	71
Le Comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP)	73
Le Comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)	75
La Commission centrale du médicament et des produits médicaux stériles (COMEDIMS)	76
La Commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (COPS)	79
A l'échelon du groupe hospitalier (ou de l'hôpital, s'il ne fait pas partie d'un groupe hospitalier)	81
Le directeur du groupe hospitalier	81
Le comité exécutif	81
Les instances locales	82
La Commission de surveillance (CS)	84

La Commission médicale d'établissement locale (CMEL)	85
Le Comité technique d'établissement local (CTEL)	87
La Commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé (CLSIRMT)	89
Le Comité local d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT local)	91
Les instances locales relatives à la qualité et la sécurité des soins ainsi qu'à l'accueil et la prise en charge des usagers	94
I - Instances de qualité et de sécurité des soins	94
II - La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)	95
La Commission locale de l'organisation de la permanence des soins (COPS locale)	97
Les commissions de l'activité libérale	99
La Commission centrale de l'activité libérale	100
Les Commissions locales de l'activité libérale	101
<i>II - L'AP-HP, centre hospitalier et universitaire :</i>	
<i>les soins, l'enseignement et la recherche</i>	103
L'enseignement universitaire et post-universitaire	105
La formation initiale et le développement professionnel continu	107
Les instituts de formation initiale	107
Les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)	107
Les autres centres de formation	108
Les centres de formation continue	109
Les formations continue des professionnels hospitaliers	110
Les centres de la formation et du développement des compétences (CFDC)	110
La recherche	112
Une mission essentielle du CHU	112
La recherche clinique	112
Le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)	113
Le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	113
La recherche biomédicale	114
Le comité de la recherche	113
Les comités de protection des personnes	115
Les acteurs de la recherche à l'AP-HP	116
Le Département de la recherche clinique et du développement	116
Les unités de recherche clinique (URC), URC médico-économique et UEC rattachée à l'AGEPS-École de chirurgie	117
Les structures de recherche communes avec les partenaires de recherche	118

III - Qualité et sécurité des soins, évaluation	121
Certification, évaluation	122
La certification	122
Le Comité d'évaluation et de diffusion des innovations techniques (CEDIT)	124
IV - Les contrôles sur l'AP-HP	123
Le contrôle exercé par l'Agence régionale de santé (ARS)	126
Le contrôle financier	128
La Trésorerie générale, comptable de l'AP-HP	131
Les organisations médicales	135
La gouvernance des activités médicales	137
Une structure de référence : le pôle d'activité	137
Définition des pôles d'activité	137
Les chefs de pôle	138
Rôle du chef de pôle	138
Le contrat de pôle et le projet de pôle	138
L'autorité fonctionnelle	139
Création et transformation des pôles d'activités et de leurs structures internes	140
Nomination et missions des responsables de structures internes des pôles	141
L'AP-HP dans l'organisation sanitaire régionale	142
L'AP-HP dans le SROS et les territoires de santé	144
Le contenu du SROS	146
Les autorisations d'activités médicales et d'équipements matériels lourds	147
Quelques activités et modes de prise en charge spécifiques	150
La médecine d'urgence	150
Mission du SAMU	151
Les SAMU à l'AP-HP	151
SAMU et plan blanc	152
Les structures d'urgences	153
Les SMUR	153
Les SMUR de l'AP-HP	153
Les SMUR pédiatriques	153
Les structures d'urgences (" SU ", dénommées, avant 2006, services d'accueil et de traitement des urgences ou " SAU ")	155
Urgences générales	155
Urgences adultes	155
Urgences pédiatriques	155

Hôpitaux d'adultes ayant des services de pédiatrie ou de chirurgie infantile accueillant également les enfants en urgence	155
Le Centre antipoison (hôpital Fernand-Widal)	157
Les réanimations	158
La chirurgie cardiaque	162
La biologie médicale	164
Les maternités	168
L'assistance médicale à la procréation	170
Autorisation des activités d'assistance médicale à la procréation	170
Agrément des praticiens	170
La pédiatrie et médecine de l'adolescence	172
Planification et éducation familiale, Protection maternelle et infantile (PMI)	174
La protection maternelle et infantile (PMI)	174
Planification et éducation familiale	174
Les centres d'interruption volontaire de grossesse et les centres d'orthogénie	175
L'activité de greffe à l'AP-HP	176
L'Agence de la biomédecine	177
L'activité de greffe est soumise à autorisation	177
L'activité des prélèvements et de greffes au sein de l'AP-HP	177
Le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale (hémodialyse)	180
Les soins aux personnes âgées	181
Les structures	181
Réforme de la tarification et convention tripartite	183
Les soins psychiatriques	185
Place de l'AP-HP dans l'offre de soins psychiatrique	186
L'hospitalisation sous contrainte	187
La prise en charge du handicap	189
Les structures	189
L'hospitalisation à domicile (HAD)	191
L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)	193
Le traitement du cancer	195
Le traitement du cancer à l'AP-HP	196
Centres intégrés	196
Centres experts	197
Le traitement des grands brûlés	198

La transfusion sanguine	199
L'EFS Ile-de-France	200
Les sites de transfusion sanguine	200
La délivrance des produits sanguins labiles	200
Convention de délivrance de produits sanguins labiles	201
Existence d'un dépôt de sang dans un site AP-HP	201
Les activités de génétique médicale	202
Les soins palliatifs	203
L'addictologie	205
Les pharmacies à usage intérieur	206
Les dispositifs de lutte contre le SIDA	208
le Centre inter-établissement de traitement et de recherche anti-Sida (CITRAS)	208
la Coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH)	208
les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les Centres d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CEDDIST)	209
Patients détenus, patients retenus	210
Les soins en milieu pénitentiaire	210
Les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)	210
Les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR)	211
Les soins en milieu hospitalier	212
Les hospitalisations dans les unités hospitalières sécurisées inter-régionales (UHSI)	212
La prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux : les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)	213
La prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux : les unités pour malades difficiles (UMD)	214
Les Centres de rétention administrative (CRA)	215
L'accueil et la prise en charge des personnes démunies	216
Les permanences d'accès aux soins (PASS)	216
Le SAMU social de Paris	217
La médecine légale	219
Eléments de définition	219
La mort inattendue du nourrisson	220
Les équipements matériels lourds	221
L'AP-HP dans les réseaux de santé	223
Les actions de coopération	225

Au sein de l'AP-HP, aux côtés de l'AP-HP **227**

Associations de patients, associations de bénévoles,	228
Les associations de patients	229
Les associations de bénévoles	229
Les lieux d'information dédiés aux usagers	229
Les instances de réflexion éthique	231
L'Espace éthique	231
Le Centre d'éthique clinique	232
La Fondation hôpitaux de Paris-hôpitaux de France	233
L'Association pour la gestion des œuvres sociales du personnel des administrations parisiennes (AGOSPAP)	234
L'Association des personnels sportifs des administrations parisiennes (APSAP)	235

Annexe **237**

Décret n° 2010-426 du 29 avril 2010 relatif à
l'Assistance publique-hôpitaux de Paris,
aux Hospices civils de Lyon et
à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille



Préface

Une ample réforme de notre système de santé est actuellement mise en œuvre. Elle concerne l'hôpital public comme tous les autres acteurs de l'organisation des soins. La santé de nos concitoyens y est conçue de façon globale, des soins les plus courants à ceux qui sont les plus rares et les plus complexes. Une attention toute particulière est apportée aux relations des différents « of- freurs de services de santé », pour reprendre des termes issus de la loi du 21 juillet 2009, avec leur environnement territorial,

C'est dans ce contexte de changements que la publication de ce guide « L'AP- HP aujourd'hui » m'offre l'occasion de souligner le rôle qu'est appelée à y jouer notre grande maison, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

L'AP-HP est dotée depuis fort longtemps d'une organisation singulière, qui a connu de nombreuses évolutions au fil du temps, par les lois successives qui ont réformé l'hôpital jusqu'à la loi du 21 juillet 2009.

La permanence de cette organisation résulte notamment de ses missions : l'AP-HP gère la plupart des hôpitaux de notre capitale et de ses alentours immédiats, au cœur de l'une des toutes premières métropoles de l'Union euro- péenne. En de nombreux domaines, elle a su regrouper et attirer depuis long- temps, génération après génération, dans ses structures médicales et dans tous les métiers de l'hôpital, des compétences de premier plan, celles qui font référence à l'échelon national. Elle accueille et prend en charge une grande partie des patients de la région Ile-de-France, encore que son attractivité aille bien au-delà dans de nombreuses disciplines médicales.

L'AP-HP tire également une grande partie de son identité de son statut d'éta- blissement hospitalier et universitaire, formant année après année des pro- motions nombreuses de professionnels aux qualifications requises dans le domaine de la santé. Durablement liée à plusieurs facultés de médecine et de pharmacie, à des centres d'enseignement dentaire, gérant directement de nombreuses écoles, notamment paramédicales, elle est une institution origi- nale dans l'organisation hospitalière française. Elle constitue, en lien étroit avec les universités parisiennes et les principaux établissements publics scienti- fiques et technologiques, notamment l'Inserm, le principal pôle de recherche médicale de notre pays.

Les missions de service public que l'AP-HP est amenée à assurer dans la région Ile-de-France, et sur quelques autres sites en Province, avec toute la diversité des activités hospitalières d'aujourd'hui, lui donnent des responsabi- lités majeures. Nos concitoyens ne pourraient pas comprendre que se confiant à nos équipes, ils ne trouvent pas auprès d'elles des conditions d'accueil et de prise en charge de la meilleure qualité, en phase avec les besoins médicaux d'aujourd'hui et les progrès scientifiques et techniques.

De même, des ressources considérables sont affectées aux activités de l'AP-HP. Elles obligent tout naturellement notre établissement, dans toutes ses composantes, à se poser en permanence la question de son efficacité, autrement dit de l'utilisation optimale des moyens disponibles et leur adéquation. Sa bonne gestion est une condition nécessaire de l'excellence des activités de soins.

Il ne fait de doute dans mon esprit qu'un trait véritablement caractéristique de l'AP-HP est sa capacité à évoluer. Elle l'a montré à de nombreuses reprises tout le long de son existence jusqu'à nos jours. L'évolution s'effectue de façon parfois insensible lorsqu'elle accompagne des mutations profondes, mais discrètes et progressives, de la médecine ou des techniques de gestion. Elle prend par nécessité des formes plus rudes lorsque l'environnement de l'établissement impose des ruptures, d'autres façons d'organiser les activités.

Les défis n'ont pas manqué depuis que l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris est devenue il y a une trentaine d'années l'« Assistance publique-hôpitaux de Paris », et au moment où est publié cet ouvrage, de nouvelles mutations sont engagées. A l'évidence, l'hôpital public doit en effet évoluer pour devenir plus efficace, plus à même de répondre aux besoins de nos concitoyens.

Ceci est à l'origine des décisions qui ont conduit à modifier les règles de la gouvernance de l'AP-HP et à mettre en place des modalités de dialogue et de contrôle nouvelles avec les autorités de tutelle. L'agence régionale de santé est ainsi devenue un acteur essentiel dans l'organisation régionale des soins. En interne, au sein même de l'Institution, il a été jugé nécessaire d'introduire plus de cohérence et de lisibilité : c'est le sens de la nouvelle organisation construite sur un nombre de groupes hospitaliers plus réduit, mutualisant davantage les équipements et les équipes pour les rendre plus opérationnelles.

In fine, tous ces efforts, toute cette mobilisation d'aujourd'hui visent à rendre un meilleur service à nos patients et à leurs familles et il s'agit là, bien entendu, du point d'ancrage de nos projets.

L'objectif de ce guide est de rendre plus explicite, pour tous ceux qui y participent dans les différentes composantes de l'AP-HP, les mutations qui sont en cours, et de leur permettre de disposer de points de repères utiles pour mieux comprendre l'établissement de santé dans lequel ils exercent, et dans quel cadre général s'inscrit leur action.

Mireille Faugère

Introduction

Le présent ouvrage est principalement destiné aux personnels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Son ambition est de leur présenter, en un document synthétique fondé sur l'exposé des règles essentielles applicables en la matière, les éléments principaux de l'organisation de l'AP-HP, qu'il s'agisse des aspects institutionnels, de la mise en œuvre des activités médicales ou plus généralement des modalités de gestion d'un grand établissement de santé, le plus important de notre pays.

La réalisation de cet ouvrage a été jugée nécessaire à un moment où plusieurs trains de réformes sont engagés, modifiant des éléments essentiels de l'organisation antérieure, aussi bien au plan du fonctionnement interne que pour les relations de l'AP-HP avec son environnement.

La loi du 21 juillet 2009, qui prolonge les éléments principaux d'une réforme engagée dans le cadre du plan " Hôpital 2007 " et concrétisée par l'ordonnance du 2 mai 2005, constitue à plus d'un titre un texte majeur. Son impact sur la "gouvernance" de notre établissement est important et comprend plusieurs aspects :

- la loi nouvelle prévoit la rénovation des instances et du mode de pilotage des hôpitaux, dans l'objectif de donner au directeur général, et au sein des hôpitaux et groupes hospitaliers, aux directeurs qui en sont responsables, les outils stratégiques nécessaires à une gestion dynamique. Un conseil de surveillance, recentré sur les orientations stratégiques de l'établissement et sur son contrôle, remplace le conseil d'administration. Un directoire, à majorité médicale resserré se substitue au conseil exécutif et assiste le directeur général. Le directeur général, président du directoire, voit ses prérogatives renforcées : il exerce à présent pleinement les compétences exécutives au sein de l'établissement et celles dont étaient en charge jusqu'alors le conseil d'administration. Au sein de l'AP-HP, dont la gestion comprend un volet " central " et un volet local, ces dispositions prennent effet aux deux niveaux de l'organisation ;
- la chaîne de décision est clarifiée. Il est prévu que le projet médical est élaboré par le directeur général et le président de la Commission médicale d'établissement (CME), vice-président du directoire. Le directeur général peut déléguer une partie de ses prérogatives de gestion aux chefs de pôle. Ceux-ci exercent une responsabilité pleine et entière sur l'organisation interne de leur pôle. Le pôle d'activité devient la structure de référence de l'organisation interne ;
- la CME voit son rôle centré en priorité sur l'élaboration de la politique de qualité et de sécurité des soins de l'établissement. Elle est consultée, comme le CTE, sur des questions essentielles du fonctionnement de l'établissement.

- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), signé à échéance régulière entre le directeur général et le directeur général de l'agence régionale de santé, devient un document essentiel : il précise les engagements respectifs de l'établissement et de son autorité de tutelle, notamment en ce qui concerne les objectifs des activités de soins ;
- la loi construit une nouvelle organisation territoriale du système de santé, prenant en compte de façon cohérente et conjointe les soins hospitaliers, les soins de ville et les actions médico-sociales. En Ile-de-France comme dans les autres régions, la nouvelle agence régionale de santé devient la clé de voute administrative de cette organisation. Elle sera notamment chargée, en couvrant l'ensemble du champ de la santé et sur la base de différents schémas dont le schéma régional de l'organisation des soins (SROS), de mettre en œuvre une politique régionale de santé surmontant les cloisonnements sectoriels. Elle assurera au nom de l'Etat le contrôle de notre établissement.

En juillet 2008, l'AP-HP a parallèlement engagé une réforme profonde modifiant la configuration historique de l'établissement et programmant le regroupement de la plupart des hôpitaux et groupes hospitaliers en de nouveaux véritables groupes hospitaliers en nombre plus réduit et pourvus d'une taille critique.

Les réformes en cours modifient sur bien des points les organisations antérieures. D'autres façons de gérer, de constituer les équipes, de préparer et de finaliser les décisions apparaissent ; des modes de concertation nouveaux sont institués ; une nouvelle conception de l'hôpital universitaire et de la conduite des activités de recherche médicale s'impose progressivement. Plus généralement, les textes nouveaux appellent à un décloisonnement dans beaucoup de domaines : c'est toute l'ambition de la promotion des pôles d'activité et la gestion médico-administrative des questions hospitalières.

Ces évolutions s'effectuent à un rythme nouveau, tant elles sont jugées nécessaires. Elles peuvent parfois dérouter par la disparition de certains points de repère et par la nouveauté des modes de gestion qui apparaissent. Or, s'il y a bien une certitude, c'est que le bon fonctionnement de nos hôpitaux, et leur efficacité, ne peuvent se passer d'une bonne appréhension par ceux qui y exercent des enjeux et du sens des organisations nouvelles.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est une grande " maison ", fédérant de nombreux sites hospitaliers, de nombreuses équipes, pourvues pour chacune d'entre elles de singularités, de compétences propres. Elle poursuit de nombreuses missions et est amenée à répondre à de multiples exigences. Les réglementations qui s'appliquent à elle sont devenues plus nombreuses, souvent plus complexes, au cours des dernières années. Son mode de fonctionnement en est parfois rendu peu lisible.

L'ambition du présent ouvrage est de permettre à ses personnels, qui exercent des métiers très divers, tant bien même ils sont réunis par une même ambition au service des patients, d'y trouver aisément, dans une perspective juridique et administrative, des clés pour situer leur action au sein de l'AP-HP.

Un peu d'histoire



Encore aujourd'hui, certains aspects de l'organisation et du fonctionnement actuels de l'AP-HP ne peuvent être véritablement compris que par référence à son histoire, qui commence, dans des formes certes très modestes, au Haut Moyen-Age.

Sur le long terme, quelques grandes évolutions peuvent être dégagées.

Dans un premier temps, un effet d'attraction a progressivement associé autour de " l'Assistance publique de Paris ", un nombre considérable d'œuvres, qui nous appellerions de nos jours des institutions sanitaires et sociales. Un établissement très centralisé s'est ainsi constitué, qui, de ce point de vue, a atteint son apogée au milieu du XX^e siècle.

Un processus accéléré de spécialisation et de déconcentration lui a succédé depuis près d'une cinquantaine d'années. Il a visé un recentrage de l'établissement autour de ses missions de soins et un accroissement des responsabilités des acteurs hospitaliers.

Il a accompagné une évolution extrêmement rapide des connaissances et des techniques mais également des coûts hospitaliers, qui a rendu nécessaire la mise en œuvre de techniques de gestion plus efficaces.

L'Assistance publique de Paris a été soumise depuis toujours à des contrôles et à des tutelles. D'abord ecclésiastique puis municipal, le contrôle est désormais exercé en majeure partie par l'Etat, au travers principalement de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France.

Les pouvoirs publics ont cependant toujours veillé à maintenir une réelle autonomie de gestion à l'établissement, liée désormais à ses engagements sur la qualité et la sécurité des soins et sur l'affectation optimale de ressources financières limitées.

I - Les hôpitaux de Paris avant l'Assistance publique

L'Assistance publique telle qu'elle s'est constituée au milieu du XIX^e siècle est l'héritière directe de trois institutions qui existaient simultanément en 1789 :

- **l'Hôtel-Dieu de Paris**, dont les premières traces conservées datent de 1157, mais qui faisait suite à " l'hôpital " fondé en 651 par Saint-Landry et à " l'asile Saint-Christophe ", attesté dès 829 ;
- **le Grand Bureau des Pauvres**, créé en 1544 par François 1^{er} ;
- **l'Hôpital Général**, créé en 1656 par Louis XIV.

Ces trois institutions correspondaient approximativement à l'hôpital, au bureau de bienfaisance (nous dirions aujourd'hui : d'aide sociale) et à l'hospice du début du XX^e siècle. En réalité, leur clientèle était alors en grande partie analogue.

A côté de ces trois grandes administrations, la charité privée s'exerçait au moyen de multiples œuvres particulières fondées pour des motifs religieux ou " humanitaires ". Leur taille généralement modeste (à l'exception de l'hôpital de la Charité, fondé en 1601 et aujourd'hui disparu, autrefois situé rue des

Saints-Pères) était compensée par leur nombre. Une partie des établissements qu'elles géraient a été intégrée ultérieurement à l'Assistance publique.

A - Avant et pendant la Révolution

1 - L'Hôtel-Dieu de Paris

L'histoire de l'Hôtel-Dieu de Paris est étroitement liée à celle de l'évêché de Paris et à son chapitre (de " Notre-Dame ") qui en conservera l'administration jusqu'au XVI^e siècle.

L'Hôtel-Dieu était à l'origine un simple refuge près du palais épiscopal, accueillant les pauvres et les pèlerins mais également des malades, infirmes et vieillards. Son règlement intérieur voulait que le pauvre y soit traité comme " maistre de maison ".

En 1505 et à la suite de graves désordres, son administration fut confiée à huit notables parisiens qui constituèrent jusqu'en 1789 le " Bureau de l'Hôtel-Dieu de Paris ". La gestion fut donc sécularisée à cette date et placée sous l'autorité municipale. Son personnel demeurait toutefois essentiellement religieux. Plusieurs établissements lui furent rattachés, dont l'hôpital Saint-Louis, fondé par Henri IV en 1607, et l'hôpital dit " des Incurables " (futur hôpital Laennec, construit entre 1635 et 1649).

2 - Le Grand Bureau des Pauvres

Créé en 1544, le Grand Bureau des Pauvres fut placé sous l'autorité du Parlement de Paris, lequel était également chargé de la répression des délits de mendicité et de vagabondage.

Son rôle consistait en l'administration des secours à domicile. Il possédait par ailleurs à son origine un pouvoir de police qu'il conserva jusqu'en 1656. Dans le Paris du XVI^e siècle qui était effrayé par le nombre de mendiants, son activité répondait en grande partie à un souci d'ordre public.

Ainsi, le Grand Bureau des Pauvres qui était géré par 32 hautes personnalités parisiennes, devait-il apporter du travail à l'homme valide et des secours à l'infirme, " suivant l'ordre de charité qui est de nourrir les pauvres invalides et de faire travailler ceux qui peuvent gagner leur vie au labeur de leur corps ".

3 - L'Hôpital Général

Le Grand Bureau des Pauvres assura très imparfaitement les missions d'ordre public pour lesquelles il avait été en partie créé. Louis XIV décida par un édit royal en date du 27 avril 1656, le " renfermement " de tous les mendiants, sans exception, et fonda un vaste dépôt de mendicité qui prit le nom " d'Hôpital Général ".

L'Hôpital Général qui fut également placé sous l'autorité du Parlement de Paris était à l'origine ouvert à tous les pauvres, sauf aux malades graves qui devaient en principe se faire soigner à l'Hôtel-Dieu. Il " hospitalisait " :

- les enfants (jusqu'à 13 ans pour les filles, 15 ans pour les garçons) ;

- les vieillards ;
- les épileptiques ;
- les aveugles et les infirmes ;
- les vénériens ;
- les aliénés ;
- les mendiants valides ;
- et d'une manière générale, toutes les personnes qui ne vivaient pas conformément aux bonnes mœurs de l'époque classique.

Les enfants trouvés furent rattachés à l'Hôpital Général par un édit royal de juin 1670.

L'Hôpital Général était formé de divers établissements : la Pitié (créée en 1612 sur le site de l'actuelle Grande Mosquée de Paris), la Salpêtrière (1656), la " Maison de Scipion ", près de l'actuelle Collégiale (alors dépôt général de pain, de viande et de chandelle).

Son régime intérieur s'apparentait fortement à celui des prisons : les établissements, pour assurer l'ordre, disposaient de gardes armés...

4 - La fin de l'Ancien Régime et la Révolution

L'Hôtel-Dieu, le Grand Bureau de Paris et l'Hôpital Général prenaient en charge, comme ils le pouvaient, les pauvres, malades et marginaux du Paris de l'Ancien Régime.

Leurs ressources étaient de même nature : elles provenaient essentiellement de la dîme, des aumônes individuelles, de subventions royales, des quêtes dans les églises et à domicile, mais également des confiscations, des amendes, des droits d'octroi et des impôts sur les spectacles.

A la veille de la Révolution, ces institutions connaissaient des difficultés financières chroniques liées à l'irrégularité des ressources ; elles constituaient également, du fait du mépris des règles élémentaires d'hygiène, des foyers de contagion. L'insalubrité de l'Hôtel-Dieu était notamment l'objet d'une critique générale qui apparaît dans les cahiers de doléances.

Le demi-siècle précédant 1789 vit la naissance de nombreuses " maisons ", qui sont les ancêtres directs de plusieurs hôpitaux actuels de l'AP-HP :

- la maison de l'Enfant Jésus (1751) qui devint par la suite l'hôpital des Enfants malades ;
- la maison de Saint-Sulpice (1778), sur le site actuel de l'hôpital Necker, du nom de Madame Necker qui contribua à son développement ;
- la maison de Saint-Jacques du Haut-Pas, fondée en 1780 par Cochin, curé de la paroisse de Saint-Jacques et qui prit le nom de son fondateur ;
- la Maison Royale de Santé (1783) qui deviendra la maison de retraite La Rochefoucauld.

5 - Les premières années de la Révolution

D'une certaine façon s'achève pour les hôpitaux parisiens, avec l'Ancien Régime, ce que certains auteurs ont dénommé " l'ère de la charité ".

Les premières années de la Révolution (jusqu'en 1796) ont marqué en effet

un grand bouleversement de l'organisation hospitalière à Paris comme dans l'ensemble du pays. L'œuvre de la Révolution demeure toutefois modeste en ce domaine.

Le " Comité de la mendicité " de l'Assemblée Constituante dont les travaux ont été résumés dans le rapport de la Rochefoucauld-Liancourt préconisa de remplacer la charité par des dispositifs d'" assistance ", de nationaliser les biens hospitaliers et de faire de l'État la source unique de financement des établissements.

Ceci prit forme un peu plus tard, sous la Convention : les biens hospitaliers furent alors vendus et dispersés (D. 23 Messidor, An II) et la laïcisation accélérée (l'Hôtel-Dieu devint " Hospice de l'Humanité ") mais l'État ne remplit pas ses engagements financiers, tout occupé qu'il était par l'effort de guerre. La situation des hôpitaux devint alors catastrophique, d'autant que les personnels religieux n'étaient pas remplacés.

Le programme ambitieux de la Révolution ne sera en définitive pas réalisé, en raison de la confiscation des biens hospitaliers par les municipalités, de la disparition de la dîme et des libéralités privées.

A l'issue de ces années révolutionnaires, en 1796 puis en 1801, les hôpitaux parisiens furent de nouveau organisés : le Directoire leur rendit l'autonomie juridique et les plaça sous le contrôle des autorités municipales.

B - Après la Révolution

Sans en porter encore le nom, l'Assistance publique est née une première fois en l'An IX (1801) de la volonté d'un préfet du Consulat, **Frochot**, qui souhaita, dans un souci de cohérence et d'efficacité, placer sous une autorité unique et centralisée l'administration de tous les secours dont pouvaient disposer les parisiens.

Quelques années plus tôt, encore en pleine période révolutionnaire (1796), la **loi du 16 vendémiaire An V** avait mis en place une législation hospitalière générale à tous les hôpitaux du pays, y compris à ceux de Paris : les hôpitaux étaient placés sous la surveillance des communes et en pratique une commission administrative de cinq membres, désignée par l'autorité municipale, devait gérer les hôpitaux de la commune. Ce fut donc le cas des hôpitaux de Paris jusqu'en 1801.

Cette courte période (1797-1801) vit naître plusieurs établissements installés dans d'anciens bâtiments ecclésiastiques (Saint-Vincent-de-Paul alors " Hospice des Enfants Trouvés " à l'Oratoire ; Port-Royal dans l'ancienne abbaye janséniste éponyme ; Saint-Antoine-des-Champs, auparavant transformée en magasin militaire en 1792). Ce furent également les premières années de l'hôpital Beaujon alors situé dans le Faubourg Saint-Honoré, dans les bâtiments construits en 1774 par le receveur général des finances Beaujon et destinés jusqu'alors à un orphelinat.

Frochot souhaitait doter les hôpitaux parisiens d'un organe dirigeant stable et respectable : il convenait en effet d'obtenir à nouveau les libéralités charitables que la Révolution avait voulu abolir et qui faisaient désormais défaut au bon fonctionnement des hôpitaux et hospices.

L'arrêté consulaire du 27 nivôse An IX (17 janvier 1801) créa à Paris un " **Conseil général d'administration des Hospices de Paris** " composé de onze personnalités et ayant pour attribution la direction générale des établissements hospitaliers, la fixation du montant des dépenses de tout genre, ainsi que de l'état des recettes.

De 1803 à 1849, les hôpitaux de Paris furent ainsi placés sous l'autorité conjointe d'un organe délibératif (le Conseil général) et d'un organe exécutif (la Commission administrative). Ce système d'administration collective spécifique à Paris engendrait en pratique une certaine irresponsabilité : elle fut souvent critiquée.

Frochot fut également à l'origine de la gestion commune des hôpitaux et des œuvres de bienfaisance. L'arrêté du 3 Fructidor An XI (1803) attribua à la **Commission administrative des hospices** les compétences précédemment dévolues à l'administration des secours à domicile, chargée notamment d'organiser l'activité des 48 bureaux de bienfaisance de Paris, du service des enfants trouvés, des asiles d'aliénés et de la curatelle des personnes interdites.

Pendant cette période, en 1802, fut créé l'Internat des hôpitaux de Paris qui constitua un élément majeur dans l'évolution de l'hospitalisation parisienne et a formé des générations de médecins des hôpitaux parisiens.

L'œuvre du Conseil général des hospices (1801-1849)

I Un recrutement médical réglementé

A partir de 1829, les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris furent recrutés exclusivement par les membres du " bureau central ", eux-mêmes nommés obligatoirement au concours. Les mêmes modalités furent appliquées aux pharmaciens.

I La création de plusieurs hôpitaux

Cette période vit la création de l'hôpital Broca en 1836 (sous le nom de l'hôpital de Lourcine) destiné aux malades vénériens, puis en 1846 de l'hôpital Lariboisière (du nom de la comtesse de Lariboisière, qui en finança en grande partie les travaux).

I La création de plusieurs services généraux

La meunerie-boulangerie centrale (rue Scipion) ; la cave centrale (à l'Entrepôt général des vins) ; la boucherie centrale (initialement située boulevard de l'Hôpital puis à l'abattoir de Vaugirard à partir de 1898) ; le service de l'approvisionnement (installé dans un pavillon aux Halles centrales) ; la pharmacie centrale (alors " Apothicairerie générale des hospices de Paris " installée en 1812 à l'Hôtel de Miramion, quai de la Tournelle), un établissement spécial d'étude anatomique (au Fer-à-Moulin).

I Le personnel médical à l'AP (1803-1849)

En 1803 : 35 médecins, 26 chirurgiens, 11 pharmaciens.

En 1849 : 83 médecins, 34 chirurgiens, 17 pharmaciens.

(J. Imbert : " *l'Administration de Paris - 1789-1977* ", Champion 1979).

II - L'administration générale de l'Assistance publique à Paris (1849-1991)

A - Naissance de l'Assistance publique

L'Assistance publique a été " enfant de cœur de la République et du catholicisme social " selon l'expression de François Stasse, ancien Directeur Général de l'AP-HP.

Elle a été en l'occurrence l'enfant de la Seconde République. La loi du **10 janvier 1849, complétée par un règlement d'administration publique du 24 avril 1849**, institua " l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris " (nom conservé jusqu'à la loi du 31 juillet 1991) composée du " service des hôpitaux et hospices civils ", et la confia à un directeur, assisté par un conseil de surveillance aux pouvoirs uniquement consultatifs.

1 - Le directeur : il était nommé par le ministre de l'Intérieur sur proposition du préfet de la Seine et exerçait son autorité, très étendue, sur " les services intérieurs et extérieurs " : il préparait les budgets, ordonnait toutes les dépenses et exerçait la tutelle des enfants trouvés, abandonnés ou orphelins ainsi que celle des aliénés. Le décret du 24 avril 1849 précisa que le directeur avait sous ses ordres le personnel et nommait seul le personnel de service.

2 - Le conseil de surveillance (dont la compétence était uniquement consultative). Il était présidé par le préfet de la Seine et comprenait notamment le préfet de Police, deux membres du conseil municipal, un conseiller d'Etat, un membre de la Cour de Cassation, un médecin et un chirurgien des hôpitaux, un professeur à la Faculté de médecine, un membre de la Chambre de commerce et un membre du conseil de Prud'hommes.

Cette organisation administrative demeura jusqu'en 1961. L'Assistance publique à Paris conserva pendant plus d'un siècle un statut particulier "d'administration communale autonome " (Cour de Cassation, 4 août 1925).

Elle symbolisa pendant le Second Empire, puis sous la III^{ème} République les politiques successives d'assistance et d'hygiène publiques.

Quelques dates marquent cette période.

I En 1867, par arrêté du préfet de la Seine (à l'époque, il s'agissait du baron Haussmann), le **service des aliénés** fut retiré à l'Assistance publique pour être géré directement par la préfecture. L'hôpital Sainte-Anne fut créé en 1867, Ville-Evrard (à Neuilly-sur-Marne) et Perray-Vaucluse (à Sainte-Geneviève-des-Bois), une année plus tard... L'Assistance publique continua toutefois à gérer deux " quartiers d'aliénés ", l'un à Bicêtre (pour les hommes), l'autre à la Salpêtrière (pour les femmes). Les médecins qui y exerçaient étaient recrutés par un concours spécial et astreints à résidence.

I En 1877, disparut le bureau des nourrices.

- En 1878, le directeur de l'Assistance publique, Michel Möring, entreprit la **laïcisation** du personnel hospitalier afin de substituer aux sœurs hospitalières " un personnel laïque, également dévoué et plus instruit et, en même temps, tolérant en matière religieuse ". Près de trente ans plus tard, en 1905 (mis à part certains établissements et du fait de la volonté des donateurs qui les avaient fondés), plus aucune religieuse n'exerçait dans les hôpitaux de l'Assistance publique.

Au cours de cette période avaient été créés, afin de disposer d'un personnel de substitution qualifié, quatre établissements d'enseignement à la Salpêtrière et à Bicêtre (1878) puis à la Pitié et à Lariboisière (1895). Ces établissements étaient placés sous l'autorité municipale. La **première école d'infirmières** de l'Assistance publique (" l'école des bleues de la Salpêtrière ") date de 1907. Cette période vit les missions de l'Assistance publique s'élargir sans cesse, mais également son patrimoine.

- L'Assistance publique acheta en 1883 le château de Brevannes pour le transformer en hospice de vieillards (le futur hôpital Emile-Roux).
- Le Conseil général et des donateurs confièrent à l'Assistance publique des maisons de santé (La Roche-Guyon en 1863, Chardon-Lagache en 1865, la Maison Rossini en 1889) mais également la gestion d'écoles à Paris ou en province. L'Assistance publique récupéra à cette époque une partie des biens immobiliers aliénés pendant la période révolutionnaire et bénéficia de multiples donations.
En 1900, son patrimoine immobilier comprenait 239 immeubles urbains et 118 propriétés rurales.
- L'Assistance publique entreprit au cours de cette période de soigner loin de Paris les enfants malades : un hôpital de 224 lits fut construit à Forges-les-Bains pour les enfants scrofuleux ; pour les mêmes affections, l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer fut créé en 1869. Un sanatorium fut créé à Hendaye en 1899 pour les enfants anémiés.

Fin du Second Empire, début de la III^e République encore quelques dates

- 1858 : " l'Administration centrale " de l'Assistance publique transfère son siège du parvis Notre-Dame à la place de l'Hôtel de Ville. Les bâtiments nouvellement occupés, incendiés pendant la Commune de Paris (1871), sont immédiatement reconstruits.
- 1863 : les Ménages et la Fondation Desvillas sont transférés à Issy-les-Moulineaux (futur Hôpital Corentin-Celton).
- 1867 : création du Magasin central.
- 1869 : ouverture de l'hôpital Charles-Foix à Ivry-sur-Seine.
- 1869 : création du Bureau Central des Admissions.
- 1878 : l'actuel Hôtel-Dieu, reconstruit sur un nouveau site, est inauguré.
- 1878 : ouverture de " l'hôpital de Ménilmontant " (futur Hôpital Tenon).
- 1881 : ouverture de Tarnier.
- 1882 : ouverture de Bichat.
- 1883 : ouverture de Broussais (alors " hôpital des Mariniers »).
- 1884 : la maison Dubois est créée (futur hôpital Fernand-Widal), ainsi que l'hôpital d'Auber-
villiers (futur hôpital Claude-Bernard).
- 1889 : ouverture de Baudelocque ; l'institution Sainte-Périne est transférée de Chaillot à
Auteuil.
- 1892 : ouverture de l'hôpital Héroid.
- 1897 : l'hôpital Boucicaut est construit grâce à un legs de Madame Boucicaut.
- 1899 : ouverture de l'hôpital d'Hendaye (" asile pour enfants de la Ville de Paris ").
- 1900 : ouverture de Trousseau, de Bretonneau, du Sanatorium Villemin à Angicourt (Oise).
- 1905 : ouverture de l'hôpital Claude Bernard, dédié aux maladies infectieuses.
- 1911 : reconstruction de l'hôpital de la Pitié.

B - Après la première guerre mondiale : une grande institution médicale et sociale

Sous l'autorité de ses directeurs successifs (qui portèrent le titre de directeurs généraux à partir de 1925), l'Assistance publique de Paris devint au XX^e siècle et jusqu'à la fin des années 1950 un **établissement à la taille considérable, très centralisé et éclaté entre des missions multiples.**

Le docteur Louis Mourier, directeur général pendant l'entre-deux guerres, avait essentiellement œuvré à moderniser les hôpitaux existants. Sous sa direction, les constructions vraiment nouvelles ne concernent que l'hôpital de Vaugirard (1921), l'hôpital Raymond-Poincaré à Garches (1936), et les sanatoriums de Draveil (Joffre, 1931), de Liancourt (l'actuel hôpital Paul-Doumer, 1932) et de Champcueil (l'hôpital Georges-Clemenceau, 1935). En revanche certains hôpitaux furent complètement reconstruits (Bichat, Broussais et Beaujon en 1935), d'autres partiellement (Claude-Bernard, Baudelocque, les Enfants-malades). Le grand, mais vétuste, hôpital de la Charité (rue des Saints-Pères) fut fermé et détruit (1934).

En 1924, " l'hôpital marin pour enfants " à San Salvador (Var), acheté par la Ville de Paris deux ans auparavant, fut mis à la disposition de l'Assistance publique.

L'extension des activités de l'Assistance publique se poursuivait lentement.

La Protection maternelle et infantile (PMI) qui relève légalement du département dans toute la France, fut confiée à Paris au Directeur général de l'Assistance publique en 1946, ce dernier étant désigné tuteur des enfants assistés.

En 1954, l'hôpital Rothschild fut cédé à l'Assistance publique par la Fondation de Rothschild ; la même année était ouvert l'hôpital Albert-Chenevier à Créteil.

Ainsi, en 1956, outre les services sociaux de tous genres (assistance à domicile, aide aux vieillards, enfants assistés, aide médicale gratuite, etc.) et sans compter les services généraux, l'Assistance publique comprenait 21 hôpitaux généraux (dont 12 comptant plus de 1 000 lits), 12 hôpitaux spécialisés, 3 hôpitaux marins, 4 sanatoriums, 3 maisons maternelles, 7 établissements de convalescence, 1 établissement psychiatrique, 31 hospices ou maisons de retraite, 4 institutions pour enfants assistés et un orphelinat (selon J. Imbert, op. cité). Un décret du 11 octobre 1961 rattacha par ailleurs à l'Assistance publique l'hôpital Paul-Brousse à Villejuif et l'actuel hôpital Avicenne (créé en 1935 sous le nom " d'hôpital franco-musulman " et alors voué à l'accueil des populations d'Afrique du nord), jusqu'alors services non personnalisés du département de la Seine.

Ce **gigantisme** de l'Assistance publique fut très critiqué à la fin des années 1950, à la suite notamment de plusieurs rapports de la Cour des Comptes. Il lui était reproché une paralysie partielle liée à un fonctionnement interne trop centralisé et à une dispersion excessive des activités.

L'Assistance publique rentra à partir de cette période et jusqu'à aujourd'hui dans un processus pratiquement continu de réorganisation interne, qui a accompagné les progrès rapides de la médecine, les réformes hospitalières et hospitalo-universitaires et la propre réorganisation des collectivités locales.

L'objectif principal a alors été de recentrer les missions de l'établissement sur ses activités sanitaires et hospitalières.

C - Les grandes mutations 1960-1980 : la constitution d'un grand ensemble hospitalo-universitaire

Les décrets n°61-777 et n°61-779 du 22 juillet 1961 ont fixé pendant plus de 30 ans le statut de l'Assistance publique à Paris. Modifiés à plusieurs reprises, ils ont introduit plusieurs innovations essentielles :

Alors que la loi du 10 janvier 1849 prévoyait que le directeur (général) de l'Assistance publique était assisté d'un conseil de surveillance, il a renversé la situation en prévoyant l'administration de l'Assistance publique par un **conseil d'administration** et un **directeur général**.

Ils ont soumis l'Assistance publique à un régime de tutelle budgétaire très particulier, dont l'organe était un **conseil de tutelle interministériel** comprenant les représentants des ministres suivants :

- le ministre des Finances,
- le ministre de l'Intérieur,
- le ministre chargé de la Santé,
- le ministre chargé de la Sécurité sociale.

Dans le prolongement de cette réforme, l'objectif était d'**aligner** davantage le régime parisien sur le régime général en confiant respectivement au département de la Seine d'une part, à l'Assistance publique d'autre part, les compétences qui leur revenaient dans le droit commun : les services à caractère social pour le département, les hôpitaux pour l'Assistance publique.

La situation était en effet très confuse puisque le département gérait encore lui-même plusieurs hôpitaux, en dehors des établissements psychiatriques.

Les réformes entreprises à partir de 1961 visèrent d'autre part à **déconcentrer** le fonctionnement interne de l'Assistance publique.

Elles aboutirent à une réorganisation des compétences et du fonctionnement de l'Institution qui s'est effectuée en plusieurs étapes.

- Le décret n° 61-1305 du 5 décembre 1961 **retira** à l'Assistance publique la **gestion du service départemental de l'aide sociale à l'enfance** qui fut transférée au département de la Seine.
- La loi n° 64-707 du 10 juillet 1964 portant réorganisation de la région parisienne **transféra** à la Ville de Paris, le **service de l'aide médicale**.
- Le décret n° 65-478 du 23 juin 1965 a fait de l'Assistance publique à Paris un établissement public relevant de la Ville de Paris, devant assurer la gestion des établissements et groupes d'établissements composant le centre hospitalier régional. Ce décret renforça l'autonomie de chaque établissement en élargissant les pouvoirs (notamment financiers) des directeurs des hôpitaux et en instituant au sein des hôpitaux des **commissions de surveillance**.

- Le décret n° 69-91 du 24 janvier 1969 retira à l'Assistance publique la gestion du service départemental de la Protection maternelle et infantile. **Le Bureau d'aide sociale de Paris** fut créé par le décret n° 69-83 du 27 janvier 1969.

- Le décret n° 72-1274 du 30 décembre 1972 détacha diverses maisons de retraite de l'Assistance publique afin qu'elles soient gérées par le Bureau d'aide sociale de Paris. Cette mesure a concerné les fondations Debrousse (Paris 20^e), Galignani (Neuilly-sur-Seine), Beloeil (idem), Boulard et Lenoir-Jousserand (Paris 12^e), les maisons de retraite Cousin de Méricourt (Cachan), Julie-Siegfried (Paris 14^e), Anselme-Payen (Paris 15^e), de Villers-Cotterêts (Aisne) et de Vineuil-Saint-Firmin (Oise), ainsi que la Résidence Arthur-Groussier (Bondy).

- Le décret n° 75-987 du 27 octobre 1975 renforça le fédéralisme interne de l'Assistance publique en créant un comité consultatif médical dans chaque hôpital ou groupe hospitalier de l'AP. Il élargit les compétences des directeurs des hôpitaux et groupes hospitaliers et celles des commissions de surveillance. Il adapta en grande partie les dispositions du décret n° 61-777 relatives au fonctionnement du conseil d'administration de l'Assistance publique, au régime de droit commun nouvellement issu de la loi hospitalière n° 70-1318 du 31 décembre 1970. Il affirma la vocation régionale de l'Assistance publique par la présence au conseil d'administration de " représentants du conseil d'administration du district ".

- Le décret n° 77-430 du 22 avril 1977 adapta le décret n° 61-777 du 22 juillet 1961 au nouveau régime administratif de la Ville de Paris prévu par la loi n° 75-1331 du 31 décembre 1975. **Le maire de Paris** a remplacé à cette date le préfet de Paris à la présidence du conseil d'administration de l'Assistance publique.

- Les dispositions budgétaires et comptables prévues par le **décret n° 83-744 du 11 août 1983** (instituant la " **dotation globale** ") ont été appliquées à l'Assistance publique selon des modalités intégrées dans le décret 61-779 du 22 juillet 1961. Le décret du 11 août 1983 a constitué la dernière modification majeure du fonctionnement de l'AP-HP avant la loi du 31 juillet 1991. Ce texte a marqué une étape importante dans l'évolution de la gestion hospitalière en mettant en œuvre un outil essentiel de la maîtrise des dépenses hospitalières. Gestionnaire, comme l'ensemble des hôpitaux publics de notre pays, de deniers publics limités, a incité l'AP-HP à en faire l'usage le plus efficace.

1965-1975, l'AP-HP construit en banlieue

Au cours des années 1960 et 1970, l'AP-HP a construit plusieurs hôpitaux en banlieue afin d'accompagner la croissance démographique de la région parisienne.

1965 : l'hôpital Charles-Richet à Villiers le Bel.

1967 : l'hôpital René-Muret à Sevran ; l'hôpital Dupuytren à Draveil.

1969 : l'hôpital Henri-Mondor à Créteil ; l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne Billancourt.

1971 : l'hôpital Louis-Mourier à Colombes.

1972 : l'hôpital Antoine-Béclère à Clamart.

1975 : l'hôpital Jean-Verdier à Bondy.

Les créations les plus récentes ont toutefois été réalisées dans Paris intra-muros : l'hôpital Robert-Debré (1988), l'hôpital Bretonneau, l'hôpital européen Georges-Pompidou (2000, lié à la fermeture, partielle ou totale de quatre hôpitaux : Broussais, Saint-Lazare, Boucicaut et Laennec).

Depuis 1980, plusieurs opérations de constructions importantes ont été réalisées sur des sites hospitaliers existants, notamment à Bichat (1980), Bicêtre (1981), Ste Périne et Broca (1982), St Louis (1985-1988), La Collégiale (1987), Fernand-Widal (1989), Vaugirard (1992) et Rossini (1994). Bâtiment hépatobiliaire à Paul-Brousse (1993), Bâtiment " Babinski " à la Pitié-Salpêtrière (1996). Ces opérations sur site sont réactivées avec vigueur dans le cadre des programmes nationaux " Hôpital 2007 " et " Hôpital 2012 " : bâtiment axial de Saint-Antoine, maternités de Port-Royal à Cochin et de Bicêtre, bâtiment Laennec à Necker, bâtiment des urgences à Tenon, bâtiment des grands brûlés à Saint-Louis, restructuration de l'hôpital Rothschild... D'autres sites sont parallèlement désaffectés : c'est le cas de l'hôpital Jean-Rostand à Ivry.

D - Les décrets de 1992 et de 2007 : l'AP-HP s'inscrit dans les réformes et la reconfiguration de l'organisation des soins francilienne

A deux reprises, en 1992 et 1997, le fonctionnement interne de l'AP-HP a été modifié par décret pour tenir compte des évolutions introduites par des réformes hospitalières nationales.

Le décret du 2 octobre 1992 a introduit au sein de l'AP-HP les modalités de gestion interne participatives issues de la loi du 31 juillet 1991 : projet d'établissement, rôle renforcé des instances (CME et CTE), création d'une Commission du service de soins infirmiers ; possibilités plus importantes de déconcentration interne par l'affirmation du rôle des instances locales et la possibilité de délégations de compétence (depuis lors supprimées) et de signature.

Le décret du 30 octobre 2007, faisant suite à l'ordonnance du 2 mai 2005 introduisit notamment un conseil exécutif et des conseils exécutifs locaux.

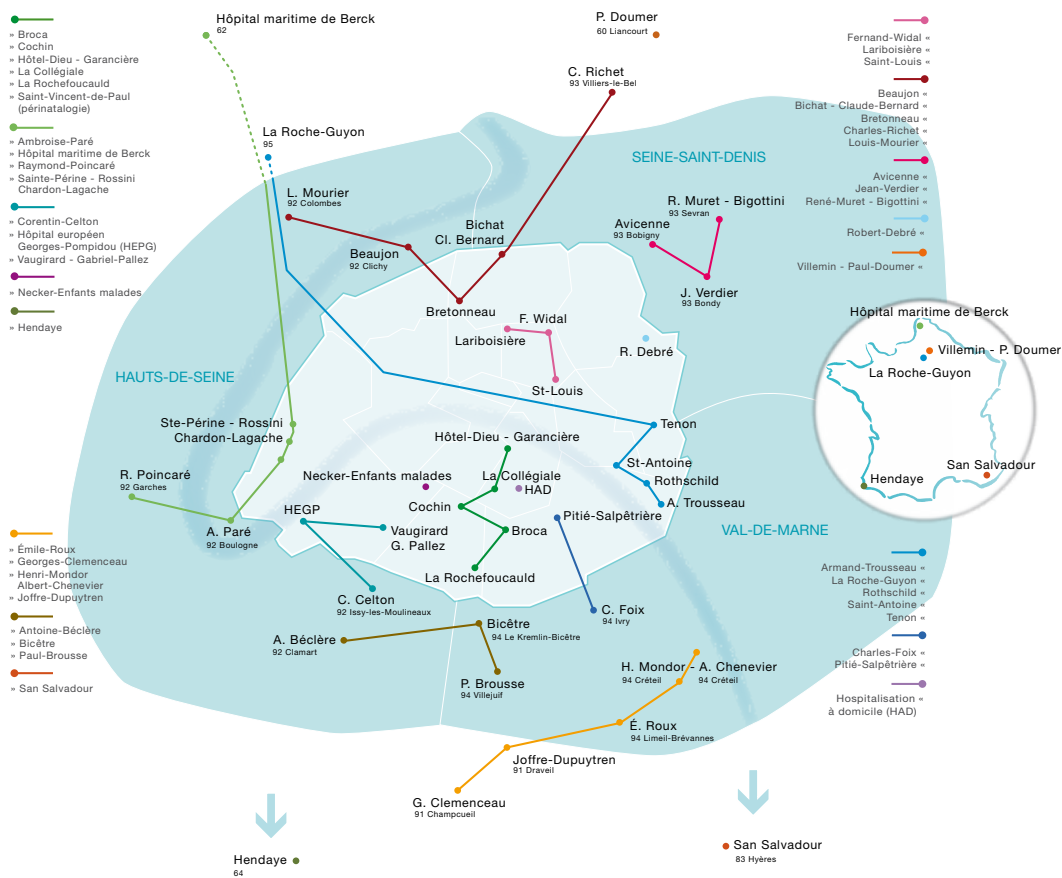
Depuis 1996, le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France siègeait au Conseil de tutelle interministériel.

E - La loi " Hôpital, patients, santé, territoires " et le décret du 29 avril 2010

Le décret du décret n° 2010-426 du 29 avril 2010 est venu appliquer à l'AP-HP les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 " HPST ".

Il en résulte la configuration actuelle de l'AP-HP, qui au plan juridique, s'est sur de nombreux aspects sensiblement rapprochée des dispositions de droit commun.

Les groupes hospitaliers de l'AP-HP



L'AP-HP

Elle compte 37 hôpitaux qui offrent 21 822 lits de jour sur une surface de 3,5 millions de m². L'établissement public compte 92 000 salariés dont 21 685 médecins.

Le budget 2011 est de 6,4 Mdse avec un déficit de 139 Me.

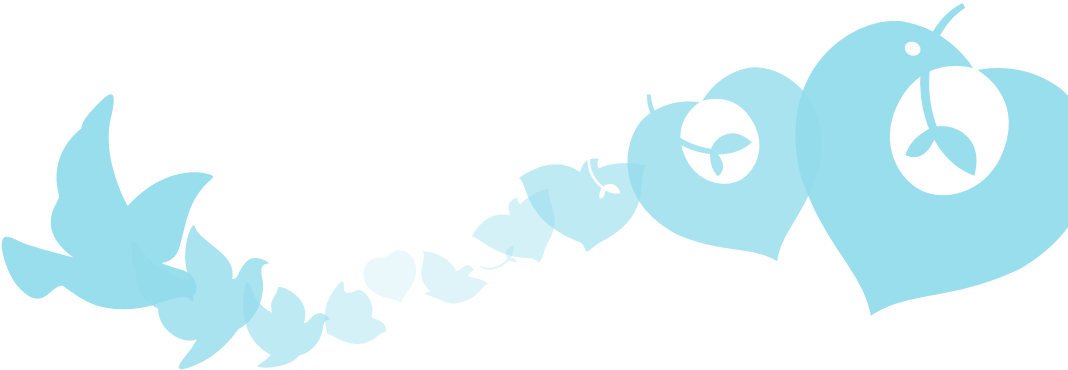
Les investissements se montent à 510 Me.

La masse salariale atteint 61,9 % du budget. En 2010, les services de l'APHP ont dispensé 4,6Me de consultations et ont accueilli 1,1 Me d'hospitalisations.

L'organisation administrative



L'organisation administrative



I - Un établissement public de santé pourvu d'une organisation spécifique

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires modifie sur de nombreux points les règles de gouvernance de l'hôpital public.

Un décret n° 2010-426 du 29 avril 2010 adapte sa mise en œuvre aux particularités de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

L'article L. 6147-1 du CSP prévoit en effet que " les conditions d'application du chapitre II du titre I et celles du présent titre à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (à savoir les dispositions du Code de la santé publique relatives à l'organisation et aux missions de service public de l'établissement) (...) sont déterminées par voie réglementaire ".

L'AP-HP continue ainsi de relever, pour partie de dispositions réglementaires spécifiques¹. Même s'il ne peut plus être parlé d'un " régime particulier " de l'AP-HP, car elle fonctionne désormais, pour l'essentiel, selon les modalités de droit commun, l'établissement se distingue des autres établissements publics de santé de notre pays par un fonctionnement spécifique sur plusieurs points.

Il en est ainsi en raison de la taille de l'établissement qui requiert une organisation lui permettant d'être pleinement efficace, et donc des souplesses de fonctionnement interne. Il peut y être ajouté quelques particularités de son régime budgétaire et financier.

Le régime d'exception est lié à l'unicité de l'établissement. Il se justifie aussi par le fait que les hôpitaux et groupes hospitaliers de l'AP-HP, et ses services généraux, sont situés pour la plupart dans la capitale de notre pays et au cœur d'une région où les flux de population sont sans équivalents sur le territoire national et sont confrontés à des questions de santé publique de grande ampleur.

En réalité, l'AP-HP se distingue surtout aujourd'hui par la réunion d'équipes médicales, soignantes, administratives et techniques qui contribuent dans de nombreux domaines à en faire un pôle de référence national, voire international.

1 - D'autres établissements relèvent également de règles originales : les Hospices civils de Lyon, l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, les établissements publics de santé nationaux

Le statut de l'AP-HP

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique (art. R. 6147-1, R. 6147-2 et R. 6147-4 du CSP),

*l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est un centre hospitalier universitaire et est dirigé par un directeur général. Le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est assisté d'un secrétaire général, qui le supplée en cas d'absence ou d'empêchement (...)
Pour l'organisation interne de l'établissement, le directeur général peut, après concertation avec le directoire : 1° constituer un groupement d'hôpitaux placés sous une même direction ; 2° créer des pôles (autres que les pôles d'activité médicaux et médico-techniques), dénommés " pôles d'intérêt commun ".*

Les textes affirment ainsi l'unicité de l'AP-HP, qui constitue un seul établissement de santé :

- il dispose d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) unique pour ses groupes hospitaliers, ses hôpitaux non rattachés à un groupe hospitalier et ses " pôles d'intérêt commun " (services centraux et généraux), même si cet EPRD est ensuite constitué en interne en sections propres aux différents éléments de l'organisation,
- son patrimoine est commun à l'ensemble de l'établissement,
- l'AP-HP est l'employeur unique de l'ensemble des personnels relevant de ses différentes structures internes.

L'AP-HP établissement public

En qualité d'établissement public de santé, l'AP-HP est une personne morale de droit public :

- elle dispose d'un patrimoine propre,
- elle est sujet de droits et d'obligations : elle peut donc ester (= agir) en justice et être poursuivie devant une juridiction. Le directeur général la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile,
- elle bénéficie de l'autonomie financière et dispose d'un budget propre,
- elle est soumise au " principe de spécialité ". Ceci signifie que ses activités sont limitées aux missions qui lui sont dévolues par la loi.

L'AP-HP établissement public de santé

L'AP-HP tire de son statut d'établissement de santé la mission générale d'" assurer (...) le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes " (art. L. 6111-1 du CSP).

A cette mission s'ajoutent, comme pour les autres établissements de santé, celles de :

- " délivrer les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile "

- (le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'une institution sociale ou médico-sociale) ;
- participer à " la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux " ; cette participation doit s'effectuer dans un cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent ;
 - participer à " la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire " ;
 - mener " en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ".

L'établissement doit également garantir la qualité et la sécurité des soins et ainsi (art. L. 6111-2 du CSP) :

- élaborer et mettre en œuvre " une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à ses activités " ;
- organiser dans ce cadre la lutte contre " les infections nosocomiales, les infections associées aux soins et l'iatrogénie ², définir une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettre en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux ".

Les missions de l'AP-HP comprennent bien évidemment de nombreuses activités propres au service public

En qualité d'établissement public de santé, les missions qu'elle a vocation à exercer à ce titre sont énumérées par la loi. Depuis la loi du 21 juillet 2009, elles font l'objet de mentions spécifiques du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) passé entre le directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le directeur général de l'AP-HP (art. L. 6112-1 du CSP), dans le cadre plus général du schéma régional d'organisation des soins (v. infra).

Ces missions de service public sont les suivantes :

- la permanence des soins ;
- la prise en charge des soins palliatifs ;
- l'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- la recherche ;
- le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- l'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui

2 - On entend par iatrogénie les affections issues de l'activité médicale elle-même

- œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination,
- les actions de santé publique,
 - la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
 - les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier,
 - les soins dispensés aux personnes retenues en application de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers et sur le droit d'asile,
 - les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Comme tous les établissements publics de santé, l'AP-HP est devenue, à la suite de la loi du 21 juillet 2009 "HPST", un établissement public national. Il en est ainsi du fait de la suppression du rattachement communal de l'établissement : l'AP-HP était jusqu'alors "rattachée à la Ville de Paris" (anc. art. R. 4127-1 du CSP).

Sans être rattaché administrativement à la collectivité territoriale régionale, elle est désormais « de ressort régional » et relève en dehors de quelques exceptions (par ex. le seuil applicables en matière de marchés publics) des règles qui s'imposent aux établissements publics de l'État : il en est ainsi notamment pour la gestion de son patrimoine immobilier, du contrôle de ses comptes, etc.

L'organisation interne

L'article R. 6147-4 du CSP prévoit que :

Pour l'organisation interne de l'établissement, le directeur général peut, après concertation avec le directoire :

1° constituer un groupement d'hôpitaux³ placés sous une même direction ;

2° créer des pôles autres que (médicaux et médico-techniques), dénommés " pôles d'intérêt commun ".

Le directeur général est compétent, en qualité de président du directoire et après concertation avec celui-ci, pour fixer à partir de ces éléments, l'organisation interne de l'établissement (art. L. 6143-7 du CSP) :

- les groupes hospitaliers et hôpitaux. Encore récemment composée de 38 hôpitaux et groupes hospitaliers, l'AP-HP s'est reconfigurée en 2010 en un ensemble de 12 groupes hospitaliers et 3 hôpitaux, auxquels s'ajoute l'Hospitalisation à domicile ;
- les services centraux ;
- les services généraux (voir encadré p. 28).

En 2004, quatre groupes hospitaliers universitaires ont été constitués et dirigés par un directeur exécutif : le GHU nord, le GHU ouest, le GHU est et le GHU

3 - En pratique, le terme " groupe hospitalier " est utilisé.

sud. Cette organisation ensuite formalisée dans le Code de la santé publique, puis supprimée, relève désormais de la mention suivante dans le règlement intérieur de l'AP-HP (art. 2) : " *Le directeur général peut désigner des directeurs exécutifs, membres de son comité de direction, chargés dans un cadre territorial de la coordination des groupes hospitaliers ainsi que des relations avec les universités* ".

La reconfiguration de l'AP-HP en nouveaux groupes hospitaliers (2010)

Cette opération majeure de reconfiguration de l'organisation interne de l'établissement a été présentée au Conseil d'administration de l'AP-HP (désormais remplacé par le Conseil de surveillance), le 3 juillet 2009.

Le mémoire alors présenté au Conseil d'administration en a énoncé les objectifs principaux :

- faire de cette nouvelle organisation un support de la modernisation de l'AP-HP en créant les conditions d'une véritable stratégie de groupe,
- restructurer durablement l'organisation interne de l'AP-HP dans la configuration des territoires de santé en Ile-de-France,
- améliorer le service rendu aux patients et répondre aux besoins de santé actuels et à venir de la population francilienne, à ses exigences nouvelles et légitimes, aux évolutions des prises en charge médicales et soignantes,
- réunir la plupart des hôpitaux en des groupes hospitaliers de dimension performante en termes d'activité médicale et d'organisation administrative pour :
 - améliorer le fonctionnement médical, la fluidité des filières de soins et les modes de gestion de l'AP-HP,
 - favoriser le décloisonnement des sites, une plus grande transversalité et une meilleure pluridisciplinarité des prises en charge,
 - mieux coordonner les équipes, dans des ensembles hospitaliers de taille adaptée ;
- mutualiser à l'échelle des groupes hospitaliers certaines activités et expertises médicales et soignantes, qui ne pouvaient jusqu'alors se développer à l'échelle de chaque hôpital, en raison de leur coût et de la corrélation démontée dans de nombreux domaines, entre nombre de patients traités et qualité des résultats médicaux,
- concentrer les moyens humains et techniques pour permettre l'adossement à des plateformes de recherche de stature nationale et internationale, ainsi qu'un renforcement de l'attractivité des pôles d'excellence,
- favoriser un meilleur positionnement de l'AP-HP face à la concurrence hospitalière externe, notamment à but lucratif, et gagner une plus grande lisibilité de l'organisation de l'offre de soins et du potentiel hospitalo-universitaire,
- mieux gérer les compétences et ressources professionnelles compte tenu des forts enjeux présents et à venir posés par les évolutions démographiques des professions de santé,

- lier étroitement la nouvelle cartographie aux évolutions nécessaires des missions hospitalo-universitaires, l'AP-HP présentant la particularité d'être étroitement associée à plusieurs facultés de médecine et de pharmacie : la reconfiguration doit aboutir à un maillage plus efficace entre les équipes hospitalières et universitaires sur les sites qu'elles partagent, autour de projets communs de soins, d'enseignement et de recherche.

Les groupes hospitaliers et hôpitaux en 2010

Trois hôpitaux ne sont pas rattachés à un groupe hospitalier. Il en est de même de l'Hospitalisation à domicile.

- Groupe hospitalier Saint-Louis - Lariboisière - Fernand-Widal
 - Groupe hospitalier Bichat - Beaujon - Louis-Mourier - Bretonneau - Charles-Richet
 - Groupe hospitalier Avicenne - Jean-Verdier - René-Muret
 - Groupe hospitalier Robert-Debré
 - Hôpital Paul-Doumer
-
- Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix
 - Groupe hospitalier Tenon - Saint-Antoine - Rothschild - Armand-Trousseau - La Roche Guyon
 - Hospitalisation à domicile
-
- Groupe hospitalier Cochin - Broca - Hôtel-Dieu
 - Groupe hospitalier Raymond-Poincaré - Berck - Ambroise-Paré - Sainte-Périne
 - Groupe hospitalier Necker-Enfants malades
 - Hôpital marin d'Hendaye
-
- Groupe hospitalier Bicêtre - Paul-Brousse - Antoine-Béclère
 - Groupe hospitalier Henri-Mondor - Albert-Chenevier - Emile-Roux - Joffre-Dupuytren - Georges-Clémenceau
 - Hôpital San Salvador

◆ Groupe hospitalier Saint-Louis - Lariboisière - Fernand-Widal



Saint-Louis



Fernand-Widal



Lariboisière

◆ Groupe hospitalier Bichat - Beaujon - Louis-Mourier - Bretonneau - Charles-Richet



Bichat



Beaujon



Bretonneau



Louis-Mourier



Charles-Richet

◆ Groupe hospitalier Avicenne - Jean-Verdier - René-Muret - Bigottini



Avicenne



Jean-Verdier



René-Muret - Bigottini

◆ Groupe hospitalier Robert-Debré



◆ Hôpital Paul-Doumer



◆ Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix



Pitié-Salpêtrière



Charles-Foix

◆ Groupe hospitalier Necker-Enfants malades



◆ Hôpital marin d'Hendaye



◆ Groupe hospitalier Tenon - Saint-Antoine - Rothschild - Armand-Trousseau - La Roche Guyon



Tenon



Saint-Antoine



Rothschild



La Roche Guyon



Armand-Trousseau

◆ Groupe hospitalier Coeurin-Celton - Hôpital européen Georges-Pompidou - Vaugirard-Gabriel-Pallez



Hôpital européen Georges-Pompidou



Coeurin-Celton



Vaugirard-Gabriel-Pallez

◆ Hospitalisation à domicile



◆ Hôpital San Salvador



◆ Groupe hospitalier Raymond-Poincaré - Berck - Ambroise-Paré - Sainte-Périne



Raymond-Poincaré



Berck



Ambroise-Paré



Sainte-Périne

◆ Groupe hospitalier Cochin - Broca - Hôtel-Dieu



Cochin



Broca



Hôtel-Dieu

◆ Groupe hospitalier Henri-Mondor - Albert-Chenevier - Emile-Roux - Joffre-Dupuytren - Georges-Clemenceau



Henri-Mondor



Albert-Chenevier



Emile-Roux



Joffre-Dupuytren



Georges Clémenceau

◆ Groupe hospitalier Bicêtre - Paul-Brousse - Antoine-Béclère



Bicêtre



Paul-Brousse



Antoine-Béclère

Les services généraux

Les services généraux sont désormais, aux termes du décret du 29 avril 2010, des " pôles d'intérêt commun ".

I Sécurité, maintenance et services – Service central des blanchisseries – Service central des ambulances

Les missions de ce pôle d'intérêt commun rattaché à la Secrétaire générale sont les suivantes : Le Service central des ambulances (SCA) régule les demandes de transports sanitaires non médicalisés. Il exploite un service de transport paramédicalisé pédiatrique et de véhicules sanitaires légers. Il recrute, affecte, évalue les ambulanciers des Services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR).

Le Service central des blanchisseries (SCB) achète, en s'appuyant sur les marchés passés par ACHAT, entretient et distribue aux groupes hospitaliers et hôpitaux une gamme d'articles de linge hospitalier (linge plat, couvertures, vêtements de travail). Il assure également l'entretien des effets personnels des patients que lui confient les groupes hospitaliers et hôpitaux ne relevant pas d'un groupe hospitalier. Il est installé sur deux sites : les hôpitaux Pitié-Salpêtrière et le Centre Mac Donald (137, boulevard Mc Donald, Paris 19^e).

Sécurité, maintenance et service (SMS) assure le « super-secours » électrique de l'AP-HP, la maintenance spécialisée (génies électrique, thermique, climatique, vapeur), ainsi que la gestion de la flotte automobile. Il exploite un service de transport des nutriments destinés aux patients hospitalisés à domicile et d'une unité de transport hôtelier (linge, restauration) pour le compte des groupes hospitaliers et des hôpitaux ne relevant pas d'un groupe hospitalier. Il assure l'exploitation de l'imprimerie centrale de l'AP-HP.

I Achats centraux, hôteliers, alimentaires et technologiques (ACHAT)

Ce pôle d'intérêt commun est une centrale d'achat chargée de mettre à la disposition de l'ensemble des sites de l'AP-HP, dans le respect de la politique d'achat institutionnelle, de la réglementation et d'une démarche qualité continue, des accords-cadres et des marchés dans les domaines des fournitures alimentaires, des fournitures et des équipements hôteliers, des prestations de service, des fournitures et des prestations de service informatiques des travaux et des prestations intellectuelles liés aux opérations de travaux concentrées ou répondant aux besoins de l'ensemble des sites.

Site Intranet : <http://webacha.ap-hop-paris.fr/>

I L'Agence générale des équipements et produits de santé des hôpitaux - École de chirurgie (AGEPS - École de chirurgie)

L'AGEPS (dénommée " Pharmacie centrale des hôpitaux " ou " PCH " jusqu'en 2001), est prestataire de service des groupes hospitaliers de l'AP-HP pour les équipements et produits de santé. Ce pôle d'intérêt commun dispose pour les activités qui en relèvent du statut de pharmacie à usage intérieur. Il dispose également, pour les activités qui en relèvent, du statut d'établissement pharmaceutique.

Elle a pour mission d'assurer l'animation et le fonctionnement :

- des structures chargées des missions d'évaluation et d'achat des médicaments, dispositifs médicaux, réactifs de laboratoire ainsi que des équipements médicaux ;

- du secrétariat scientifique de la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) centrale et des structures qui lui sont associées, chargées de l'évaluation et de la politique des produits de santé pharmaceutiques ;
- de l'établissement pharmaceutique chargé de développer, fabriquer et exploiter les médicaments répondant à des besoins non pris en charge par l'industrie pharmaceutique (hospitaliers et/ou orphelins),
- de la structure chargée de la prise en charge des aspects pharmaceutiques des recherches biomédicales portant sur un produit de santé pour lesquelles l'AP-HP est promoteur,
- du service qui approvisionne et distribue les produits de santé du pôle Pharmacie Hospitalière des Hôpitaux de Paris vers les hôpitaux, les groupes hospitaliers et qui, pour certains produits, en assure la rétrocession ;
- de l'École de chirurgie

L'AGEPS est installée sur deux sites : Paris (7, rue du Fer-à-Moulin dans le 5^e arrondissement) et Nanterre (zone industrielle, 13, rue Lavoisier).

L'École de chirurgie est implantée également rue du Fer-à-Moulin.

I Le Département de la recherche clinique et du développement (DRCD)

Le Département de la recherche clinique et du développement est chargé de piloter les projets de recherche développés par l'AP-HP et de suivre l'ensemble des activités de recherche se déroulant au sein de l'AP-HP.

A ce titre, il contribue à la définition de la politique de recherche de l'AP-HP.

Il met en particulier en œuvre l'ensemble des règles de promotion (au sens des articles L. 1121 et suivants du CSP) et de gestion de la recherche clinique au sein de l'AP-HP. Il contrôle la réalisation des projets de recherche de l'AP-HP, par l'intermédiaire des unités de recherche clinique (URC), antennes locales du département situées au sein des groupes hospitaliers de l'AP-HP.

Il met également en œuvre une politique de valorisation de la recherche et le suivi des indicateurs permettant de déterminer l'enveloppe MERRI de l'AP-HP.

I Le Centre de formation et de développement des compétences (CFDC)

Le Centre de la formation et du développement des compétences (CFDC) est chargé d'organiser la formation initiale diplômante des personnels paramédicaux, sociaux et des sages-femmes, de mettre en œuvre la formation continue et de gérer le centre des concours de l'AP-HP (concours d'entrée en formation initiale, concours de recrutement et de promotion professionnelle).

Il assure à ce titre la coordination des moyens humains et matériels des différentes écoles professionnelles, instituts et centres de formation continue de l'AP-HP et met en œuvre en ce domaine les accords de partenariats avec les universités et la Région.

La loi du 21 juillet 2009 poursuit et prolonge un objectif majeur de la réforme précédemment conduite dans le cadre du Plan " Hôpital 2007 " : celui de réformer profondément le fonctionnement interne de l'hôpital public en lui donnant à la fois plus de souplesse et d'efficacité, sous le contrôle de l'État désormais représenté par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

Il en résulte une modification dans certains cas profonde des champs de compétence respectifs des différents intervenants de cette organisation interne, et aussi du rôle, de la dénomination ou de la composition de certaines des instances internes.

L'objectif est notamment de clarifier les chaînes de responsabilité et de renforcer les pouvoirs de l'organe exécutif, tout en donnant aux chefs de pôle d'activité le rôle de mettre en œuvre auprès des malades, la politique médicale de l'établissement. Au sein de l'AP-HP, l'esprit de la réforme a vocation à se concrétiser aussi bien au niveau de la direction générale de l'AP-HP qu'au sein des différentes structures composant l'établissement.

Les éléments principaux de la réforme en cours ont été présentés dans l'introduction du présent ouvrage :

- un Conseil de surveillance, recentré sur les fonctions de stratégie et de contrôle, remplace le conseil d'administration,
- le pilotage de l'AP-HP est modifié par un renforcement des pouvoirs, de l'autonomie et des responsabilités du directeur général, chef de l'établissement,
- un directoire médico-administratif resserré autour de quelques membres et, dans une perspective " hospitalo-universitaire ", assiste le directeur général, qui le préside,
- le président de la CME est vice-président du directoire. Il élabore le projet médical avec le directeur général et coordonne la politique médicale de l'établissement,
- les instances représentatives du personnel conservent un rôle consultatif important notamment sur l'élaboration de la politique de qualité et de sécurité des soins ainsi que de prise en charge et d'accueil des patients.

La direction générale et les services centraux

L'organisation fédérative propre à l'AP-HP se déploie à partir d'un pilotage central, sous l'autorité du directeur général, assisté par le directoire et les services centraux (" pôles d'intérêt commun ") réunis au Siège.

Ces services centraux sont en charge de fonctions stratégiques transversales et d'expertise.

Les textes prévoient que la direction de l'AP-HP est exercée par un **directeur général**, assisté d'un secrétaire général (art. R. 6147-2 du CSP).

Une innovation apportée par le décret du 29 avril 2010 a été de constituer les services centraux de l'AP-HP en différents " pôles d'intérêt commun " (art. R. 6147-4 du CSP), le directeur général pouvant déléguer sa signature aux directeurs des pôles d'intérêt commun, et en pratique, pour l'essentiel, aux directeurs des directions du Siège.

Le directeur général

Le directeur général est le président du directoire. Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Il est nommé par décret en Conseil des ministres.

Attributions

Il a pour attributions de :

- conduire la politique générale de l'établissement,
- représenter l'AP-HP dans tous les actes de la vie civile,
- agir en justice au nom de l'établissement.

Il est compétent pour :

- régler les affaires de l'établissement autres que celles qui requièrent une concertation avec le directoire et autres que celles relevant de la compétence du Conseil de surveillance,
- exécuter les délibérations du Conseil de surveillance.

Il propose au directeur général du Centre national de gestion (CNG) :

- la nomination des directeurs-adjoints et des directeurs de soins de l'AP-HP ;
- la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques relevant d'un statut réglementaire, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la CME.

Le directeur général de l'AP-HP est l'ordonnateur des dépenses et des recettes. Il a le pouvoir de transiger et peut déléguer sa signature.

Par ailleurs, **après concertation avec le directoire**, il est également compétent pour :

- conclure le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM),
- décider, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement,
- déterminer le programme d'investissement, après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux,
- fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel (PGFP) et les propositions de tarifs de prestations,
- arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du Conseil de surveillance,
- arrêter l'organisation interne de l'établissement et signer les contrats de pôle d'activité,

- proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues par la loi en matière hospitalière ou aux réseaux de santé,
- conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans,
- conclure les baux emphytéotiques administratifs hospitaliers, les contrats de partenariat et les conventions de location,
- soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement (" plan stratégique "),
- conclure les délégations de service public (telles que prévues par la loi dite " Sapin " du 29 janvier 1993),
- arrêter le règlement intérieur de l'AP-HP,
- décider, à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, de l'organisation du travail et des temps de repos,
- présenter à l'agence régionale de santé, le cas échéant, un plan de redressement de l'établissement.

Le directeur général réunit au moins tous les deux mois, afin d'assurer la cohérence de l'action de l'établissement, l'ensemble des directeurs des groupes hospitaliers et des hôpitaux (art. 2 du règlement intérieur de l'AP-HP).

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), conclu entre le directeur général et l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, est un instrument essentiel de gestion hospitalière. Conclu pour cinq ans, il est le vecteur privilégié de la mise en œuvre, par les établissements de santé et d'une manière générale, par les titulaires d'autorisations d'activités de soins, du Schéma régional d'organisation des soins (SROS). Il est également à présent le support de l'attribution des missions de service public. Il est pour l'Agence régionale de santé un outil de définition et de suivi des engagements de l'établissement en matière de qualité et de sécurité des soins.

L'article L. 6114-2 du CSP précise en particulier que le CPOM détermine les orientations stratégiques de l'établissement de santé sur la base notamment du SROS, qu'il précise les missions de soins, de service public et de santé publique qui sont assignées à l'établissement par l'agence régionale de santé, qu'il fixe les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée, les éléments relatifs aux transformations d'activités et aux actions de coopération, les engagements concernant le cas échéant le retour à l'équilibre financier, les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, etc.

L'actuel CPOM de l'AP-HP a été conclu avec l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France le 27 mars 2007 (devenue ARS d'Île-de-France en 2010).

Le secrétaire général

Il assiste le directeur général et le supplée en cas d'absence ou d'empêchement dans l'ensemble de ses attributions (art.R. 6147-2 du CSP).

Le directoire

Avec l'entrée en vigueur de la loi du 21 juillet 2009, le directoire s'est substitué au précédent conseil exécutif.

Missions

Elles sont les suivantes :

- approuver le projet médical,
- préparer le projet d'établissement (" plan stratégique "), notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- conseiller le directeur général dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Composition et fonctionnement

Le directoire doit comprendre une majorité de membres issus du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Il est composé de 9 membres :

- le directeur général, président,
- le président de la CME, premier vice-président chargé des affaires médicales,
- le directeur d'unité de formation et de recherche médicale (le doyen), désigné par l'ensemble des directeurs des unités de formation et de recherche médicale des universités de Paris, vice-président doyen,
- un vice-président chargé de la recherche, nommé par le directeur général sur proposition conjointe du président de l'INSERM, du président de la conférence des universités d'Île-de-France comportant des unités de formation et de recherche médicale et du vice-président doyen,
- le président de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- des membres nommés par le directeur général, sur une liste de propositions établie par le président de la CME conjointement avec le vice-président doyen pour les membres appartenant aux professions médicales.

L'article R. 6147-3 du CSP précise que :

- le vice-président doyen est nommé par le directeur général, sur proposition conjointe de l'ensemble des directeurs des unités de formation et de recherche médicale des universités d'Île-de-France ;
- le vice-président chargé de la recherche est nommé par le directeur général, sur proposition conjointe du président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, des présidents des universités d'Île-de-France comportant une unité de formation et de recherche médicale et du vice-président doyen.

La direction générale

Le **directeur de cabinet** est membre de l'équipe de direction et exerce ses fonctions aux côtés du directeur général et du secrétaire général. Il a pour missions principales de préparer les décisions du directeur général et de coordonner les dossiers transversaux, de diriger le cabinet du directeur général, de proposer et de mettre en œuvre une politique de contrôle interne.

Le directeur de cabinet est assisté :

- d'un directeur-adjoint, qui assure notamment la préparation des dispositifs de gestion de crise,
- et d'un chef de cabinet chargé de la correspondance et du suivi des affaires courantes du directeur général.

La Direction de l'inspection et de l'audit (DIA)

Rattachée au Secrétaire général, la DIA est chargée d'assurer le développement du contrôle interne, au besoin par le recours à une inspection, et de coordonner des missions d'audit et d'appui auprès des directeurs de pôles d'intérêt commun et des directeurs des groupes hospitaliers et des hôpitaux ne relevant pas d'un groupe hospitalier.

Le Délégué "Défense et sécurité"

Placé auprès du Secrétaire général, il est le conseiller de l'AP-HP pour la sécurité. Il est chargé de l'application des plans de défense civile, de la mise en œuvre des directives relatives à la sécurité des activités d'importance vitale et de l'organisation permettant la poursuite d'activité en situation de crise. Il propose et coordonne la mise en place d'une politique de sécurité assurant la protection des patients et de leurs biens et permettant aux personnels d'exercer leur métier dans les meilleures conditions de sécurité.

La Cellule de pilotage stratégique du système d'information (CPSSI)

Rattachée au Secrétaire général, elle appuie la direction générale dans la prise des décisions relatives aux orientations stratégiques et à l'organisation du système d'information. Elle est chargée de la politique de qualité et de sécurité et contribue à l'élaboration du budget et au contrôle du système d'information.

L'Agence technique informatique (ATI)

Placée auprès du Secrétaire général. L'ATI assure le maintien en conditions opérationnelles de l'infrastructure technique et réseau du système d'information de l'AP-HP et l'ensemble des fonctions informatiques locales du siège.

Le Département de la politique logistique (DPL)

Rattaché au Secrétaire général, il propose, met en œuvre et contrôle la politique de la logistique à l'AP-HP.

La Direction du siège (DS)

Placée auprès du Secrétaire général, la Direction du siège est chargée de :

- la gestion des personnels du siège, à l'exception de la gestion administrative, de la paie et de la gestion des agents mis à disposition, qui sont assurées par la Direction des ressources humaines,
- du suivi des effectifs et de la masse salariale, ainsi que de la gestion du recrutement.

Elle assure ce suivi dans un cadre budgétaire prédéfini et en lien étroit avec la Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine.

Elle conduit le dialogue social et assure notamment la présidence des instances consultatives locales du siège,

- du suivi des moyens financiers et matériels du siège à l'exception des marchés et des bons de commande,
- des activités supports : accueil, logistique, maintenance et travaux, sécurité, archives et gestion de crise.

Pour assurer ses missions, elle dispose de moyens propres et prend appui sur les pôles d'intérêt commun dans le cadre de contrats de service.

Les directions fonctionnelles

Des arrêtés du Directeur général ont établi les missions des directions fonctionnelles.

La Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP)

La Direction Économique, Financière, de l'Investissement et du Patrimoine (DEFIP) a pour mission d'assister la Directrice générale de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris dans la conception, le pilotage et la mise en œuvre de la politique budgétaire, financière, immobilière, patrimoniale et des achats de l'AP-HP.

La Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP) est constituée de cinq départements et d'une délégation :

- Le **Département du budget et du contrôle de gestion** (DCG), qui comprend :
 - le service de la synthèse budgétaire
 - le service de l'analyse de l'activité et des recettes
 - le service de la masse salariale
 - le service du contrôle de gestion
 - le service des structures et de la comptabilité analytique

- Le **Département de la stratégie financière et patrimoniale** (DSFP), qui comprend :
 - le service du financement et de la trésorerie
 - le service de l'administration et de la valorisation du patrimoine
 - le service de la stratégie immobilière et de l'analyse de projets
 - le service de la programmation et du pilotage des budgets de travaux
 - le service de la programmation et du pilotage des budgets équipements et système d'information

- Le **Département du pilotage de la comptabilité et de la facturation** (DPCF), qui comprend :
 - le service de l'analyse et de la réglementation comptable
 - le service de la recette et de la facturation
 - le service de la dépense

- Le **Département pilotage**

- Le **Département Maîtrise d'ouvrage et politiques techniques** (DMOAPT), qui comprend :
 - le service de la maîtrise d'ouvrage
 - le service de la sécurité, de la maintenance et de la gestion des risques

La Délégation à la coordination des politiques d'achat (DCPA)

Deux pôles d'intérêt commun lui sont rattachés :

- Achats centraux hôteliers, alimentaires et technologiques (ACHAT) ;
- l'Agence générale des équipements et produits de santé - École de chirurgie (AGEPS).

La Direction de la politique médicale (DPM)

La Direction de la politique médicale contribue à l'élaboration de la politique médicale de l'AP-HP proposée au directoire en partenariat étroit avec le vice-président du directoire-président de la CME. Elle s'assure de sa mise en œuvre et est chargée de son suivi. Elle élabore, met en œuvre et suit à ce titre le volet médical du Plan stratégique de l'AP-HP. Elle recueille et analyse dans cette perspective les données permettant de vérifier le degré d'application de la politique médicale.

Elle suit la gestion de la masse salariale sous l'égide de la Direction économique, financière de l'investissement et du patrimoine, en lien avec la DRH et la Direction des soins et des activités paramédicales.

Elle contribue, en lien avec les vice-présidents du Directoire respectivement chargés de la politique médicale, de l'enseignement et de la recherche, à la promotion de la recherche clinique au sein de l'AP-HP, en lien étroit avec le Département de la recherche clinique et du développement.

Elle gère, pour les domaines relevant de la politique médicale, d'enseignement et de recherche, les relations avec les universités, avec l'Agence régionale de santé d'Île-de-France ainsi qu'avec les autres établissements de santé. Elle a en charge dans ces domaines la politique territoriale de l'AP-HP, notamment en ce qui concerne la gestion des autorisations d'activité et l'actualisation des SROS.

Elle est en charge de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. En lien avec la Direction des ressources humaines elle participe à la définition de la politique du développement professionnel continu en matière médicale et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Elle assure la gestion du personnel médical.

Elle propose la stratégie d'investissement pour les équipements biomédicaux.

Elle est la direction référente pour le Centre de Services et de Compétences Patient.

Elle exerce ses missions en lien avec la Commission médicale d'établissement (CME) dont elle assure le secrétariat.

La Direction de la politique médicale est composée :

- du Département Ressources humaines médicales,
- du Département Relations avec les universités et les établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST),
- du Département Investissements mobiliers,
- du Département Promotion de la qualité et de la sécurité des soins,
- du Département Offre de soins,
- du Département Information médicale, analyse et prospective (DIM),

- du Département Gestion des crises sanitaires,
- de départements d'activités médicales et médico-techniques
- du Département biologie
- du Département produits de santé
- du Département cancer
- du Département chirurgie
- du Département gériatrie
- du Département médecine
- du Département périnatalité
- du Département urgences / réanimations - Handicaps.
- du Centre de compétences Système d'information patient

Le pôle d'intérêt commun « DRCD » lui est rattaché.

La Direction des ressources humaines (DRH)

La Direction des ressources humaines de l'AP-HP est chargée de :

- accompagner la modernisation de l'AP-HP par la mise en œuvre de la politique de management,
- piloter les évolutions de l'emploi et des métiers
- définir et piloter la politique de formation et de développement des compétences des personnels médicaux et non médicaux, en lien avec les instances et directions fonctionnelles concernées,
- définir la politique de recrutement et la politique d'évolution professionnelle des personnels non médicaux, gérer les carrières statutaires des fonctionnaires et garantir la paie à tous les personnels,
- définir et coordonner la politique sociale et celle relative aux conditions de travail,
- suivre la gestion de la masse salariale sous l'égide de la DEFIP, en lien avec la DPM et la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP),
- conduire le dialogue social institutionnel, et représenter en tant que de besoin la Directrice générale au titre de la présidence des instances consultatives centrales du personnel,
- piloter la formation initiale diplômante des personnels paramédicaux et la formation continue de l'ensemble des personnels, en lien avec la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) pour les paramédicaux. Ces formations sont organisées par le pôle d'intérêt commun Centre de la formation et du développement des compétences (CFDC),
- assurer la maîtrise d'ouvrage et l'adaptation du système d'Information "RH", en coordination avec la Direction de la politique médicale (DPM), la Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP), le Centre de compétences du domaine gestion (CCDG) et la Trésorerie générale (TG),
- assurer la gestion administrative et la paie des personnels du siège de l'AP-HP,
- définir et mettre en œuvre la politique d'attribution des logements.

La Direction des ressources humaines (DRH) est composée des départements suivants :

- le département des effectifs, des métiers et de la prévision,
- le département du développement professionnel,
- le département des cadres dirigeants,
- le département de la gestion des personnels,
- le département des relations sociales,
- le Département Santé au travail et politique sociale,
- le Département Logement et activités locatives,
- le Département du développement professionnel continu médical.

La Direction du service aux patients et de la communication (DSPC)

La Direction du service aux patients et de la communication (DSPC) est chargée de :

- définir la stratégie générale de service aux patients et de contribuer, en appui aux groupes hospitaliers et hôpitaux ne relevant pas d'un groupe hospitalier, à la mise en œuvre de cette politique, afin d'élever le niveau de satisfaction des patients,
- assurer la communication interne et externe de l'AP-HP, et promouvoir l'image de l'AP-HP,
- promouvoir les activités internationales de l'AP-HP,
- promouvoir la recherche et l'innovation en matière de service aux patients,
- assurer la politique de relation avec les usagers et les associations,
- coordonner et animer l'action des groupes hospitaliers dans l'ensemble de ces domaines,
- développer des ressources nouvelles au profit de l'amélioration de la qualité de vie à l'hôpital, en matière notamment de mécénat et de valorisation commerciale.

La Direction du service aux patients et de la communication comprend :

- le département communication institutionnelle,
 - l'agence de communication Interne et Patients,
 - le département développement,
 - le département de la qualité de Service,
 - le département des droits du patient et des associations,
 - le centre de compétences et de services " Travail collaboratif et communication ",
 - la coordination du service social hospitalier
- L'Espace Éthique et le Musée de l'AP-HP lui sont rattachés.

La Direction des affaires juridiques (DAJ)

La Direction des affaires juridiques a pour mission de conseiller dans tous les domaines du droit les organes et les directions du siège, des services généraux, groupes hospitaliers et des hôpitaux ne relevant pas d'un groupe hospitalier. Sous réserve des attributions conférées à d'autres pôles d'intérêt commun, elle donne des avis sur les contrats et conventions auxquels est partie l'AP-HP et contribue à leur élaboration. Elle rédige également des études sur tous les aspects de l'activité juridique de l'établissement public.

Elle assure la gestion et le traitement des recours gracieux en matière de responsabilité hospitalière. Elle assure le traitement en demande et en défense de toutes les actions contentieuses administratives, civiles, commerciales, sociales et pénales dans lesquelles l'établissement public intervient.

Elle assure le traitement des libéralités faites au profit de ce dernier.

Elle assure à l'égard de l'ensemble des structures de l'AP-HP une mission de veille juridique, de prévention du risque juridique ainsi qu'une mission d'animation et de contrôle des activités juridiques. Elle veille à la mise en œuvre de la protection fonctionnelle des agents lorsqu'elle est sollicitée. Elle assure, enfin, le conseil, le suivi et le contrôle de la gérance de tutelle.

Une particularité de l'AP-HP est qu'en matière de responsabilité médicale, elle est (et est le seul établissement de santé dans ce cas) son "**propre assureur**". Il en est ainsi à la suite de la dérogation légale prévue par l'article L. 1142-2 du CSP qui permet au ministre de la Santé d'autoriser les établissements publics de santé disposant des ressources financières le leur permettant à indemniser directement les "dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne", survenant dans le cadre de leurs activités de prévention, de diagnostic ou de soins, dans des conditions équivalentes à celles qui résulteraient d'un contrat d'assurance (arrêté ministériel du 3 janvier 2003).

Ces dispositions ne s'appliquent toutefois pas pour les dommages résultant des recherches biomédicales

La Direction des affaires juridiques comprend les départements et pôles suivants :

- le département de la responsabilité médicale, de la médiation et du contentieux des personnels,
- le département du droit privé, du patrimoine privé et des contentieux des séjours,
- le département de la commande publique et du patrimoine public,
- le pôle de la réglementation hospitalière et de la veille juridique,
- le pôle du droit public de l'économie, des droits intellectuels et des nouvelles technologies.

La Direction du pilotage de la transformation (DPT)

La direction du pilotage de la transformation est chargée de :

- l'impulsion dans l'engagement de la démarche de transformation de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris,
- de l'accompagnement des projets d'optimisation des organisations et d'amélioration de la performance (appui aux chefs de projets, aide méthodologique à la conduite des projets transversaux, analyse de la cohérence des démarches et de leur articulation) et de la mobilisation des acteurs dans tous les sites relevant de l'AP-HP,
- du suivi de l'avancement des travaux.

La direction du pilotage de la transformation est composée de sept chargés de portefeuilles projets.

La Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP)

La Direction des soins et des activités paramédicales est chargée de :

- contribuer à l'élaboration de la politique paramédicale proposée au directeur, et s'assurer de sa mise en œuvre et de son suivi,
- définir et piloter la politique des soins, de qualité et de prévention des risques liés aux soins paramédicaux, dans le cadre de l'élaboration et du suivi du projet de soins, volet du Plan stratégique de l'AP-HP,
- définir et coordonner la politique de prévention des risques évitables liés aux pratiques paramédicales,
- évaluer la déclinaison du projet de soins au sein des groupes hospitaliers et des hôpitaux ne relevant pas d'un groupe hospitalier,
- piloter la qualité des soins paramédicaux en s'appuyant sur le suivi d'indicateurs, et en particulier sur les résultats de l'évaluation annuelle du dossier de soins et de l'enquête annuelle de prévalence des escarres que la direction coordonne,
- suivre la gestion de la masse salariale sous l'égide de la Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine, en lien avec la Direction des ressources humaines et la Direction de la politique médicale,
- coordonner la recherche paramédicale notamment celle menée dans le cadre des Programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale "PHRIP", les pratiques avancées ainsi que les coopérations entre professionnels de santé,
- d'animer fonctionnellement les directeurs des soins et cadres experts, et l'ensemble de la filière paramédicale,
- collaborer avec la Direction des ressources humaines pour favoriser l'attractivité et la fidélisation des métiers paramédicaux et faciliter les mobilités des directeurs de soins,
- contribuer à la détermination, en appui à la Direction des ressources humaines (DRH), des priorités de formation continue des personnels paramédicaux et à la définition de la politique d'encadrement des étudiants en stage et des nouveaux professionnels,
- assurer une mission de conseil, d'expertise et de veille professionnelle dans le domaine du soin et des compétences paramédicales,

- participer à la gestion des situations de crise, s'agissant notamment de la mobilisation des personnels paramédicaux.

Les implantations du siège

Le rôle du siège est essentiel pour assurer l'unité de l'AP-HP, notamment :

- dans les relations extérieures, en premier rang desquelles les relations avec les autorités de tutelle
- pour la définition et de la mise en œuvre cohérente des stratégies et du pilotage.

Cette unité institutionnelle s'appuie en particulier sur des **documents fondateurs** : le plan stratégique et ses projets sectoriels ("RH" : ressources humaines, "SI" : systèmes d'information, ...), le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou "CPOM", la fixation de l'état de prévision des recettes et des dépenses ou "EPRD".

Il est le **lieu du dialogue de gestion** structuré au plan général de l'Institution : conférences stratégiques, conférences budgétaires, instances représentatives, comité des directeurs de groupes hospitaliers.

La nomination des directeurs de groupes hospitaliers et des personnels de direction y est effectuée par le directeur général. La nomination des membres des équipes de direction s'y fait après avis du "comité carrière" de la DRH.

Les nominations s'accompagnent des délégations de responsabilité, définies par arrêtés de délégations de signature

Entre Siège et groupes hospitaliers, la définition et le pilotage des politiques institutionnelles suit un partage de responsabilité variable selon les domaines.

Le siège occupe principalement deux immeubles au 3, avenue Victoria et au 4, rue Saint-Martin, dans le 4^e arrondissement. Le siège est toutefois implanté sur d'autres sites :

Le site de Bessières (CPSSI) Paris 17^e, l'hôpital de Bicêtre (ACHAT, Archives AP-HP), la Bourse du travail (Syndicat CGT), l'hôpital Broussais (CPSSI), l'hôpital Corentin-Celton (Syndicat SNCH), le site de Charenton (Service central des ambulances, Sécurité maintenances et services, Imprimerie centrale...), le site de la rue Ferrus (Paris 14^e), le site de la rue des Fossés Saint-Marcel (DSPC, la direction du Siège), l'Hôtel-Dieu (service central de médecine du travail DRH, médecine du travail), les Minimes (le service des archives de l'AP-HP), l'Hôtel Miramion (musée de l'AP-HP), le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (centres de formation), l'Hôtel Scipion (Espace Scipion)...

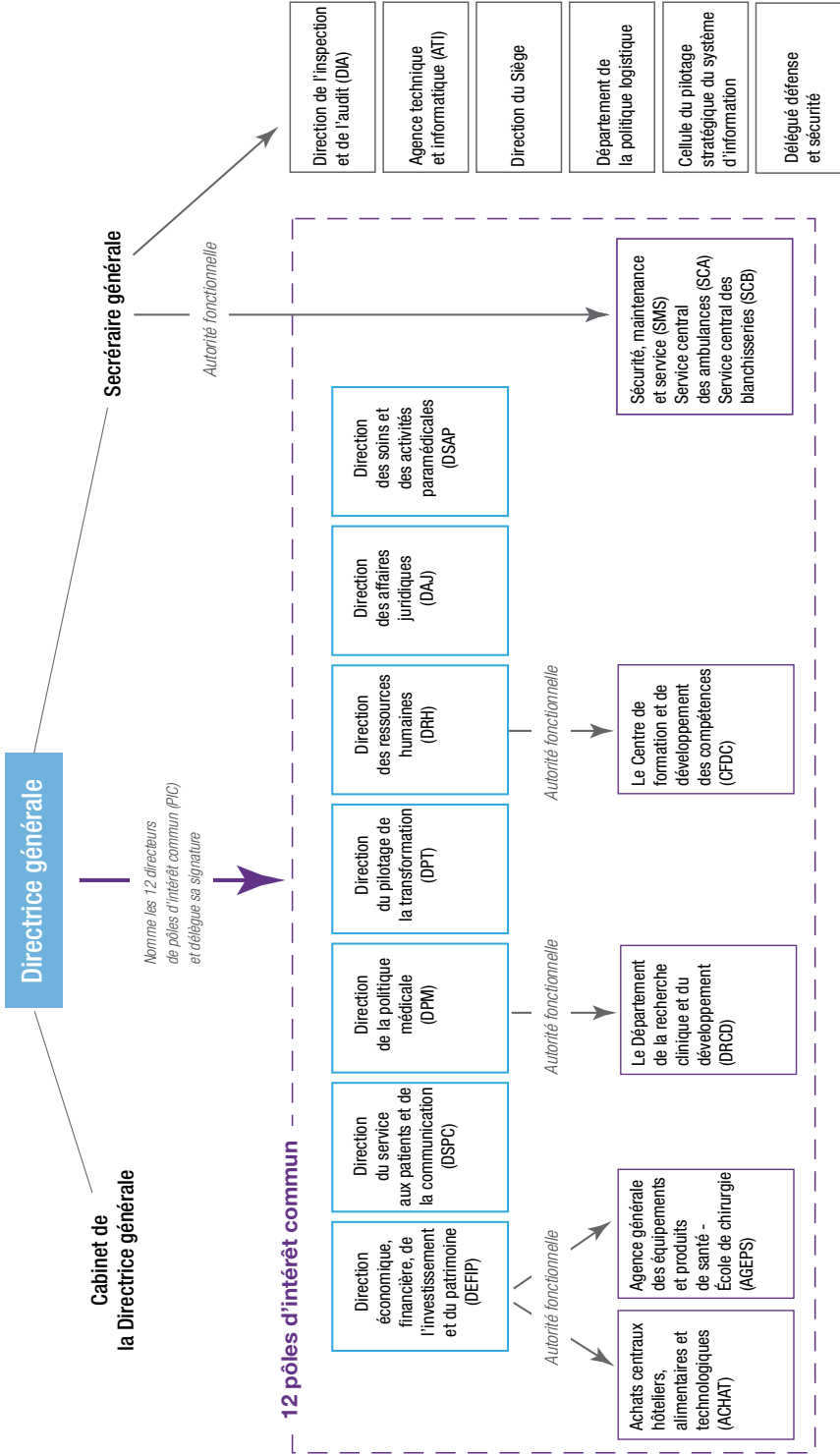
Organigramme

Un organigramme du siège complet et à jour figure à l'adresse suivante :

<http://intranet.aphp.fr/sections/sap/administration/organigramme/organigramme-siege>

Site Intranet du siège : <http://intranet.aphp.fr/sections/sap/>

Les pôles d'intérêt commun (services centraux et services généraux)



Les délégations au sein de l'AP-HP

Une institution de la taille de l'AP-HP, établissement de santé unique comprenant de nombreux groupes hospitaliers, hôpitaux et pôles d'intérêt commun, ne peut convenablement fonctionner sans la mise en œuvre de délégations par son directeur général, permettant aux responsabilités de s'exercer aux différents échelons de gestion. Les règles de droit commun sur les possibilités de délégations au sein des établissements publics de santé sont pour cette raison élargies en ce qui concerne l'AP-HP.

La loi prévoit en ces matières, dans le droit commun des établissements publics de santé, que :

"(le directeur général) peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret" (art. L. 6143-7 du CSP),

"(le directeur général) signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle" (art. L. 6146-1 du CSP) étant précisé que "le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle" (art. R. 6146-8 II du CSP).

Le décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 prévoit par ailleurs le formalisme nécessaire pour la mise en œuvre des délégations :

"Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 6143-7, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature" (art. D. 6143-33 du CSP)

"Toute délégation doit mentionner :

1° le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;

2° la nature des actes délégués ;

3° éventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation" (art. D. 6143-34 du CSP),

"Les délégations mentionnées à la présente sous-section, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses" (art. D. 6143-35 du CSP).

Pour mémoire, la délégation de signature (seule prévue par la loi en ce qui concerne les établissements publics de santé, y compris l'AP-HP) est donnée *intuitu personae* à une personne nommément désignée : la délégation est caduque dès que le délégant ou le délégataire cesse ses fonctions.

Par ailleurs, la délégation de signature laisse au délégant le pouvoir de prendre, lorsqu'il le désire, des décisions touchant des matières faisant l'objet de la délégation. De plus, l'acte pris par le délégataire est réputé être une décision du délégant, au nom duquel elle est prise. Une délégation de signature ne peut, en principe, être "subdéléguée" à une autre personne, sauf si un texte le prévoit : c'est ainsi que la réglementation prévoit expressément au sein de l'AP-HP une subdélégation, mais est limitée aux délégations auxquelles peuvent consentir les directeurs des groupes hospitaliers et hôpitaux hors groupe hospitalier, et les directeurs des pôles d'intérêt commun.

Des dispositions spécifiques sont prévues pour l'AP-HP.

Ainsi :

"Le directeur général peut déléguer sa signature au directeur d'un pôle d'intérêt commun, au directeur d'un groupement d'hôpitaux ainsi qu'au directeur d'un hôpital ne faisant pas partie d'un groupement" (article R. 6147-5 du CSP).

"Dans le cadre de la délégation de signature reçue du directeur général, le directeur d'un groupement d'hôpitaux, le directeur d'un hôpital ou le directeur d'un pôle d'intérêt commun peuvent, sous leur responsabilité, déléguer leur signature aux personnels sur lesquels ils exercent leur autorité" (art. R. 6147-10 du CSP).

L'organisation institutionnelle : un seul établissement, deux échelons de gestion

L'organisation administrative de l'AP-HP a évolué à plusieurs reprises pour permettre une gestion plus efficace. Sa particularité est de comprendre des modes de fonctionnement qui s'articulent au niveau central et au niveau local. Pour le reste, elle est conforme, avec différents aménagements rendus nécessaire pour sa taille et ses particularités - un seul établissement de santé, entité juridique, composé de groupes hospitaliers, d'hôpitaux, et de pôles d'intérêt commun (services centraux et services généraux) - aux dispositions légales applicables à tous les établissements publics de santé.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (" loi HPST ") et le décret du 29 avril 2010 ont récemment supprimé le conseil d'administration, ainsi, au niveau central et local, que le conseil exécutif. S'y sont substitués un conseil de surveillance, un directoire et des comités exécutifs.

Les instances centrales

L'AP-HP dispose des mêmes instances que tout autre établissement public de santé. Elles prennent la forme d'instances " centrales ", dans l'organisation à deux niveaux de l'AP-HP, lorsqu'elles sont chargées de l'examen des questions concernant l'ensemble de l'établissement.

L'une est délibérative : le conseil de surveillance.

Les autres sont consultatives : elles permettent la représentation et l'expression des personnels et l'examen des questions techniques et professionnelles.

Le conseil de surveillance

Cette instance s'est récemment substituée au précédent conseil d'administration. Le conseil de surveillance a pour mission principale de se prononcer sur la stratégie de l'établissement et d'exercer à son égard le contrôle permanent de sa gestion.

Il délibère sur :

- le projet d'établissement,
- les conventions constitutives du CHU et les conventions d'association au CHU,
- le compte financier et l'affectation des résultats,
- toute mesure relative à la participation de l'AP-HP à une communauté hospitalière de territoire ainsi que tout projet tendant à sa fusion avec un ou plusieurs autres établissements publics de santé,
- le rapport annuel sur l'activité de l'AP-HP présenté par le directeur général,
- toute convention intervenant entre l'AP-HP et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance,
- le cas échéant, les statuts des fondations hospitalières créées par l'AP-HP.

Le conseil de surveillance dispose également d'attributions consultatives.

Il donne ainsi son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat ;
- le règlement intérieur.

A tout moment, le conseil de surveillance peut opérer les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'État des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ainsi que sur le programme d'investissement.

L'état des prévisions de recettes et des dépenses (EPRD) de l'établissement public de santé est l'acte par lequel sont prévues et autorisées ses recettes et ses dépenses annuelles. Il correspond, sous le régime de gestion antérieur à 2005, au " budget ".

Composition, fonctionnement

Le conseil de surveillance de l'AP-HP, établissement public de santé de ressort régional, est composé de quinze membres ainsi répartis :

I cinq représentants des collectivités territoriales

- le maire de Paris ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que la Ville de Paris (actuellement Boulogne-Billancourt) ;
- le président du Conseil de Paris ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant du Conseil général du principal département d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation, au cours du dernier exercice connu, autre que le département de Paris (actuellement les Hauts-de-Seine) ;
- un représentant du Conseil régional d'Île-de-France ou le représentant qu'il désigne ;

I cinq représentants du personnel de l'AP-HP

- un représentant de la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), élu en son sein ;
- deux représentants de la Commission médicale d'établissement (CME) élus en son sein ;
- deux représentants du personnel désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des résultats des élections au comité technique central d'établissement (actuellement les syndicats USAP-CGT et SUD-SANTE) ;

I cinq personnalités qualifiées

- deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'ARS d'Île-de-France (une des personnalités qualifiées peut être le président de l'université lorsque le directeur général siège au conseil d'administration de cette université) ;
- trois personnalités qualifiées désignées par le préfet du département de Paris, dont au moins deux représentants des usagers.

I Participent aux réunions du conseil de surveillance avec voix consultative

- le président de la CME, vice-président du directoire ;
- le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique (le directeur de l'Espace éthique ou son représentant) ;
- le directeur de l'une des UFR médicales rattachées à l'AP-HP (le président du comité de coordination de l'enseignement médical) ;
- un représentant des familles de personnes accueillies en unités de soins de longue durée.

Les membres du conseil de surveillance sont désignés par le directeur général de l'ARS d'Île-de-France pour cinq ans.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées pour une durée de cinq ans.

Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an, sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur de séances. Ses séances ne sont pas publiques. Ses délibérations sont transmises au directeur général de l'ARS et conservées sur un registre tenu à la disposition de ses membres et du public.

Références

Articles L. 6143-1 et suivants, L. 6145-16, L. 6146-1, R. 6147-2 et suivants, R. 6143-11 et suivants du CSP

Les instances représentatives centrales

La Commission médicale d'établissement (CME)

La commission médicale d'établissement représente au sein de l'AP-HP sa communauté médicale.

Sa mission principale, prévue par la loi (art. L. 6144-1 du CSP), est de contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Il lui revient dans ce cadre de proposer au président du directoire (le directeur général) un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Ce programme doit prendre en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

La loi du 21 juillet 2009 a élargi sensiblement le rôle du président de la Commission médicale d'établissement. L'article L. 6143-7-3 du CSP qui en est issu prévoit que :

" Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Les modalités d'exercice de sa fonction sont précisées par décret (décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009). Il élabore, avec le directeur et en conformité avec le contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il coordonne la politique médicale de l'établissement ".

Attributions de la CME

Matières donnant lieu à consultation

La commission médicale d'établissement de l'AP-HP est consultée sur les matières suivantes :

- le projet médical
- le projet d'établissement, désigné par les mots " plan stratégique "
- les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du CSP
- les conventions constitutives du centre hospitalier universitaire et les conventions d'association au CHU passées en application de l'article L. 6142-5 du CSP
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- le plan de développement professionnel continu
- l'organisation interne de l'établissement
- la politique sociale et les modalités de la politique d'intéressement définie par le président du directoire ainsi que le bilan social
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
- le règlement intérieur de l'établissement
- les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux.

Matières donnant lieu à information

La commission médicale d'établissement est informée sur les matières suivantes :

- l'Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation du résultat
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
- les contrats de pôles
- le bilan annuel des tableaux de service
- la politique de recrutement des emplois médicaux
- l'organisation de la formation des étudiants et internes, lorsqu'ils existent, et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- l'organisation interne de l'AP-HP.

Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

- **La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers notamment en ce qui concerne :**

- la gestion globale et coordonnée des risques visant à prévenir et traiter l'iatrogénie et les événements indésirables liés à leurs activités
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
- la lutte contre les infections associées aux soins
- la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- la prise en charge de la douleur
- les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

- **La commission médicale d'établissement participe, en outre, à l'élaboration de projets et organise :**

- l'évaluation de la prise en charge des urgences
- l'évaluation des admissions non-programmées
- le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité
- les filières de soins
- la formation des internes.

- **A cet effet, elle :**

- propose un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi
- organise la coordination de l'action des professionnels de l'AP-HP dans les domaines mentionnés ci-dessus
- veille à la mise en place des démarches d'évaluation des pratiques et contribue à l'élaboration du plan de développement professionnel continu pour le personnel médical
- veille à la mise en œuvre des objectifs et des engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité

- élabore un rapport annuel d'activité présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi
- est informée lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Le règlement intérieur de la CME

La CME doit se doter de son propre règlement intérieur (art. R. 6144-6 du CSP), afin de définir son organisation interne et préciser différents aspects de son fonctionnement courant : ordre du jour, constitution d'un bureau de sous-commissions, etc. Celui-ci peut prévoir également, le cas échéant, les conditions de consultation de la commission par son président, sur des questions autres que celles qui relèvent des compétences réglementaires de la commission. Les avis pris dans ce cadre de sont cependant pas opposables.

Délégation de compétences aux commissions médicales d'établissement locales

La commission médicale d'établissement peut déléguer aux commissions médicales d'établissement locales certaines de ses compétences consultatives à l'organisation interne au sein des groupes hospitaliers et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier. et celles concernant la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Composition de la CME

La Commission médicale d'établissement comprend :

- 10 représentants des chefs de pôle, dont au moins un gériatre ;
- les présidents des commissions médicales d'établissement locales des groupes hospitaliers ;
- 23 représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires dont 8 en médecine (dont au moins un en radiologie, un en psychiatrie et un en gynécologie-obstétrique), 6 en chirurgie, 5 en biologie, 1 en anatomie pathologique, 1 en anesthésie-réanimation, 1 en pharmacie et 1 en odontologie ;
- 23 représentants des praticiens hospitaliers titulaires dont 10 en médecine (dont un représentant de la fédération du polyhandicap), 4 en chirurgie, 3 en biologie, 4 en anesthésie-réanimation, 1 en pharmacie et 1 en odontologie ;
- 6 représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral dont 2 représentants hospitalo-universitaires et 4 représentants hospitaliers ;
- une représentante des sages-femmes siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie-obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions ;
- 4 représentants des internes dont un représentant des internes de médecine générale, un représentant des internes de médecine des autres spécialités, un représentant des internes de pharmacie et un représentant des internes en odontologie.

La commission élit en séance son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

Le président est élu parmi les représentants du personnel hospitalo-universitaire et le vice-président parmi les représentants des praticiens de l'établissement.

Les fonctions de président de commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le nombre de mandats successifs est limité à deux.

Siègent à la CME avec voix consultative :

- le directeur général (Président du directoire) ou son représentant ;
- le président du comité de coordination de l'enseignement médical ;
- un directeur d'UFR de pharmacie ;
- un directeur d'UFR d'odontologie ;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;
- le représentant du comité technique d'établissement central, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur général de l'AP-HP.

Sont par ailleurs invités à titre permanent :

- 2 directeurs d'UFR médicale désignés par la conférence régionale des directeurs d'UFR médicale d'Île-de-France ;
- le médecin responsable de la médecine du travail, s'il n'est pas membre de la commission ;
- un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, élu en son sein.

Le directeur général peut se faire assister de toute personne de son choix.

Le président de la CME, par ailleurs vice-président du directoire, veille au bon fonctionnement de la commission.

Celle-ci se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.

Elle est réunie également à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'ARS.

Liens utiles

Annexe 1 du règlement intérieur type de l'AP-HP :

<http://www.aphp.fr/site/hospitalise/reglement.htm>

Site Intranet de la CME de l'AP-HP (règlement intérieur de la CME)

Références

Articles L. 6143-7-3, R. 6144-1 et suivants du CSP

Le Comité technique d'établissement central (CTEC)

Le Comité technique d'établissement central représente au sein de l'AP-HP les personnels non-médicaux.

Attributions

Le Comité technique d'établissement central (CTEC) est obligatoirement consulté sur les projets de délibérations du Conseil de surveillance concernant :

- le projet d'établissement ;
- les conventions constitutives des centres hospitaliers universitaires et les conventions d'association aux CHU ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur général
- toute convention intervenant entre l'AP-HP et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'AP-HP

Il est également obligatoirement consulté sur :

- le cas échéant, le plan de redressement présenté par le directeur général à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France ;
- l'organisation interne de l'AP-HP ;
- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation, ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- le règlement intérieur de l'AP-HP.

Le CTEC est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'AP-HP. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et des décisions relatives aux actions de coopération inter-hospitalières et aux réseaux de santé.

Composition

Le Comité technique d'établissement central est présidé par le directeur général ou son représentant.

Le Comité comprend, conformément aux dispositions du I de l'article R. 6144-42 du CSP, dix huit membres titulaires et dix huit membres suppléants. L'effectif pris en considération pour définir le nombre de membres est celui de l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires et des agents contractuels.

Ces représentants sont élus par trois collèges définis en fonction des trois catégories de la Fonction publique hospitalière : un collège des électeurs de catégorie A, un collège des électeurs de catégorie B, et un collège des électeurs de catégorie C. Le nombre des représentants à élire pour chaque collège est proportionnel à l'effectif des agents qui en relèvent.

Les sièges sont attribués en conformité avec la règle fixée par les dispositions du II de l'article R. 6144-42 du CSP.

La durée du mandat des membres du CTEC est de quatre ans.

Le Comité élit un secrétaire parmi ses membres titulaires.

Un représentant de la Commission médicale d'établissement assiste, avec voix consultative, aux réunions respectives du comité.

Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du CTEC obéissent aux dispositions des articles R. 6144-68 et suivants du CSP.

Ces dispositions prévoient notamment que :

- le Comité établit son règlement intérieur ;
- le Comité se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président (à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel). La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. Ses séances ne sont pas publiques. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du Comité sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux ;
- le Comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. Il doit être informé dans un délai de deux mois des suites données à ses avis ou ses vœux ;
- les avis ou les vœux émis par le Comité sont portés à la connaissance du Conseil de surveillance. Ils sont également portés par voie d'affichage à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours ;
- le président du Comité (à son initiative ou à la demande des membres titulaires du comité) peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour ;
- lorsque l'ordre du jour du Comité comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du Comité.

Liens utiles

Annexe 6 du règlement intérieur de l'AP-HP :
<http://www.aphp.fr/site/hospitalise/reglement.htm>
Site intranet du CTCE de l'AP-HP

Références

Articles L. 6144-3 et suivants, articles R. 6144-40 et suivants du CSP

La Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT)

En application de l'article L. 6146-9 du CSP,

*" dans chaque établissement public de santé, la **coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques** est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur ".*

Par ailleurs,

" une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, présidée par le coordinateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et composée des différentes catégories de personnels de soins, est consultée sur de matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire ".

A l'AP-HP, la CCSIRMT a pour objet de permettre l'information et l'expression professionnelle des soignants, leur contribution aux problématiques paramédicales et d'examiner des questions d'intérêt général communes à l'ensemble des hôpitaux.

Attributions

La Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le directeur de la Direction des soins et activités paramédicales (DSAP) ;
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la politique de développement professionnel continu.

Elle est également informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;

- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du CSP relatif à la possibilité pour des professionnels libéraux d'exercer à l'hôpital ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'AP-HP.

Composition

La commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Elle est présidée par le directeur de la Direction des soins et des activités paramédicales.

Elle comprend 40 membres élus. Les représentants élus constituent trois collèges :

- 1° le collège des cadres de santé ;
- 2° le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques diplômés d'État ;
- 3° le collège des aides-soignants.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la Commission.

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

La CCSIRMT se réunit au moins 3 fois par an sur convocation de son président lequel rend compte chaque année de l'activité de la Commission dans un rapport adressé au Directoire.

Liens utiles

Annexe 5 du règlement intérieur de l'AP-HP :

<http://www.aphp.fr/site/hospitalise/reglement.htm>

Site internet de la CCSIRMT de l'AP-HP

Références

Articles Article R. 6146-10 et suivants, articles L. 6146-9 du CSP

Le Comité central d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT central)

Missions

Un Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central a été institué à l'AP-HP afin de coordonner l'activité des différents CHSCT locaux, en conformité avec le premier alinéa de l'article L. 4613-4 du Code du travail.

Compétences

Le CHSCT central assure la coordination des CHSCT locaux. A ce titre, il reçoit les rapports des CHSCT et les examine. Il en dégage des conclusions et suggère les mesures propres à pallier les difficultés ou les déficiences signalées.

Le CHSCT central se prononce sur toute question de sa compétence dont il est saisi par le directeur général de l'AP-HP, le Comité technique central d'établissement ou les représentants du personnel.

Il est consulté sur les documents se rattachant à sa mission, et notamment sur le règlement intérieur de l'AP-HP.

Composition

Le CHSCT central est présidé par le directeur général de l'AP-HP ou son représentant, assisté par les collaborateurs de son choix, dont notamment :

- le médecin responsable du service central de santé au travail,
- le responsable des services économiques,
- le directeur du service technique,
- le directeur de la Direction centrale des soins infirmierx, de rééducation et médico-techniques,
- un professeur des universités - praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène.

Assiste avec voix délibérative une délégation de personnel comportant un nombre égal de titulaire et de suppléants, comprenant :

- 1° neuf représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes,
- 2° deux représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes.

Les représentants des personnels mentionnés au 1° sont désignés par les organisations syndicales existant au sein de l'AP-HP lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT central.

L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du CHSCT central et peut y assister.

La Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU)

Une Commission centrale de concertation avec les usagers a été instituée au sein de l'AP-HP en 2010.

Composition

La Commission centrale de concertation avec les usagers est ainsi composée :

- le directeur général de l'AP-HP, président,
- les deux représentants des usagers membres du Conseil de surveillance,
- deux représentants des usagers membres de CRUQPC locales,
- le représentant des familles accueillies dans les hôpitaux et unités de soins de longue durée (USLD) participant avec voix consultative au conseil de surveillance,
- le médiateur médecin coordonnateur de l'AP-HP,
- le médiateur non médical central,
- un médiateur médecin local,
- un médiateur non médical local,
- un représentant de la Direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- un représentant de la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- un collaborateur paramédical d'un chef de pôle,
- un représentant de la Direction de la politique médicale,
- un directeur en charge de la qualité de la gestion des risques et des relations avec les usagers local,
- deux représentants de la commission médicale d'établissement,
- un médecin chef de pôle membre d'une commission médicale d'établissement locale,
- la coordinatrice centrale du service social hospitalier,
- un cadre responsable de service social hospitalier local,
- un représentant de la Direction des affaires juridiques et des droits du patient,
- un chargé des relations avec les usagers et les associations au sein d'un groupe hospitalier,
- deux directeurs de groupe hospitalier.

Missions

Cette commission a pour mission générale de conduire le dialogue institutionnel avec les usagers et de formuler des recommandations en vue de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers et de la promotion de leurs droits.

Elle a notamment pour mission :

- d'animer un dialogue et de débattre avec les représentants des usagers,

- de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des usagers,
- de veiller au bon fonctionnement des CRUQPC locales dans le cadre des groupes hospitaliers,
- d'examiner tout sujet afférent aux usagers et à leurs droits, issu de l'analyse des plaintes et réclamations et des rapports des CRUQPC, ou porté à la connaissance des membres de la commission, y compris à dimension éthique,
- d'examiner tout sujet afférent aux usagers ou à leurs droits, à la demande du directeur général,
- d'élaborer des recommandations sur les sujets examinés, de proposer des plans d'actions, accompagnés de mesures de suivi et d'évaluation,
- d'élaborer un rapport annuel de ses travaux comprenant notamment la synthèse annuelle des rapports CRUQPC locales, transmis à la commission médicale d'établissement.

Fonctionnement

La commission se réunit tous les deux mois et aussi souvent que nécessaire sur convocation de son président.

Elle collabore avec la commission médicale d'établissement sur les sujets qui relèvent de sa compétence et en particulier avec les instances en charge de la qualité et la sécurité des soins : CLIN, CVRIS, CLAN, CLUD/ASP, COMEDIMS).

Les Commissions administratives paritaires (CAP)

Comme dans tout établissement public de santé, il existe des comités paritaires au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP). Elles sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers (elles ne concernent pas le personnel médical et pharmaceutique).

Compte tenu du statut particulier de l'AP-HP, des dérogations ont été apportées aux dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 qui organise ces commissions. Ainsi, l'article 104 de cette loi dispose que des décrets en Conseil d'Etat pris sur avis du directeur général de l'AP-HP après avis du conseil administratif supérieur (CAS), fixent les dispositions particulières applicables aux commissions administratives paritaires (et aux comités paritaires de l'AP-HP).

Compétences

Les commissions administratives paritaires (CAP) sont saisies sur des questions d'ordre individuel en matière de titularisation, d'avancement et de discipline.

Elles peuvent connaître également des recours gracieux présentés par les agents et être saisies pour toutes questions individuelles relatives au personnel. Une commission administrative nationale est instituée auprès du ministre de la Santé pour les corps de catégorie A recrutés et gérés au niveau national.

Les commissions administratives paritaires de l'AP-HP sont régies par le décret n° 2003-761 du 1^{er} août 2003 en application de l'article 104 du titre IV du Statut général des fonctionnaires.

L'AP-HP compte 13 commissions administratives paritaires (trois pour les corps de catégorie A, six pour les corps de catégorie B, quatre pour les corps de catégorie C).

Composition

Les commissions administratives paritaires comprennent en nombre égal des représentants de l'Administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et des membres suppléants.

I La désignation des représentants de l'Administration

Le directeur général de l'AP-HP ou son représentant est membre de droit. Les autres représentants de l'Administration sont désignés par le directeur général. Cette désignation doit intervenir dans le mois suivant la proclamation des résultats aux élections professionnelles.

I La désignation des représentants du personnel

Le nombre de représentants du personnel d'un groupe est fonction de l'effectif du personnel qui relève de ce groupe. En fonction des groupes qui vont, de moins de 200 agents jusqu'à 20 000 agents, le nombre de représentants varie de 2 à 10 membres titulaires et suppléants.

Fonctionnement

Les membres des commissions administratives paritaires sont désignés pour une période de 4 ans. Leur mandat peut être renouvelé.

Le règlement intérieur de chaque commission est fixé par arrêté du directeur général après avis du conseil administratif supérieur (CAS).

Les commissions administratives paritaires sont appelées à siéger soit en formation plénière (mise à disposition, détachement, position hors cadre, disponibilité) soit en formation restreinte (inscription sur liste d'aptitude, titularisation, discipline pour insuffisance professionnelle...).

Elles sont présidées par le directeur général de l'AP-HP ou le représentant qu'il a désigné. Le secrétariat est assuré par un agent de l'AP-HP désigné par le directeur général.

Le conseil de discipline

Les commissions administratives paritaires peuvent être amenées à siéger en formation de conseil de discipline (décret n° 89-822 du 7 novembre 1989)

En vertu de l'article 29 du Titre I du Statut général des fonctionnaires :

" toute faute commise par un fonctionnaire dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire, sans préjudice le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale ".

Le pouvoir disciplinaire relève du directeur général de l'AP-HP, autorité investie du pouvoir de nomination.

En cas de faute commise par un fonctionnaire, qu'il s'agisse d'un manquement à ses obligations professionnelles ou d'une infraction de droit commun, le directeur général peut décider de réunir le conseil de discipline. Lorsque les circonstances l'exigent, l'auteur de la faute peut être suspendu des ses fonctions pendant une durée maximale de quatre mois. Un rapport précisant les faits reprochés et les circonstances dans lesquelles ils ont été commis est transmis au président du conseil de discipline. Le conseil de discipline émet des avis et le directeur général prononce les sanctions disciplinaires, à l'exclusion des sanctions du premier groupe (avertissement ou blâme) qui sont décidées localement.

Quand elle se réunit en conseil de discipline, la commission administrative paritaire ne peut en aucun cas comprendre en son sein un ou des fonctionnaires d'un grade inférieur à celui du fonctionnaire déféré devant lui, à l'exception des fonctionnaires d'un grade hiérarchiquement équivalent.

Le Conseil administratif supérieur (CAS)

La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 (Titre IV du Statut des fonctionnaires relatif à la Fonction publique hospitalière), confirmant des textes antérieurs, prévoit un conseil administratif supérieur au sein de l'AP-HP.

Ce conseil est consulté sur :

- les statuts particuliers régissant certains corps et emplois des fonctionnaires de l'AP-HP qui sont fixés par décret en Conseil d'État et sur leur régime indemnitaire propre (art. 103 de la loi),
- les dispositions particulières applicables aux commissions administratives paritaires et aux comités techniques d'établissement compétents à l'égard des personnels de l'AP-HP.

Des arrêtés directoriaux du 11 octobre 1977 ont fixé les conditions de désignation des membres par le directeur général, la possibilité de s'y faire suppléer, la durée du mandat et la liste des représentants de l'administration. Un arrêté directorial du 31 mars 1978 a fixé les modalités d'organisation et de fonctionnement propre à ce conseil.

Le CAS est présidé par un conseiller d'État nommé par décret.

Il comprend 7 représentants de l'Administration désignés par le directeur général et 7 représentants du personnel désignés par les organisations syndicales représentatives.

Le ministère de la Santé dispose au sein du conseil d'un représentant avec voix consultative.

La commission de réforme

Les fonctionnaires hospitaliers relèvent d'un régime de sécurité sociale spécifique. Il en résulte qu'en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, intervient une instance consultative spécifique : la commission de réforme.

Cette commission est régie par un arrêté du 28 octobre 1958 modifié. Créée par le préfet de Paris, elle se réunit mensuellement.

Elle est composée de la façon suivante :

- 2 représentants de catégorie A de l'AP-HP,
- 2 représentants du personnel appartenant à la commission administrative paritaire dont relève l'agent,
- 2 praticiens de médecine générale de la médecine de contrôle, auxquels est adjoint, pour les cas relevant de sa compétence, un médecin spécialiste, l'un des deux praticiens de médecine générale s'abstenant alors en cas de vote.

Le président de la commission de réforme, qui ne prend pas part au vote, est un cadre de direction de l'AP-HP. Le secrétariat de la commission est assuré par la Direction des ressources humaines.

La commission donne des avis, qui sont émis à la majorité des membres présents, sur la reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que sur la mise à la retraite pour :

- invalidité,
- conjoint malade,
- enfant handicapé.

La décision de réforme appartient à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) qui peut refuser la reconnaissance en accident du travail ou maladie professionnelle, une réforme ou contester un taux d'invalidité. Il peut alors y avoir contre-expertise.

Les statuts spécifiques de certaines catégories de personnel au sein de l'AP-HP

L'article 103 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 dispose que " les corps et emplois des fonctionnaires de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) peuvent être régis par des statuts particuliers qui leur sont propres ". Cinq corps sont régis par de tels statuts spécifiques parmi les personnels techniques et des personnels ouvriers de l'AP-HP.

Le décret n° 91-936 du 19 septembre 1991 portant statut particulier des personnels ouvriers, des blanchisseurs et des conducteurs ambulanciers de l'AP-HP et le décret n° 93-145 du 3 février 1993 portant statut particulier des personnels techniques de l'AP-HP fixent ces statuts particuliers.

L'AP-HP compte également cinq autres corps qui relèvent de statuts locaux fixés par arrêtés du directeur général ou par délibération du conseil d'administration : corps des magasiniers, des prothésistes dentaires, des agents de service, des préleveurs, des chauffeurs installateurs de collecte.

La qualité et la sécurité des soins, l'accueil et la prise en charge des malades : les instances

La gestion des risques vise à réduire le nombre et la fréquence des situations et dysfonctionnements susceptibles de créer des dommages aux personnes hospitalisées.

Afin de gérer ces risques inhérents à l'activité hospitalière, la loi prévoit que :

" les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités " (art L. 6111-2 du CSP).

Les préoccupations de qualité et de sécurité sanitaire, et d'une manière générale, les dispositifs de *vigilance* sanitaire ont ainsi été à l'origine de la mise en place au sein de l'AP-HP de plusieurs commissions et comités, aussi bien à l'échelon central qu'à celui des hôpitaux.

Ces instances ont initialement relevé de réglementations nationales, puis ont été organisées sous forme de sous-commissions de la CME.

La loi du 21 juillet 2009, dans un souci de liberté d'organisation, renvoie désormais au règlement intérieur de l'AP-HP les modalités de composition et de fonctionnement de ces instances.

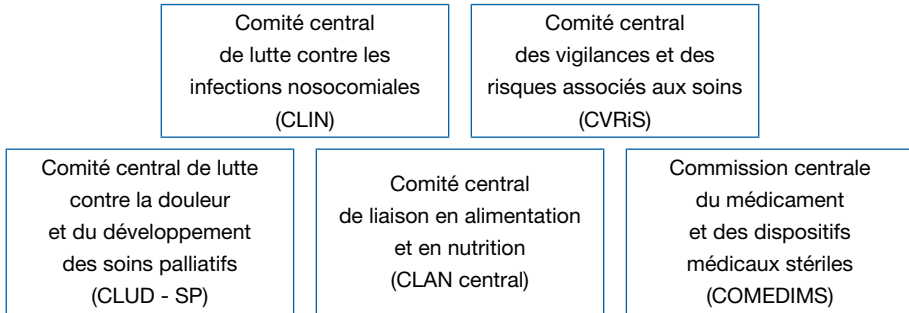
Les instances constituées à l'échelon central sont placées sous l'égide de la CME et de son président, conformément aux compétences qui leur sont attribuées par la loi du 21 juillet 2009.

Ont ainsi été constitués :

- le Comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN),
- le Comité central des vigilances et des risques associés aux soins (CVRiS),
- le Comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP),
- le Comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN),
- la Commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

Elles conduisent leurs travaux en lien étroit avec la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi qu'avec une instance constituée en 2010 : la Commission centrale de concertation avec les usagers.

Les instances centrales relatives à la qualité et à la sécurité des soins, à l'accueil et à la prise en charge des usagers



Fonctionnement de ces instances

Les membres permanents de chaque instance centrale relevant de la présente annexe du règlement intérieur sont désignés, pour une durée de quatre ans renouvelable, par le directeur général sur proposition du président de la Commission médicale d'établissement, après concertation avec le directoire, à raison de leurs qualifications, compétences et expériences.

Les présidents de chaque instance et leurs vices présidents sont désignés, pour une durée de quatre ans renouvelable, par le directeur général, sur proposition du président de la Commission médicale d'établissement et après concertation avec celle-ci, à raison de leurs qualifications, compétences et expériences.

Un bureau est créé pour chaque instance. Il est composé de six membres permanents au maximum.

Ces instances disposent d'un secrétariat dont le responsable est désigné par le directeur général.

Chaque instance se réunit au moins trois fois par an à l'initiative de son président qui en fixe l'ordre du jour avec l'aide du bureau.

Le Comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Les infections nosocomiales sont des infections contractées dans un établissement de soins. Une infection est considérée comme nosocomiale lorsqu'elle est absente lorsque l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, et classiquement, si elle apparaît après un délai de 48 h d'hospitalisation.

Missions

Conformément aux articles R. 6111-1 et R. 6111-2 du CSP, le Comité central de lutte contre les infections nosocomiales :

- coordonne l'action des professionnels de l'AP-HP s'agissant de la prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, de la surveillance de ces infections et de leur signalement, de la définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'AP-HP en cette matière, de l'évaluation périodique de ces actions de lutte ainsi que du bon usage des antibiotiques,
- prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière centrale, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales,
- élabore le rapport annuel d'activité de lutte contre les infections nosocomiales. Ce rapport d'activité peut être consulté sur place, sur simple demande ; il comporte le bilan des activités et un tableau de bord composé d'indicateurs. Ce bilan et ce tableau de bord sont transmis annuellement, par le directeur général, à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales compétent,
- définit, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et les indicateurs adaptés aux activités de l'AP-HP permettant l'analyse et le suivi des risques infectieux liés aux soins,
- participe à l'évaluation des pratiques dans les domaines la concernant,
- est consultée lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales au sein des groupes hospitaliers de l'AP-HP,
- transmet à la Commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité, ses avis et propositions d'actions.

Composition

Le CLIN est ainsi composé :

- le président et le vice-président du Comité,
- le président de la CME ou son représentant,
- un praticien désigné en son sein par la Commission médicale d'établissement,
- les présidents de comité local de lutte contre les infections nosocomiales (CLLIN) de chaque groupe hospitalier,
- quatre praticiens hygiénistes,

- deux infirmiers et cadres de santé hygiénistes,
- le représentant du Service central de médecine et santé au travail,
- le délégué à la prévention des infections nosocomiales,
- le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du Siège,
- le cadre infirmier de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du Siège,
- un représentant des directions du Siège suivantes :
 - Direction des affaires juridiques et des droits du patient,
 - Direction de l'investissement, des travaux, de la maintenance et de la sécurité,
 - Direction du patrimoine foncier, de la logistique et du logement,
 - Direction des ressources humaines,
 - Direction de la politique médicale,
 - Direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- deux directeurs de groupe hospitalier.

Un représentant de la Commission centrale de concertation avec les usagers, un représentant du Comité technique d'établissement central et un représentant du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central, désignés respectivement par ces instances, sont invités à la séance de présentation du bilan annuel du Comité.

Le directeur du " C-CLIN Paris-Nord " est invité à titre permanent.

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales à l'échelon national comprend notamment (arrêté du 3 août 1992 modifié par un arrêté du 19 oct. 1995) des " centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales " (cinq centres inter-régionaux ou C-CCLIN ont été constitués en France), implanté au sein d'un CHU, et chargés notamment de la coordination et de la mise en œuvre du programme national e la matière. L'AP-HP relève du " C-CLIN Paris-Nord " .

Le Comité central des vigilances et des risques associés aux soins (CVRIS)

Missions

Ce Comité a pour mission générale d'améliorer la sécurité du patient, notamment à partir de l'analyse des événements indésirables graves. Dans ce cadre, il lui revient de :

- définir une politique institutionnelle d'amélioration de la sécurité des patients et des vigilances,
- proposer, en les priorisant, un programme annuel d'actions et en définir les modalités d'accompagnement et d'évaluation,
- assurer les interfaces utiles à la sécurité des patients avec les différents secteurs opérationnels en charge au sein de l'AP-HP des risques techniques, logistiques et des ressources humaines,
- promouvoir des actions de formation et d'évaluation s'agissant des démarches méthodologiques et des outils de gestion des risques associés aux soins,
- diffuser, après évaluation, les mesures de sécurité de portée générale, à partir de l'analyse des signalements internes ou externes,
- transmettre à la Commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité, ses avis et ses propositions d'actions.

Composition

Il est ainsi composé :

- le président et le vice-président du Comité,
- les présidents des comités locaux des vigilances et des risques médicaux associés des groupes hospitaliers,
- le directeur de la politique médicale de l'AP-HP ou son représentant,
- le directeur des affaires juridiques et des droits du patient ou son représentant,
- le directeur de la Direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou son représentant,
- un représentant de la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- six correspondants centraux des vigilances et de l'équipe opérationnelle d'hygiène centrale : un représentant au titre de l'équipe opérationnelle d'hygiène centrale, un représentant au titre de l'hémovigilance, un représentant au titre de la biovigilance, un représentant au titre de la matériovigilance, un représentant au titre de la réactovigilance, un représentant au titre de la pharmacovigilance,
- trois ou quatre correspondants experts des risques associés aux soins,
- le médecin responsable de la coordination " Vigilances-Risques associés aux soins " au sein de la Direction de la politique médicale.

Un membre au moins du Comité est membre de la Commission médicale d'établissement.

Les vigilances

Les vigilances permettent d'assurer une surveillance de la sécurité d'utilisation des différents biens et produits à usage thérapeutique au sein du système de santé. Elles concernent notamment les produits sanguins labiles (l'hémovigilance), les médicaments y compris ceux dérivés du sang, (pharmacovigilance), les dispositifs médicaux (matériovigilance), les éléments et produits du corps humain (biovigilance).

Elles comprennent des dispositifs de signalement spécifiques des événements indésirables graves et s'appuient sur l'action des correspondants de vigilance désignés dans chaque hôpital ou groupe hospitalier (correspondants d'hémovigilance, de matériovigilance, de biovigilance, etc.).

I L'hémovigilance

L'hémovigilance consiste en l'ensemble des procédures de surveillance organisées depuis la collecte du sang et de ses composants jusqu'au suivi des receveurs en vue de recueillir et d'évaluer les informations sur les effets inattendus ou indésirables résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles et d'en prévenir l'apparition.

I La pharmacovigilance

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance des risques d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain. Elle concerne également les médicaments dérivés du sang et les autres médicaments d'origine humaine.

La pharmacovigilance comporte :

- le signalement des effets indésirables consécutifs à la prise d'un médicament (on entend par " effets indésirable " une réaction nocive et non voulue, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme) et le recueil des informations les concernant,
- l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation de ces informations dans un but de prévention,
- la réalisation de toutes études et de tous travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments.

I La matériovigilance

L'éventail des dispositifs médicaux pour diagnostiquer, prévenir ou traiter une maladie est très large. Il peut s'agir d'équipement comme une table d'opération, un scanner, de matériels jetables comme des aiguilles et des seringues, des matériels implantés dans le corps humain comme une prothèse de hanche ou un cathéter à chambre.

La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents résultants de l'utilisation d'instruments, appareils et équipements sur le patient à des fins médicales.

I La biovigilance

Elle concerne la surveillance permanente des activités de prélèvement d'organes, de tissus et des éléments du corps humains.

Son organisation a été fixée par le décret n° 2003-1206 du 12 décembre 2003 portant organisation de biovigilance.

Le Comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP)

L'article L. 1112-4 du CSP invite les établissements de santé publics et privés à mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ainsi donc toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur, et celle-ci doit être en toute circonstance, évaluée prise en compte et traitée.

Missions

Le Comité de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP) a pour mission de :

- définir et proposer les mesures et actions permettant de lutter contre la douleur,
- définir et proposer les mesures et actions contribuant au développement des soins palliatifs dans les groupes hospitaliers de l'AP-HP,
- veiller à la cohérence de l'action des différents secteurs opérationnels (politique médicale, soins, droits du patient, formation continue des personnels médicaux et non médicaux) dans le domaine de la prise en charge de la douleur et dans celui des soins palliatifs,
- veiller, en lien avec la procédure de certification, à la mise en œuvre et au suivi des actions d'amélioration de la qualité des prises en charge (douleur, fin de vie) engagées par l'AP-HP,
- assurer un rôle d'observatoire des prises en charge (douleur, fin de vie) au sein de l'AP-HP et réunir à cet effet les informations nécessaires à la connaissance des besoins des groupes hospitaliers et à l'élaboration d'une politique adaptée à la diversité des populations prises en charge,
- veiller à ce que soient réalisées des actions d'évaluation des politiques engagées,
- transmettre à la Commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité ainsi que ses avis et propositions d'actions.

Composition

Le CLUD-SP est ainsi composé :

- le président du Comité,
- le directeur de la politique médicale ou son représentant,
- le directeur de la Direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou son représentant,
- les présidents des " CLUD-SP " des groupes hospitaliers (1 CLUD par GH),
- un représentant de la collégiale des infirmiers diplômés d'Etat " ressource douleur ",
- un représentant de la collégiale des médecins de soins palliatifs,
- un représentant du collège des enseignants de la médecine de la douleur,
- un représentant de la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- un représentant des unités de soins palliatifs,

- un représentant des équipes mobiles de soins palliatifs,
- un représentant d'une commission locale du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- un expert en évaluation,
- un infirmier expert,
- un psychiatre compétent en matière de prise en charge de la douleur,
- un représentant des usagers,
- le président de la Commission médicale d'établissement ou son représentant.

Le Comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)

Missions

Le Comité central de liaison en alimentation et nutrition :

- définit la politique nutritionnelle de l'AP-HP en proposant des mesures et actions permettant d'améliorer le dépistage, la prévention, la prise en charge nutritionnelle des patients et d'assurer la qualité et la sécurité de la prestation alimentaire et de la nutrition thérapeutique,
- prépare un programme annuel d'actions,
- coordonne et assure la cohérence des actions menées par les différents secteurs opérationnels dans les domaines de la nutrition et l'alimentation : politique médicale, logistique, soins et nutrivigilance, droit du patient, HAD, liaison avec la ville,
- apporte, en lien avec la démarche de certification, l'appui méthodologique aux différents professionnels concernés pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions engagées et des pratiques professionnelles, notamment par la mise en place d'indicateurs de mise en œuvre, de suivi et de résultats,
- définit les thèmes prioritaires et les contenus des formations continues des médecins et paramédicaux,
- définit les grands axes de la recherche en nutrition clinique,
- transmet à la Commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité, ses avis et ses propositions d'actions.

Composition

Le CLAN central est ainsi composé :

- le président et le vice-président du Comité,
- les présidents des CLAN locaux des groupes hospitaliers,
- le directeur de la politique médicale de l'AP-HP ou son représentant,
- sept praticiens médecins, un biologiste, 1 pharmacien
- le directeur du patrimoine foncier, de la logistique et du logement (DPLFLL) ou son représentant,
- un responsable local de la restauration,
- un responsable local de l'activité diététique,
- un responsable central de la Qualité, et Sécurité des soins
- le responsable central de la restauration et de l'hôtellerie,
- le président du CLIN central ou son représentant,
- un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s en son sein par la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- un médecin ou chirurgien spécialisé dans la prise en charge de l'obésité morbide,
- le médecin responsable de la coordination des comités locaux de liaison en alimentation et nutrition de l'AP-HP,
- le vétérinaire du pôle d'intérêt commun ACHA
- un représentant des usagers.

La Commission centrale du médicament et des produits médicaux stériles (COMEDIMS)

La Commission médicale d'établissement (CME) définit la politique la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Elle fixe les objectifs de cette politique et son calendrier de mise en œuvre. Dans ce cadre, elle organise la lutte contre la iatrogénie.

Elle organise à ce titre une Commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

Missions

La COMEDIMS :

- élabore la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée à l'AP-HP, en lien étroit avec le Comité de la juste prescription pour les médicaments et les dispositifs médicaux et avec les recommandations du CEDIT (évaluation des nouveaux produits, révision des classes, recherche de consensus),
- émet des recommandations en matière de prescription et de bon usage ainsi que pour la détermination et le suivi de produits particulièrement sensibles et des produits à visée thérapeutique nécessitant une évaluation,
- élabore des recommandations de lutte contre la iatrogénie,
- définit les orientations générales de coordination des travaux des COMEDIMS locaux,
- transmet à la Commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité, ses avis et propositions d'actions.

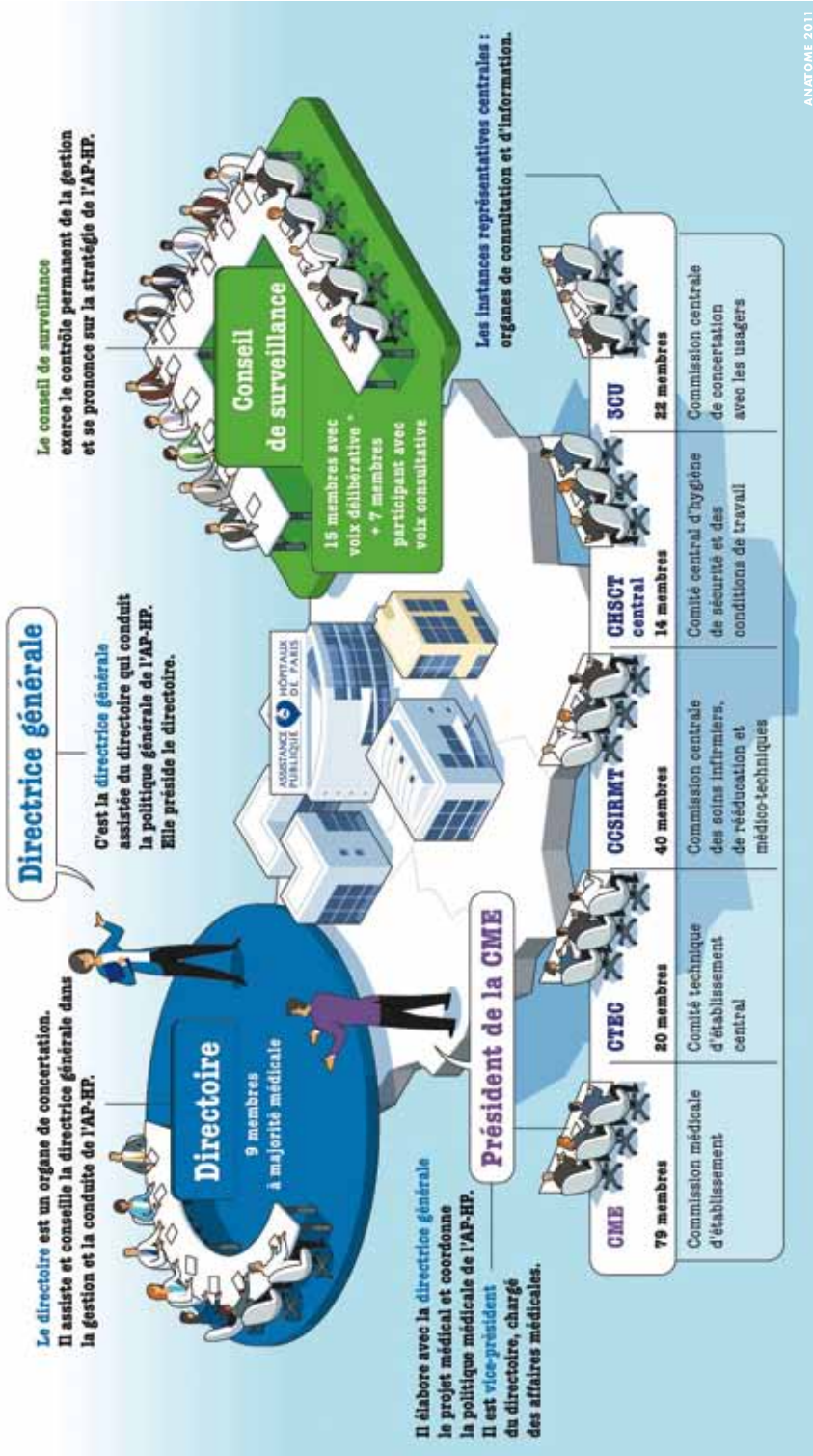
Composition

La Commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est composée comme suit :

- le président et le vice-président de la Commission,
- le directeur général de l'AP-HP ou son représentant,
- le directeur économique et financier de l'AP-HP ou son représentant,
- le directeur de la politique médicale de l'AP-HP ou son représentant,
- le président du CEDIT ou son représentant,
- le président de la Commission centrale des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques ou son représentant,
- le directeur de l'AGEPS ou son représentant,
- le responsable du Pôle " Pharmacie Hospitalière-Hôpitaux de Paris " de l'AGEPS,
- vingt membres désignés par la Commission médicale d'établissement, les médecins et les pharmaciens étant désignés en nombre égal,
- le président du Comité central de lutte contre les infections nosocomiales ou son représentant,
- un représentant de la Commission centrale de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- un correspondant local de matériovigilance,

- un correspondant local de biovigilance,
- le responsable du centre régional de pharmacovigilance ou son représentant,
- un préparateur en pharmacie désigné parmi les préparateurs en pharmacie.

Peuvent être membres de la Commission avec voie consultative les présidents des COMEDIMS locaux ainsi que toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution de la Commission.



*5 représentants des collectivités territoriales,
5 représentants des personnels,
5 personnalités qualifiées

La Commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (COPS)

La commission médicale d'établissement a mis en place une commission de l'organisation de la permanence des soins, conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 30 avril 2003 (*relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*).

Composition

Les représentants de la commission sont désignés par la CME. La moitié au moins d'entre eux doivent être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après-midi, de dimanches et jours fériés sous forme de permanences sur place ou d'astreinte.

La commission est composée comme suit :

I membres de droit

- le directeur général ou son représentant,
- le président de la CME ou son représentant ;

I représentants des spécialités disposant au sein des groupes hospitaliers de permanences sur place et/ou d'astreinte

- deux représentants pour l'anesthésie réanimation,
- deux représentants pour la biologie,
- un représentant pour la cardiologie,
- un représentant pour la chirurgie générale,
- un représentant pour la chirurgie orthopédique,
- un représentant pour la gynécologie obstétrique,
- un représentant pour l'ORL,
- un représentant pour la pédiatrie,
- un représentant pour la psychiatrie,
- un représentant pour la radiologie,
- un représentant pour la réanimation médicale,
- un représentant pour les urgences ;

I un représentant des chefs de clinique - assistants des hôpitaux ;

I un représentant des praticiens contractuels ;

I un représentant des attachés ;

I un représentant des internes.

Attributions

La commission :

- I** définit les schémas d'organisation et de la permanence des soins par secteur d'activité ; il est précisé qu'il appartient à chaque commission locale, pour le groupe hospitalier concerné, de donner son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins et

de définir le fonctionnement de la permanence des soins dans la limite des budgets alloués à ce titre ;

- donne un avis sur les conventions de coopération passées avec d'autres établissements de santé pour assurer la permanence des soins ;
- définit un cadre à l'usage des commissions locales pour l'organisation en temps médical continu et délivre les autorisations après examen des dossiers ;
- constitue un recours en cas de litige ou de contestation sur les organisations retenues localement concernant notamment :
 - les demandes de création ou de modification de gardes et astreintes,
 - les règles établissant le repos " post-garde " pour les personnels assurant la permanence des soins dans leur cadre statutaire et de la déontologie médicale,
 - les modifications d'effectifs médicaux influant sur la permanence des soins,
 - les conséquences d'absences longues et simultanées engendrées par l'utilisation des droits à congés épargnés sur un compte épargne temps (CET) ;
- peut demander en tant que de besoin :
 - un état comptable des dépenses de personnel médical liées à la permanence des soins par pôles d'activités,
 - l'état prévisionnel des contrats de temps de travail additionnel passés entre les praticiens et les directions,
 - un état récapitulatif des dépenses liées au temps additionnel, au vu du tableau général annuel ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur général ainsi qu'au président de la CME.

Fonctionnement

- **Secrétariat**
Le secrétariat de la commission est assuré par la Direction de la politique médicale.
- **Séances**
La commission se réunit :
 - en session ordinaire, une fois par trimestre ;
 - chaque fois que nécessaire, soit à l'initiative de son président, soit à la demande d'un tiers de ses membres.

A l'échelon du groupe hospitalier (ou de l'hôpital, s'il ne fait pas partie d'un groupe hospitalier)

Le directeur du groupe hospitalier

Un directeur est nommé, pour chaque groupe hospitalier, par le directeur général.

Le Code de la santé publique prévoit en effet que pour l'organisation interne de l'établissement, le directeur général peut, après concertation avec le directoire : *1° constituer un groupement d'hôpitaux placés sous une même direction (...)* (art. R. 6147-4 du CSP) (...).

Le directeur général peut leur déléguer sa signature, ainsi qu'aux directeurs des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier (art. R. 6147-5 du CSP).

Le règlement intérieur type de l'AP-HP précise par ailleurs dans son article 6 que le directeur de chaque groupe hospitalier assure la conduite du groupe hospitalier dont il est chargé sous l'autorité du directeur général.

A cet effet, il a autorité sur l'ensemble du personnel du groupe hospitalier dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.

Le directeur du groupe hospitalier peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature aux personnels sur lesquels il exerce son autorité (art. R. 6147-10 du CSP).

Il est assisté par une équipe de direction, qui comprend des membres du corps des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, un coordinateur général des soins et un ou plusieurs directeurs des soins, un ou plusieurs ingénieurs.

Il établit, après information de la commission de surveillance, le règlement intérieur du groupe hospitalier qu'il dirige, en conformité avec le règlement intérieur type de l'AP-HP.

Il rend compte de sa gestion au directeur général.

Le comité exécutif

Il est institué dans chaque groupe hospitalier un comité exécutif, qui a pour mission d'assister le directeur dans la conduite du groupe hospitalier dont il est en charge.

Le comité exécutif est présidé par le directeur du groupe hospitalier.

Il comporte, à parité :

- le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par lui, dont le président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le président de la commission médicale d'établissement locale, vice-président du comité exécutif, et des praticiens désignés par cette instance, dont au moins la moitié exercent les fonctions de chefs de pôle d'activité, ainsi que le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou son représentant.

Le directeur du groupe hospitalier fixe le nombre de membres du comité exécutif.

Il établit avec le comité exécutif les règles de son fonctionnement interne.

La durée du mandat des membres du comité exécutif est de quatre ans. Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, ainsi que dans les cas où son titulaire quitte le groupe hospitalier ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du comité exécutif.

Les instances locales

La réglementation spécifique de l'AP-HP prévoit au niveau local - celui des groupes hospitaliers et des hôpitaux - une organisation d'instances consultatives, calquée sur l'organisation des instances centrales.

Ces instances ont compétence sur des sujets d'intérêt local, propre à chaque groupe hospitalier ou hôpital.

L'article R. 6147-6 du CSP prévoit que :

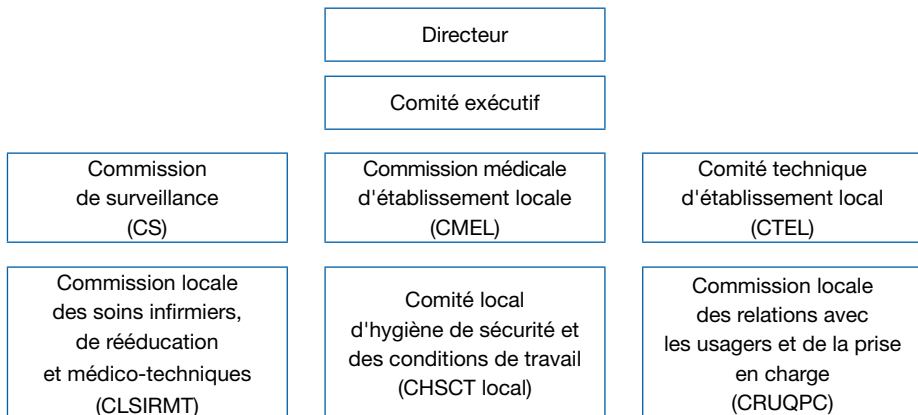
" Le directeur général institue, après concertation avec le directoire, soit au sein d'un groupement d'hôpitaux, soit au sein d'un hôpital :

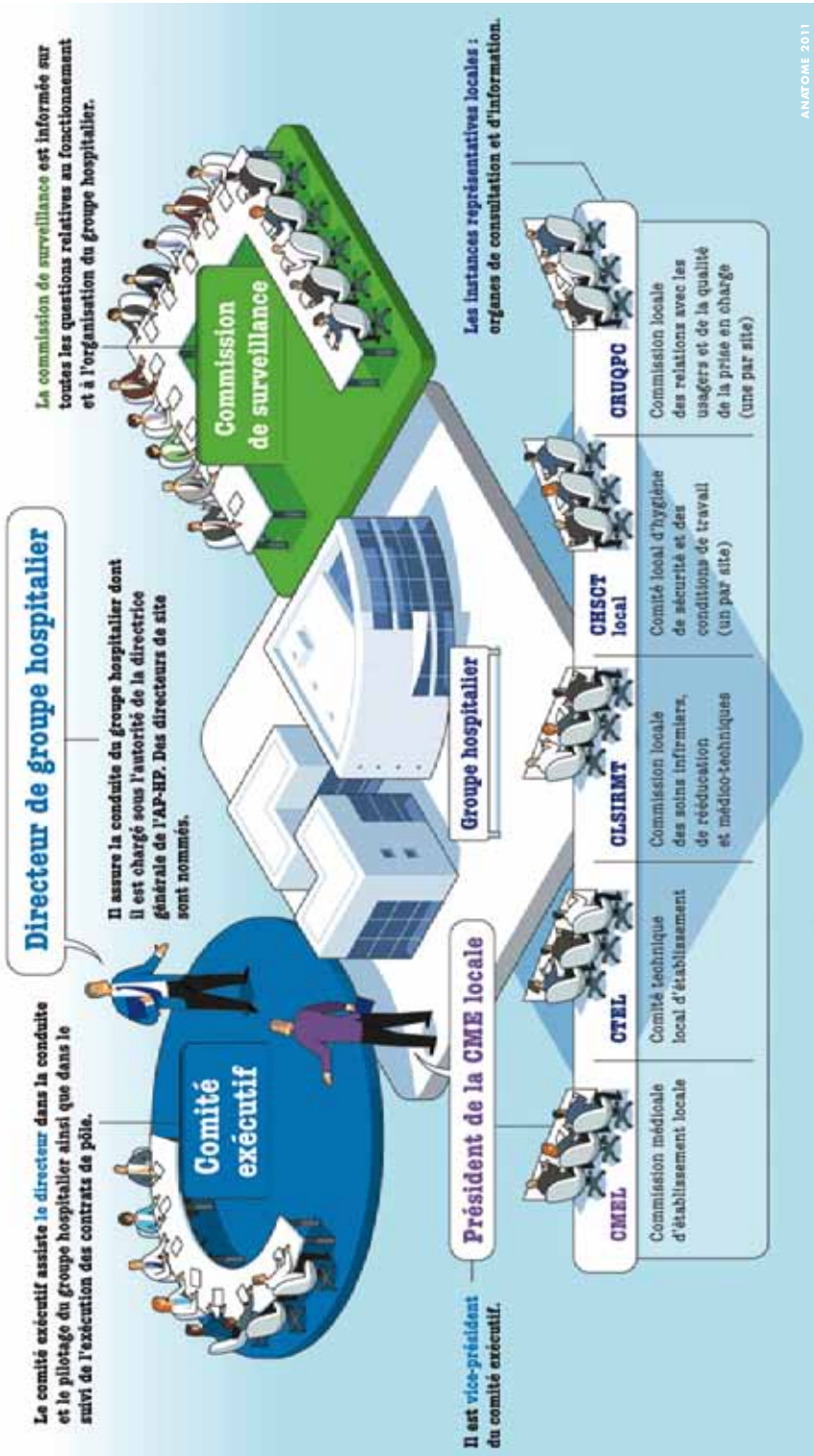
1° Une commission médicale d'établissement locale ;

2° Un comité technique d'établissement local ;

3° Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques locale ".

L'organisation administrative locale au sein du groupe hospitalier





ANATOMIE 2011

La Commission de surveillance (CS)

Composition

La composition nominative de chaque Commission de surveillance est fixée par arrêté du directeur général.

La Commission élit son président en son sein, pour une durée de cinq ans, parmi ses membres représentants des collectivités territoriales et personnalités qualifiées.

La Commission de surveillance est ainsi composée :

- un membre choisi en son sein par le conseil de surveillance de l'AP-HP ;
- le ou les maires des communes et (pour les groupes hospitaliers implantés sur des sites situés à Paris) et le ou les maires des arrondissements où se situent les sites du groupe hospitalier, ou leurs représentants ;
- le président de la commission médicale d'établissement locale et un représentant désigné par celle-ci ;
- deux représentants du comité technique d'établissement local désigné par celui-ci ;
- un représentant de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique désigné par celle-ci ;
- trois personnalités qualifiées dont deux représentants des usagers et un professionnel de santé d'exercice libéral n'exerçant pas au sein du groupe hospitalier, choisies par le directeur du groupe hospitalier ;
- (dans les groupes hospitaliers comprenant une unité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou une unité de soins de longue durée) un représentant du conseil général du département où est principalement implanté le groupe hospitalier.

Le directeur du groupe hospitalier assiste aux séances de la Commission. Il peut se faire assister des collaborateurs de son choix. Il présente les rapports relatifs aux questions qui lui sont soumises.

Modalités de fonctionnement

Dans chaque groupe hospitalier, la commission de surveillance se réunit en séance ordinaire quatre fois par an. Les membres de la commission de surveillance visitent le groupe hospitalier aussi souvent que la Commission le juge nécessaire.

La Commission de surveillance est convoquée par le directeur du groupe hospitalier. Elle peut en outre être convoquée en séance extraordinaire par son président.

Compétences

La Commission de surveillance est informée sur :

- toutes les questions relatives au fonctionnement et à l'organisation du groupe hospitalier qui lui sont soumises par le directeur du groupe hospitalier, soit à son initiative, soit à la demande du directeur général ou du Conseil de surveillance de l'AP-HP ;
- le règlement intérieur local du groupe hospitalier.

La Commission médicale d'établissement locale (CMEL)

La Commission médicale d'établissement locale a un rôle consultatif. Elle est consultée dans le domaine d'attribution de la CME sur des sujets d'intérêt local. La CME peut déléguer certaines de ces propres attributions consultatives aux CME locales, dans des conditions fixées par le règlement intérieur. L'article R. 6147-6 du CSP prévoit que la composition et les modalités de fonctionnement de la CME locale sont fixées par le règlement intérieur de l'AP-HP, par référence aux règles de composition de la CME.

Composition

La commission médicale d'établissement locale est composée comme suit :

- l'ensemble des chefs de pôle ;
- 10 représentants des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- 22 représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires dont 8 en médecine, 6 en chirurgie, 5 en biologie, 1 en anatomie-pathologique, 1 en anesthésie-réanimation, 1 en pharmacie ; s'y ajoute un représentant en odontologie dans les groupes hospitaliers où existent un ou plusieurs services de cette discipline ;
- 22 représentants des praticiens hospitaliers titulaires dont 10 en médecine, 4 en chirurgie, 3 en biologie, 4 en anesthésie-réanimation et 1 en pharmacie, s'y ajoute un représentant en odontologie dans les groupes hospitaliers où existent un ou plusieurs services de cette discipline ;
- 6 représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral dont 2 représentants hospitalo-universitaires et 4 représentants hospitaliers ;
- dans les groupes hospitaliers où existent un ou plusieurs services de cette discipline, une représentante des sages-femmes siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie-obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions ;
- 3 représentants des internes dont un représentant des internes de médecine générale, un représentant des internes de médecine des autres spécialités et un représentant des internes de pharmacie. S'y ajoute un représentant des internes en odontologie dans les groupes hospitaliers où existent un ou plusieurs services de cette discipline.

Le président de la commission est élu parmi les représentants des personnels enseignants et hospitaliers et le vice-président parmi les représentants des praticiens de l'établissement.

Membres avec voix consultative

En outre, siègent avec voix consultative aux commissions médicales d'établissement locales :

- le directeur général,
- le directeur du groupe hospitalier,
- le président de la commission médicale d'établissement,
- le directeur de l'UFR médicale de rattachement,

- un directeur d'UFR de pharmacie,
- un directeur d'UFR d'odontologie,
- le président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupe hospitalier,
- le praticien responsable de l'information médicale du groupe hospitalier,
- un représentant du comité technique d'établissement local, élu en son sein,
- un praticien hygiéniste représentant les équipes opérationnelles d'hygiène du groupe hospitalier.

Le directeur général, le directeur du groupe hospitalier et le président de la commission médicale d'établissement local peuvent se faire représenter ou assister de toutes personnes de leur choix. La durée des mandats des membres est fixée à quatre ans renouvelables. Chaque CME locale élit son président parmi les représentants du personnel hospitalo-universitaire et son vice-président parmi les représentants des praticiens du groupe hospitalier.

Attributions

Conformément aux dispositions de l'article R. 6147-7 du CSP, la commission médicale d'établissement peut déléguer aux commissions médicales d'établissement locales certaines de ses compétences consultatives relatives à l'organisation interne au sein du groupe hospitalier, et notamment celles (mentionnées à l'art. R. 6144-2-2 du CSP) qui concernent la qualité et la sécurité des soins et l'accueil et la prise en charge des malades.

Chaque commission médicale d'établissement locale est en outre informée :

- 1° des contrats de pôles signés au sein du groupe hospitalier ;
- 2° du bilan annuel des tableaux de service ;
- 3° du bilan de recrutement des emplois médicaux.

Les avis émis par la commission médicale d'établissement locale sont transmis à la commission médicale d'établissement.

Chaque année, la CME locale rend compte à la CME et au directeur général du bilan des actions et de la synthèse des résultats liés à la mise en œuvre des compétences qui lui ont été déléguées.

Sur demande de son président, chaque commission médicale d'établissement locale peut être amené à examiner toutes les questions que celui-ci soumet pour la bonne réalisation des missions qui lui incombent en qualité de vice-président du directoire local du groupe hospitalier et, en particulier, ses propositions pour la désignation des membres médicaux du conseil exécutif local du groupe hospitalier.

Dans certains hôpitaux ne relevant pas d'un groupe hospitalier (Hendaye, Paul-Doumer, San Salvador), ainsi qu'au sein de l'Hospitalisation à domicile et de l'AGEPS, un comité consultatif médical est institué, qui assure la représentation du personnel médical et pharmaceutique (sur leur composition, leurs attributions et leur fonctionnement, on se reportera à l'annexe 5 du règlement intérieur-type de l'AP-HP).

Le Comité technique d'établissement local (CTEL)

L'article R. 6147-6 du CSP prévoit que la composition et les modalités de fonctionnement du CTE local obéissent aux mêmes règles que celles du comité technique d'établissement (voir CTE central).

Il précise également que le directeur général institue, en sus des groupes hospitaliers et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier, un comité technique d'établissement local pour un ou plusieurs pôles d'intérêt commun.

Composition

La composition du Comité local obéit aux mêmes règles que celles relatives au Comité technique d'établissement central fixées par le I de l'article R. 6144-42 du CSP.

Le Comité comprend, outre le directeur du groupe hospitalier ou son représentant, président, les représentants suivants selon le nombre d'agents dans le groupe hospitalier :

- 100 à 299 agents : 6 membres titulaires et 6 suppléants ;
- 300 à 499 agents : 8 membres titulaires et 8 suppléants ;
- 500 à 999 agents : 10 membres titulaires et 10 suppléants ;
- 1000 à 1999 agents : 12 membres titulaires et 12 suppléants ;
- 2000 à 4999 agents : 15 membres titulaires et 15 suppléants ;
- 5000 agents et plus : 18 membres titulaires et 18 suppléants.

Ces représentants sont élus par trois collèges définis en fonction des trois catégories de la fonction publique hospitalière : un collège des électeurs de catégorie A, un collège des électeurs de catégorie B, et un collège des électeurs de catégorie C. Le nombre des représentants à élire pour chaque collège est proportionnel à l'effectif des agents qui en relèvent.

Les sièges sont attribués en conformité avec les dispositions prévues au II de l'article R. 6144-42 du CSP.

La durée du mandat des membres du Comité est de quatre ans.

Le Comité élit parmi ses membres titulaires un secrétaire.

Un représentant de la Commission médicale d'établissement locale assiste avec voix consultative, aux réunions du CTEL.

Attributions

Le Comité local peut être consulté par le directeur du groupe hospitalier sur les sujets suivants :

- l'organisation interne locale du groupe hospitalier ;
- les conditions et l'organisation du travail au sein du groupe hospitalier, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- le bilan social local.

Les avis émis par le Comité sont transmis au Comité technique d'établissement central.

Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité local obéissent aux dispositions des articles R. 6144-68 et suivants du CSP. Ces dispositions prévoient notamment que :

- le comité établit son règlement intérieur ;
- il se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président. La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. Ses séances ne sont pas publiques. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Références

Articles R. 6147-20 du CSP

Liste des groupes hospitaliers et hôpitaux où un CTE local est constitué	Pôles d'intérêt commun où un CTE local est constitué
<ul style="list-style-type: none">• Avicenne - Jean-Verdier - René-Muret Bigottini• Bicêtre - Paul-Brousse - Antoine-Béclère• Bichat - Beaujon - Louis-Mourier - Bretonneau - Charles-Richet• Cochin - Hôtel-Dieu - Broca• Hospitalisation à domicile• Henri-Mondor - Albert-Chenevier - Emile-Roux• Joffre-Dupuytren - Georges-Clemenceau• Hôpital européen Georges-Pompidou - Coentintin-Celton - Vaugirard-Gabriel-Pallez• Necker-Enfants malades• Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix• Raymond Poincaré - Berck - Ambroise-Paré - Ste-Périne• Robert-Debré• St Louis - Lariboisière - Fernand-Widal• Tenon - St Antoine - Rothschild - Armand-Trousseau	<ul style="list-style-type: none">• Service central des ambulances (SCA) / Sécurité maintenance services (SMS) / Service central de la blanchisserie (SCB)• Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)• Centre de formation et de développement des compétences• Siège

La Commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé (CLSIRMT)

L'article R. 6147-6 du CSP prévoit que la composition et les modalités de fonctionnement de la commission locale des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement, par référence aux règles de composition de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Composition

La commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est placée sous la présidence du directeur des soins désigné par le directeur du groupe hospitalier.

Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Elle comprend 32 membres élus. Les représentants élus constituent trois collèges :

- 1° Collège des cadres de santé ;
- 2° Collège des personnels infirmiers de rééducation et médico-techniques diplômés d'Etat ;
- 3° Collège des aides-soignants.

Par exception, la commission locale des soins de l'Hospitalisation à domicile, de l'hôpital Paul-Doumer, de l'hôpital San Salvador et de l'hôpital d'Hendaye est composée de 16 membres, les critères de composition de la composition n'étant pas modifiés.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

- le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés au groupe hospitalier ;
- un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur du groupe hospitalier sur proposition des directeurs des instituts de formation ou des écoles rattachés au groupe hospitalier ;
- un élève aide-soignant nommé par le directeur du groupe hospitalier sur proposition des directeurs des instituts de formation ou des écoles rattachés au groupe hospitalier ;
- un représentant de la commission médicale d'établissement locale.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres, et notamment les représentants des usagers siégeant à la Commission de surveillance.

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Attributions

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques locale est placée sous la présidence du directeur des soins désigné par le directeur de l'hôpital ou du groupement d'hôpitaux.

Les attributions de la Commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont définies à l'article R. 6147-9 du CSP.

Elle est consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure permettant à des libéraux d'exercer à l'hôpital ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Dans le cadre des compétences qui lui sont dévolues par l'article R. 6146-56 du CSP, qui sont le cas échéant retracées dans le règlement intérieur propre de la commission, le président de la Commission locale peut soumettre à son examen :

- ses propositions sur le projet local d'établissement ;
- ses propositions sur l'organisation interne du groupe hospitalier.

Le Comité local d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT local)

Le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est un organe consultatif, prévu par le Code du travail (articles L. 4523-1 et s. et L. 4611-1 et s.), dans ses dispositions relatives à la sécurité, aux conditions de travail et à l'hygiène. La loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982 a instauré l'obligation de créer des CHSCT pour les entreprises de plus de cinquante salariés ; le décret n° 85-946 du 16 août 1985 est venu compléter ce dispositif.

Ces dispositions ont vocation à s'appliquer aux établissements publics de santé et donc à l'AP-HP : l'article R. 4615-3 du Code du travail dispose en effet que " des CHSCT sont constitués dans les établissements de santé ou syndicats inter-hospitaliers qui emploient au moins cinquante agents ".

Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure, à l'amélioration des conditions de travail et de veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières (article L. 4612-1 du Code du travail).

Composition et modalités de fonctionnement

Le comité local d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est organisé par le règlement intérieur type de l'AP-HP, en conformité avec les dispositions des articles R. 4615-3 et suivants du Code du travail. Le CHSCT est présidé par le directeur de l'hôpital ou du groupe hospitalier, par délégation du directeur général.

■ Il est composé de :

- représentants des personnels hospitalier, administratif, technique et ouvrier ;
 - représentants des médecins, pharmaciens et odontologistes.
- Ces représentants assistent au comité avec voix délibérative.

■ Outre le médecin du travail affecté à l'hôpital (au groupe hospitalier), assistent aux réunions, avec voix consultative :

- le(s) médecin(s) du travail chargé(s) de la surveillance médicale des personnels du groupe hospitalier,
- le directeur chargé des services économiques,
- le directeur du service technique ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations,
- le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupe hospitalier ou son représentant,
- (*le cas échéant*) un professeur des universités - praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène.

Les représentants du personnel non médical sont désignés parmi le personnel de l'hôpital ou du groupe hospitalier, par les organisations syndicales. Les représentants des médecins, pharmaciens et odontologistes sont désignés par le comité consultatif médical en son sein.

Le secrétaire du comité local d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est choisi parmi les membres désignés par les organisations syndicales.

La direction de l'hôpital ou du groupe hospitalier l'assiste dans ses fonctions. Tout organisme (ou toute personne intéressée de l'AP-HP) peut être appelé par décision du comité local à collaborer aux travaux du comité.

Le comité se réunit au moins quatre fois par an et après chaque accident ou maladie professionnelle grave ayant entraîné une incapacité permanente ou le décès de la victime.

Ces réunions ont lieu au sein de l'hôpital ou du groupe hospitalier à l'initiative du directeur.

Compétences

Le comité local d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail exerce, au niveau local, les attributions prévues par l'article L. 4612-1 et suivants du Code du travail.

Il a pour mission :

- de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure ;
- de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;
- de veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Le comité procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il en est de même de l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes.

De manière générale, il contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels au sein du groupe hospitalier ou de l'hôpital et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement sexuel.

Il procède, à intervalles réguliers, à des inspections et réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Concernant le découpage des CHSCTL, l'article L. 4613-4 du Code du travail dispose que

" dans les établissements de cinq cents salariés et plus, le comité d'entreprise détermine, en accord avec l'employeur, le nombre des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail devant être constitués, eu égard à la nature, la fréquence et la gravité des risques, aux dimensions et à la répartition des locaux ou groupes de locaux, au nombre des travailleurs occupés dans ces locaux ou groupes de locaux ainsi qu'aux modes d'organisation du travail. Il prend, le cas échéant, les mesures nécessaires à la coordination de l'activité des différents comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

En cas de désaccord avec l'employeur, le nombre des comités distincts ainsi que les mesures de coordination sont fixés par l'inspecteur du travail. Cette décision est susceptible d'un recours hiérarchique devant le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ".

Il a été institué un CHSCT local dans les sites, groupes hospitaliers et pôles d'intérêt commun suivants de l'AP-HP.

<ul style="list-style-type: none">- Antoine-Béclère- Albert-Chenevier- Ambroise-Paré- Armand-Trousseau- Avicenne- Beaujon- Berck- Bicêtre- Bichat - Claude-Bernard- Bretonneau- Broca - La Rochefoucauld - La Collégiale- Corentin-Celton- Vaugirard - Gabriel-Pallez- Charles-Foix- Charles-Richet- Cochin- Emile-Roux- Georges-Clémenceau- Hôpital européen Georges-Pompidou- Hendaye- Henri-Mondor- Hôtel-Dieu- Jean-Verdier- Joffre-Dupuytren- Lariboisière - Fernand-Widal- La Roche Guyon- Louis-Mourier	<ul style="list-style-type: none">- Necker-Enfants malades- Paul-Brousse- Villemin - Paul-Doumer- Pitié-Salpêtrière- Robert-Debré- René-Muret - Bigottini- Raymond-Poincaré- Rothschild- San Salvador- Saint-Antoine- Saint-Louis- Sainte-Périne - Chardon-Lagache - Rossini- Tenon- Hospitalisation à domicile <ul style="list-style-type: none">• Les pôles d'intérêt commun ACHA et DRCD ainsi que les instituts et centres de formation relèvent du CHSCT local de leur site d'implantation.• Pôles d'intérêt commun où un CHSCT local spécifique est constitué :<ul style="list-style-type: none">- Service Central des Ambulances (SCA) / Sécurité Maintenance Services (SMS)- Service Central des Blanchisseries (SCB)- Agence Générale des Equipements et Produits de Santé (AGEPS)- Siège
--	---

Les instances locales relatives à la qualité et la sécurité des soins ainsi qu'à l'accueil et la prise en charge des usagers

I - Instances de qualité et de sécurité des soins

Au sein de chaque groupe hospitalier, le directeur institue, en lien avec la Commission médicale d'établissement locale et son président, des instances locales relatives à la qualité et à la sécurité des soins.

Ces instances locales sont :

- le Comité local d'évaluation des pratiques professionnelles et du développement professionnel continu (EPP/DPC),
- le Comité local de lutte contre les infections nosocomiales (CLLIN),
- le Comité local des vigilances et des risques associés aux soins (CLVRiS),
- le Comité local de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP),
- le Comité local de liaison en alimentation et nutrition (CLLAN),
- la Commission locale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS locale).

Les modalités de coordination de ces différentes instances sont définies dans le règlement intérieur de la Commission médicale d'établissement locale.

La composition de ces instances prend en compte une représentation minimale et équilibrée des sites composant le groupe hospitalier.

Une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est constituée dans chaque site hospitalier. Chaque équipe opérationnelle d'hygiène de site est représentée au comité local de lutte contre les infections nosocomiales du groupe hospitalier.

Ces instances sont organisées selon les principes retenus pour les instances centrales. Elles déclinent, à l'échelon de chaque groupe hospitalier, la politique institutionnelle et les missions des instances centrales. Elles définissent et mettent en œuvre les actions adaptées à leur activité et à leurs spécificités. Il est créé si nécessaire des groupes de travail spécifiques, à l'échelon des sites hospitaliers, pour relayer la politique du groupe hospitalier.

II - La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

L'article L. 1112-3 du CSP prévoit que :

" Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour missions de veiller au respect du droit des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches... " .

et l'article R. 1112-81 du même Code que :

" Le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris institue, soit dans un groupement d'hôpitaux, soit dans un hôpital, une commission locale des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

" Cette commission locale peut comporter des représentants des instances représentatives locales (CMEL, CTEL, CLSIRMT) selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement " .

Composition

Une commission existe dans chaque hôpital ou groupe hospitalier de l'AP-HP.

■ Elle comprend :

- le directeur de l'hôpital ou son représentant,
- le médiateur médical et son suppléant,
- le médiateur non médical et son suppléant,
- deux représentants des usagers et leurs suppléants.

Le responsable de la politique qualité de l'hôpital ou du groupe hospitalier assiste aux séances de la commission avec voix consultative. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel, le président peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix.

Missions

La commission est chargée d'assister et d'orienter toute personne qui estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de l'informer sur les voies de conciliation et de recours gracieux ou juridictionnels dont elle dispose.

La commission facilite les démarches des usagers et veillent à ce qu'ils puissent le cas échéant exprimer leur griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites à leur demande (art. L. 1112-3 du CSP).

Elle est consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Elle rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport présenté à la commission de surveillance qui délibère de l'hôpital qui délibère sur les mesures à adopter afin d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Fonctionnement

La commission se réunit au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire pour procéder à l'examen des réclamations qui lui sont transmises. Elle peut, si elle le juge utile, rencontrer l'auteur d'une réclamation.

Elle élabore un rapport annuel d'activité dont le contenu ne doit comporter que des données anonymes. Ce rapport est transmis au directeur, à la commission, à la commission médicale d'établissement ; au comité technique d'établissement, à la commission du service de soins infirmiers et au conseil d'administration.

Les membres de la commission sont tenus à l'obligation de secret professionnel (art. 226-13, C. pénal).

La Commission locale de l'organisation de la permanence des soins (COPS locale)

Les CME locales doivent mettre en place une commission locale de l'organisation de la permanence des soins (COPS locale) (annexe 11 du règlement intérieur-type).

Composition

Les représentants de cette commission sont désignés par la commission médicale d'établissement locale. La moitié au moins d'entre eux doivent être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après-midi, de dimanches et jours fériés sous forme de permanences sur place ou d'astreinte.

La commission est composée comme de membres de droit (le directeur du groupe hospitalier et le président de la CME), ainsi que de représentants des spécialités disposant au sein du groupe hospitalier de permanences sur place et/ou d'astreinte (voir *supra*, la composition de la CPOS centrale).

Attributions

La commission :

- donne un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins et définit le fonctionnement de la permanence des soins dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- organise le temps médical continu au sein du groupe hospitalier et soumet les demandes d'autorisations à la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins ;
- examine :
 - les demandes de création ou de modification de gardes et astreintes,
 - les règles établissant le repos " post-garde " pour les personnels assurant la permanence des soins dans leur cadre statutaire et de la déontologie médicale,
 - les modifications d'effectifs médicaux influant sur la permanence des soins,
 - les conséquences d'absences longues et simultanées engendrées par l'utilisation des droits à congés épargnés sur un compte épargne temps (CET) ;
- peut demander en tant que de besoin :
 - un état comptable des dépenses de personnel médical liées à la permanence des soins par pôles d'activités pour le groupe hospitalier,
 - l'état prévisionnel des contrats de temps de travail additionnel passés entre les praticiens et la direction du groupe hospitalier,
 - un état récapitulatif des dépenses liées au temps additionnel au sein du groupe hospitalier, au vu du tableau général annuel,

- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur général ainsi qu'au président de la Commission médicale d'établissement.

Organisation

La commission se réunit :

- en session ordinaire, une fois par trimestre,
- chaque fois que nécessaire, soit à l'initiative de son président, soit à la demande d'un tiers de ses membres.

Les commissions de l'activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à plein temps dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale dans les conditions définies par les articles L. 6154-1 et suivants du CSP.

L'activité libérale dans les établissements publics de santé est la possibilité offerte aux praticiens hospitaliers à temps plein d'effectuer au titre de cette activité des consultations, des actes ainsi que des soins en hospitalisation au sein de l'établissement public dans lequel ils sont nommés.

Les conditions d'exercice de cette activité font l'objet d'un contrat signé entre le praticien concerné et le directeur général de l'AP-HP, contrat préalablement soumis à l'approbation du directeur général de l'Agence régionale de santé.

La Commission centrale de l'activité libérale

Composition

Il existe, au sein de l'AP-HP, une commission centrale de l'activité médicale et des commissions de l'activité libérale locales. La commission centrale est en lien avec les commissions locales chargées d'examiner l'activité effectuée dans les hôpitaux de l'AP-HP. Elles sont constituées conformément aux articles R. 6154-11 à R. 6154-17 du CSP.

- La commission centrale se compose de :
 - 2 membres désignés par la CME,
 - 2 membres désignés par le Conseil de surveillance,
 - 1 membre représentant la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris,
 - 1 membre désigné par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Paris,
 - 1 praticien statutaire à temps plein n'exerçant pas d'activité libérale,
 - 1 membre représentant la Direction économique et financière,
 - 1 membre représentant la Trésorerie générale de l'AP-HP.
- La commission élit son président parmi ses membres par vote à bulletin secret à la majorité absolue.

Attributions

Comme dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP veille au bon déroulement de cette activité, ainsi qu'au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant. Elle vérifie également le contenu des contrats des praticiens.

La commission centrale de l'activité libérale peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur général de l'Agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du Conseil de surveillance, le président de la CME, et le directeur général.

Un praticien peut également la saisir pour toute question relative à l'exercice de son activité.

Chaque année, la commission centrale de l'activité libérale établit un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité libérale au sein de l'AP-HP et sur les informations financières qui lui sont communiquées. Ce rapport est communiqué pour information à la CME, et transmis au directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et au Préfet de Paris.

Les Commissions locales de l'activité libérale

Il est constitué au sein de l'AP-HP autant de commissions locales de l'activité libérale qu'il existe de commissions médicales d'établissement locales, et donc une par groupe hospitalier.

Missions

Les commissions locales de l'activité libérale sont chargées de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. Elles apportent à la Commission centrale de l'activité libérale les informations et les avis utiles à l'exercice de sa mission et peuvent la saisir de toutes questions relatives à l'exercice de l'activité libérale des praticiens statutaires temps plein.

Composition

Les membres de la commission locale de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

La commission locale comprend :

- un membre du conseil départemental de l'Ordre des médecins, n'exerçant pas au sein de l'AP-HP et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé,
- deux représentants, l'un désigné par la commission de surveillance et l'autre par le directoire local, parmi leurs membres non médecins,
- un représentant de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France,
- un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie,
- deux praticiens exerçant une activité libérale : l'un désigné par la CME locale compétente et l'autre désigné par la CME parmi les praticiens exerçant en dehors du groupe hospitalier,
- un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la CME,
- un représentant des usagers désigné parmi les représentants des usagers membres de la commission de surveillance.

Fonctionnement

Le mandat des membres de la commission locale de l'activité libérale est de trois ans.

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités compétentes ou par un praticien.



II - L'AP-HP, centre hospitalier et universitaire : les soins, l'enseignement et la recherche

La loi a prévu (art. L. 6112-1 du CSP) que les établissements publics de santé peuvent être appelés à participer, dans le cadre de leurs missions de service public :

- à l'enseignement universitaire et post-universitaire,
- à la recherche,
- au développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
- à la formation initiale et au développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leur domaine de compétence.

C'est tout particulièrement le cas de l'AP-HP, en ce que celle est le Centre hospitalier universitaire (CHU) de la Région Île-de-France.

Les CHU sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements para-médicaux (art. L. 6142-1 du CSP).

Premier centre hospitalier universitaire de notre pays, l'AP-HP reçoit plus de 9 000 étudiants et élèves chaque année.

Le CHU résulte de l'association du centre hospitalier régional (CHR) et d'une ou de plusieurs universités, comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques.

Cette association est matérialisée par la signature d'une convention dite "hospitalo-universitaire", qui précise les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la " politique hospitalo-universitaire " entre le CHR et l'université ainsi que la politique de recherche biomédicale du CHU.

Cette convention, révisée en principe tous les cinq ans, doit être élaborée en cohérence avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et le projet d'établissement du CHR, ainsi qu'avec le contrat pluriannuel de l'université et les contrats de projets État-Région (art. L. 6142-3 du CSP et L. 713-4, C. de l'Education).

La mission d'enseignement et de formation dévolue aux CHU concerne :

- en premier lieu la médecine et la chirurgie,
- mais également la pharmacie (art. L. 633-1 et L. 713-4, C. de l'Education : les étudiants en pharmacie participent effectivement à l'activité hospitalière, notamment au cours de stages dans les pharmacies à usage intérieur et dans les laboratoires de biologie du CHU),
- et les études dentaires (un décret du 22 septembre 1965 prévoit l'organisation conjointe, par les facultés de médecine et les CHR, de " centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires ").

Un peu d'histoire

Jusqu'en 1958, deux organisations strictement distinctes régissaient d'une part les hôpitaux des grandes villes et d'autre part, les facultés de médecine.

Deux hiérarchies coexistaient : une hiérarchie universitaire avec notamment ses agrégés et ses professeurs et une hiérarchie hospitalière issue de concours hospitaliers pour des postes faisant l'objet d'une nomination préfectorale (externes, internes, chefs de clinique, chefs de service).

Inspirée par **Robert Debré**, la réforme pour une harmonisation de ces deux hiérarchies pris forme avec l'**ordonnance du 30 décembre 1958** qui créa les centres hospitaliers et universitaires (CHU), puis avec le **décret du 24 septembre 1960** qui créa le statut du personnel enseignant et hospitalier des CHU.

Le CHU de Paris a été constitué initialement par une convention du **10 septembre 1965** entre l'AP-HP et la Faculté de médecine de Paris qui stipulait que font partie du CHU l'ensemble des services d'enseignement et de recherche et l'ensemble des services de diagnostic et de soins de l'AP-HP à l'exception de certains services dont la liste figurait en annexe de la convention.

Choisi comme site pilote, le CHU Saint-Antoine a ouvert ses portes aux étudiants le 18 octobre 1965.

La loi d'orientation de l'enseignement supérieur du **12 novembre 1968**, dite " loi Edgar-Faure " a érigé les différentes universités en établissements publics autonomes avec lesquels l'AP-HP était tenu de conclure des conventions.

Par le **décret du 27 novembre 1968**, la Faculté de médecine de Paris a été scindée en **Unités de formation et de recherche (UFR)**. On compte aujourd'hui 7 UFR ou " facultés ".

Plus de 40 ans après la convention de 1965, les conventions entre les universités parisiennes sont actuellement conclues les unes après les autres.

Ainsi le **23 juin 2006**, une première convention hospitalo-universitaire a été établie entre l'AP-HP et l'Université-Pierre-et-Marie Curie (Paris VI).

La loi **Loi du 10 août 2007** sur l'autonomie des universités dite " loi Pécresse " a récemment prévu la généralisation de l'autonomie de toutes les universités dans un délai de cinq ans, un renforcement du rôle du président de l'université et du conseil d'administration, etc.

L'enseignement universitaire et post-universitaire

11 facultés, dénommées aujourd'hui UFR (7 de médecine, 2 d'odontologie et 2 de pharmacie) sont liées aujourd'hui avec un ou plusieurs groupes hospitaliers de l'AP-HP.

UFR de Médecine

- I Université Pierre et Marie Curie (Paris VI)**
Armand-Trousseau, Charles-Foix, Joffre-Dupuytren, Rothschild, Saint-Antoine, Tenon, Pitié-Salpêtrière (hôpitaux du GHU-Est)
Convention HU signée en juin 2006
- I Université Paris Descartes (Paris V)**
Cochin, HEGP, Hôtel-Dieu - Garancière, Necker-Enfants malades, Coeuron-Celton (hôpitaux du GHU-Ouest)
- I Université Denis Diderot (Paris VII)**
Lariboisière - Fernand-Widal, Robert-Debré, Saint-Louis, Beaujon, Bichat - Claude-Bernard, Louis-Mourier, Bretonneau, Charles-Richet, René-Muret, Paul-Doumer (hôpitaux du GHU-Nord)
Convention HU signée en mars 2007
- I Université Paris Sud (Paris XI)**
Antoine-Béclère, Bicêtre, Paul-Brousse (hôpitaux du GHU-Sud)
- I Université " Paris-Val-de-Marne " (Paris XII)**
Hôpitaux (GHU Sud) Albert-Chenevier - Henri-Mondor
- I Université Paris XIII " Paris-nord "**
Hôpitaux (GHU Nord) Avicenne, Jean-Verdier
- I Université Paris-Ile-de-France ouest " Versailles-Saint Quentin-en-Yvelines "**
Hôpitaux (GHU Ouest) Ambroise-Paré, Raymond-Poincaré

UFR de pharmacie

- I Université Paris Descartes (Paris V)**
- I Université Paris Sud (Paris XI)**

UFR d'odontologie

- I Université Paris Descartes (Paris V)**
(site universitaire de Montrouge, sites hospitaliers de Bretonneau)
- I Université Paris Diderot (Paris VII)**
(site universitaire Garancière, sites hospitaliers de Rothschild, Charles Foix et Pitié Salpêtrière)

Jusqu'en 2006, un **comité de coordination hospitalo-universitaire** était chargé d'assurer la coordination hospitalière et universitaire en émettant des avis notamment sur les projets de conventions entre chaque faculté et l'AP-HP, sur les programmes de construction et d'équipements hospitalo-universitaires...

L'organisation hospitalo-universitaire prévoit que des établissements de santé extérieurs au centre hospitalier régional (CHR : à Paris, il s'agit de l'AP-HP) peuvent être associées au CHU.

Plusieurs conventions d'associations au CHU ont été ainsi conclues avec des hôpitaux publics ne relevant pas de l'AP-HP (CH Sainte-Anne, les Quinze-Vingts) ou de statut privé à but non lucratif (Centre chirurgical Marie-Lannelongue, Institut Curie, hôpital Foch, hôpital Saint-Joseph), ainsi qu'avec des organismes de recherche (INSERM, Institut Pasteur, CEA).

Ces conventions prévoient généralement la mise à la disposition par le CHU de personnel enseignant, la participation des établissements concernés aux missions d'enseignement et de recherche médicale, l'accueil ou l'affectation d'étudiants et d'internes...

Quelques précisions...

L'organisation universitaire, en lien avec celle des hôpitaux, relève de la loi n° 2007-1199 du 10 août 2007, codifiée aux articles L. 713-1 et s. du Code de l'Éducation.

Les universités regroupent diverses composantes :

- des unités de formation et de recherche (UFR), des départements, laboratoires et centres de recherche, créés par délibération du conseil d'administration de l'université après avis de son conseil scientifique ;
- des écoles ou des instituts, créés par arrêté du ministre chargé de l'Enseignement supérieur, sur proposition ou après avis du conseil d'administration de l'université et du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Les UFR sont administrées par un conseil et dirigées par un directeur élu par ce conseil (le **doyen**).

Le doyen est élu pour une durée de cinq ans renouvelable une fois. Il est choisi parmi les enseignants-chercheurs, les enseignants ou les chercheurs qui participent à l'enseignement, en fonctions dans l'unité.

Le directeur de l'UFR a notamment qualité pour signer au nom de l'université les conventions qui ont pour objet de déterminer la structure et les modalités de fonctionnement du CHU (art. L. 713-4, Code de l'Éducation).

La formation initiale et le développement professionnel continu

La loi prévoit que les établissements qui assurent le service public hospitalier participent à des missions qui ne relèvent pas directement de l'administration des soins : parmi celles-ci, la formation des professionnels.

La réglementation en vigueur dissocie très précisément la formation initiale des secteurs paramédicaux, de sages-femmes et du secteur social, conduisant à l'obtention d'un diplôme d'État et la formation continue des professionnels de santé.

Les instituts de formation initiale :

Ces Instituts ont pour mission d'assurer la scolarité des étudiants admis après concours et de les conduire à l'obtention du diplôme d'Etat correspondant (paramédical, sage-femme, assistant socio-éducatif).

L'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) :

L'IFCS délivre le diplôme Cadre pour l'ensemble des filières paramédicales. Un partenariat avec l'Université Paris IX Dauphine permet d'obtenir l'équivalence d'une 1^{ère} année de Master.

Les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)

Références

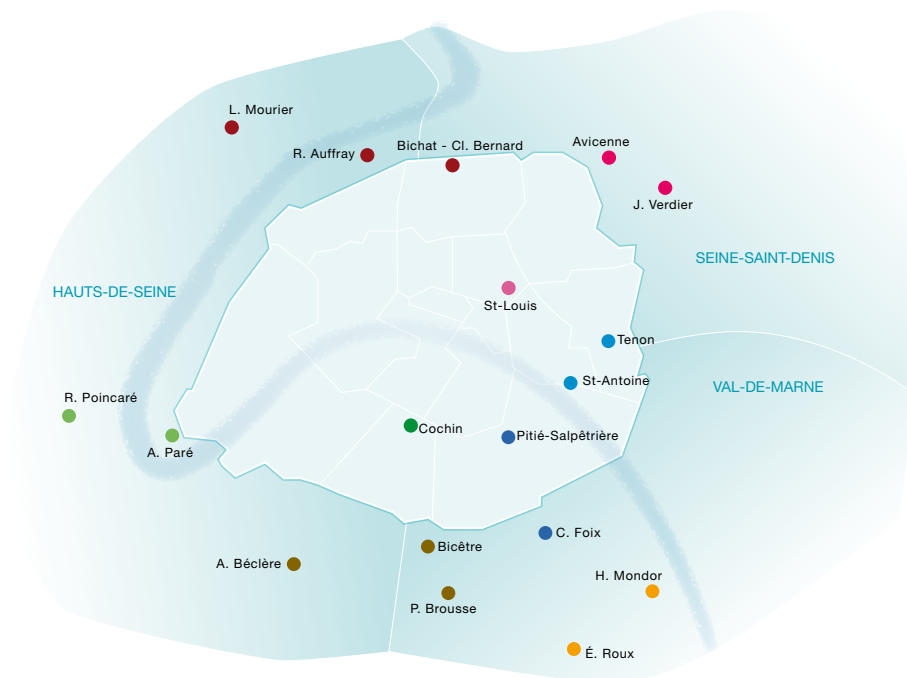
Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier.

Circulaire interministérielle DHOS du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de Licence aux infirmiers diplômés d'Etat.

L'AP-HP dispose de 18 IFSI :

- IFSI Ambroise-Paré
- IFSI Avicenne
- IFSI Bichat
- IFSI Cochin
- IFSI Henri-Mondor
- IFSI Louis-Mourier
- IFSI Pitié-Salpêtrière
- IFSI René-Auffray
- IFSI Saint-Louis
- IFSI Antoine-Béclère
- IFSI Bicêtre
- IFSI Charles-Foix
- IFSI Emile Roux
- IFSI Jean-Verdier
- IFSI Paul-Brousse
- IFSI Raymond-Poincaré
- IFSI Tenon
- IFSI Saint-Antoine

Les IFSI de l'AP-HP



Les Instituts de Formation d'Aides-Soignants (IFAS) et Institut d'Auxiliaires de puériculture :

L'AP-HP dispose de 13 IFAS (intégrés dans les IFSI) et d'une école d'auxiliaires de puériculture rattachée à l'école de puériculture.

Les Instituts de formation spécialisés dont l'accès nécessite le diplôme d'Etat infirmier :

- Institut d'Infirmiers Anesthésistes (IADE)
- Institut d'Infirmiers de Bloc Opératoire IBODE
- Ecole de puériculture (puéricultrices)

Les Instituts de formation aux professions paramédicales médico-techniques :

- L'Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale (IFMEM)
- L'Institut de Formation des Masseurs-Kinésithérapeutes (IFMK)
- L'Institut de Formation des Techniciens de Laboratoire Médical (IFTLM)
- Le Centre de Formation pour les Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (CFPPH)

Les écoles de sages-femmes :

- École de Sages-femmes Cochin/Baudelocque
- École des Sages-femmes St-Antoine

L'Institut de Formation en Travail Social (IFTS) :

Il forme les assistants socio-éducatifs.

Les centres de formation continue

Le personnel non médical :

Au sein de l'AP-HP, le CFDC gère plusieurs centres de formation continue pour le personnel non médical. Ils sont constitués par filière :

- Management
Institut de Formation des Cadres (IFCS)
- Administrative
Centre de la Formation aux Techniques Administratives (CFTA)
- Technique et Ouvrière
Centre de Formations Techniques et Ouvrières (CFTO)
- Infirmière et Aide-soignante
Centre de la Formation Continue pour le Personnel Hospitalier (CFCPH)
- Gestes d'Urgence
Centre d'Enseignement aux Soins d'Urgence (CESU)
- Médico-Technique, Sages-femmes et Travail Social
L'ensemble des Instituts de formations médico-techniques, sages-femmes et travail social disposent d'une activité de formation continue.

Le personnel médical :

Le Département Développement Professionnel Continu Médical (DDPCM) : Au sein de cette structure, l'AP-HP a créé en 1991 l'École de management des médecins des hôpitaux (EMAMH). Cette structure de formation propose à l'ensemble des praticiens et cadres supérieurs hospitaliers des dispositifs de formation modulaires en management hospitalier et en sciences médicales.

Pionnière en France dans cette démarche de formation des médecins au management hospitalier, l'AP-HP a progressivement enrichi et adapté son offre aux évolutions de la gouvernance hospitalière. L'originalité de cette école est d'accueillir et de réunir sous une même structure l'ensemble des praticiens et leurs collaborateurs qui assument des responsabilités managériales ou qui seront amenés à en assumer dans un avenir proche.

Formation continue des professionnels hospitaliers :

Promu par la loi " HPST " du 21 juillet 2009, le développement professionnel continu : « a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. »

Il constitue une obligation légale pour notamment les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les professionnels paramédicaux.

L'importance de la formation pour la qualité des soins n'est plus à souligner : elle constitue pour tous les professionnels hospitaliers, et pas seulement pour les personnels médicaux, une nécessité incontournable.

Le Centre de la Formation et du Développement des Compétences (CFDC)

Le CFDC, pôle d'intérêt commun rattaché à la Direction des Ressources Humaines de l'AP-HP, représente le plus grand centre de formation des personnels de santé en France.

Il a pour missions :

- d'assurer pour le compte de la Région et pour répondre aux besoins de l'AP-HP l'organisation des concours et la scolarité des étudiants en Instituts de formation paramédicale, en Ecoles de sages-femmes et en Instituts de formation en travail social, en vue de l'obtention d'un diplôme d'Etat. Il dispose de 30 Instituts de formation regroupant 8000 étudiants dont 6500 étudiants en soins infirmiers.
- de contribuer à la mise en œuvre du développement professionnel continu des 90 000 personnels de l'Institution. Il accompagne et applique à ce titre les orientations de formation de l'AP-HP en lien avec les services de formation des groupes hospitaliers. Il coordonne l'action des 5 centres de formation continue qui lui sont rattachés.

Les professions de santé ont vocation à s'intégrer dans le processus Licence Master Doctorat (LMD), en application des accords de Bologne visant une harmonisation des formations universitaires au niveau Européen.

Cette mise en œuvre est déjà effective pour la profession infirmière depuis septembre 2009 (arrêté du 31 juillet 2009). Dans ce cadre, les étudiants en soins infirmiers, outre leur diplôme d'État, disposeront du grade de Licence.

Des conventions sont passées avec les universités disposant d'une UFR de médecine.



La recherche

Une mission essentielle du CHU

Tout au long des évolutions législatives, le développement de la recherche médicale a été étroitement lié à l'évolution du service public hospitalier. Les réformes hospitalières successives ont prévu une plus grande coordination de tous les acteurs de la recherche (hôpital, établissement public scientifique et technologique et université) pour une recherche française plus innovante et dynamique.

La recherche est une mission de service public hospitalier : elle est inscrite à l'article L. 6112-1 du CSP. Cette disposition s'applique tout particulièrement à l'AP-HP.

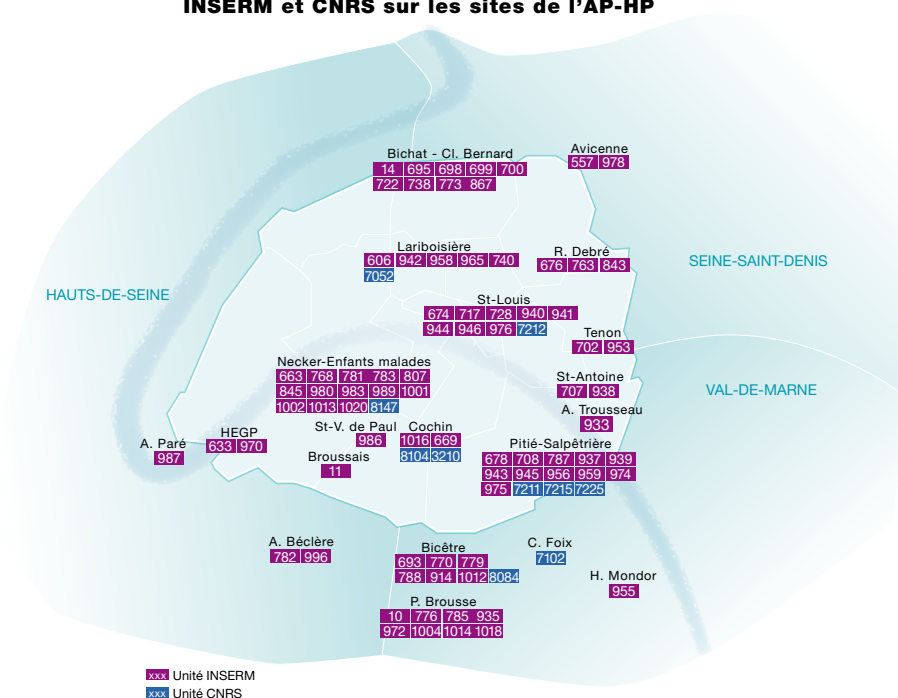
La recherche clinique

Elle se définit comme la recherche médicale appliquée aux soins, située en aval de la recherche fondamentale et préalable à la diffusion des activités médicales innovantes. C'est une recherche " au lit du patient ", effectuée sur des personnes malades ou non. Ses objectifs sont l'amélioration de la santé humaine et le progrès des techniques de soins.

Elle recouvre trois domaines principaux au sein de l'AP-HP : les médicaments (57 %), la physiologie et la physiopathologie, et les dispositifs médicaux (cf. site de la DRCD).

La recherche clinique se fait en lien avec les établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST : l'INSERM et le CNRS notamment) et leurs unités spécialisées.

Implantation géographique des unités de recherche INSERM et CNRS sur les sites de l'AP-HP



Le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)

Ce programme, organisé et financé par le ministère de la Santé sur des crédits de l'assurance maladie, a pour objectif de développer sans cesse l'innovation médicale.

Il encourage la multiplication des projets de recherche clinique au sein des hôpitaux en finançant ces projets (financement national et appel à projets). Une circulaire annuelle en prévoit les conditions de mise en œuvre.

Le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)

Ce programme organisé et financé par le Ministère de la santé a pour objectif de promouvoir la recherche infirmière et paramédicale, et l'amélioration des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux dans les établissements de santé.

Une circulaire annuelle en prévoit les conditions de mise en œuvre.

La recherche biomédicale

La recherche biomédicale fait partie de la recherche clinique. Elle est organisée depuis la loi du 20 décembre 1988 modifiée (relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales⁴, initialement dénommée loi " Huriet-Sérusclat ") dans des conditions qui visent à la fois à garantir la qualité de la recherche et les droits des patients.

Le domaine de recherche circonscrit par cette loi est le suivant : " *les recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales* ".

Le comité de la recherche

Depuis l'ordonnance du 2 mai 2005, **un comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRBSP)** est constitué dans chaque CHU. Il est obligatoirement consulté sur les conditions dans lesquelles l'établissement organise sa politique de recherche conjointement avec les universités et avec les EPST ou autres organismes de recherche ayant passé une convention d'association au fonctionnement du CHU. Ce comité a remplacé le comité de coordination hospitalo-universitaire (v. p. 106) et, au sein de l'AP-HP, le conseil scientifique qui y avait été initialement constitué.

4 - Références : articles L. 1121-1 à L. 1126-7 et articles R. 1121-1 à R. 1125-6 du CSP

Les comités de protection des personnes

L'application de la loi sur la recherche biomédicale fait intervenir des comités de protection des personnes (CPP)⁵. Ceux-ci examinent les protocoles de recherche sur l'être humain avant leur mise en œuvre, donnent un avis sur leurs conditions de validité et ont mission générale de veiller à la protection des personnes qui s'y prêtent. Ils sont également saisis des constitutions de collections d'échantillons biologiques humains.

La loi prévoit (art. L.1123-1 du CSP) que le ministre de la Santé agréé au niveau régional ou inter-régional des comités de protection des personnes et détermine leur compétence territoriale. Leurs membres sont nommés par le directeur général de l'Agence régionale de santé dans laquelle le comité a son siège.

Les comités exercent leur mission en toute indépendance. Ils sont dotés de la personnalité juridique. Ils sont composés de manière à garantir leur indépendance et la diversité des compétences dans le domaine biomédical et à l'égard des questions éthiques, sociales, psychologiques et juridiques. Ils comportent, en leur sein, des représentants d'associations de malades ou d'usagers du système de santé (art. L. 1123-2 du CSP).

Liste des comités de protection des personnes en Île-de-France agréés

(arrêté ministériel du 12 juin 2006)

- CPP " Île-de-France I " : Hôtel-Dieu,
- CPP " Île-de-France II " : hôpital Necker-Enfants malades,
- CPP " Île-de-France III " : hôpital Tarnier-Cochin,
- CPP " Île-de-France IV " : hôpital Saint-Louis,
- CPP " Île-de-France V " : hôpital Saint-Antoine,
- CPP " Île-de-France VI " : hôpital Pitié-Salpêtrière,
- CPP " Île-de-France VII " : hôpital de Bicêtre,
- CPP " Île-de-France VIII " : hôpital Ambroise-Paré,
- CPP " Île-de-France IX " : groupe hospitalier Henri-Mondor - Albert-Chenevier,
- CPP " Île-de-France X " : hôpital Robert-Ballanger (Aulnay-sous-Bois),
- CPP " Île-de-France XI " : centre hospitalier intercommunal de Poissy - Saint-Germain en Laye.

5 - art. L. 1123-1 et s., R. 1123-1 et s., du CSP

Les acteurs de la recherche à l'AP-HP

Le Département de la recherche clinique et du développement

Le Département de la recherche clinique et du développement (DRCD) joue un rôle essentiel pour la recherche institutionnelle.

Rattaché depuis 1994 à la Direction de la Politique Médicale de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, le DRCD est composé d'une structure centrale, de 12 unités de recherche clinique (URC) situées dans les groupes hospitaliers de l'AP-HP au plus près des investigateurs, de 2 structures transversales : l'URC médico-économique, l'Unité Essais Cliniques (UEC) rattachée à l'AGEPS-École de chirurgie.

Le Département de la recherche clinique et du développement comprend également l'Office de Transfert de Technologies et des Partenariats Industriels (OTTPI). L'OTTPI est chargé de la négociation des aspects de propriété intellectuelle des contrats avec les partenaires publics ou privés des recherches.

Plus généralement, l'OTTPI est en charge de la valorisation des innovations et de la mise en place de partenariats de recherche et développement ou des projets de recherche collaboratifs.

Ses missions

Le Département de la recherche clinique et du développement est chargé de piloter les projets de recherche développés par l'AP-HP et de suivre l'ensemble des activités de recherche se déroulant au sein de l'AP-HP.

A ce titre, il contribue à la définition de la politique de recherche de l'AP-HP.

Il met en particulier en œuvre l'ensemble des règles de promotion (au sens des articles L. 1121 et suivants du CSP) et de gestion de la recherche clinique au sein de l'AP-HP. Il contrôle la réalisation des projets de recherche de l'AP-HP, par l'intermédiaire des unités de recherche clinique (URC), antennes locales du Département situées au sein des groupes hospitaliers de l'AP-HP.

Il met également en œuvre une politique de valorisation de la recherche et le suivi des indicateurs permettant de déterminer l'enveloppe MERRI de l'AP-HP.

Le DRCD assure une fonction d'expertise concernant en particulier l'organisation des activités de recherche et d'innovation. Les équipes du DRCD réalisent, dans ce cadre, les activités suivantes :

- promouvoir le développement la recherche clinique à l'AP-HP en Île-de-France, en France et au niveau européen et international,
- assurer la diffusion, auprès des investigateurs de la DIRC Île-de-France, des appels à projets,
- assurer la gestion du PHRC régional, des appels à projets et à candidatures internes ainsi que des demandes de promotion " hors appel d'offres " en

- lien avec la Commission d'Expertise Scientifique (CES) de la DIRC Île-de-France en faisant appel à des experts,
- veiller à la production des indicateurs de la recherche : indicateurs de la part modulable de financement dédiée aux Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI) à travers les outils développés à cet effet (SIGAPS, SIGREC) et en assurer l'analyse,
 - valoriser, le cas échéant, les données et les résultats de la recherche par son Office du Transfert de Technologie et des Partenariats Industriels (OTT&PI) : dépôts de demandes de brevets, contrats de confidentialité, contrats d'exploitation (licence, commercialisation), contrats de transfert de savoir-faire, contrats d'accès aux données et/ou au matériel biologique,
 - développer l'expertise juridique et la veille réglementaire,
 - faciliter les essais à promotion industrielle, ainsi que les essais institutionnels ou académiques hors AP-HP,
 - gérer des outils de communication (site Internet, Lettre DRCD - DIRC), organiser la communication du DRCD,
 - assurer l'animation et la formation des personnels de recherche, en lien avec les URC,
 - procéder ou participer à l'évaluation des structures et des projets de recherche.

Le DRCD assure l'ensemble des missions liées à la promotion et à la gestion des projets de recherche développés par l'AP-HP, ainsi que la coordination des essais à promotion industrielle et académique.

Il est à noter, au regard de la nouvelle organisation de la recherche clinique prévue au sein d'une circulaire du 29 juillet 2011, que les Directions inter-régionales à la recherche clinique (DIRC) deviennent des groupements inter-régionaux de recherche clinique et d'innovation. Une convention associant tous les établissements concernés devra être nécessairement mise en œuvre.

Les unités de recherche clinique (URC), URC médico-économique et UEC rattachée à l'AGEPS-École de chirurgie

En raison du nombre important de protocoles de recherche gérés ou suivis par l'AP-HP, le DRCD a créé des unités de recherche clinique (URC) pour la gestion déconcentrée de certaines de ses missions.

Les principales missions des URC sont les suivantes :

- déployer une assistance méthodologique auprès des investigateurs : mettre en œuvre le monitoring des projets ;
- assurer la gestion des données des projets ;
- participer à la coordination des activités de recherche du groupe hospitalier.

Il existe 2 structures transversales : l'URC médico-économique et l'Unité Essais Cliniques rattachée à l'AGEPS-École de chirurgie.

L'**URC médico-économique** assure l'évaluation médico-économique des innovations diagnostiques, thérapeutiques, organisationnelles qui s'intègrent aux protocoles de recherche menés en collaboration avec les cliniciens.

Les collaborations concernent l'ensemble des URC et plus généralement toutes les structures des établissements franciliens impliqués dans la recherche biomédicale et en santé.

L'URC médico-économique Île-de-France a pour principale mission l'activité de soutien et d'aide à la réponse aux appels d'offres qui comportent une problématique en économie de la santé et/ou en recherche sur les services de santé des établissements d'Île-de-France.

L'**unité essais cliniques (UEC) rattachée à l'AGEPS-École de chirurgie** assure l'organisation et la gestion des aspects pharmaceutiques des essais cliniques promus par l'AP-HP et portant sur un produit de santé. Elle assure les missions suivantes :

- contribuer à l'instruction des projets de recherche
- participer à la planification des projets en lien avec le DRCD-Siège et l'URC en fonction de la disponibilité des produits.
- préparer, certifier et envoyer les traitements vers les centres d'investigation : cette prise en charge logistique intègre les étapes de commandes, gestions des stocks, conditionnement, étiquetage, mise en insu, approvisionnement des centres (niveau national) et organisation des retours pour destruction centralisée.
- former les intervenants aux aspects pharmaceutiques de la recherche clinique, en liaison avec les autres intervenants (DRCD-Siège, URC, Universités...).

Les structures de recherche communes avec les partenaires de recherche

Des structures, rattachées aux groupes hospitaliers de l'AP-HP, constituent des centres de soutien à l'investigation clinique : elles permettent aux groupes hospitaliers d'assurer leur mission de centres investigateurs.

Les centres d'investigation clinique (CIC)

Les centres d'investigation clinique (CIC) constituent des structures de recherche créées et gérées conjointement par l'Inserm et les établissements de santé, généralement des CHU, qui les hébergent et assurent en pratique leur fonctionnement. Leur mission est d'assurer le transfert des concepts issus des structures de recherche fondamentale du site hospitalo-universitaire (recherche translationnelle).

Ces structures sont des unités géographiques, pouvant comporter plusieurs lits ou places, permettant d'offrir aux médecins investigateurs la possibilité de disposer de locaux et de moyens humains et matériels adaptés aux activités de recherche clinique, pour la réalisation de projets de recherche institutionnels ou industriels, portant sur l'homme sain ou malade.

Les centres de recherche clinique (CRC)

Les GH qui ne disposeraient pas d'au moins un centre d'investigation clinique (CIC) labellisé par le ministère de la santé (DGOS) et l'Inserm pourront présenter un dossier de demande de création d'un centre de recherche clinique (CRC). Le CRC est l'équivalent d'un CIC (interface chercheurs / participants), mais ne bénéficie pas du label de l'Inserm. Cette demande sera étudiée par la DPM (DRCD). Un accompagnement à la mise en place d'un CRC pourra être envisagé à destination des GH concernés.

Les centres d'investigation biomédicale (CIB)

Des centres d'investigation biomédicale (CIB) ont été mis en place à l'AP-HP. Les CIB ont vocation à être des structures fédératives regroupant des unités d'investigation biomédicale (UIB) thématiques transversales (pouvant concerner des laboratoires mais aussi des services d'exploration fonctionnelle, de médecine nucléaire et d'imagerie médicale) permettant de réaliser des activités de diffusion d'innovations et de recherche, notamment "translationnelle". Les CIB doivent également permettre de mieux identifier, quantifier et évaluer les actes de biologie effectués dans le cadre de la recherche.

Les centres de ressources biologiques (CRB)

Les centres de ressources biologiques (CRB) rassemblent des collections de matériels biologiques d'origine humaine (tissus, cellules, ADN...). Les CRB sont chargés de la conservation de ces matériels et de la fourniture de ressources biologiques pour la recherche. Les CRB garantissent l'accès à leurs ressources dans le cadre des programmes de recherches.

Les Comités locaux de la Recherche Biomédicale et en Santé Publique (CLRMBS)

Des comités de la recherche biomédicale et en santé sont mis en place au sein des sept périmètres hospitalo-universitaires locaux, sur le modèle du Comité de la Recherche en Matière Biomédicale et de Santé Publique (CRMBS).

Chaque comité local associe des représentants du (ou des) groupes hospitaliers, de l'université associée au (ou aux) GH et des organismes de recherche (notamment l'Inserm). Il comporte obligatoirement le (ou les) responsable(s) de l'URC (ou des URC). Ainsi constitué, le comité permet de faire vivre le partenariat nécessaire, au sein du périmètre hospitalo-universitaire local, entre le (ou les) groupes hospitaliers, les organismes de recherche et l'université.

Ce comité est chargé, en lien avec l'ensemble des partenaires institutionnels du site hospitalo-universitaire, de participer à la définition de la politique de recherche du (ou des) groupes hospitaliers, dont les orientations seront débattues, au niveau central, par le CRMBS. Ces comités sont notamment chargés de suivre la mise en œuvre des conventions hospitalo-universitaires

d'objectifs stratégiques. Ils remplacent les comités de coordination hospitalo-universitaire prévus au sein des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires.

Ces comités participent ainsi à mieux affirmer la mission de recherche dans la gouvernance des groupes hospitaliers.

III - Qualité et sécurité des soins, évaluation

La loi du 21 juillet 2009 "HPST" a érigé la qualité en exigence prioritaire pour l'ensemble du système de santé.

S'agissant des établissements de santé, elle réaffirme, après les lois du 31 juillet 1991 et du 4 mars 2002 en passant par les ordonnances du 24 avril 1996, l'importance des actions relatives à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi que les obligations d'évaluation qui concernent l'ensemble des processus et activités... et tous les professionnels de santé.

Le dispositif introduit par la loi du 21 juillet 2009 est articulé autour des points suivants :

- les décisions en matière de politique d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des soins, ainsi qu'en ce qui concerne les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers sont conjointes entre le directeur, président du directoire, et le président de la CME, vice-président du directoire ;
- le président de la CME et la CME possèdent des compétences légales et réglementaires spécifiques en la matière ;
- les établissements de santé doivent disposer d'un programme d'actions - et d'un seul - sur la qualité des soins, et ce programme doit reposer sur des priorités (risques infectieux, médicamenteux,...) et une gestion des risques liés à leurs activités ;
- la mise en cohérence des dispositifs sur la qualité est renforcée. Ainsi, le programme d'actions doit tenir compte des priorités issues des différents processus de contrôle d'évaluation et de contractualisation ;
- le contrat de pôle doit décliner la politique de l'établissement en matière de politique et de qualité des soins ;
- les avis du conseil de surveillance, du comité technique d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont requis dans la mise en œuvre de cette politique.

La certification

La mise en place dans tous les établissements de santé de notre pays d'une procédure de certification a été prévue par l'ordonnance du 24 avril 1996.

La loi précise qu'

" afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée (certification) " (art. L. 6113-3 du CSP)

Cette procédure (initialement dénommée " accréditation ") est conduite par la Haute autorité de santé (HAS) et vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou le cas échéant d'un ou de plusieurs services ou activités de l'établissement (même article).

La certification s'effectue par référent notamment à un manuel national de certification établi par la HAS. Trois manuels ont été élaborés successivement. Le plus récent (V10) a été publié en 2009.

Au sein de l'AP-HP, il appartient à chaque hôpital ou groupe hospitalier de prendre l'initiative de solliciter la HAS quand il se sent prêt à s'engager dans la démarche de certification. Toutefois, dans l'hypothèse où il ne l'aurait pas fait dans un délai de 5 ans, l'Agence régionale de santé est fondée à engager la démarche à sa place.

L'AP-HP et la HAS ont conclu ensemble en 2009 pour la mise en œuvre de la certification un "*accord pour l'organisation de la procédure de certification "V 2010 " au sein de l'AP-HP "*.

Les articles R. 6113-12 à R. 6113-16 du CSP décrivent les règles essentielles de la **procédure de certification** :

- l'information préalable de l'établissement et de l'ARS sur le calendrier de la ou des visites de certification et sur la désignation des experts visiteurs,
- l'organisation préalable d'une auto-évaluation par l'établissement avant la visite de certification, et la transmission des résultats de cette auto-évaluation à la Haute autorité de santé (HAS),
- le signalement aux autorités concernées, le cas échéant et par les experts visiteurs, des faits et manquements constatés mettant en jeu la sécurité des patients,
- la rédaction d'un rapport d'expertise établi à partir des documents d'analyse retenus pour la procédure de certification, des visites sur site et des résultats de l'auto-évaluation,
- l'examen par le collège de la Haute autorité de santé des contestations relatives aux experts et au contenu du rapport,
- la possibilité pour le public de consulter les rapports d'expertise et la décision de certification.

La publication d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La prise de conscience de l'importance des questions liées à la qualité et à la sécurité des patients a conduit le législateur à mettre en place un nouveau dispositif comprenant l'obligation pour les établissements de disposer d'indicateurs fondamentaux, et de faire connaître ces résultats au public (art. L.6144-1 du CSP). L'enjeu est de disposer d'un système d'information partagé qui puisse être à la disposition de tous : les usagers du système de santé, les professionnels des établissements et des institutions de santé, les tutelles. Le Ministère de la santé a mis en œuvre, en lien avec la Haute autorité de santé (HAS), un dispositif de généralisation d'indicateurs dans tous les établissements de santé.

Il s'agit d'une obligation auquel aucun établissement ne peut se soustraire.

10 indicateurs nationaux ont été retenus en 2010 pour la publication que doit effectuer chaque établissement de santé (arrêté ministériel du 30 déc. 2009) :

Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :

1. ICALIN : indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
2. ICHSA : indice de consommation de produits hydro-alcooliques
3. SURVISO : indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire
4. ICATB : indice composite de bon usage des antibiotiques
5. Score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs ci-dessus

Indicateurs de qualité issus du dossier du patient hospitalisé en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) :

6. Tenue du dossier patient
7. Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation
8. Traçabilité de l'évaluation de la douleur
9. Dépistage des troubles nutritionnel
10. Tenue du dossier anesthésique.

Les orientations institutionnelles de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques pour la période du Plan stratégique 2010-2014 sont traduites en cibles prioritaires. Celles-ci sont assorties d'objectifs, d'un calendrier de mise en œuvre, établi en fonction de priorités, et d'éléments de suivi pouvant faire l'objet d'une contractualisation.

Chaque groupe hospitalier ou hôpital ne relevant pas d'un groupe hospitalier est tenu de construire son propre programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, incluant de plans d'actions institutionnels et des plans d'actions spécifiques.

Le Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT)

Ses missions :

Créé en 1982, ce comité est chargé de formuler des recommandations au Directeur Général sur l'opportunité, l'ampleur et les modalités de diffusion des innovations technologiques. Ses recommandations reposent sur l'analyse des données nationales et internationales et du cadre juridique national permettant d'apprécier les performances techniques, l'efficacité, l'efficience et la sécurité des technologies innovantes ainsi que leurs conséquences économiques, organisationnelles, et les questions posées sur le plan éthique.

Son fonctionnement :

Le CEDIT identifie et sélectionne les innovations technologiques à évaluer, soit par le biais d'une saisine, soit à travers une fonction de veille technologique.

Le pôle innovation et veille technologique (PIVT), rattaché au Département de la recherche clinique et du développement (DRCD), assiste le CEDIT dans toutes ses missions :

- il instruit les dossiers d'évaluation des innovations technologiques, en liaison avec les structures concernées, afin d'apporter une aide à la décision
- il assure une mission de veille technologique par une mise à disposition de l'institution d'informations sur des technologies émergentes et sur des résultats d'évaluation
- il participe aux travaux et réflexions des réseaux européens et internationaux dans le domaine de l'évaluation et de la veille technologique
- il assure la transmission des dossiers aux structures ou personnes concernées par la mise en œuvre des décisions.

Sa composition :

Le CEDIT est composé de vingt-six membres dont vingt médecins ou pharmaciens nommés pour trois ans par arrêté du Directeur Général.

IV - Les contrôles sur l'AP-HP

De nombreux contrôles sont exercés par les pouvoirs publics sur l'AP-HP, aussi bien au point de vue de sa gestion que de la qualité et de la sécurité des soins.

Ils font intervenir notamment l'Agence régionale de santé et le contrôle financier près l'AP-HP.

Ne sont pas développés ici les contrôles exercés en matière de sécurité sanitaire et de qualité des soins notamment par l'AFSSAPS ou par l'Agence de la biomédecine, ni ceux relevant en matière financière de la Chambre régionale des comptes d'Île-de-France.

Par ailleurs, ainsi que cela a été indiqué ci-dessus (v. p. 48), le Conseil de surveillance institué par la loi du 21 juillet 2009 contribue également au contrôle de la gestion de l'établissement.

Le contrôle exercé par l'Agence régionale de santé (ARS)

La loi du 21 juillet 2009 a confié à l'**Agence régionale de santé d'Île-de-France**, dans les conditions de droit commun sauf pour quelques situations d'exception, le soin de contrôler la gestion de l'établissement.

Le directeur général de l'agence exerce directement cette mission et la loi lui attribue des instruments non négligeables en la matière. Il dispose, en sa qualité de représentant de l'État, d'une prérogative générale pour

" réguler, orienter et organiser (...) l'offre des services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins (...) et à garantir l'efficacité du système de santé ".

Par ailleurs, *" (il autorise) la création et les activités des établissements et services de santé (...), (contrôle) leur fonctionnement et (alloue les ressources qui relèvent de sa compétence) "* (art. L. 1431-2 et L. 1432-2 du CSP).

Ce rôle, qui s'appuie notamment sur le document de référence que constitue le schéma régional d'organisation des soins (SROS) s'illustre autant à l'égard du conseil de surveillance que du directoire et de son président, par le **contrôle systématique de leurs délibérations et de leurs actes** (art. L. 6143-4 du CSP).

Dispositions spécifiques à l'AP-HP

La loi du 21 juillet 2009 a mis fin aux dispositions qui prévoyaient en matière budgétaire que le contrôle de l'État sur l'AP-HP était exercé non pas par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France, mais par un conseil de tutelle interministériel.

Le régime applicable à l'AP-HP conserve toutefois en la matière quelques particularités (art. L. 6143-4 du CSP) :

- les décisions du directeur général de l'AP-HP relatives au programme d'investissement et au plan global de financement pluriannuel sont réputées approuvées si le directeur général de l'ARS d'Île-de-France et les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget n'ont pas fait connaître leur opposition dans des délais déterminés par voie réglementaire, du fait de la non-conformité de ces documents aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le maintien à l'équilibre ou avec le redressement de l'établissement ;
- lorsque l'EPRD de l'AP-HP est présenté en déséquilibre, le directeur général de l'ARS d'Île-de-France ne peut l'approuver qu'après avis conforme des ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget.

Le directeur général de l'ARS assiste aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative et peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour du conseil.

Il peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications utiles à son contrôle de l'AP-HP.

Il peut imposer le cas échéant à l'AP-HP (en utilisant le cas échéant ses prérogatives budgétaires) la mise en place de coopérations - telles que la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec un autre établissement de santé - et s'immiscer directement, en cas de restructuration, dans la gestion interne de l'AP-HP : suppression d'emplois, placement de praticiens en position de recherche d'affectation...

Pour mener à bien ses différentes missions, l'Agence a accès aux données issues des systèmes d'information des établissements de santé (dont l'AP-HP) et des organismes d'assurance maladie (art. L. 1435-6 du CSP), dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes. Plus généralement, l'AP-HP, comme les autres établissements de santé, publics comme privés, doit transmettre à l'agence régionale

" les informations relatives à (ses) moyens de fonctionnement, à (son) activité, à (ses) données sanitaires, démographiques et sociales qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de (ses) ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaires, ainsi qu'aux contrôle de (son) activité de soins et de (sa) facturation " (art. L. 6113-8 du CSP).

On notera qu'en matière de veille, de sécurité et de polices sanitaires, et pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le préfet territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'Agence.

L'Agence participe, sous l'autorité du Préfet territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

Le contrôle financier

Conformément à l'article R.6147 du Code de la Santé Publique, le Contrôle de l'Etat sur l'AP-HP est également exercé par un contrôleur financier, nommé par le ministre du Budget, après avis du ministre de la santé et choisi parmi les membres du contrôle général économique et financier, qui dépend du ministère des Finances.

Les modalités de ce contrôle sont fixées par arrêté conjoint des deux ministres. Elles font référence au décret n° 2005-757 du 4 juillet 2005 relatif au contrôle financier au sein des établissements publics administratifs de l'Etat. Ce contrôle spécifique à l'AP-HP (il s'agit du seul établissement public de santé de notre pays à y être soumis) est ancien (1949) et lié à la taille et à l'importance budgétaire de l'AP-HP.

L'arrêté du 19 octobre 2010 prévoit que le contrôle financier sur l'AP-HP exerce une mission générale de contrôle externe de l'établissement, s'appuyant notamment sur une analyse des risques et de la performance.

Dans ce cadre, le contrôleur financier a entrée avec voix consultative au conseil de surveillance ainsi qu'à diverses instances spécialisées relatives à l'activité et la gestion de l'AP-HP (commission des contrats publics, commission des contractuels...)

Rattaché au siège de l'AP-HP, le contrôleur dispose d'une équipe d'une quinzaine d'agents mis à disposition par l'établissement dont deux adjoints directeurs d'hôpital.

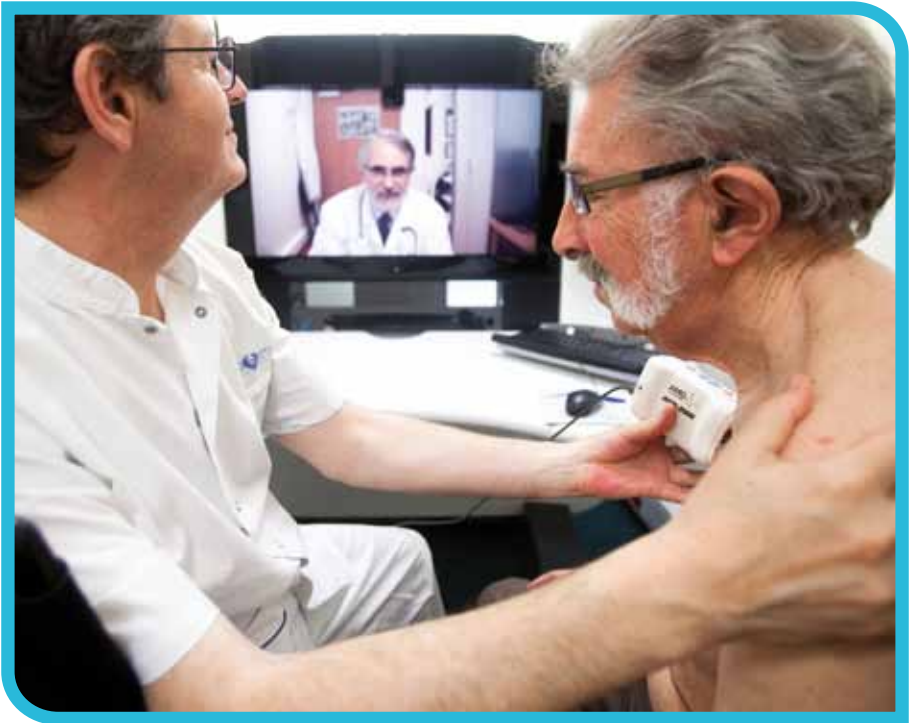
Pour l'exercice de ses missions, il est destinataire d'un certain nombre d'informations relatives notamment à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et aux investissements, et a pleinement accès aux systèmes d'information de l'institution.

Le service est organisé en deux secteurs correspondant aux deux principales missions :

- I Le secteur du personnel**, qui assure un suivi de la masse salariale par le biais, notamment, d'une autorisation préalable (visa) sur les principaux actes de recrutement et les indemnités ;
- I Le secteur des investissements, des marchés et des conventions** : il contrôle les marchés de travaux (classe 2) ainsi que ceux relatifs aux achats de médicaments, de dispositifs médicaux, de fournitures et services divers (classe 6). Son examen porte sur la régularité juridique (respect de la concurrence) et principalement sur leur modalité de financement (comptabilité des engagements). Les conventions et les actes de toute nature ayant un impact financier significatif à court et long terme lui sont également soumis, et notamment ceux relatifs à la gestion du patrimoine.

D'une manière générale, il peut adapter son contrôle en fonction de la qualité du contrôle interne, du système d'information et du degré d'information dont il dispose en amont du processus de décision.

Il est ainsi amené à travers les informations dont il dispose, grâce à sa position originale au sein de l'institution et à l'indépendance dont il bénéficie, à jouer un rôle d'alerte et de conseil vis-à-vis de la direction de l'établissement, du conseil de surveillance et des tutelles, principalement l'Agence régionale de santé, auxquels il adresse, chaque année, ainsi qu'à la Chambre régionale des comptes, un rapport annuel d'activité.



Les règles de la comptabilité publique exigent une séparation entre les fonctions d'ordonnateur exercées à l'AP-HP par le directeur général (qui peut déléguer en partie ses fonctions) et les fonctions de comptable.

Un trésorier-payeur général, fonctionnaire relevant du ministère des Finances, exerce auprès de l'AP-HP les fonctions de comptable de l'établissement public de santé visées par l'article L. 6145-7 du CSP. L'article L. 6145-8 du CSP énonce que :

" Les comptables des établissements publics de santé sont des comptables directs du Trésor ayant qualité de comptable principal ".

Missions

Les missions du trésorier-payeur-général et des services placés sous son autorité sont principalement l'encaissement des recettes et le paiement de toutes les dépenses qui s'effectuent exclusivement par son intermédiaire et sous sa responsabilité, soit directement, soit avec le concours des " régisseurs d'avances et de recettes " qui sont affectés dans les hôpitaux.

L'article L. 6145-8 du CSP prévoit que :

- à la demande du directeur général, le comptable doit l'informer de la situation de paiement des mandats et du recouvrement des titres de recettes, de la situation de trésorerie et de tout élément utile à la bonne gestion de l'établissement ;
 - il paie les mandats dans l'ordre de priorité indiqué par le directeur général.
- Le directeur général peut adresser un ordre de réquisition au trésorier-payeur général si celui-ci lui notifie sa décision de suspendre une dépense. Le trésorier payeur général est tenu de s'y conformer sauf en cas :*
- 1 - d'insuffisance de fonds disponibles ;
 - 2 - de mauvaise imputation comptable des dépenses ;
 - 3 - d'absence de justification de service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement ;
 - 4 - de dépenses mandatées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants lorsque ces crédits ont un caractère limitatif.

Le Trésorier Payeur Général tient la comptabilité générale de l'AP-HP et produit annuellement un compte financier unique qui retrace l'ensemble des opérations conduites par l'ordonnateur.

Il est également à même d'apporter une expertise et une aide à la décision en matière financière, juridique et technique.

A la clôture de l'exercice budgétaire, le directeur général et le trésorier général sont tenus de préparer conjointement le **compte financier** de l'établissement (art. R. 6145-43 du CSP). Ce compte financier est établi par le trésorier général et transmis au directeur général au plus tard le 1^{er} juin de l'exercice suivant celui auquel il se rapporte. Il est visé par le directeur général, qui certifie ainsi que le montant des titres de recettes et des mandats est conforme à ses propres écritures.

Le conseil de surveillance délibère alors sur les comptes et l'affectation des résultats (art. L. 6143-1 du CSP).

La Trésorerie générale de l'AP-HP est pour partie installée au siège de l'AP-HP, au 3, avenue Victoria (Paris 4^{ème}).



Les organisations médicales



Les organisations médicales



L'organisation interne des activités médicales a toujours constitué un élément essentiel de la gestion interne de l'hôpital public.

Elle permet en effet de définir la nature et les caractéristiques des activités, les spécialisations et surtout peut-être, les responsabilités en œuvre pour assurer la plus grande efficacité dans la prise en charge des patients.

Cette organisation, qui est prévue par la loi, a fait longtemps référence de façon quasi-exclusive à la notion de " service médical ". Elle a connu au cours des dernières années d'importantes évolutions, qui témoignent au travers de la promotion de la loi de " pôle d'activité " d'une volonté de mutualiser les ressources humaines et techniques et de garantir une prise en charge globale des patients.

Un autre élément de l'évolution consiste en ce que l'organisation des activités médicales procède désormais de décisions du directeur général prises en concertation avec le directoire, en conformité avec le projet médical de l'établissement (art. L. 6146-1 du CSP).

Ces décisions doivent plus généralement s'inscrire dans les orientations et décisions prises dans le cadre :

- du schéma régional d'organisation des soins (SROS),
- du projet d'établissement et du projet médical
- du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'Agence régionale de santé.

Une série d'activités de soins et d'équipements matériels lourds sont obligatoirement mentionnés par le schéma régional d'organisation des soins, ou dans certains cas, par un schéma inter-régional.

Ces activités et équipements sont actuellement listées par un arrêté ministériel du 12 septembre 2008 (et pour les schémas inter-régionaux, par un arrêté du 24 janvier 2006). La plupart d'entre eux relèvent de dispositions réglementaires normatives - conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement - précisées dans le Code de la santé publique (art. R. 6123-1 et s.).

Il n'a pas été envisagé de présenter dans ce guide l'organisation de l'ensemble des activités médicales de l'AP-HP.

Il a été en revanche jugé souhaitable d'y procéder pour les activités spécifiquement réglementées ainsi que pour celles qui ont à l'évidence une importance particulière au sein de l'AP-HP ou compte tenu des besoins de santé publique auxquels elles répondent.

La loi " HPST " du 21 juillet 2009 prolonge en matière d'organisation médicale la réforme mise en œuvre par l'ordonnance du 2 mai 2005.

Les pouvoirs publics ont souhaité :

- affirmer le principe de la liberté de l'organisation médicale au sein des établissements publics de santé, sous la seule condition qu'ils soient constitués en " pôles d'activité ",
- la désignation à la tête de ces pôles d'activité de responsables médicaux (les chefs de pôle) engagés dans ces fonctions et formés au management des équipes, chargés sous l'autorité du directeur général de la gestion médicale et économique du pôle,
- d'une manière générale, faire évoluer les règles de l'organisation hospitalière afin de donner aux établissements et aux structures médicales une plus grande efficacité.

La gouvernance des activités médicales

Une structure de référence : le pôle d'activité

La loi du 21 juillet 2009 a réaffirmé et précisé les modalités d'organisation interne au sein des établissements publics de santé, et ces règles - exposées à l'article L. 6146-1 du CSP - s'appliquent sans particularité dans les hôpitaux et groupes hospitaliers composant l'AP-HP.

Le principe essentiel de cette organisation, établie pour le bon accomplissement par les hôpitaux publics de leurs missions, consiste en ce qu'ils définissent librement leur organisation interne, sous réserve de s'organiser, pour leurs activités médicales et médico-techniques, en pôles d'activités.

En 2011, l'AP-HP comprend 128 pôles d'activités dont la majorité (79) sont communs à plusieurs sites hospitaliers – au lieu des 189 antérieurement constitués à partir de 2006.

- Ces pôles se caractérisent pour un tiers d'entre eux par des logiques médicales à forte dimension hospitalo-universitaires (périnatalité, neurosciences, cardio-vasculaire...), un autre tiers traduisant une logique métiers organisé autour des plateaux médico-techniques (biologie, imagerie, pharmacie...).
- Certains pôles sont, d'ailleurs, constitués sur un modèle de filière allant des urgences aux soins de suite et de réadaptation ou encore aux soins de longue durée pour personnes dépendantes. Enfin, 9 pôles de cancérologie ont été constitués.

Définition des pôles d'activité

Les textes prévoient que le directeur général définit l'organisation médicale de l'établissement en pôles d'activité. Il doit le faire en conformité avec le projet médical de l'établissement et après avis du président de la commission médicale d'établissement et des doyens concernés.

Les pouvoirs publics ont fait valoir dès l'origine de la promotion des pôles d'activités en 2005, que ces pôles devaient disposer d'une " masse critique " suffisante pour permettre une véritable contractualisation interne au sein de l'établissement. La loi précise que les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.

Sans que les textes ne le prévoient expressément, ces structures internes peuvent être dénommées services, unités fonctionnelles, mais peuvent être dotées d'autres intitulés.

Elle prévoit que dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés " pôles hospitalo-universitaires ".

Les chefs de pôle

Les "chefs de pôle" (cette appellation s'est substituée aux précédents responsables de pôles) sont nommés par le directeur général, pour une durée de 4 ans, sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME conjointement avec le président du comité de coordination de l'enseignement médical (représentant des doyens).

En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur général peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix.

Leur mandat de 4 ans peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

La loi précise que les praticiens hospitalo-universitaires, les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie et pharmacie, les praticiens contractuels et contractuels associés peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique, à l'exception des consultants.

Rôle du chef de pôle

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique a pour mission de mettre en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il lui revient d'organiser, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines. Cette organisation doit être établie :

- en fonction des nécessités de l'activité,
- compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle,
- dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme (art. L. 6146-1 du CSP).

Le contrat de pôle et le projet de pôle

Dans le cadre de la "contractualisation interne", le directeur général signe avec chaque chef de pôle un **contrat de pôle** d'une durée de 4 ans, précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis du président de la CME et du représentant des doyens. Ces avis devant permettre de vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.

La signature du contrat de pôle s'effectue sur proposition du directeur du groupe hospitalier après avis du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et consultation de la commission médicale d'établissement locale.

Le chef de pôle élabore un **projet de pôle** qui définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et les responsabilités confiées aux structures internes et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Il revient au chef de pôle d'organiser la concertation interne au sein du pôle en associant toutes les catégories du personnel.

L'autorité fonctionnelle

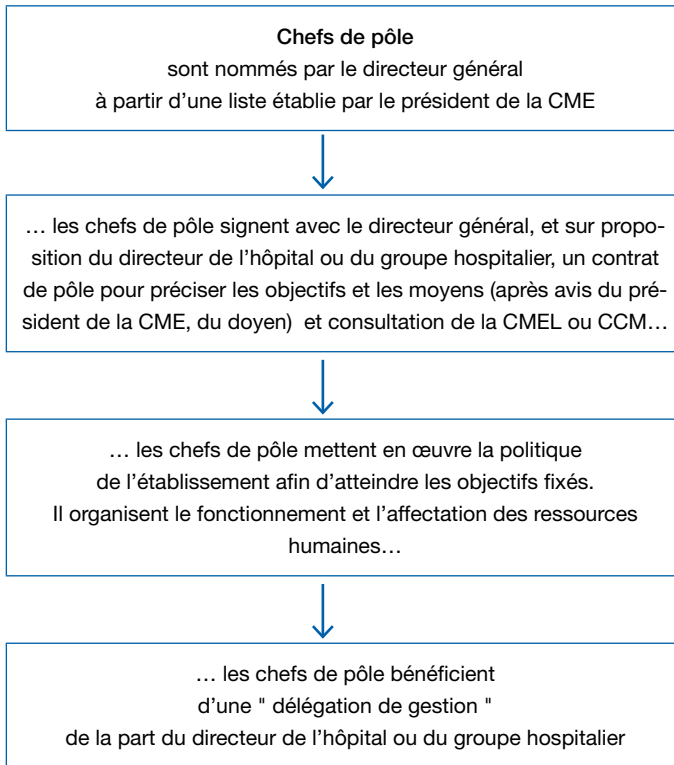
Les chefs de pôle disposent d'une " autorité fonctionnelle " sur les équipes du pôle et donc sur les professionnels, médecins et non-médecins, qui les composent.

Cette notion d'" autorité fonctionnelle " a été explicitée par le ministère de la Santé. Celui-ci a précisé qu'elle présente les caractéristiques du pouvoir hiérarchique avec ses trois composantes traditionnelles : le pouvoir de donner des instructions au personnel sur lequel il s'exerce, le pouvoir d'annuler des décisions prises par les collaborateurs ainsi que le pouvoir de réformer leurs décisions.

En revanche, ce pouvoir hiérarchique n'inclut pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité " investie du pouvoir de nomination " (détenues principalement par le directeur) et qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire. L'autorité fonctionnelle du responsable de pôle s'insère dans l'organigramme hiérarchique global de l'établissement. Elle s'exerce, in fine, sous l'autorité hiérarchique du directeur (c'est-à-dire, au sein de l'AP-HP, le directeur général et par délégation, le directeur de l'hôpital ou du groupe hospitalier) sur l'ensemble des personnels du pôle, y compris sur l'encadrement du pôle et les responsables de ses structures internes, qui disposent eux-mêmes du pouvoir hiérarchique nécessaire à leurs attributions respectives. Les décisions prises par le responsable de pôle dans l'exercice de son autorité fonctionnelle ne peuvent aller jusqu'à remettre en cause les missions et les responsabilités confiées aux structures internes du pôle ⁶.

6 - Voir présentation de la réforme de la gouvernance, DHOS, 2007, www.sante.gouv.fr

Organisation en pôles



Création et transformation des pôles d'activités et de leurs structures internes

Les modalités de ces créations et modifications sont prévues par l'article 9 du règlement intérieur-type de l'AP-HP, par référence aux dispositions légales et réglementaires

Chaque groupe hospitalier est organisé en pôles hospitalo-universitaires (PHU) d'activités cliniques et médico-techniques.

L'organisation des groupes hospitaliers en pôles est définie par le directeur général après concertation avec le directoire et avis du président de la CME, et du CTE central.

L'organisation en pôles est proposée par le directeur du groupe hospitalier après concertation avec le directoire local, après avis du président de la CME, du CTE local, et du doyen.

Les pôles d'activités peuvent comporter des **structures internes** de prise en charge des malades par les équipes médicales, soignantes et médico-techniques.

Ces structures internes peuvent notamment porter le nom de **service**, de **département**, d'**unité fonctionnelle** ou d'**unité clinique**. Elles sont placées sous la responsabilité d'un praticien.

Elles sont créées par décision du directeur du groupe hospitalier prise après concertation avec le comité exécutif, sur la base du contrat de pôle et sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, du président de la CME locale et du comité technique d'établissement local.

Nomination et mission des responsables de leurs structures internes des pôles

Les responsables des structures internes des pôles assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

Ils sont nommés par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME et avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée (le doyen).

Départements hospitalo-universitaires (DHU)

I L'AP-HP labellisera 20 à 30 DHU en 2012,

Dans le cadre du plan stratégique 2010-2014, l'AP-HP a prévu la création de départements hospitalo-universitaires (DHU), nouvelles entités associant un ou plusieurs pôles hospitalo-universitaires et une ou plusieurs unités mixtes de recherche, autour d'une thématique précise, portant un projet construit pour les trois dimensions de soins, d'enseignement et de recherche.

La création des DHU, qui ne seront pas des entités juridiques autonomes, reposera sur la conclusion d'une convention de partenariat entre l'AP-HP, les universités et les organismes de recherche.

Les DHU s'appuieront sur un « comité de direction » composé de cliniciens représentant le ou les pôles constituant le DHU, de responsables de l'enseignement et de chercheurs d'unités mixtes de recherche. Un comité scientifique sera également constitué.

(article 15 du règlement intérieur de l'AP-HP)

L'AP-HP s'inscrit pleinement, comme tout autre établissement de santé, public ou privé, dans la planification sanitaire, dispositif territorial visant à rationaliser l'offre de soins au regard des besoins de la population (art. L. 1431-2 à L. 1434-1 et suivants du CSP).

Le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) d'Île-de-France, élément du projet régional de santé, constitue l'outil principal de planification dans le cadre duquel l'AP-HP réalise la majeure partie de ses activités de soins et dispose de ses équipements médicaux les plus importants (notamment en imagerie médicale).

Un peu d'histoire...

I Les grandes étapes de la planification sanitaire

Les années qui ont suivi la réforme hospitalo-universitaire (ordonnances " Debré " des 11 et 30 décembre 1958) ont connu une extension considérable des moyens affectés à l'hôpital. L'envers de cet effort a été le développement peu ordonné de l'offre hospitalière.

Les pouvoirs publics ont élaboré progressivement dans ce contexte des outils visant à évaluer les besoins de santé et à rationaliser l'offre de soins sur le territoire.

I De la carte sanitaire au SROS

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a été le texte fondateur de la planification. Elle a créé la carte sanitaire, c'est-à-dire un instrument de régulation, reposant sur un découpage géographique en secteurs sanitaires, auxquels correspondaient des indices de besoins permettant de calculer, le nombre théorique de lits ou d'équipements, par activités de soins, nécessaires à la population.

La loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 est venu compléter ce dispositif en prévoyant des schémas d'organisation sanitaire (SROS, devenu " schéma régional d'organisation des soins "), déclinés essentiellement au plan régional, la région s'affirmant ainsi comme l'échelon pertinent de la régulation hospitalière.

Les expressions SROS " I ", " II " et " III " désignent pour leur part les " générations " de SROS. Ainsi, l'AP-HP déploie actuellement ses activités dans le cadre du SROS " III " pour la période 2006-2010, fixé par un arrêté de l'Agence régionale d'hospitalisation du 23 mars 2006. Les dispositions de ce SROS se prolongent jusqu'à la publication prévue en 2012 du nouveau schéma régional d'organisation des soins élaboré par l'Agence régionale de santé.

Ainsi que le prévoit le Code de la santé publique depuis la loi du 21 juillet 2009, le **Schéma régional d'organisation des soins (SROS)** a pour objet :

" de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Il précise dans le respect du principe de liberté d'installation des professionnels de

santé, les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales. Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins [...] notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux.

Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé [...].

Il organise la coordination entre les différents services de santé (...) et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé " (art. L. 1434-7).

Le schéma ne traite pas forcément de toutes les activités de soins au niveau régional. C'est en revanche le cas d'une série d'activités médicales et d'équipements matériels lourds. Le SROS comporte l'identification des besoins et la fixation d'objectifs quantifiés pour toutes les activités de soins (y compris sous la forme d'alternative à l'hospitalisation) et équipements soumis au régime des autorisations.

L'AP-HP dans le SROS et les territoires de santé

Les activités de l'AP-HP se déploient dans un cadre territorial et l'un des éléments majeurs de la loi du 21 juillet 2009 "HPST" est justement de conforter et de développer cette dimension dans l'organisation de l'offre de soins régionale.

Les territoires de santé sont désormais l'un des cadres déterminants de cette organisation. Ils constituent également un lieu-clé de la "démocratie sanitaire" à travers les conférences de territoire qui réunissent dans chaque territoire les différents intervenants et professionnels concernés ou leurs représentants. Leurs limites sont définies par arrêté de l'agence régionale de santé.

La loi prévoit que l'Agence régionale de santé détermine "des territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours" (art. L. 1434-16 du CSP).

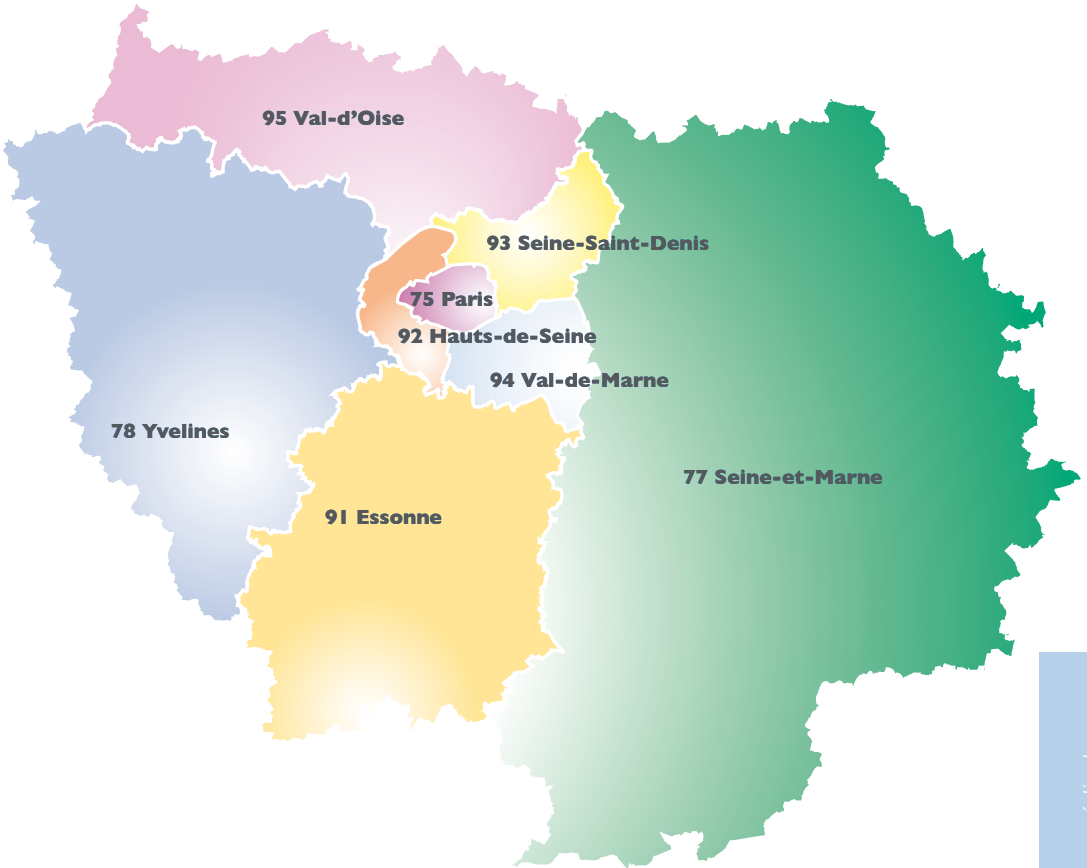
Un arrêté du directeur général de l'ARS d'Île-de-France du 15 novembre 2010 fixe les territoires de santé de la région Île-de-France.

Succédant à une configuration antérieure comprenant 22 territoires, celle désormais en vigueur prévoit que les territoires de santé franciliens sont calqués sur les limites départementales : aux 8 départements que comprend la région correspondent 8 territoires de santé.

Ce choix a tenu compte de la lisibilité forte de ce découpage pour la population et les différentes catégories d'acteurs du système de santé régional. Il favorise la cohérence avec l'action de l'Agence régionale de santé : le territoire départemental est en effet à la fois un territoire d'administration d'Etat (préfecture) et de gestion décentralisée (conseil général). Cet avantage contrebalance un inconvénient relatif consistant en ce que cette territorialisation n'englobe pas nécessairement toutes les problématiques de santé et ne rend pas compte, notamment dans la zone centrale de l'Île-de-France, de la mobilité des populations dans ce domaine et de la forte attractivité de son offre de soins (source : ARS d'Île-de-France, Proposition d'organisation des territoires de santé d'Île-de-France, sept. 2010).

On notera que certains groupes hospitaliers de l'AP-HP sont implantés sur plusieurs territoires de santé à la fois.

Carte des territoires de santé d'Île de France



Une spécificité de l'AP-HP, centre hospitalier et universitaire de la région Île-de-France, est le caractère pluri-régional de son implantation, dans quatre régions en sus de l'Île-de-France.

L'AP-HP est ainsi implantée également en région Picardie (hôpital Paul-Doumer à Liancourt), en région Nord-Pas-de-Calais (hôpital maritime de Berck), en Aquitaine (hôpital marin d'Hendaye) et en Provence-Côte d'Azur (hôpital San Salvador à Hyères). Les hôpitaux situés hors Île-de-France relèvent en principe du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) de leur région d'implantation.

Le contenu du SROS

Le "schéma régional d'organisation des soins" fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

- 1° les **objectifs de l'offre de soins** par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;
- 2° les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- 3° les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
- 4° les missions de service public assurées par les établissements de santé (et les autres opérateurs qui en sont chargés) ;
- 5° Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire. Les autorisations accordées par le directeur général de l'Agence régionale de santé en vertu des 2° et 3° doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins (art. L. 1434-9 du CSP).

Les autorisations d'activités médicales et d'équipements matériels lourds

La mise en œuvre du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) est assurée pour chaque établissement de santé par les autorisations d'activités et d'équipements matériels lourds, délivrées pour 5 ans.

La loi du 21 juillet 2009 est venue modifier le régime des autorisations en ce que celles-ci sont désormais délivrées par le directeur général de l'ARS (art. L. 1432-2 du CSP) dans le cadre du nouveau schéma régional d'organisation des soins. Le Comité régional de l'organisation sanitaire (CROS) qui était jusqu'alors systématiquement consulté, a été supprimé, et est remplacé par une commission spécialisée de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire (art. 31 de la loi du 21 juillet 2009).

Le nouveau SROS détermine le périmètre et le volume de l'offre de soins nécessaire par territoire de santé pour répondre aux besoins de santé de la population régionale : les autorisations vont désigner et préciser parmi les établissements de santé, ceux auxquels est confiée la mise en œuvre des activités sur les différents territoires de santé et les caractéristiques de ces activités.

On mesure l'importance de l'autorisation depuis l'instauration en 2004 d'un mode de financement des hôpitaux indexant l'allocation des ressources sur l'activité (tarification à l'activité ou " T2A ").

Est soumis à autorisation tout projet relatif à la création, l'extension, le regroupement, la conversion totale ou partielle de tout établissement de santé, public ou privé, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds (art. L. 6122-1, R. 6122-25 et R. 6122-26 du CSP).

Aux termes de l'art. L. 6122-2 du CSP, l'autorisation est accordée lorsque le projet est conforme aux trois conditions suivantes :

- le projet répond aux besoins de santé de la population identifiés par le SROS,
- le projet est compatible avec les objectifs fixés par le SROS,
- le projet satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement prévues par voie réglementaire : toute une série de dispositions normatives sont prévues par le Code de la santé publique pour différentes catégories d'activités de soins.

<p>Sont soumises à autorisation les 18 activités de soins suivantes, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation (art. R. 6122-25 du CSP) :</p>	<p>Sont soumis à autorisation les 5 équipements matériels lourds suivants (art. R. 6122-26 du CSP) :</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Médecine - Chirurgie - Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale - Psychiatrie - Soins de suite et de réadaptation - Soins de longue durée - Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques - Traitement des grands brûlés - Chirurgie cardiaque - Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie - Neurochirurgie - Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie - Médecine d'urgence - Réanimation - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale - Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal - Traitement du cancer - Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales 	<ul style="list-style-type: none"> - Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons - Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique - Scanographe à utilisation médicale - Caisson hyperbare - Cyclotron à utilisation médicale

L'autorisation vaut autorisation de fonctionner, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité qui doit être demandée au directeur général de l'ARS. La visite de conformité est réalisée au plus tard six mois après la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation ou la mise en service de l'équipement matériel lourd. Le maintien de la conformité est vérifié après toute modification des conditions d'exécution de l'autorisation.

L'AP-HP étant un seul et même établissement de santé composé de 12 groupes hospitaliers, 3 hôpitaux et de l'hospitalisation à domicile, les demandes d'autorisations sont présentées par la Direction de la politique médicale qui précise le site de l'hôpital concerné par l'activité ou l'implantation de l'équipement médical. L'autorisation est donnée à l'AP-HP, exclusivement pour le site de l'hôpital concerné.

A titre indicatif, l'AP-HP bénéficie en 2011 de 34 autorisations de médecine ; 24 autorisations de chirurgie ; 22 autorisations de médecine d'urgence ; 15 autorisations d'obstétrique dont 5 sites de type III (réanimation néonatale) ; 23 autorisations de soins de suites.

Quelques activités et modes de prise en charge spécifiques

La médecine d'urgence

La mise en place d'un dispositif d'aide médicale urgente a été organisée par la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Elle a précédé de plus de dix ans la réglementation des structures de soins d'urgence (décret du 30 mai 1997), qui a elle-même été modifiée en 2007 (décret du 22 mai 2006) et intégrée dans un cadre légal nouveau, celui de la " médecine d'urgence " : celle-ci recouvre les activités de prise en charge en urgence aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des hôpitaux.

L'activité de soins " médecine d'urgence " est soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé (art. L. 6122-1, R. 6122-25 et R. 6123-1 et s. du CSP).

Elle est exercée selon trois modalités distinctes (art. R. 6123-1 du CSP) :

- la régulation des appels adressés au SAMU,
- la prise en charge des patients par une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), le cas échéant sous forme de " SMUR pédiatrique ", spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons,
- la prise en charge des patients en structure d'urgences ou d'urgences pédiatriques.

La loi prévoit que seuls les établissements de santé (publics ou privés) peuvent être autorisés à comporter une ou plusieurs unités participant au " service d'aide médicale urgente " appelé SAMU (art. L. 6311-2 du CSP).

Elle précise que

" l'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état " (art. L. 6311-1 du CSP).

Le " 15 "

Les services d'aide médicale urgente comportent un Centre de réception et de régulation des appels (CRRRA). Ceux-ci sont interconnectés avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours (art. L. 6311-2 du CSP). Pour répondre dans les plus brefs délais aux demandes d'aide médicale urgente, ces centres sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique, le " 15 " (art. R. 6311-6 du CSP). Plusieurs autres intervenants peuvent participer au dispositif d'aide médicale urgente, et notamment les médecins libéraux ainsi que les associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence (ex. : " SOS médecins "). Ils doivent pour cela passer une convention.

Mission du SAMU

- Assurer une écoute médicale permanente
- Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels (ce qui va du simple conseil médical à l'envoi d'une ambulance de réanimation et à la gestion d'une catastrophe)
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil
- Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires
- Veiller à l'admission du patient
- Participer à la formation aux urgences des professionnels de santé

A la demande du préfet, les SAMU participent à la préparation et à la prise en charge de la couverture médicale préventive des grands rassemblements de population (art. R. 6123-32-11 du CSP).

Références

Articles R. 6311-1 et suivants du CSP

Les SAMU à l'AP-HP

24 heures sur 24, un médecin spécialisé répond aux appels d'urgence concernant toutes détresses médicales. Il mobilise les informations et les moyens nécessaires pour donner des conseils médicaux et déclencher les secours de la façon la plus efficace (équipes médicales de SMUR, médecins libéraux...). Il facilite l'orientation des blessés ou des malades vers le service de réanimation le plus proche ou tout autre service, après contact préalable avec les médecins de garde de ces services. Le SAMU assure la coordination des moyens de secours avec la Brigade des sapeurs pompiers de Paris (n° " 18 "), la Croix-rouge-française (n° national : 0 820 16 17 18), la Protection civile...

L'AP-HP gère les SAMU de 4 départements en Île-de-France, : Paris, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne. Ceux-ci sont implantés au sein de 4 hôpitaux de l'AP-HP (Necker, Raymond-Poincaré, Avicenne et Henri-Mondor).

Ils sont placés sous l'autorité du directeur de l'hôpital où ils sont implantés. Ils comprennent donc, chacun, un Centre de réception et de régulation des appels (CRRRA).

SAMU et plan blanc

Le plan blanc correspond au dispositif de gestion de crise dont doivent être dotés les établissements de santé (loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique). Il est déclenché, le cas échéant, par le directeur général de l'AP-HP et conduit à l'activation coordonnée de plusieurs niveaux opérationnels dont les SAMU. La décision de déclencher le plan blanc et de mettre en place au niveau central de l'AP-HP une cellule centrale de crise peut résulter d'une alerte du SAMU.

" 112 ", le numéro unique d'appel d'urgence en Europe

Le " 112 " est le numéro de téléphone unique pour les urgences dans les pays de l'Union européenne.

C'est une décision du Conseil des communautés européennes en date du 29 juillet 1991 qui a créé ce numéro gratuit d'appel d'urgence européen. Il concerne les utilisateurs de téléphones fixes et mobiles. Il est possible de repérer l'origine de l'appel et donc de localiser la personne qui a besoin d'être secourue.

En France, le " 112 " aboutit dans chaque département soit au centre de traitement des appels de sapeurs-pompiers (18), soit au standard des SAMU (15). Il a vocation à être utilisé :

- par les voyageurs étrangers qui ne connaissent pas les numéros d'urgence du pays européen où ils se trouvent ;
- par les utilisateurs d'un portable dont le réseau est saturé (le numéro 112 étant prioritaire sur tous les autres appels).

A l'heure actuelle, la France est en mesure de répondre aux appels au " 112 " dans des langues de l'Union européenne autre que la langue française (anglais et autres langues grâce à un service d'interprétariat).

Les structures d'urgences

Les SMUR

L'implantation des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) est déterminée par le schéma régional d'organisation des soins (SROS).

Un établissement de santé ne peut faire fonctionner un SMUR que s'il détient l'autorisation administrative requise et donnée par l'Agence régionale de santé (art. R. 6123-2 du CSP).

Missions

Les missions des SMUR sont les suivantes :

- assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé ;
- assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet (art. R. 6123-15 du CSP).

A la demande du préfet, les SMUR participent à la préparation et à la prise en charge de la couverture médicale préventive des grands rassemblements de population (art. R. 6123-32-11 du CSP).

Les interventions des SMUR sont déclenchées et coordonnées par le SAMU (leur coopération se traduit par la signature d'une convention).

Les SMUR de l'AP-HP

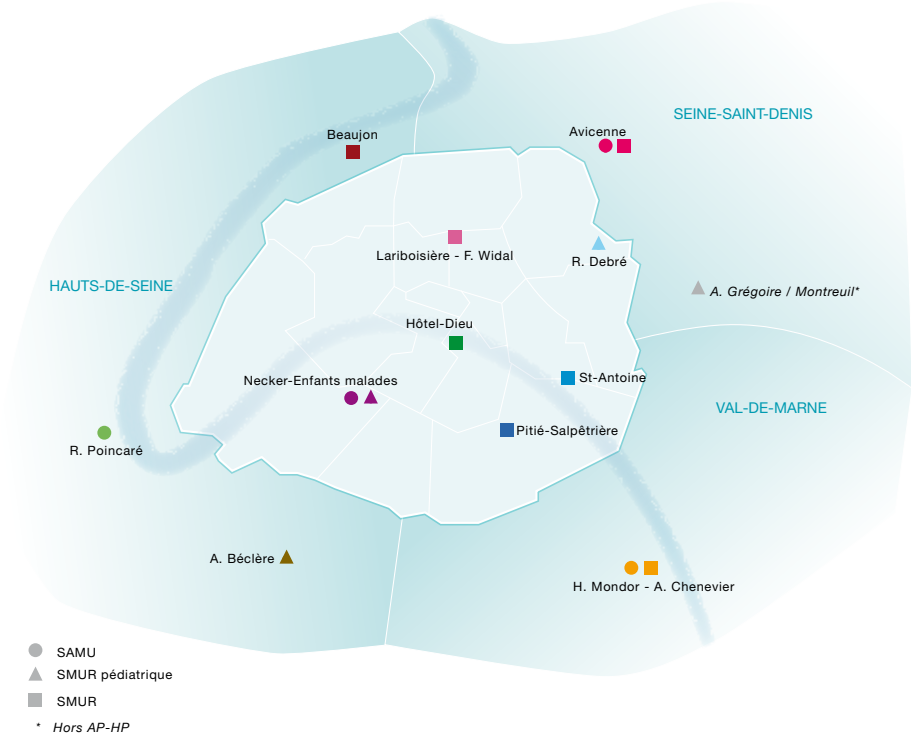
Hôtel-Dieu, Lariboisière - Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine, Beaujon, Avicenne, Henri-Mondor.

Les SMUR pédiatriques

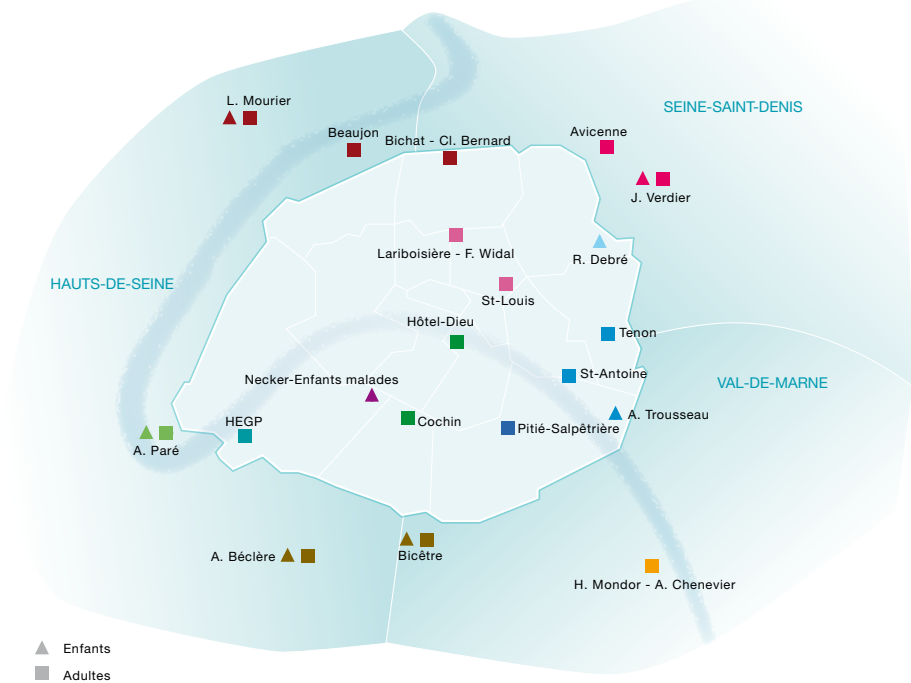
L'AP-HP dispose de 4 " SMUR pédiatriques ", qui viennent compléter le dispositif de réponse à l'urgence pédiatrique, néo-natale en particulier, à Paris et en Île-de-France, et qui sont basées au :

- SAMU de Paris (Necker, Robert-Debré)
- SAMU 92 (Antoine-Béclère)
- SAMU 93 (Centre hospitalier André-Grégoire à Montreuil).

**Les SAMU et SMUR relevant de l'AP-HP
à Paris et dans les départements de la petite couronne**



Les hôpitaux de l'AP-HP accueillant les urgences



Les structures d'urgences (" SU ", dénommées, avant 2006, services d'accueil et de traitement des urgences ou " SAU ")

L'autorisation délivrée par l'ARS d'exercer l'activité de soins de médecine d'urgence ne peut être délivrée à un établissement de santé que si celui-ci :

- dispose de lits d'hospitalisation complète en médecine,
- et dispose d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale, en son sein ou au sein d'un autre établissement de santé, avec un cabinet d'imagerie ou avec un laboratoire d'analyses de biologie médicale de ville avec lequel (ou lesquels) il a conclu une convention (dans le cadre d'un réseau de prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé) (art. R. 6123-6 du CSP).

Un établissement de santé peut être autorisé à prendre en charge de façon exclusive les enfants malades ou blessés dans une structure des urgences pédiatriques (art. R. 6123-7 du CSP).

Missions

Toute structure des urgences est tenue d'accueillir en permanence toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU. L'établissement de santé concerné doit organiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient selon divers cas : prise en charge au sein de la structure des urgences, dans une autre structures de soins, en orientant le patient vers une consultation ou un autre établissement de santé ou vers un médecin de ville, etc. (art. R. 6123-19 du CSP), cette organisation faisant l'objet d'une convention conclue entre les parties (art. R. 6123-20 du CSP).

Urgences générales

Urgences adultes

Bichat, Cochin, HEGP, Hôtel-Dieu, Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine, Saint-Louis, Tenon, Beaujon, Ambroise-Paré, Antoine-Béclère, Louis-Mourier, Avicenne, Jean-Verdier, Bicêtre, Henri-Mondor.

Urgences pédiatriques

Tous les sites d'urgence sont en mesure d'accueillir les enfants. Toutefois à Paris, il est recommandé aux familles de s'adresser directement à l'un des quatre hôpitaux spécialisés pour enfants de l'AP-HP. Ceux-ci reçoivent toutes les urgences de médecine ou de chirurgie : Armand-Trousseau, Robert-Debré, Necker-Enfants malades, Cochin.

Hôpitaux d'adultes ayant des services de pédiatrie ou de chirurgie infantile accueillant également les enfants en urgence

Ambroise-Paré, Antoine-Béclère, Bicêtre, Jean-Verdier, Louis-Mourier.

Le Centre régional de veille et d'action sur les urgences d'Île-de-France (Cerveau)

Créé en mars 2004 par l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France et l'AP-HP à la suite de la crise sanitaire résultant notamment de la canicule d'août 2003, ses missions sont les suivantes :

- assurer la veille sanitaire de l'activité des urgences et participer au dispositif régional et national de l'Institut de veille sanitaire (InVS) ;
- assurer la veille de l'offre de soins des établissements de santé pour l'aval des urgences ;
- diffuser quotidiennement l'analyse de l'activité et de l'offre de soins ;
- mettre à disposition de l'ensemble des acteurs et partenaires des analyses quotidiennes de l'activité et de l'offre de soins ;
- faciliter l'engagement des actions nécessaires en cas de tension par les établissements, ou inter-hôpitaux en lien avec l'agence régionale de santé ;
- promouvoir l'acquisition des connaissances et la recherche clinique concernant l'activité des urgences ;
- participer au suivi des fermetures de lits pendant les principales périodes de congés.

Le " Cerveau " est hébergé à l'AP-HP (DPM). Il est constitué d'une équipe pluridisciplinaire qui allie des compétences dans différents domaines : urgences, management hospitalier, épidémiologie, système d'information. Il s'appuie sur un réseau de services d'urgence informatisés (réseau " Cyber urgences "). Ce réseau alimente la base de données régionale selon deux modalités :

- d'une part, par la transmission automatisée pour chaque service, toutes les dix minutes, du nombre de patients présents dans les différents postes (box, déchoquage, unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), plateau technique...). Cette information est accessible à tous les services via internet sécurisé ;
- d'autre part, chaque nuit sont extraites automatiquement, de façon transparente pour les sites, les caractéristiques de chaque passage de la veille. Le " Cerveau " dispose ainsi d'une information anonymisée pour chaque passage, à 24h00 : âge, sexe, code postal de résidence, niveau de gravité, mode de transport, orientation et diagnostic. Ces informations sont également transmises à l'InVS.

NB : les hôpitaux qui ne sont pas encore connectés au réseau " Cyber urgences " déclarent quotidiennement leur activité grâce au serveur " **SERDEAU** ", dédié au recueil des disponibilités en lits. Le serveur " **CAPRI** " permet quant à lui de connaître la disponibilité des lits de réanimation et soins intensifs en temps réel.

Le Centre antipoison (hôpital Fernand-Widal)

Missions

Le centre anti-poison est chargé

" de répondre, notamment en cas d'urgence, à toute demande d'évaluation des risques et à toute demande d'avis ou de conseil concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement des intoxications humaines, accidentelles ou volontaires, individuelles ou collectives, aiguës ou non, provoquées par tout produit ou substance d'origine naturelle ou de synthèse, disponible sur le marché ou présent dans l'environnement " (art. D. 6141-37 du CSP).

Il participe :

- au dispositif d'aide médicale urgente
- à la toxicovigilance (à ce titre, il suit notamment l'évolution des intoxications pour lesquelles il a été consulté et recueille à leur sujet toutes les données utiles ; il procède à des collectes d'informations sur les autres cas d'intoxications qui se sont produits dans la même zone d'intervention et alerte les services du ministre de la Santé),
- à l'enseignement et à la recherche en toxicologie clinique,
- à la prévention des intoxications et à l'éducation sanitaire de la population.

Le centre antipoison implantée au sein de l'AP-HP est prévu par un arrêté du 1^{er} juin 1998. Cet arrêté prévoit sa zone géographique d'intervention : la région Île-de-France et les Antilles - Guyane.

Une assistance téléphonique fonctionne tous les jours, 24 heures sur 24, au 01 40 05 48 48. Elle est assurée par un médecin ayant suivi une formation en toxicologie clinique et une formation à la réponse téléphonique. Depuis 2006, l'AP-HP a mutualisé ses moyens avec le CHU de Nancy pour assurer cette permanence téléphonique (un partage des gardes est notamment mis en place). En matière de santé publique, des réseaux ont été mis en place auxquels participe le centre anti-poison : saturnisme, infections carbonées, grossesse/allaitement, intoxications au monoxyde de carbone.

Les réanimations

La définition réglementaire de la réanimation est fixée à l'article R. 6123-33 du CSP :

" Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

L'activité de soins de réanimation s'exerce selon les trois modalités suivantes :

- réanimation adulte ;*
- réanimation pédiatrique ;*
- réanimation pédiatrique spécialisée. "*

Missions

Les unités de réanimation assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients mentionnés à l'article R. 6123-33.

Elles assurent également la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète dès que leur état de santé le permet.

La réanimation est une activité de soins soumise à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du CSP, en même temps qu'une discipline à part entière correspondant à des installations soumises à une autorisation spécifique (lits).

L'unité de réanimation comporte au minimum huit lits. A titre dérogatoire, après analyse des besoins de la population et lorsque l'éloignement de l'établissement pratiquant la réanimation impose des temps de trajets excessifs à une partie significative de la population, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut fixer cette capacité minimale à six lits.

La réanimation pédiatrique a pour mission le traitement des détresses vitales les plus fréquentes des nourrissons, enfants et adolescents ; elle assure également la réanimation postopératoire des enfants de la chirurgie pédiatrique et, le cas échéant, de la chirurgie néonatale.

Les unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée sont à orientation médicale et chirurgicale. Par dérogation, un établissement de santé autorisé pour les activités de chirurgie cardiaque ou de traitement des grands brûlés peut disposer d'une réanimation pédiatrique accueillant les seuls enfants relevant de ces activités de soins

Les hôpitaux de l'AP-HP accueillant les réanimations adultes



Antoine-Béclère	●	●		
Ambroise-Paré	●			
Avicenne	●			
Beaujon	●	●		
Bicêtre	●	●		
Bichat - Claude-Bernard	●	●	●	
Cochin	●	●		●
HEGP	●	●	●	
Henri-Mondor	●	●	●	●
Hôtel-Dieu	●	●		
Jean-Verdier	●			
Lariboisière	●	●		●
Louis-Mourier	●			
Necker		●		
Paul-Brousse	●			
Pitié-Salpêtrière	●	●		●
Raymon-Poincaré	●			
Saint-Antoine	●	●		
Saint-Louis	●	●		
Tenon	●	●		

- Réanimation Médicale ou Medico-Chirurgicale Adulte
- Réanimation Chirurgicale Adulte
- Réanimation Chirurgie Cardiaque Adulte
- Réanimation Neurochirurgie Adulte
- Réanimation Centre de traitement Brulés Adulte

Les hôpitaux de l'AP-HP accueillant les réanimations pédiatriques



Antoine-Béclère	●	●	●				
Bicêtre	●	●	●	●			
Bichat - Claude-Bernard	●	●	●				
Cochin-PR	●	●	●				
Cochin-SVP	●	●	●				
Jean-Verdier	●	●					
Lariboisière	●						
Louis-Mourier	●	●	●				
Necker	●	●	●	●	●	●	
Pitié-Salpêtrière	●						
Raymon-Poincaré							●
Robert-Debré	●	●	●	●			
Saint-Antoine	●						
Tenon	●						
Trousseau	●	●	●	●			●

- Réanimation de Néonatalogie simple
- Soins Intensifs de Néonatalogie
- Réanimation de Néonatalogie
- Réanimation Medico-Chirurgicale Pédiatrique
- Réanimation Chirurgie Cardiaque Pédiatrique
- Réanimation Neurochirurgie Pédiatrique
- Réanimation Centre de traitement Brulés Pédiatrique



La chirurgie cardiaque

L'activité de soins de chirurgie cardiaque comprend toutes les interventions chirurgicales intra-thoraciques portant sur l'appareil cardio-vasculaire : le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines afférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents, que ces interventions nécessitent ou non une circulation sanguine extra-corporelle (CEC) (art. R. 6123-69 du CSP).

La mise en œuvre de cette activité requiert des autorisations spécifiques délivrées par l'Agence régionale de santé (les textes fixant les conditions d'implantation et de fonctionnement des activités de chirurgie cardiaque, ainsi que de ceux relatifs aux Schémas inter-régionaux d'organisation sanitaires (SIOS) ont conduit à prévoir l'élaboration d'un volet du SIOS consacré à la chirurgie cardiaque et distinguant l'activité de soins de chirurgie cardiaque pour adultes et l'activité de soins de chirurgie cardiaque pédiatrique).

Elle est assujettie notamment aux conditions suivantes :

- l'existence de salles d'opération réservées à cette activité,
- la présence d'une unité de réanimation, d'une unité de médecine cardiologique, d'une unité de soins intensifs pratiquant les soins intensifs cardiologiques,
- la possibilité d'exercer des activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.

Les seuils d'activités sont fixés à 400 interventions par site adulte et 150 par site pédiatrique.

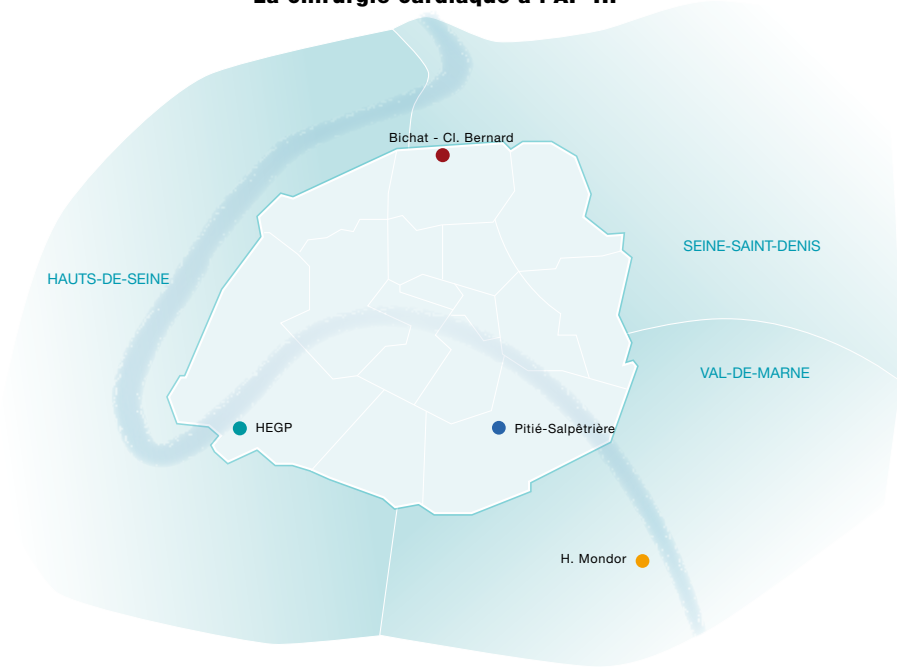
En 2011, il existe quatre services de chirurgie cardiaque au sein de l'AP-HP : Pitié-Salpêtrière Bichat-Claude-Bernard, Henri-Mondor et HEGP.

Dans le plan stratégique 2010-2014, il est prévu de mettre en place des centres lourds permettant sur un même site la prise en charge médicale interventionnelle ou chirurgicale des atteintes cardiaques telles que l'insuffisance coronaire (angioplasties coronaires, pontages coronariens), les atteintes valvulaires (remplacement valvulaire chirurgical ou par voie percutanée), les troubles du rythme cardiaque (électrophysiologie interventionnelle ou ablation endocavitaire des foyers arythmogènes, pose de stimulateurs cardiaques multisites, pose de défibrillateurs implantables).

Ce regroupement d'activité se justifie compte-tenu d'une frontière de plus en plus tenue entre cardiologie et chirurgie cardiaque :

- obligation pour certains actes d'être pratiqués à proximité immédiate d'un bloc de chirurgie cardiaque (pose de valves aortiques par voie percutanée) ou en présence d'un chirurgien cardiaque (actes de rythmologie spécialisée impliquant un cathétérisme trans-septal ou actes d'ablation de sondes endocavitaires),
- utilisation des mêmes de plateaux médico-techniques (par exemple salles hybrides) et de personnels spécialisés.

La chirurgie cardiaque à l'AP-HP



La biologie médicale à l'AP-HP

La biologie médicale a fait l'objet d'une réforme importante en 2010, réforme qu'il convient de mettre en œuvre au sein de l'AP-HP (cf : l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale)

Les missions de la biologie médicale au sein d'un CHU sont doubles :

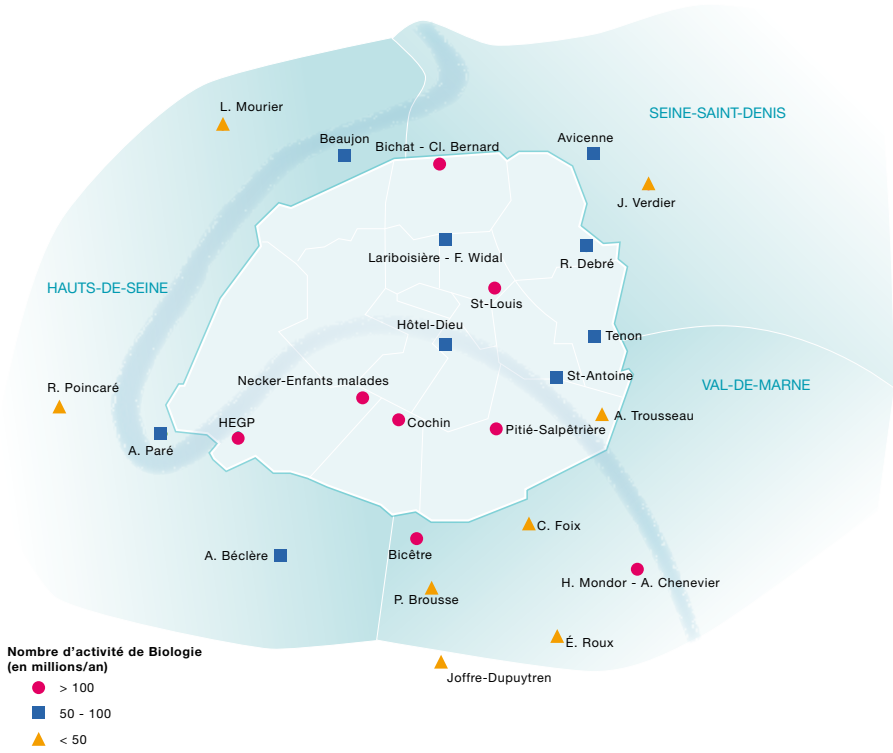
- Assurer la prise en charge des patients en réalisant et interprétant des examens biologiques à visée diagnostique ou pronostique. Ces examens peuvent être très standardisés ou au contraire très spécialisés (au sein des nombreux laboratoires référents de l'AP-HP)
- Développer l'innovation dans le champ de la biologie par la recherche translationnelle aboutissant à la mise en évidence, la validation et la mise en place de nouveaux biomarqueurs contribuant au développement de la médecine personnalisée et pouvant éventuellement aboutir à une valorisation.

L'organisation de la biologie à l'AP-HP aujourd'hui et ses évolutions à venir :

Les activités de Biologie et Anatomie et cytologies pathologiques de l'AP-HP se répartissent en 180 services et Unités répartis en 40 Pôles au sein des GH.

Toutes les spécialités sont représentées : Biochimie, Hématologie, Microbiologie (dont bactériologie, virologie, parasitologie et Hygiène), Pharmacologie/toxicologie, Immunologie, Biologie de la Reproduction, Génétique et cytogénétique, Anatomie pathologie et fœtopathologie.

Etat des lieux : Sites ayant une activité de biologie et volumes d'activité en MB (année 2008)



Perspectives

La biologie médicale à l'AP-HP va devoir évoluer, sous 2 grandes contraintes que sont la réforme de la biologie médicale, définie par l'ordonnance du 13 janvier 2010, et les contraintes financières.

La réforme de la biologie médicale, c'est notamment :

- la médicalisation de la biologie, renforçant la responsabilité du Biologiste, responsable de l'examen médical, du prélèvement à la validation des résultats, affirmant la nécessité du dialogue clinico-biologique et confortant la juste prescription ;
- le rôle de l'ARS pour organiser la biologie médicale au sein des territoires de santé, avec pour objectif de favoriser les complémentarités public/privé ;
- des exigences de qualité prouvée : l'accréditation désormais obligatoire pour tous les laboratoires d'ici 2016, avec un engagement formel dans la démarche avant novembre 2013.

Pour l'APHP, une structure unique de biologie par GH (laboratoire de biologie médicale, pôle) sera probablement nécessaire, permettant la continuité et la cohérence des activités sous l'égide du biologiste responsable.

Les contraintes financières actuelles contraignent l'AP-HP à une réflexion approfondie sur l'optimisation de ses organisations.

Face à ces évolutions, l'institution entend faire preuve de sa volonté à maintenir et développer une biologie hospitalo-universitaire innovante et de qualité.

Le laboratoire de biologie médicale

Un laboratoire de biologie médicale est une structure au sein de laquelle sont effectués les examens de biologie médicale.

Le laboratoire de biologie médicale participe à des missions de santé publique. Il participe également à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur le territoire de santé infrarégional. Il contribue auprès du patient à des programmes d'éducation thérapeutique. Il peut être appelé à participer à des programmes d'enseignement et de recherche.

Un laboratoire de biologie médicale ne pourra réaliser d'examen de biologie médicale sans accréditation.

Celle-ci porte sur les trois phases de l'ensemble des examens de biologie médicale (phase pré-analytique, phase analytique et phase post-analytique) réalisés par le laboratoire. L'accréditation porte également, lorsque le laboratoire réalise ces activités ou examens, sur les activités biologiques d'assistance médicale à la procréation et sur les examens d'anatomie et de cytologie pathologiques effectués à l'aide de techniques relevant de la biologie médicale.

Cette accréditation, délivrée par le Comité français d'accréditation (COFRAC), sera obligatoire au 1^{er} novembre 2016 sur l'ensemble des examens réalisés par le laboratoire – La preuve d'entrée dans la démarche devra se faire pour le 1^{er} novembre 2013.

Qu'est-ce qu'un examen de biologie médicale ?

Principal fondement de la réforme récente de la biologie médicale, l'examen de biologie médicale est désormais défini comme **un acte médical** :

« Un examen de biologie médicale est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain » (article L. 6211-1 du CSP).

Par conséquent, il doit être réalisé par un biologiste médical ou, pour certaines phases, sous sa responsabilité (article L. 6211-7 du CSP).

Un examen de biologie médicale se déroule en trois phases :

1. La phase pré-analytique, qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique sur un être humain, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon biologique jusqu'à l'endroit où il est analysé
2. La phase analytique, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique
3. La phase post-analytique, qui comprend la validation, l'interprétation contextuelle du résultat ainsi que la communication appropriée du résultat au prescripteur et, dans les conditions fixées à l'article L. 1111-2, au patient, dans un délai compatible avec l'état de l'art.

Ne constituent pas un examen de biologie médicale un test, un recueil et un traitement de signaux biologiques, à visée de dépistage, d'orientation diagnostique ou d'adaptation thérapeutique immédiate.

Un arrêté du ministre chargé de la santé doit établir la liste de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques.

Un examen de biologie médicale est réalisé sur le fondement d'une prescription qui contient les éléments cliniques pertinents. Lorsqu'il l'estime approprié, le biologiste médical applique son rôle de conseil et ajuste la prescription en collaboration avec le prescripteur.

Les maternités

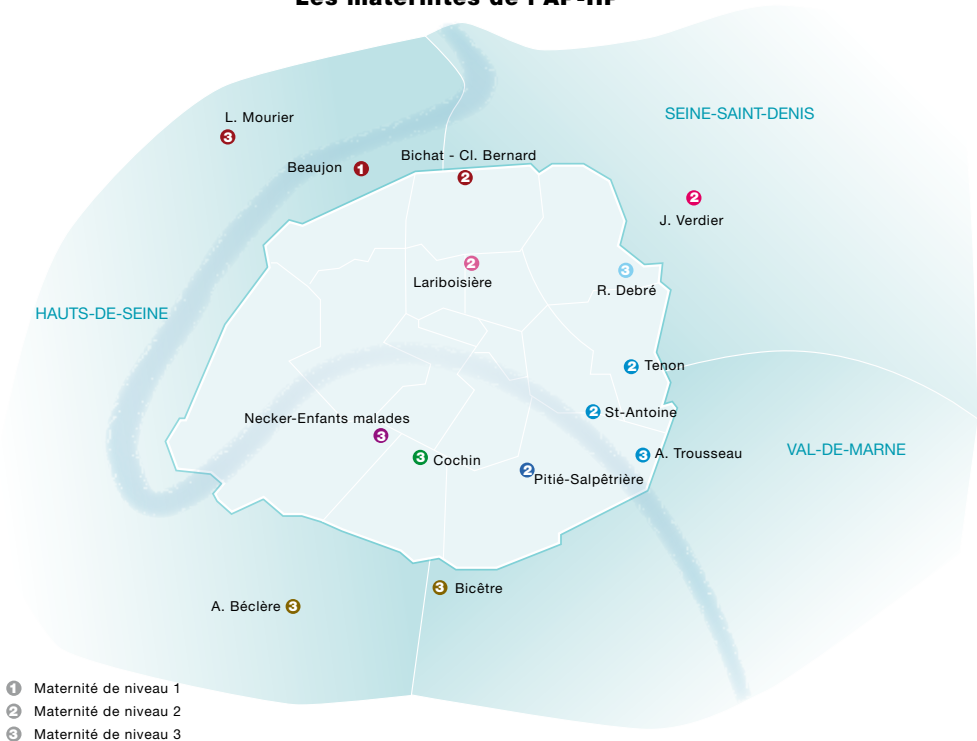
Plus de 35 000 enfants naissent chaque année dans les maternités des hôpitaux de l'AP-HP.

Ces maternités, au nombre de 15, sont implantées essentiellement à Paris et en petite couronne. Elles sont classées, conformément aux dispositions des articles R. 6123-39 à R. 6123-53 du CSP, en 3 niveaux, (1, 2 et 3) en fonction de leur technicité et de leurs moyens de prise en charge du nouveau-né.

Ce classement est valable pour toutes les maternités, qu'elles soient publiques ou privées.

Depuis plusieurs années, l'AP-HP travaille à la réorganisation progressive de l'accueil des mères et des nouveaux-nés au sein de ses 15 maternités afin notamment de rétablir un équilibre entre Paris et la grande Couronne. De nouveaux bâtiments ont ouvert : Bichat en 2003, Armand-Trousseau en 2007, Bicêtre en 2009, Louis-Mourier en 2011. La nouvelle maternité Port-Royal ouvre fin 2011, issue du regroupement des maternités Baudelocque-Port-Royal et Saint-Vincent-de-Paul.

Les maternités de l'AP-HP



Les futures mamans, après entretien préalable avec leur médecin, peuvent être orientées vers les différents types de maternités dites de niveau " 1 " pour les grossesses normales, non pathologiques, et sans complications prévisibles (ex. : l'hôpital Beaujon).

Le niveau " 2 " prend en charge les grossesses à risques et comprend une unité de surveillance spécifique du nouveau-né à la naissance, et le niveau " 3 ", qui prend en charge toutes les grossesses pathologiques, comporte en outre une réanimation néonatale pour les détresses graves du nouveau-né.

L'un des enjeux de cette organisation est de limiter les risques liés à la grande prématurité. L'AP-HP accueille toutes les futures mères dans la mesure de ses capacités d'accueil et s'implique dans les réseaux de périnatalité, destinés à améliorer le suivi des grossesses à risques, que ce soit pour des raisons médicales ou sociales (par ex. les situations de précarité).

L'assistance médicale à la procréation

L'assistance médicale à la procréation (AMP) a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Il s'agit de techniques médicales qui dérogent au processus naturel de procréation.

Autorisation des activités d'assistance médicale à la procréation

L'AP-HP, en tant qu'établissement public de santé mais sous réserve de l'obtention des autorisations requises, peut effectuer toute technique d'AMP, contrairement aux établissements de santé privés qui sont réglementairement limités à certaines activités.

Les activités cliniques et biologiques d'AMP font l'objet d'une autorisation du directeur général de l'Agence régionale de santé pour une durée de cinq ans. L'Agence régionale prend sa décision à la lumière des avis de l'Agence de la biomédecine et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Cette autorisation suit la procédure générale d'autorisation d'activités des établissements de santé, en fonction du schéma régional d'organisation des soins.

Tout établissement autorisé à pratiquer des activités d'AMP est tenu de présenter à l'Agence régionale de santé et à l'Agence de la biomédecine un rapport annuel d'activité suivant les modalités déterminées par arrêté du ministre de la Santé.

L'établissement de santé agréé est tenu de déclarer à l'agence régionale de santé compétente et à l'Agence de la biomédecine le nom des praticiens agréés préalablement à la mise en œuvre de l'autorisation ainsi que, préalablement à sa prise de fonction, le nom de tout nouveau praticien agréé. Il est également tenu d'informer ces agences de la cessation d'activité de ces praticiens.

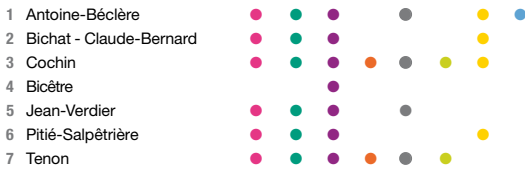
Agrément des praticiens

Tout praticien réalisant des activités d'AMP doit en effet avoir été agréé par l'Agence de la biomédecine. La demande d'agrément est faite au directeur général de l'Agence. Le praticien doit être qualifié en gynécologie-obstétrique, en gynécologie médicale ou en endocrinologie et métabolisme. Il doit en outre justifier d'une formation et d'une expérience en médecine de la reproduction et justifier d'une expérience suffisante dans le traitement des gamètes ou des embryons humains.

Références

Articles L. 2141-1 et suivants et articles R. 2141-1 et suivants du CSP
Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation

L'assistance médicale à la procréation à l'AP-HP

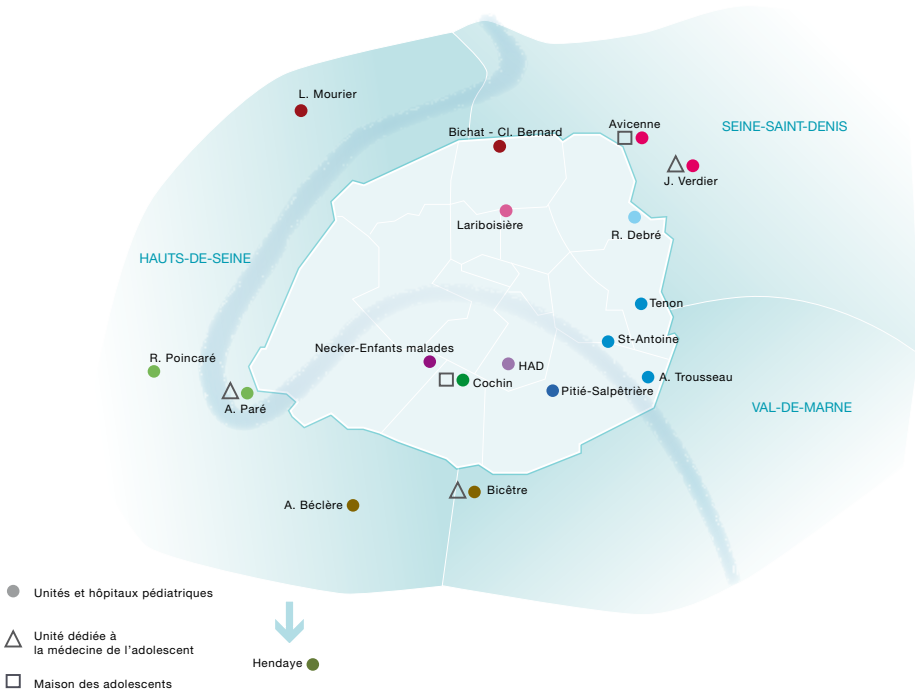


- Insémination artificielle (IA)
- Fécondation in vitro (FIV)
- Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)
- Recueil chirurgical de spermatozoïdes
- Don de sperme
- Don d'ovocytes
- Accueil d'embryon
- AMP en contexte de risque vital
- Diagnostic préimplantatoire

La pédiatrie et médecine de l'adolescence

L'AP-HP comprend à la fois des hôpitaux pédiatriques et des unités médicales au sein d'hôpitaux pour patients adultes.

Les unités et hôpitaux pédiatriques de l'AP-HP



Le règlement intérieur type des hôpitaux et groupes hospitaliers de l'AP-HP prévoit dans son article 86, s'agissant des hôpitaux et groupes hospitaliers pédiatriques, que " l'hôpital (le groupe hospitalier) est habilité à recevoir des enfants de moins de 16 ans. Si un malade ou un blessé d'un âge plus avancé se présente en urgence, les premiers soins lui sont prodigués avant qu'il soit dirigé, s'il est transportable, vers un hôpital (un groupe hospitalier) d'adultes en mesure de le prendre en charge. Des dérogations peuvent être toutefois autorisées par le directeur, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant la dispensation de soins dans l'hôpital à des mineurs âgés de 16 ans et plus ".

Il prévoit pour les autres hôpitaux (hôpitaux d'adultes) que " Les mineurs âgés de moins de 16 ans ne peuvent être admis dans les unités d'adultes, dès lors qu'il existe une unité pédiatrique susceptible de les accueillir. Des dérogations

peuvent être autorisées par le directeur, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant soit la dispensation de soins dans une unité d'adultes à des mineurs âgés de moins de 16 ans, soit la dispensation de soins dans une unité pédiatrique à des mineurs âgés de 16 ans et plus. Sauf circonstances particulières, un mineur ne peut pas partager sa chambre avec un adulte ".

Il n'existe pas à ce jour de réglementation globale pour les soins pédiatriques à l'hôpital, mais les normes de fonctionnement applicables aux différentes spécialités médicales réglementées (médecine d'urgence, hémodialyse, chirurgie cardiaque, réanimation, etc.) prévoient des dispositions spécifiques à l'accueil et au traitement des patients mineurs.

Médecine de l'adolescence, maisons des adolescents

Il existe une clinique spécifique de l'adolescence (essentiellement de 12 à 18 ans), pertinente pour le suivi des malades chroniques et des pathologies à expression psychocomportementale (suicides, troubles des conduites alimentaires, violences/maltraitances, errances) et prenant en compte les aspects psychologiques de l'adolescent, les relations avec les parents et les problèmes de non-observance des traitements.

Plusieurs unités de l'AP-HP sont dédiées à la médecine de l'adolescent. Elle sont situées à l'hôpital de Bicêtre, à l'hôpital Ambroise-Paré et à l'hôpital Jean-Verdier.

L'AP-HP gère par ailleurs deux "maisons des adolescents", l'une à l'hôpital Cochin ("Maison de Solenn", en collaboration avec la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France), l'autre à l'hôpital Avicenne, qui relèvent pleinement de l'organisation interne des groupes hospitaliers concernés. Une troisième maison des adolescents est en cours de constitution à l'hôpital Robert-Debré, dans le cadre d'une coopération sous forme de groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) associant cet hôpital au Département de Paris et à plusieurs associations et fondations. Il s'agit de structures multidisciplinaires en médecine et en psychiatrie, outil de décloisonnement des prises en charge, au croisement du sanitaire, du médico-social et du social, de la médecine libérale, du suivi scolaire, des initiatives associatives.

Planification et éducation familiale, Protection maternelle et infantile (PMI)

Les activités de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile PMI (art. L. 2112-1 du CSP) relèvent de la compétence du Département (Conseil général). Une partie de ces activités a été confiée par certains départements à l'AP-HP par convention (par ex. : convention de 1977 passée entre l'AP-HP et le Département de Paris, renouvelée en 2002 et signée à nouveau en 2009).

La protection maternelle et infantile (PMI)

La politique de santé publique s'est dotée dans les années 1950 d'un dispositif de " protection maternelle et infantile " (PMI).

" L'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile... " (art. L. 2111-1 du CSP).

" Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement... "

A Paris et dans d'autres départements, cette mission a été confiée par convention à l'AP-HP.

La PMI a pour mission la protection de la mère et du jeune enfant.

Dans ce cadre, elle a pour mission de déceler précocement les handicaps et les inadaptations et d'aménager autour de l'enfant le cadre le plus propice à son développement.

Les hôpitaux ou les groupes hospitaliers de l'AP-HP qui gèrent des activités relevant du service départemental de la PMI participent ainsi à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile. Ils gèrent des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des activités de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes, des activités de planification et d'éducation familiale.

Les hôpitaux et les groupes hospitaliers de l'AP-HP qui participent à ces activités sont : Bichat - Claude-Bernard, Cochin, Lariboisière, Necker, Pitié-Salpêtrière, Robert-Debré, Armand-Trousseau, Saint-Antoine, Saint-Louis, Tenon, Beaujon, Antoine-Béclère, Louis-Mourier, Jean-Verdier.

Planification et éducation familiale

Au terme des dispositions de ces conventions, l'AP-HP gère une partie des activités concernées de protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile : consultations médicales et activités de planification et d'éducation familiale telles que prévues par le décret n° 92-784 du 6 août 1992 modifié relatif aux centres de PMI.

Ces consultations et activités médicales comprennent :

- des consultations médicales relative à la maîtrise de la fécondité,
- la diffusion d'informations, actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernées,
- la préparation à la vie de couple et à la formation parentale, entretien de conseil conjugal et familial,
- les entretiens préalables aux interruptions volontaires de grossesse, prévus par l'article L. 2212-4 du CSP,
- les entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une IVG,
- le dépistage et le traitement des maladies transmises par voie sexuelle, soit à la demande des consultants, soit avec l'accord de ceux-ci, sur proposition du médecin.

Ces activités sont exercées dans les hôpitaux suivants, centres agréés par les services départementaux concernés de protection maternelle et infantile : Bichat - Claude-Bernard, HEGP, Cochin, Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, Robert-Debré, le GCS Trousseau Les Bluets, Saint-Antoine, Saint-Louis, Tenon.

Ces centres sont ouverts au public sans restriction et notamment aux mineurs et majeurs désirant garder le secret et aux personnes non assurées sociales.

Le Département de Paris et les certains départements prennent en charge l'intégralité du coût de la consultation dans la limite des tarifs conventionnels de remboursement en vigueur. Ils prennent également en charge le ticket modérateur lorsque la patiente n'a pas de couverture maladie complémentaire.

Les dépenses afférentes aux activités de dépistage et au traitement des maladies sexuellement transmissibles sont quant à elles prises en charge par les organismes d'Assurance maladie

Les centres d'interruption volontaire de grossesse et les centres d'orthogénie

L'article L. 2212-2 du CSP prévoit que :

|| *" l'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par le médecin. Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé public ou privé. . . (. . .) . . . "*

L'AP-HP a engagé depuis 2009 dans le cadre de sa mission de service public, une réflexion sur la nécessaire adaptation de son dispositif de prise en charge qui doit être progressivement consolidé au sein des groupes hospitaliers en cours de constitution et dont le socle commun d'activité comportera une prise en charge en orthogénie.

Il est prévu que chaque groupe hospitalier dispose d'un centre IVG de telle façon que sur un même territoire de santé, un niveau d'activité au moins équivalent soit maintenu ainsi que tous les modes d'intervention (IVG chirurgicale sous anesthésie générale ou locale, IVG médicamenteuse).

En 2009, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris a pris en charge 11 889 IVG au sein de ses 18 centres d'orthogénie ou services de gynécologie obstétrique.

L'activité de greffe à l'AP-HP

L'activité de prélèvement et de greffe en France a été progressivement organisée par la loi depuis la mise en place de l'Établissement français des greffes (EFG, auquel s'est substitué depuis 2004 l'Agence de la biomédecine) et la publication des lois de bioéthique (1994, puis 2004).

Cette activité est fondée sur l'anonymat, la gratuité, la sécurité et le consentement présumé.

Au sein des établissements autorisés, cette organisation n'est possible que par la mise en place d'une coordination hospitalière, assurant, entre autres, l'aide pratique au prélèvement et la relation avec les familles. Depuis 2004, l'Agence de la biomédecine joue en la matière un rôle essentiel.

Principaux textes régissant l'activité des greffes

- I **La loi hospitalière du 31 juillet 1991** a donné une base légale à la planification sanitaire des activités de transplantation et de greffes. La loi a également permis de soumettre à des normes de compétence et d'équipement les sites réalisant des transplantations.
- I Longtemps, seules les transplantations d'organes ont fait l'objet d'une réglementation spécifique (loi " Caillavet " de 1976). Plusieurs rapports ayant dénoncé le caractère anarchique des greffes de tissus, le législateur a encadré cette activité par la loi " bioéthique " du 29 juillet 1994 et la création de l'Établissement français des greffes par la loi du 18 janvier 1994.
- I **La loi bioéthique du 29 juillet 1994** a confirmé les principes de libre consentement, de gratuité et d'anonymat du don. Elle a de plus prévu l'institution de règles strictes de sécurité sanitaire et d'un dispositif de biovigilance. Près d'une vingtaine de décrets ont été pris pour son application.
- I Les activités de prélèvement de tissus sont encadrées par le **décret n° 97-306 du 1^{er} avril 1997**, qui fixe les conditions d'autorisation des établissements de santé effectuant ces activités, et l'arrêté du 1^{er} avril 1997, qui précise les bonnes pratiques de prélèvements de tissus sur personne décédée. Les conditions de mise en œuvre de ces textes ont été précisées dans une circulaire du 17 juin 1997.
Enfin, le décret n° 97-928 du 9 octobre 1997 impose d'effectuer une sélection clinique des donneurs.
- I **La loi de sécurité sanitaire du 1^{er} juillet 1998** a renforcé le dispositif d'encadrement sécuritaire des transplantations notamment pour toute utilisation de produits thérapeutiques (milieux de conservation...).

L'Agence de la biomédecine

est notamment chargée de :

- gérer la liste nationale des malades en attente de greffe,
- gérer le registre national des refus au prélèvement,
- élaborer des règles de répartition des organes,
- coordonner les prélèvements d'organes, répartir et attribuer les greffons en France et à l'international,
- évaluer les activités,
- organiser les comités d'experts autorisant le prélèvement sur donneur vivant,
- développer l'information sur le don d'organes, de tissus.

Référence

Article R. 1418-1 et suivants du Code de la santé publique

L'activité de greffe est soumise à autorisation

L'article R. 6122-25 du CSP prévoit que :

" sont soumises à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 les activités de soins, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, énumérées ci-après : (...) 8° Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques (...)".

Tous les établissements ne sont pas autorisés à pratiquer ces activités. Seuls ceux qui disposent d'un service de réanimation, des services techniques indispensables (anesthésie, radiologie, chirurgie...) et du personnel formé à cette activité peuvent le faire, avec l'accord des autorités sanitaires.

L'activité des prélèvements et de greffes au sein de l'AP-HP

Le nombre d'équipes autorisées de greffe d'organes est de **25 au sein de l'AP-HP, réparties sur 14 hôpitaux** (carte 1).

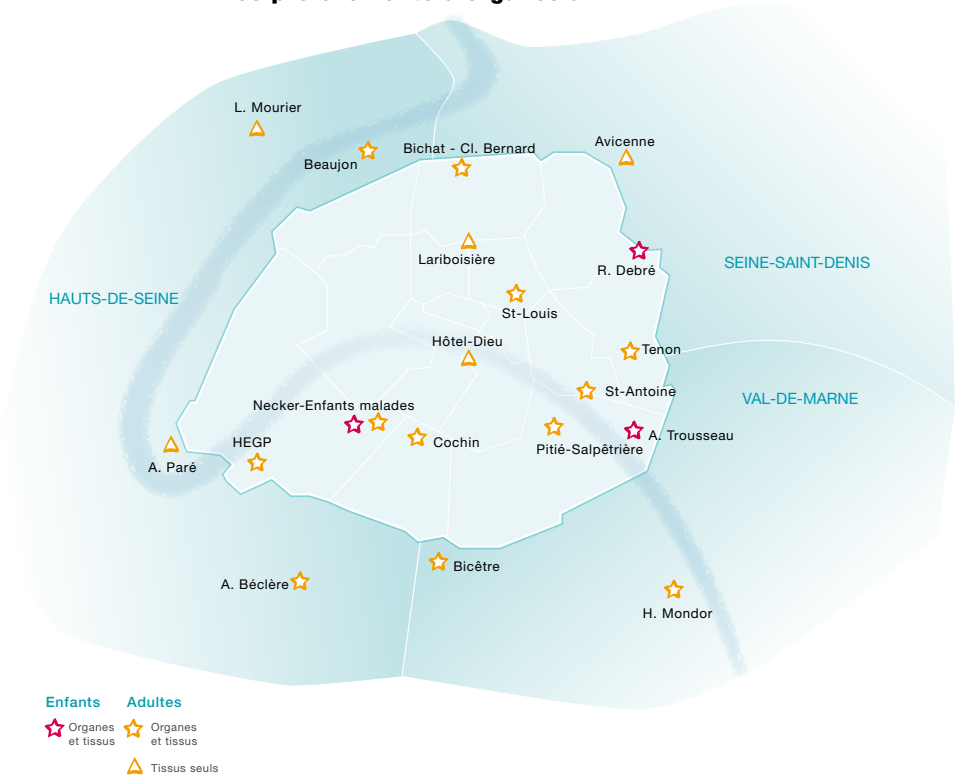
Certaines équipes de greffes franciliennes ne sont pas implantées au sein de l'AP-HP : l'hôpital Foch à Suresnes (rein, poumon), le Centre chirurgical Marie-Lannelongue au Plessis-Robinson (poumon et cœur-poumon). Pour autant, l'AP-HP a aujourd'hui la plus importante liste d'attente de France (plus de 3 000 candidats, soit presque 30 % de la liste nationale d'attente), assure près de 90 % de l'activité de greffe francilienne et représente une part importante (plus de 30 %) de l'activité nationale de greffe d'organes (tableau 1). L'activité de greffe pédiatrique de l'AP-HP représente 30 % de l'activité nationale pour le cœur, 40 % pour le rein, 72 % pour le foie et 89 % pour les poumons. Une autre particularité de la greffe d'organe à l'AP-HP est l'augmentation importante du nombre de greffes réalisées à partir de donneurs vivants : 40 % des greffes nationales réalisées à partir de donneurs vivants sont effectuées à l'AP-HP.

La greffe de cornées n'est pas soumise à autorisation et est une activité qui se pratique dans le public et dans le privé. L'AP-HP représente 8 % des greffes réalisées en France.

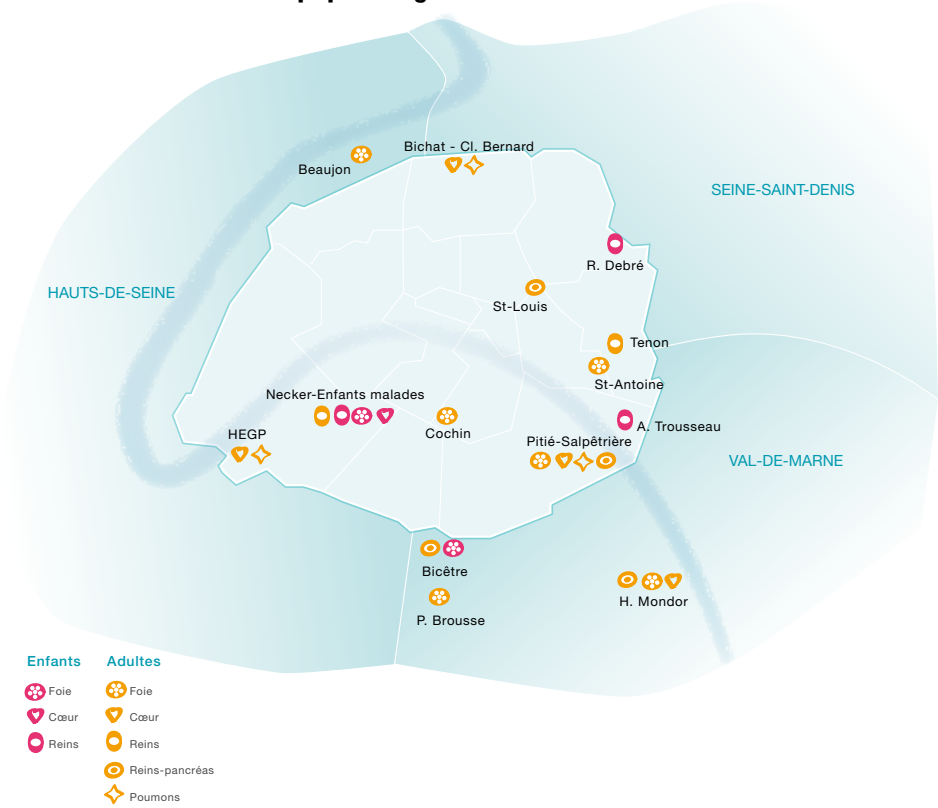
La greffe de cellules souches hématopoïétiques est soumise à autorisation et se pratique uniquement dans le secteur public. L'AP-HP dispose de 7 équipes médicales. Les équipes régionales implantées exerçant en dehors de l'AP-HP sont celles de l'Institut Gustave-Roussy et celle du Centre des armées de Percy. La part de l'AP-HP en France est de 23 %.

L'activité de prélèvement d'organes et de tissus est soumise à autorisation (carte 2). La part de l'AP-HP dans les prélèvements en France est de 12 %. La part de l'AP-HP dans les prélèvements en Île-de-France représente 57 % (tableau 2).

Les prélèvements d'organes à l'AP-HP



Les équipes de greffes à l'AP-HP



Pour aller plus loin

Site intranet de l'Agence de la biomédecine : www.agence-biomedecine.fr

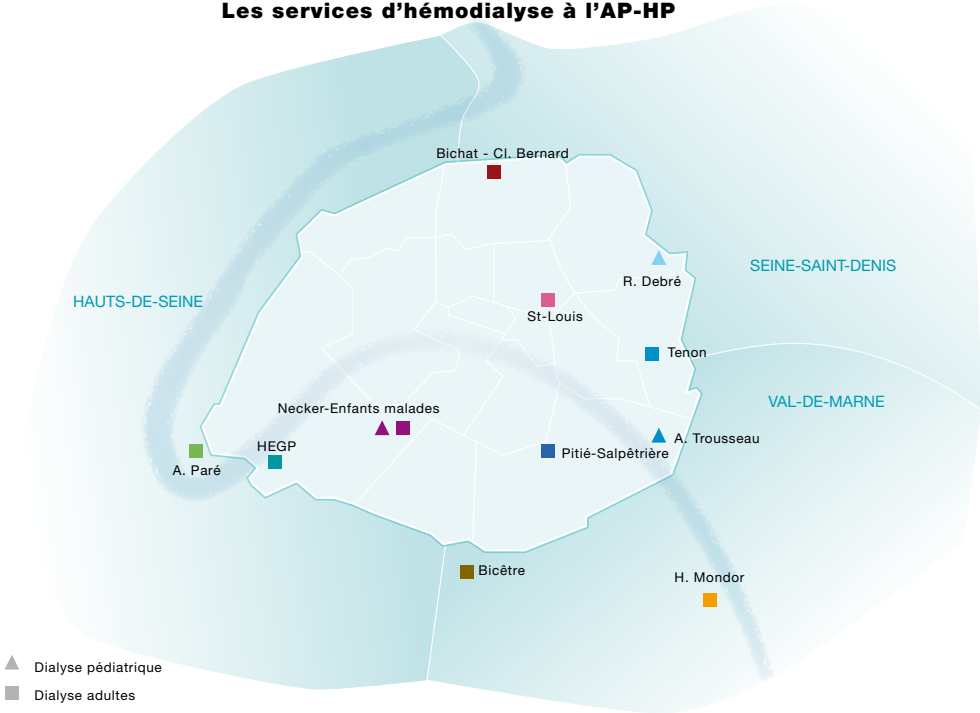
Plaquette : http://www.dondorganes.fr/IMG/File/ABM_DON_GUIDE_2008.pdf

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale (hémodialyse)

La réglementation des activités d'hémodialyse comprend différents modes de prise en charge des patients, dont l'un est spécifique à l'hôpital : le centre d'hémodialyse (art. R. 6123-54 du CSP).

Elle prévoit que les centres d'hémodialyse prennent principalement en charge des patients traités par hémodialyse périodique, dont l'état de santé nécessite au cours de la séance la présence permanente d'un médecin. Chaque centre doit se situer au sein d'un hôpital permettant l'hospitalisation à temps complet du patient dans des lits de médecine ou éventuellement de chirurgie (art. R. 6123-58 du CSP).

Les services d'hémodialyse à l'AP-HP



Les soins aux personnes âgées

Le vieillissement de la population et les nombreuses pathologies qui résultent de l'âge font de l'accueil et des soins aux personnes âgées, un élément très important de l'activité de l'AP-HP.

La plupart des hôpitaux pour adultes disposent d'unités et de services qui reçoivent une proportion importante de personnes âgées.

Une prise en charge spécifique est organisée au sein des " hôpitaux et services gérontologiques ".

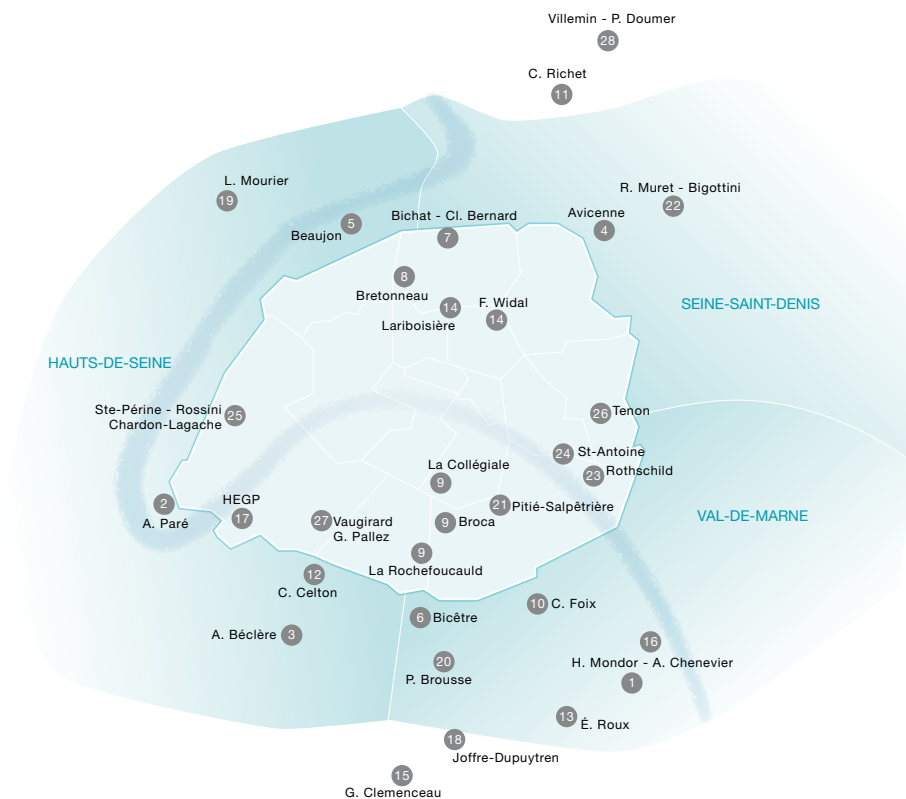
Les structures

En dehors des activités médicales qui concernent les patients à tous les âges, les prestations de soins aux personnes âgées sont constituées pour l'essentiel de consultations, de séjours de court séjour, de soins de suite et réadaptation, de prise en charge en hôpital de jour ainsi que de soins de longue durée.

On distingue plus particulièrement :

- **les unités de médecine gériatrique** (" court séjour gériatrique ") : elles prennent en charge en phase aiguë les patients âgés souffrant de pathologies multiples et complexes. Elles apportent des soins médicaux adaptés en préservant l'autonomie des personnes ;
- **les unités de soins de suite et de réadaptation (SSR)** : elles apportent des soins continus pour une préservation ou une amélioration de l'autonomie et une réinsertion (ex. : suite des accidents vasculaires cérébraux, stabilisation des troubles du comportement) ;
- **les structures d'hôpital de jour** : ces structures d'" alternative à l'hospitalisation " réalisent des actes de diagnostic et de bilan, assurent une réadaptation pour le retour ou le maintien à domicile en apportant également un soutien aux familles, à l'entourage...
- **l'Hospitalisation à domicile (HAD)** : elle répond aux besoins des malades en soins hospitaliers tout en leur permettant de rester le plus longtemps possible à domicile ;
- **les Unités de soins de longue durée (USLD ; voir encadré) ;**
- **les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** : depuis la réforme de la tarification en 1999, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ne relevant pas du secteur sanitaire (USLD) mais du médico-social, sont désignés par le terme d'" EH-PAD " (art. L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles) ;
- **les unités et lits de soins palliatifs** (qui ne concerne pas uniquement des personnes âgées) : ces structures ont pour objet de soulager en fin de vie la douleur extrême, d'apaiser la souffrance psychique, de sauvegarder la dignité des malades, et de soutenir leur entourage.

Les hôpitaux et services spécialisés en gériatrie



1 Albert-Chenevier	●	●	●	●	○
2 Ambroise-Paré	●				●
3 Antoine-Béclère	●				
4 Avicenne	●				○
5 Beaujon	●				
6 Bicêtre	●	●	●	●	○
7 Bichat - Claude-Bernard	●	●	●	●	○
8 Bretonneau	●	●	●	●	○
9 Broca - La Rochefoucauld - La Collégiale	●	●	●	●	○
10 Charles-Foix	●	●	●	●	○
11 Charles-Richet	●	●	●	●	○
12 Coentint-Celton	●	●	●	●	○
13 Emile-Roux	●	●	●	●	○
14 Lariboisière - Fernand-Widal	●	●	●	●	○
15 Georges-Clemenceau	●	●	●	●	○
16 Henri-Mondor	●				
17 Hôpital européen Georges-Pompidou	●				○
18 Joffre-Dupuytren	●	●	●	●	○
19 Louis-Mourier	●	●	●	●	○
20 Paul-Brousse	●	●	●	●	○
21 Pitié-Salpêtrière	●	●	●	●	○
22 René-Muret - Bigottini	●	●	●	●	○
23 Rothschild	●	●	●	●	○
24 Saint-Antoine	●				
25 Sainte-Périne - Rossini - Chardon-Lagache	●	●	●	●	○
26 Tenon	●				
27 Vaugirard - Gabriel-Pallez	●	●	●	●	○
28 Villemin - Paul-Doumer	●	●	●	●	

● Court séjour gériatrique
 ● Soins de suite
 ● Places de jour (hôpital de jour)
 ● Soins de longue durée
 ● Consultation gériatrique
 ○ Consultation mémoire
 Deux centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) :
 le CMRR Sud Pitié-Salpêtrière - Broca et le CMRR Nord Lariboisière - Fernand-Widal

L'ancien article L. 6112-1 du CSP distinguait parmi les soins hospitaliers de grandes catégories, qui étaient les soins de courte durée, les soins de suite ou de réadaptation et les soins de longue durée.

Les **soins de longue durée** étaient définis comme des soins " *comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien* ".

Cet ancien article du Code de la santé publique a été supprimé par la loi " HPST " du 21 juillet 2009. La terminologie prévue par cet article demeure cependant une référence utile, de même que l'énoncé des missions qui étaient dévolues aux unités de soins de longue durée par une circulaire du 10 mai 2007 :

" *Les USLD accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum* ".

Il s'agit de structures qui relèvent d'un statut " sanitaire ". Elles sont toutefois soumises à une tarification ternaire (dotation soins, hébergement, dépendance) et relèvent d'une convention tripartite (voir infra).

Une série de critères s'imposant à ces unités ont été définis par les annexes de la circulaire du 10 mai 2007.

Réforme de la tarification et convention tripartite

La création juridique des EHPAD a été concomitante à la mise en œuvre d'une réforme de la tarification des EHPAD. Celle-ci a pour conséquence :

- le maintien, dans la détermination des frais de séjour facturables :
 - d'un forfait " soins ", versé directement par l'Assurance maladie,
 - d'un forfait d'" hébergement ", facturé au patient ou à défaut à l'Aide sociale ;

- le classement des personnes accueillies en EHPAD selon un mécanisme budgétaire fondé sur le degré de dépendance.

Aux deux forfaits " soins " et " hébergement " s'ajoute un forfait " dépendance ", pris en charge partiellement par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) (art. L. 232-2, CASF).

La perte d'autonomie d'une personne âgée est évaluée à l'aide d'une grille nationale, intitulée " AGGIR " (Autonomie gérontologique, groupes iso-ressources).

La grille AGGIR détermine l'éligibilité à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette grille repose sur dix variables (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur et à l'extérieur, communication à distance), pouvant prendre trois valeurs (fait seul, partiellement, ne fait pas). Les personnes âgées sont ainsi classées dans un des six groupes GIR : de 1 pour les plus dépendants à 6 pour les moins dépendants ;

- l'élaboration et la signature obligatoire d'une " convention tripartite " d'une durée de 5 ans conclue avec le Président du Conseil général et le directeur de l'Agence régionale de santé.

Ce document doit définir les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire et formaliser les engagements pris par l'établissement s'agissant de la qualité de la prise en charge des patients.

Il doit être établi en conformité avec un cahier des charges, défini au niveau national (arrêté du 26 avril 1999) abordant tous les aspects du fonctionnement des structures concernées, et en particulier : l'accueil et l'information des résidents et des familles ; le respect des droits des résidents ; le confort de l'hébergement ; l'animation ; la qualité et l'organisation des repas ; l'aide à la vie quotidienne ; la qualité des soins ; l'accompagnement de la fin de vie ; les relations avec l'environnement (réseaux gérontologiques)... Ces engagements sont matérialisés dans un " projet de vie " et un " projet de soins ".

La convention tripartite concernant l'AP-HP est en cours. Il est envisagé la conclusion soit d'une seule convention (USLD), soit de deux conventions (USLD et EHPAD).

Les soins psychiatriques

La psychiatrie et d'une manière générale, les soins de santé mentale ont toujours tenu une place spécifique dans l'organisation des soins. Des particularités demeurent, mais elles s'estompent progressivement pour faire de la psychiatrie une spécialité médicale pleinement inscrite dans l'organisation générale et dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS).

A Paris et dans les départements de la petite Couronne, le rattachement des établissements psychiatriques (Sainte-Anne, Maison-Blanche, Ville-Evrard, Perray-Vaucluse...) aux départements a eu pour effet qu'historiquement, l'AP-HP a jusqu'à nos jours conservé une place limitée dans l'offre de soins en cette discipline.

Quelques points de repère historiques

- Début du XVIII^e siècle à l'Hôtel Dieu de Paris, ouverture de 2 " salles des fous " (une salle de 30 places pour les hommes, une salle de 60 places pour les femmes)
- 1802 Fermeture des salles des fous de l'Hôtel Dieu de Paris, remplacées par les asiles d'aliénés de Charenton (pour les hommes) et de la Salpêtrière (pour les femmes)
- La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, dite loi Esquirol, fait obligation à chaque département de se doter d'un asile d'aliénés (ou de traiter avec un asile d'un autre département)
- 1867 Inauguration par Napoléon III et le préfet Haussmann de l'" asile clinique " Sainte-Anne à Paris
- 1904 Gilbert Ballet (élève de Charcot à la Salpêtrière) crée le premier service de psychiatrie à l'Assistance publique : le " service des délirants de l'Hôtel-Dieu " (circulaire du 4 novembre 1904, du directeur général de l'Assistance publique).
- La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales créé le secteur psychiatrique
- La loi du 25 juillet 1985 consacre au plan légal de la sectorisation psychiatrique
- La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, fixe les conditions de la prise en charge de certains patients sans leur consentement.
- Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Depuis le début des années 1960, une organisation sectorisée des soins en santé mentale a été mise en œuvre dans notre pays et les secteurs psychiatriques sont pour chacun d'entre eux rattachés à un établissement de santé particulier.

Cette organisation procède d'un découpage territorial et consiste en ce que la prise en charge d'un malade est, sous réserve de son libre choix, assurée par une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, assistants de service social) placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier exerçant

au sein d'un établissement " tête de secteur ". Cette prise en charge associe différentes structures intra et extra-hospitalières, avec ou sans hébergement (notamment les centres médico-psychologiques, les centres d'accueil permanent, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel...).

Le Code de la santé publique prévoit de manière générale (art. L. 3221-1 du CSP) que :

" La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

A cet effet, les établissements de santé autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé [définis par l'agence régionale de santé] (...) "

Il prévoit par ailleurs (art. L. 3221-4 du CSP) que :

" Chaque établissement autorisé en psychiatrie et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans ces secteurs, des services et des équipements de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci. "

Place de l'AP-HP dans l'offre de soins psychiatrique

Cette place dans le dispositif psychiatrique francilien est la suivante :

- 5 % des lits régionaux de psychiatrie, soit 2,5 % des lits classiques et 18,7 % des places de jour de l'AP-HP,
- 16 services (11 adultes, 5 pédiatries) :
 - en psychiatrie adulte : 555 lits, 138 places et 11 services, 5 unités rattachées, 2 services de géro-psycho-geriatrie,
 - en pédopsychiatrie : 82 lits, 62 places et 5 services (auxquels s'ajoute un service rattaché à un service de pédiatrie, de l'hôpital Armand-Trousseau),
- certains services sont sectorisés : 4 pour les adultes (2 dans les Hauts-de-Seine : Louis-Mourier et Corentin-Celton ; 2 dans le Val-de-Marne : Albert-Chenevier et Paul-Brousse) et 4 des 5 services pédiatriques,
- différents partenariats avec les hôpitaux psychiatriques de secteur ont donné lieu à de nombreuses conventions : Sainte-Anne - Ambroise-Paré, Cochin, HEGP ; Maison Blanche - Lariboisière, Tenon et Bichat ; Paul-Guiraud - Antoine-Béclère et Bicêtre ; Esquirol - Saint-Antoine ; Association mentale 13 - Pitié-Salpêtrière.

Par ailleurs, en dehors des équipements psychiatriques, l'AP-HP dispose de deux services d'addictologie dirigés par un psychiatre et de deux services de géro-psycho-geriatrie (Bretonneau, Charles-Foix). Enfin, 5 services de psychiatrie universitaires hors AP-HP sont conventionnés avec l'AP-HP (3 services adulte, 2 services enfant-adolescent).

De manière générale, l'AP-HP assure donc, en matière psychiatrique, des missions universitaires qui se déploient dans l'enseignement, la recherche et l'innovation thérapeutique, des missions hospitalières comprenant des activités sectorisées (prise en charge de l'ensemble de la population, adultes aussi bien qu'enfants et adolescents, d'une zone géographique donnée), ainsi que des activités dite " hors secteur " (prise en charge des malades dans le cadre de la psychiatrie de liaison ou arrivés aux urgences).

L'AP-HP a mis en place depuis 1998 des cellules d'urgence médico-psychologiques, liées aux SAMU et destinées à venir en aide aux victimes de catastrophes et d'accidents collectifs, à Paris et dans les trois départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne (circulaires ministérielles du 28 mai 1997 et du 20 mai 2003).

Les soins psychiatriques sous contrainte

Une série de dispositions légales encadre l'organisation des soins à des personnes atteintes de troubles mentaux qui nécessitent des soins psychiatriques, mais les refusent. Elles sont issues principalement de la loi du 5 juillet 2011 (art. L. 3211-1 et s. du CSP)

Elles prévoient notamment (L. 3222-1 al. 1 du CSP) que

" Pour chaque territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public définie au 11° de l'article L. 6112-1 (prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte). "

Quatre hôpitaux de l'AP-HP sont habilités à prendre en charge ces patients sous ces formes de soins sous contrainte : Albert-Chenevier, Louis-Mourier et Corentin-Celton, Paul Brousse.

En dehors de l'AP-HP : structures d'accueil en urgence en santé mentale

I L'Infirmierie psychiatrique de la Préfecture de police de Paris (IPPP)

En application de l'article L. 3213-2 al. 1 du CSP,

" En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques (sur décision du représentant de l'Etat). Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. "

A Paris, l'Infirmierie psychiatrique de la Préfecture de police de Paris, dénommée également " IPPP ", accueille les personnes représentant un danger imminent pour la sûreté des personnes. L'IPPP, située à proximité de l'hôpital Sainte-Anne, relève de la tutelle de la Préfecture de police de Paris. Le Préfet de police gère ainsi au sein de son administration cette structure particulière destinée à assurer à Paris la rétention temporaire des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux en vue de l'instruction d'une éventuelle mesure d'internement d'office.

I Le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA)

Le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil est un service d'urgence sanitaire régional dont les locaux se situent dans l'enceinte de l'hôpital Sainte-Anne, qui en assure la gestion. Ce centre assure 24h sur 24h et 7 jours sur 7 la prise en charge des patients qui n'ont pas été reçu dans le cadre d'un Service d'accueil des urgences (SAU) ou d'un centre d'accueil et de crise (CAC). Il dispose en outre d'une permanence téléphonique permettant de renseigner sur la sectorisation en psychiatrie, l'orientation des patients ou la rédaction des certificats médicaux (CPOA : 1, rue Cabanis, Paris 14^{ème}).

La prise en charge du handicap

Le poly-handicap se définit comme " *un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation* " ⁷.

Les structures

Jusqu'en 1962, à Paris, le service de l'Aide sociale à l'enfance étant rattachée à l'Assistance publique, il entrait dans les missions de l'AP-HP d'assurer d'une part les soins aux poly-handicapés et d'autre part leur hébergement dans des structures adaptées. A partir des années 1965-1970, l'insuffisance des structures adaptées pour les enfants les plus handicapés a conduit l'AP-HP à maintenir une activité dans ce domaine et à orienter progressivement certains de ses hôpitaux vers la prise en charge médicalisée des personnes poly-handicapées.

Cette prise en charge concerne aujourd'hui aussi bien des enfants que des adultes.

L'hôpital principal de l'AP-HP pour le handicap est l'hôpital Raymond-Poincaré à Garches, qui prend en charge les personnes atteintes de handicap lourd. Cet hôpital dispose d'un Centre d'innovation technologique (CIT) dédié au handicap, d'une plateforme d'innovation technologique dans ce domaine ainsi que d'un " programme handicap ".

Plusieurs autres hôpitaux de l'AP-HP orientent depuis de nombreuses années une partie majeure de leur activité médicale vers la prise en charge du handicap acquis lourd (par exemple : les blessés médullaires, les maladies neurologiques dégénératives,...) :

- **l'hôpital de la Roche-Guyon** rattaché à l'hôpital Armand-Trousseau : prise en charge du poly-handicap pédiatrique (soins aux enfants et adolescents poly-handicapés) ;
- **l'hôpital de San Salvador (Var)** : prise en charge sanitaire d'enfants, d'adolescents et d'adultes porteur de handicap congénitaux ou acquis, dans le cadre de séjours de longue durée ou temporaires ;
- **l'hôpital marin d'Hendaye (Pyrénées-Atlantiques)** : prise en charge sanitaire d'adultes porteurs de handicap congénitaux ou acquis, dans le cadre de séjours temporaires ou de longue durée. Cet hôpital accueille notamment plus de 100 patients autistes ;

7 - Au sens de l'annexe 24 ter du décret n° 98-798 du 27 octobre 1989 concernant notamment les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents handicapés

■ **l'hôpital maritime de Berck (Pas-de-Calais) rattaché à l'hôpital Raymond-Poincaré** : prise en charge du handicap acquis dont les états végétatifs chroniques dans le cadre de séjour de longue durée et de moyen séjour.

Ces hôpitaux sont dénommés depuis 1990 " hôpitaux de poly-handicapés ", et non pas hôpitaux de moyen et long séjour. **Ils sont destinés aux poly-handicapés les plus gravement atteints, lorsque le soin prédomine sur la fonction d'hébergement.**

L'hospitalisation à domicile (HAD)

Créée en 1957 à l'initiative du professeur Siguier de l'hôpital Tenon, l'Hospitalisation à domicile (HAD) de l'AP-HP s'est imposée progressivement, d'une part en raison de l'évolution des pratiques médicales qui requièrent de moins en moins le recours à l'hospitalisation complète, et d'autre part en raison de la mutation des besoins des malades qui souhaitent être soignés dans leur environnement familial.

Cette structure d'hospitalisation différente permet d'assurer au domicile du malade, pour une durée limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés entre le service hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels de santé de ville nécessaires à une prise en charge de qualité du malade. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes (art. R. 6121-1 du CSP).

L'HAD est assurée à partir de tous les hôpitaux de l'AP-HP et dans certains établissements hors AP-HP avec lesquels elle a passé une convention :

- le Centre hospitalier André-Grégoire (Montreuil)
- le Centre hospitalier du Raincy
- le Centre hospitalier de Courbevoie - Neuilly-sur-Seine
- le Centre hospitalier Sainte-Anne (neurologie)
- le Centre hospitalier de Rueil-Malmaison
- l'hôpital Stell (Saint-Cloud)
- les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce, Bégin et Percy
- l'Institut de puériculture de Paris
- l'Hôpital de l'Institut Curie (en sérologie).

Structure hospitalière à part entière, l'HAD est implantée au 14, rue Vésale à Paris (5^{ème}). Elle est dirigée par un directeur, dispose au sein de l'AP-HP de sa propre section d'EPRD et dispose d'un effectif de personnel propre.

L'HAD prend potentiellement en charge toutes les pathologies excepté la psychiatrie : cancérologie, hématologie, maladies infectieuses, neurologie, cardiovasculaire, pneumologie, séjours post-opératoires, pédiatrie, obstétrique...). Tous les actes médicaux (kinésithérapie, ergothérapie, consultations médicales, examens de laboratoire, imagerie médicale...), la fourniture des médicaments, ainsi que la location de tout le matériel nécessaire sont pris en charge par l'HAD.

Organisation de l'HAD : 4 pôles

- 1 pôle assurant les soins aux patients adultes (16 unités de soins sur Paris et la petite couronne)
- 1 pôle Mère-enfant prenant en charge l'obstétrique et la pédiatrie

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)

La dénomination " soins de suite et de réadaptation " est issue de la réunion récente sous ce terme, en une seule activité, des soins de suite d'une part, de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelles d'autre part. Cette récente évolution a été motivée par la volonté d'offrir aux patients une structure de prise en charge globale destinée à permettre un retour dans le lieu de vie habituel après un accident ou une maladie invalidante.

Deux décrets du 17 avril 2008 (n° 2008-376 et n° 2008-377) sont venus définir la réglementation applicable à l'activité de soins de suite et de réadaptations tant s'agissant des conditions d'implantation que des conditions techniques de fonctionnement.

Cette activité, qui figure au nombre de celle relevant du schéma régional des soins, n'est possible que dans les structures autorisées à cet effet par l'Agence régionale de santé.

A cet égard l'AP-HP dispose de 4600 lits de " SSR " (dont 780 hors Île-de-France) répartis entre les hôpitaux suivants : La Collégiale (75), Albert-Chenevier, Charles-Foix, Emile-Roux (94), Georges-Clemenceau (91), Louis-Mourier (92), La Roche Guyon (95), Villemin - Paul-Doumer (60), Berck (62), Hendaye (64), San Salvador (83).

Définition et missions des structures de soins de suite et de réadaptation

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et des limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation et la réinsertion du patient. Ainsi toute admission en soins de suite et de réadaptation doit être précédée d'une évaluation des besoins médicaux (art. D. 6124-177-5 du CSP) permettant de valider ou non l'adéquation de son orientation.

Les structures de SSR doivent assurer :

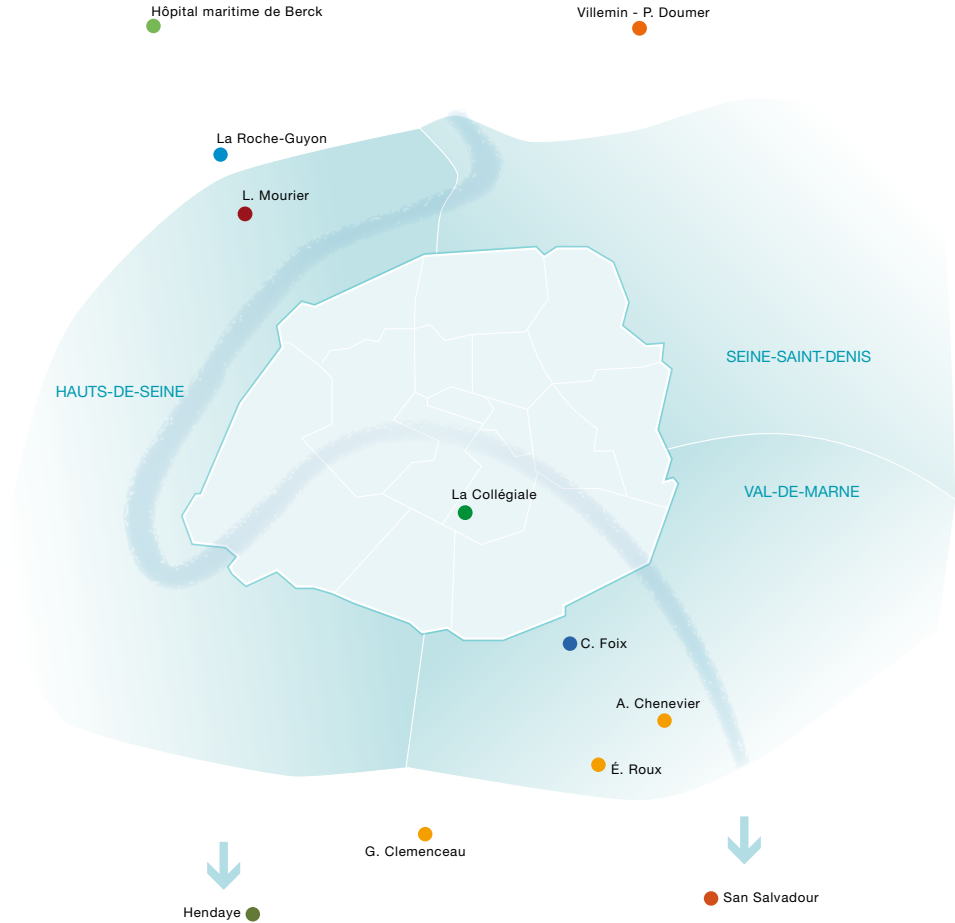
- les soins médicaux, curatifs et palliatifs,
- la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps, prévenir les dépendances et maintenir ou redonner l'autonomie,
- les actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage,
- la préparation et l'accompagnement de la réinsertion.

Le Code de la santé publique prévoit une seule modalité d'autorisation d'activité de SSR avec des possibilités de mentions complémentaires pour les catégories d'affections suivantes :

- affections de l'appareil locomoteur,
- affections du système nerveux,
- affections cardio-vasculaires,
- affections respiratoires,
- affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien,

- | affections onco-hématologiques,
- | affections des brûlés,
- | affections liées aux conduites addictives affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

L'activité de soins de suite et de réadaptation à l'AP-HP



Le traitement du cancer

A la suite du Plan national de lutte contre le cancer 2003-2007, une réglementation complète a été établie pour les établissements de santé assurant des activités de traitement du cancer (art. R. 6123-86 et s. du CSP).

Cette activité

" consiste à traiter les tumeurs solides, malignes ou les hématopathies malignes. Ce traitement est médical, chirurgical ou réalisé par radiothérapie externe, par curiethérapie ou par utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées ".

Un régime d'autorisation spécifique de ces activités a été constitué. Des autorisations distinctes sont accordées pour les pratiques thérapeutiques suivantes :

- la chirurgie des cancers,
- la radiothérapie externe, la curiethérapie,
- l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées,
- la chimiothérapie ou les autres traitements médicaux spécifiques du cancer.

Les autorisations sont assujetties à des conditions précises. Ainsi, notamment :

- l'établissement doit être membre d'une " coordination des soins " en cancérologie (réseau régional, réseau territorial),
- l'organisation mise en place doit assurer à chaque patient une annonce du diagnostic et une proposition thérapeutique fondée sur une " concertation pluridisciplinaire " (formalisée en des " réunions de concertation pluridisciplinaire " ou RCP), traduite dans un " programme personnalisé de soins " (PPS). Elle doit respecter des critères d'agrément spécifiques à la chimiothérapie et à la radiothérapie,
- la mise en œuvre de traitements doit être conforme aux référentiels de bonne pratique définis par l'Institut national du cancer (INCa),
- l'établissement doit assurer l'accès à des " soins de support ",
- les patients doivent avoir accès aux traitements innovants et aux essais cliniques.

Enfin, différents seuils d'activité minimale annuelle ont été prévus par voie réglementaire (arrêté du 29 mars 2007 : par exemple, au moins 80 patients/an en chimiothérapie, 600 patients/an par site en radiothérapie,...).

En outre, il existe également :

- les centres de coordination en cancérologie (3C),
- les cancéropôles (à Paris, l'AP-HP est l'un des quatre membres fondateurs du Cancéropôle d'Île-de-France, constitué pour fédérer la recherche, avec l'Institut Curie, l'Institut Gustave-Roussy et l'Institut universitaire d'hématologie ; d'autres partenaires ont aujourd'hui rejoint ce cancéropôle : le Centre René-Huguenin, l'Institut Cochin et l'Institut Pasteur),
- le réseau régional en cancérologie.

Le traitement du cancer à l'AP-HP

L'AP-HP, premier acteur français de la recherche en cancérologie et le plus grand centre européen de cancérologie, assure 30 % de l'activité de cancérologie en Île-de-France et suit chaque année plus de 73 000 patients dont 49 000 nouveaux cas par an. Elle assure une prise en charge de tous les cancers ainsi que les hémopathies. Vingt et un hôpitaux de court séjour de l'AP-HP disposent d'une activité de cancérologie, avec au total 58 services ou 370 consultations dédiés ou associés à cette activité.

L'éclatement de l'activité sur 21 sites a longtemps pénalisé la visibilité de l'activité de cancérologie à l'AP-HP. Le regroupement en groupes hospitaliers permet d'atteindre un niveau organisationnel optimal et d'élever encore le niveau d'activité.

L'AP-HP dispose de plusieurs pôles d'excellence reconnus en matière internationale, par exemple en onco-hématologie, et constitue le premier promoteur français de recherches biomédicales. Par ailleurs, elle est très présente dans le domaine des formes rares de cancer et assure une diffusion rapide du progrès médical au bénéfice des patients à travers le Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT).

De plus, l'AP-HP organise son offre de soins en cancérologie dans le cadre de son plan stratégique sous forme de Centres intégrés (CIN) et de Centres experts (CEX), l'objectif étant de structurer la cancérologie autour de ces centres pourvus de missions spécifiques.

Centres intégrés

Dans le cadre de son plan stratégique 2010-2014, l'AP-HP a décidé de structurer l'organisation de la cancérologie autour de la création de cinq à sept Centres intégrés (CIN) afin d'obtenir une prise en charge globale permettant un parcours patient de qualité et personnalisé. Le centre intégré aura pour mission la prise en charge optimisée, précoce et globale du patient avec un diagnostic établi quel que soit son stade. Il disposera d'une activité de recherche et d'innovation de formation et d'enseignement et sera doté d'une organisation administrative et fonctionnelle spécifique avec une gouvernance aux compétences médicales, administratives et de recherche. Un centre intégré, en lien avec l'ensemble des groupes hospitaliers et collaborant avec d'autres centres intégrés, l'université et la recherche, comprendra l'oncologie médicale et au moins trois des neuf activités suivantes : sein, gynécologie, digestif, urologie, ORL/maxillo-facial, pneumologie, neuro-oncologie, hématologie, dermatologie.

Centres experts

Le centre expert assurera une prise en charge d'excellence sur une ou plusieurs thématiques d'une spécialité, une activité de recherche organisée et productive, la formation et l'enseignement. Il sera le plus souvent situé dans un centre intégré mais il pourra tout à fait, selon le contexte, être à l'extérieur.

Nombre d'accélérateurs en radiothérapie



Le traitement des grands brûlés

L'activité de traitement des grands brûlés consiste à prendre en charge les patients atteints de brûlures graves par leur étendue, leur profondeur ou leur localisation (art. R. 6123-111 et s. du CSP).

La mise en œuvre de cette activité requiert une autorisation spécifique, qui doit mentionner si l'établissement prend en charge le traitement des adultes, des enfants ou à la fois des adultes et des enfants.

Les établissements autorisés doivent disposer, sur le même site, de moyens coordonnés permettant d'accueillir et de dispenser des soins à tout moment :

- aux patients nécessitant des soins spécifiques de réanimation,
- aux patients nécessitant des soins chirurgicaux spécifiques.

En outre, les établissements autorisés doivent assurer une activité de conseil et d'expertise auprès des établissements de santé prenant en charge des patients atteints de brûlures. Ils participent également aux actions de prévention et recueillent à cet effet les données sur les causes des brûlures qu'ils sont amenés à prendre en charge.

La prise en charge des grands brûlés est organisée au niveau national en 5 inter-régions, comportant un nombre limité de Centres de Traitements des Brûlés (CTB). La région Île-de-France disposait jusqu'en 2011 de 4CTB, dont 3 civils situés à l'AP-HP (2 adultes, Cochin et Saint Antoine-Rothschild, 1 pédiatrique à Trousseau) et 1 CTB militaire à Clamart.

Pour les CTB adulte, l'AP-HP a décidé de regrouper l'ensemble des activités adultes à l'hôpital Saint-Louis.

La transfusion sanguine

Les transfusions sanguines sont indispensables au traitement de certaines maladies ou pathologies : hémorragie importante, hémophilie, leucémie, anémie chronique... Le service public de la transfusion sanguine tend donc à promouvoir le don du sang, afin de permettre le traitement de nombreux malades.

La transfusion sanguine fait l'objet d'une réglementation stricte, conciliant la promotion du don du sang auprès de la population et un contrôle rigoureux des produits sanguins utilisés.

Un peu d'histoire : les transfusions sanguines au sein de l'AP-HP avant 2000

- 1952 : première loi portant organisant la transfusion sanguine en France
- 1993 : création de l'Agence française du sang, chargée de fixer les règles de délivrance et d'utilisation des produits sanguins
- 1995 : l'Agence française du sang agréé l'Établissement de transfusion sanguine (ETS) de l'AP-HP

L'ETS de l'AP-HP regroupe alors les sites transfusionnels de l'AP-HP et des sites transfusionnels hors AP-HP situés dans Paris. Les sites transfusionnels de l'AP-HP sont situés dans les locaux des sites de l'AP-HP. Ils sont chargés de la collecte de sang, des analyses biologiques, de la préparation et de la distribution des produits sanguins labiles.

- 2000 : l'Agence française du sang est remplacée par l'Établissement français du sang (EFS), placé sous le contrôle de l'AFSSAPS

Les attributions de l'ETS de l'AP-HP sont transférées à l'EFS. Les sites transfusionnels deviennent des sites de transfusion sanguine. Ceux qui étaient implantés dans des sites de l'AP-HP conservent locaux, matériels et personnels, mis à disposition par l'AP-HP à l'EFS.

L'Établissement français du sang (EFS) est l'opérateur unique de la transfusion sanguine en France. Il a son siège à La-Plaine-Saint-Denis, en Seine-Saint-Denis. C'est un établissement public de l'Etat placé sous la tutelle du ministre de la Santé, qui veille à la satisfaction des besoins en matière de produits sanguins labiles et à l'adaptation de l'activité transfusionnelle aux évolutions médicales, scientifiques et technologiques dans le respect des principes éthiques.

Il a pour missions principales :

- la collecte de sang,
- la qualification biologique des dons,
- la préparation des produits sanguins labiles,
- la distribution des produits sanguins labiles.

Dans ce dispositif, les établissements de transfusion sanguine (ETS, art. L. 1223-1 du CSP), antérieurement autonomes, sont devenus des services déconcentrés (établissements locaux sans personnalité morale) de l'Établissement français du sang, seul doté de la personnalité morale.

L'Établissement français du sang élabore et met en œuvre les schémas d'organisation de la transfusion sanguine.

Chaque schéma détermine :

- la zone de collecte de chaque établissement de transfusion sanguine de son ressort ;
- la répartition des activités entre les établissements de transfusion sanguine ;
- les installations et les équipements nécessaires pour satisfaire les besoins en matière de transfusion sanguine ;
- les modalités de coopération entre les établissements de transfusion sanguine et entre les établissements de santé et les établissements de transfusion sanguine.

Le schéma d'organisation de la transfusion sanguine de l'Île-de-France est fixé par un arrêté du 31 juillet 2007.

L'EFS Île-de-France

17 antennes régionales remplissent au niveau local les missions de l'EFS. En Île-de-France, l'antenne régionale est située à Ivry-sur-Seine et contrôle les sites de transfusion sanguine de son ressort.

Les sites de transfusion sanguine

Les sites de transfusion sanguine sont des antennes locales de l'EFS sans personnalité morale et sont agréés par l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Ils sont chargés de collecter les dons du sang et/ou de distribuer les produits sanguins labiles. Dans chaque site, un correspondant d'hémovigilance est nommé pour faire le lien et communiquer les informations entre l'AFSSAPS, l'EFS, l'InVS (Institut de veille sanitaire), et les groupes hospitaliers et hôpitaux de l'AP-HP.

Il existe 22 sites de distribution de produits sanguins labiles à l'AP-HP, dont 4 sont des dépôts de sang dépendants de l'AP-HP (Louis-Mourier, Ambroise-Paré, Raymond-Poincaré et Jean-Verdier). Tous les hôpitaux de l'AP-HP ont un site de transfusion sanguine référent qui leur délivre des produits sanguins labiles.

La délivrance des produits sanguins labiles

Les sites de transfusion sanguine disposent d'un stock de produits sanguins labiles⁸ alimenté par l'EFS. Il est constitué de produits sanguins issus de

8 - C'est-à-dire les produits non stabilisés et à courte durée de conservation : sang total, concentrés de globules rouges et de plaquettes, plasma)

dons qui ont été préalablement préparés et qualifiés. Les sites de transfusion sanguine collaborent entre eux en cas de pénurie de produits sanguins labiles dans l'un des ces sites pour en garantir un stock suffisant partout et en permanence. Ils peuvent ainsi répondre 24 heures sur 24 aux besoins en sang des établissements de santé avec lesquels ils collaborent.

Convention de délivrance de produits sanguins labiles

Chaque établissement de santé choisit un site de transfusion sanguine unique, dit " **site de transfusion sanguine référent** ", qui assure la distribution et la délivrance des produits sanguins labiles nécessaires à ses besoins. Il communique le nom de ce site au préfet de région et à l'ARS compétente.

La délivrance de produits sanguins labiles fait l'objet d'une convention entre chaque site de l'AP-HP et l'EFS. Cette convention engage notamment l'EFS vis-à-vis de la qualité des produits sanguins labiles délivrés et de la rapidité de leur délivrance. Le site AP-HP s'engage quant à lui, à garantir la traçabilité des produits sanguins labiles et à déclarer les événements indésirables qui surviendraient en la matière.

Existence d'un dépôt de sang dans un site AP-HP

Les dépôts de produits sanguins labiles, appelés **dépôts de sang**, sont des réserves qui conservent et délivrent des produits sanguins labiles destinés à une utilisation thérapeutique directe. Ils sont alimentés régulièrement par le site de transfusion sanguine référent.

La nécessité de créer un dépôt de sang dépend de l'éloignement géographique du site de transfusion sanguine le plus proche et de l'activité du site AP-HP, qui peuvent rendre nécessaire la disponibilité immédiate de produits sanguins labiles au sein même de l'établissement.

Le décret du 7 septembre 2007 précise que les dépôts de sang doivent faire l'objet d'une autorisation accordée par l'ARH territorialement compétente. La convention liant le site AP-HP au site de transfusion sanguine EFS référent doit être annexée à la demande d'autorisation. Cette convention porte sur le fonctionnement du dépôt, sur son approvisionnement et sur les modalités de surveillance des produits sanguins labiles conservés.

Références

Articles L. 1221-1 et suivants du Code de la santé publique
Articles D. 1221-1 et suivants du Code de la santé publique
Convention du 29 décembre 1999 de transfert de certains biens, droits et obligations, créances et dettes de l'ETS de l'AP-HP au profit de l'EFS
Décision du 6 novembre 2006 de l'AFSSAPS définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L.1223-3 du Code de la santé publique
Arrêté du 31 juillet 2007 relatif au schéma d'organisation de la transfusion sanguine de l'Île-de-France

Les activités de génétique médicale

La loi prévoit que les activités d'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification par empreintes génétiques à des fins médicales ne peuvent être effectuées que par des praticiens agréés à cet effet par l'Agence de la biomédecine (art. L. 1131-3 du CSP). Elles sont soumises par ailleurs à une autorisation de l'agence régionale de santé au titre de la planification sanitaire (art. R. 6122-25 du CSP).

Le Code de la santé publique précise que l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales a pour effet (art. R. 1131-1 du CSP) :

- soit de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de maladie génétique chez une personne qui en présente les symptômes ;
- soit de rechercher, chez une personne asymptomatique, les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'entraîner à terme le développement d'une maladie chez la personne elle-même ou sa descendance.

Des autorisations distinctes sont données pour les activités de consultations et pour les activités de biologie médicale.

Elles concernent selon le cas la cytogénétique (9 équipes autorisées dans 8 groupes hospitaliers et 37 praticiens), la génétique moléculaire (52 équipes autorisées dans 13 groupes hospitaliers et 189 praticiens) et les autres analyses de biologie (2 équipes autorisées dans 2 groupes hospitaliers et 3 praticiens) (données déc. 2009).

Les soins palliatifs

Dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale, les soins palliatifs sont

" des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage " (art. L. 1110-10 du CSP).

C'est en 1986 qu'une première circulaire (dite circulaire " Laroque " du 26 août 1986) relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale a vu le jour. Puis, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 a inscrit ces soins au rang des missions du service public hospitalier. De manière plus significative, le développement des soins palliatifs s'est appuyé sur la loi du 9 juin 1999 qui garantit le droit à l'accès aux soins palliatifs au sein des institutions sanitaires ou médico-sociales, comme à domicile.

À l'hôpital, la prise en charge en soins palliatifs peut prendre plusieurs formes :

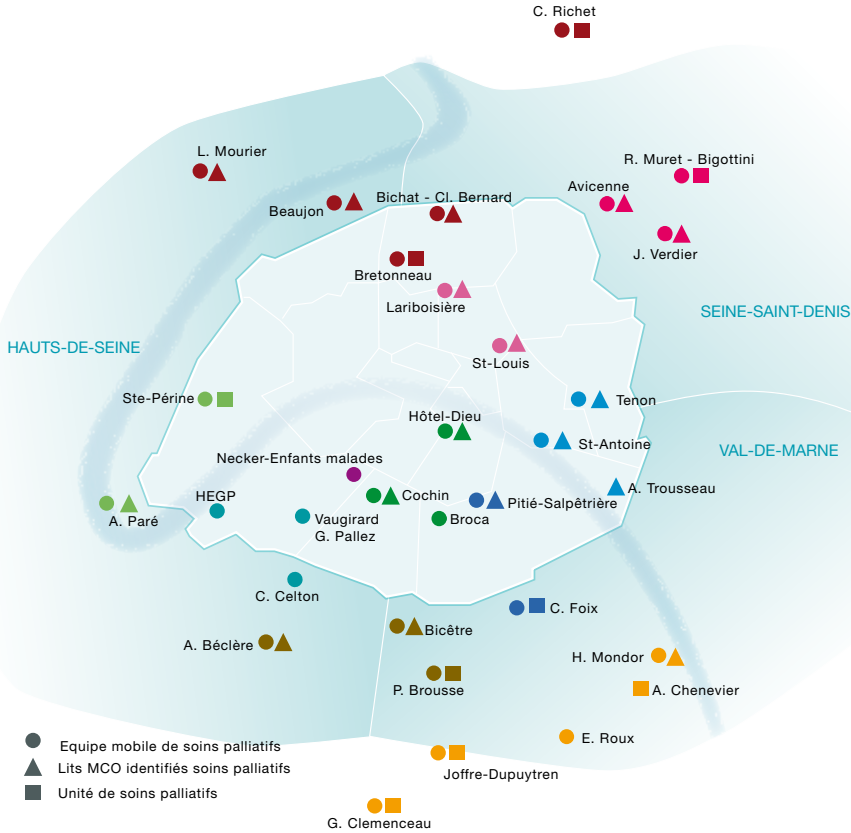
- les patients relevant de soins palliatifs sont pris en charge par l'équipe médicale et soignante du service dans lequel ils sont hospitalisés. Les équipes médicales et soignantes de ces services peuvent bénéficier de l'expertise et du soutien de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de l'hôpital. L'EMSP est une équipe pluri-professionnelle (composée de médecins, d'infirmières, de psychologues) qui intervient de manière transversale à la demande des services de l'hôpital ;
- dans les services qui ont à prendre en charge un nombre important de malades relevant des soins palliatifs peuvent disposer de lits identifiés de soins palliatifs (LISP). Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens que signe l'établissement de santé avec l'Agence régionale de santé, et qui détermine les orientations stratégiques de l'établissement, doit mentionner les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définir, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits identifiés de soins palliatifs (art. L. 6114-1 et L. 6114-2 du CSP) etc ;
- les unités de soins palliatifs (USP) sont des unités exclusivement dédiées aux soins palliatifs et qui prennent en charge les cas les plus complexes.

Quel que soit le lieu d'hospitalisation, la démarche palliative suppose (circulaire du 25 mars 2008) :

- un projet de soins individualisé,
- l'évaluation régulière des thérapeutiques mise en œuvre, les différentes options faisant l'objet d'une concertation pluri-professionnelle,
- la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement pour le malade et ses proches,

■ lorsqu'il y a retour au domicile, la sortie de l'hôpital en lien avec l'hospitalisation à domicile (dont les soins palliatifs sont actuellement un axe fort du développement) et/ou un réseau de soins palliatifs.

Les soins palliatifs à l'AP-HP



L'addictologie

L'addictologie consiste en la dépendance physiologique et psychologique à une substance.

L'article D. 3411-1 du CSP prévoit que :

" les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou représentant une dépendance aux substances psycho actives ainsi que pour leur entourage : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale psychologique et sociale, la prise en charge médicale... "

L'AP-HP s'est dotée d'unités d'addictologie de proximité dans les hôpitaux disposant d'une structure d'urgence, d'unités de recours avec des capacités d'accueil en hospitalisation et de référence pour l'enseignement et la recherche.

Les médecins ainsi que d'autres professionnels de santé de l'AP-HP, très investis dans les enjeux de santé publique, interviennent depuis les débuts de l'addictologie, dans les centres de proximités dits " de niveau 1 ", ainsi que dans les centres de recours, d'expertise et recherche (niveau 2 et 3) répartis géographiquement en Ile de France selon les besoins.

Deux centres d'expertise et de recherche sont reconnus comme centres de référence d'expertise de niveau 3 : un à l'hôpital Paul-Brousse et un autre à l'hôpital Lariboisière, Ils proposent une prise en charge pluridisciplinaire, depuis la consultation jusqu'à l'hospitalisation si besoin.

Les patients peuvent y bénéficier d'un bilan complet et avoir accès aux traitements les plus avancés

Les pharmacies à usage intérieur

L'AP-HP dispose de 42 pharmacies à usage intérieur (PUI) au sein de ses groupes hospitaliers et sur d'autres sites. Ainsi sont juridiquement dénommées les pharmacies hospitalières, "chargées de répondre aux besoins pharmaceutiques des établissements où elles sont créées" (art. L. 5126-5 du CSP). Elles sont pour chacune d'entre elles placées sous la responsabilité directe d'un pharmacien "gérant".

Les missions de ces pharmacies sont notamment :

- d'assurer la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets de compétence pharmaceutique (visés par l'art. L. 4111-1 du CSP) et donc réservés aux pharmaciens, ainsi que des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux (cette liste est très large et comprend ainsi les produits à usage unique, les gaz médicaux, mais également les produits de "radiopharmacie", médicaments contenant des isotopes radioactifs, etc.) ;
- de promouvoir ou d'évaluer leur bon usage et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance.

Les pharmacies à usage intérieur peuvent être également chargées de la délivrance des aliments diététiques destinés à des fins médicales et de la stérilisation des dispositifs médicaux (art. R. 5104-15 du CSP) au titre des activités optionnelles si elles sont autorisées à ce titre.

Des dispositions réglementaires, issues notamment du décret n° 2004-546 du 15 juin 2004, donnent un monopole aux pharmacies hospitalières pour la prescription et la dispensation de certains médicaments. Elles ont encadré la distribution auprès des malades "externes" de médicaments non distribués en officine : cette vente au public de médicaments au détail doit répondre strictement à différentes conditions, parmi lesquelles "l'intérêt de la santé publique" pour certains médicaments inscrits sur une liste ministérielle (art. L. 5126-4 du CSP). 28 PUI de l'AP-HP organisent cette "rétrocession".

Enfin, les pharmacies à usage intérieur de l'AP-HP participent pleinement à la mission du CHU en contribuant directement à la mise en œuvre des essais cliniques.

Les 42 pharmacies à usage intérieur de l'AP-HP



Les dispositifs de lutte contre le SIDA

Des instances de coordination et de réflexion spécifiques ont été mise en place au sein de l'AP-HP dans le cadre de la lutte contre le SIDA parmi lesquelles :

le Centre inter-établissement de traitement et de recherche anti-Sida (CITRAS)

Il s'agit d'une structure interne à l'AP-HP qui est chargée de :

- faire des propositions au directeur général pour améliorer la prise en charge des patients,
- promouvoir et coordonner la recherche clinique au sein des services hospitaliers,
- conseiller le directeur général sur les mesures à mettre en œuvre en matière de lutte contre les maladies, de prévention et de répartition des moyens consacrés à cette pathologie,
- informer l'administration sur l'évolution prévisible de l'épidémie et des moyens diagnostiques et thérapeutiques à venir,
- contribuer à la formation des personnels médicaux et non médicaux et des médecins libéraux.

la Coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH)

Le décret du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre le virus du SIDA prévoit la création de Comités de coordination et de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) dans les établissements publics de santé couvrant un territoire de référence à un niveau infra-régional ou inter-régional.

Les Corevih font suite aux centres d'information et de soins de l'immunodéficience (CISIH) qui avaient été créés en 1988.

La région Île-de-France compte 5 Corevih qui siègent au sein de différents hôpitaux :

- le Corevih Est : hôpital Saint-Louis,
- le Corevih Centre : groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
- le Corevih Sud : hôpital Henri-Mondor,
- le Corevih Nord : groupe hospitalier Bichat - Claude-Bernard,
- le Corevih Ouest : Ambroise-Paré.

Les COREVIH ont 3 missions principales (décret du 15 novembre 2005) :

- la **coordination** : favoriser la circulation de l'information, mettre en cohérence des actions respectives de chacun des acteurs
- le **recueil et l'analyse des données** : gérer une base de données spécifique communément appelé " DMI2 " qui permet de disposer d'informations médico-économiques. C'est à partir des données recueillies sur le territoire, analysées et discutées que chaque COREVIH peut établir un diagnostic partagé de la situation locale, puis réfléchir et proposer des solutions adaptées

- **l'amélioration de la pratique de la qualité et l'harmonisation** : il s'agit d'un travail collectif basé sur la confrontation et les échanges de pratiques.

Les COREVIH également à la recherche clinique notamment dans le domaine du dépistage, le suivi des personnes co-infectées par les virus des hépatites, les modalités de l'annonce, les stratégies de suivi des perdus de vue le soutien et l'accompagnement.

les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les Centres d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CEDDIST)

La politique de lutte contre le sida et contre les infections sexuellement transmissibles relève de l'Etat (art L. 3121-1 du CSP)

Les textes prévoient dans ce cadre (L. 3121-2 et s) que dans chaque département, le préfet " désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage, et le diagnostic de l'infection au VIH ".

Les missions des CDAG sont définies par le décret n° 88-61 du 18 janvier 1988. Les objectifs prioritaires sont de :

- permettre une prise en charge précoce après l'exposition aux risques,
- mettre en place un dispositif visible pour tous,
- mettre en place un accès facilité au dépistage des personnes précaires et vulnérables,
- renforcer la prévention vis-à-vis du VIH, de l'hépatite C et des infections sexuellement transmissibles,
- renforcer le lien entre dépistage et prise en charge.

Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires de médecins, d'infirmiers, d'assistantes sociales et de psychologues formés à l'accueil des consultants.

Deux CDAG sont gérés par l'AP-HP à l'hôpital Fernand-Widal et au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.

4 centres d'information de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CEDDIST) dépendent respectivement de l'hôpital Saint-Louis, de l'hôpital Cochin, de l'hôpital Saint-Antoine et du groupe hospitalier Bichat - Claude-Bernard.

Patients détenus, patients retenus

L'article L. 6112-1 du CSP dispose que

" les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : (...) 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret (...) "

Dans ce cadre, il revient au directeur général de l'Agence régionale de santé de désigner, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, l'établissement public de santé situé à proximité de l'établissement pénitentiaire, chargé de dispenser les soins aux détenus, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisée en milieu pénitentiaire. Cette désignation intervient après avis du préfet du département dans lequel se trouve l'établissement public de santé.

La réforme de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, instituée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, s'applique tant en milieu pénitentiaire, sous la forme d'unités de consultations et de soins ambulatoires, qu'en milieu hospitalier pour les examens nécessitant le recours à un plateau technique et les hospitalisations.

Les soins en milieu pénitentiaire

Les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)

Au sein des administrations pénitentiaires, les soins aux détenus sont dispensés par l'établissement de santé dans une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). L'UCSA, composée d'une équipe hospitalière pluridisciplinaire, est installée, au sein de l'établissement de détention, à l'intérieur de locaux spécifiques mis en place par l'administration pénitentiaire qui en assure la maintenance. Les UCSA assurent des missions de diagnostic et de soins (exemple : consultations médicales et soins infirmiers courants) ainsi que la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé. L'équipe pluridisciplinaire est composée en outre de personnels hospitaliers et est placée sous l'autorité médicale du praticien hospitalier responsable de l'unité fonctionnelle (art. D. 368, C. proc. pénale).

L'AP-HP gère les UCSA de la Maison d'arrêt de la Santé, rattachée à l'hôpital Cochin et l'UCSA de la Maison d'arrêt de Fresnes rattachée à l'hôpital de Bicêtre. Les hospitalisations de proximité, en urgences ou en ambulatoire pour les détenus de ces deux maisons d'arrêt sont assurées par ces deux hôpitaux.

Les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR)

L'article R. 3221-1 du CSP, qui définit les différents types de secteurs psychiatriques, prévoit des **secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SMPR)**, organisés pour les besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire.

Dans chaque région pénitentiaire, un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont rattachés à un établissement public de santé ou à un établissement de santé privé participant au service public hospitalier. Chacun de ces secteurs comporte notamment un SMPR aménagé dans un établissement pénitentiaire. Cette structure, placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier et assistée d'une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement, a été créée en 1986.

Les SMPR sont régis par un règlement intérieur type défini par l'arrêté du 14 mai 1986 modifié par l'arrêté du 10 mai 1995.

En Île-de-France, il existe quatre SMPR, rattachés aux établissements de santé suivants :

- le Centre hospitalier Sainte-Anne pour la Maison d'arrêt de Paris-la Santé (Paris) ;
- l'Établissement public de santé Charcot pour la Maison d'arrêt des Yvelines à Bois d'Arcy, (Yvelines) ;
- le Centre hospitalier Sud-Francilien pour le Centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis (Essonne) ;
- l'Établissement public de santé Paul-Guiraud pour le Centre pénitentiaire de Fresnes (Val-de-Marne).

Les soins en milieu hospitalier

L'article R. 6112-26 du CSP dispose que :

" l'hospitalisation des détenus est assurée :

1° En cas de troubles mentaux, par un service médico-psychologique régional, conformément aux missions définies au dernier alinéa de l'article R. 3221-6. Toutefois, les hospitalisations des personnes atteintes de troubles mentaux sont effectuées dans les établissements habilités (...);

2° Pour les autres pathologies, dans des locaux adaptés à l'admission des détenus :

a) Par l'établissement de santé mentionné à l'article R. 6112-14, lorsque cette hospitalisation présente un caractère d'urgence ou de très courte durée ;

b) Par un établissement de santé figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres du budget, de la défense, de l'intérieur, de la justice, de la santé et de la sécurité sociale. (...)."

On notera que les détenus malades ou blessés, nécessitant des soins hospitaliers, doivent en principe être hospitalisés au sein d'un hôpital spécialisé dans des locaux spécialement aménagés à cet effet. Toutefois, en cas d'urgence ou de nécessité de soins spécialisés, l'hôpital peut assurer leur hospitalisation dans d'autres locaux (art. R. 1112-30 du CSP).

Par ailleurs, les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie et s'exercent sous leur responsabilité (art. R. 1112-33 du CSP).

Les hospitalisations dans les unités hospitalières sécurisées inter-régionales (UHSI)

L'hospitalisation des détenus est assurée, pour des pathologies autres que les hospitalisations des personnes atteintes de troubles mentaux, dans des locaux adaptés à l'admission des détenus et notamment dans les " unités hospitalières sécurisées inter-régionales " (UHSI).

Dans chacun de ces établissements (y compris à l'AP-HP et à l'exception de l'Etablissement public de santé national de Fresnes) doit être créée une unité hospitalière sécurisée inter-régionale, spécifiquement destinée à l'accueil des personnes incarcérées et placée sous l'autorité d'un praticien hospitalier. Les UHSI prennent en charge les personnes détenues devant subir une hospitalisation programmée supérieure à une durée de 48 heures. Elles accueillent ainsi les hospitalisations programmées des établissements pénitentiaires de leur zone, les suites d'hospitalisations urgentes et les personnes détenues incarcérées dans les établissements pénitentiaires situés dans la ville siège de l'UHSI nécessitant une hospitalisation en soins de courte durée. Elles reçoivent des personnes détenues des deux sexes, majeures et mineures à partir de l'âge de 13 ans et ne prennent pas en charge les malades dont l'hospitalisation relève d'un motif exclusivement psychiatrique.

L'Etablissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), en complémentarité avec l'UHSI implantée au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP) constitue l'un des 8 pôles d'hospitalisation inter-régional des patients

détenus de notre pays. L'UHSI du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière a ouvert en décembre 2008 ; sa capacité totale sera à terme de 25 lits, ses équipes assurant, en lien avec les structures cliniques et médico-techniques du groupe hospitalier, les prises en charges médicales et chirurgicales les plus complexes. Il est actuellement envisagé que l'UHSI soit, in fine, localisée conjointement au groupe hospitalier Pitié Salpêtrière et au sein du centre hospitalier Sud Francilien, après la fermeture programmée de l'EPSNF.

La prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux : les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a défini le cadre dans lequel les hospitalisations des personnes détenues atteintes de troubles mentaux devaient intervenir et a prévu, à cette fin, la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

L'article L. 3214-1 du CSP dispose que l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux doit être réalisée dans un établissement de santé au sein d'une unité spécialement aménagée. Cette structure, destinée à l'hospitalisation psychiatrique des détenus relevant d'une hospitalisation avec ou sans leur consentement, est créée sur un modèle similaire aux UHSI. Les gardes, les escortes et le transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont par ailleurs assurés par l'administration pénitentiaire.

Ainsi, lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu doit prononcer par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une UHSA d'un établissement de santé.

La prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux : les unités pour malades difficiles (UMD)

Les unités pour malades difficiles (UMD), à vocation inter-régionale, sont implantées dans un établissement de santé et assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique.

Ainsi, les UMD accueillent des patients en hospitalisation d'office (aux termes de l'article L. 3213-1 du CSP, sont susceptibles de faire l'objet d'une hospitalisation d'office les " *personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ") adressés par leur secteur de psychiatrie d'origine et dans lequel ces patients ne peuvent demeurer en raison d'une dangerosité pour eux-mêmes ou pour autrui mais également des patients en situation d'irresponsabilité pénale.

Il existe, en Île-de-France, 1 UMD située au Centre hospitalier Paul-Guiraud à Villejuif dans le Val-de-Marne.

La loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Le premier objet de cette loi, élaboré conjointement avec le ministère chargé de la Santé, est de permettre de retenir dans des centres fermés les auteurs de crimes condamnés à quinze ans de réclusion ou plus lorsqu'ils restent particulièrement dangereux et présentent un risque très élevé de récidive à l'issue de leur peine de prison. Les personnes placées en centre de rétention de sûreté bénéficieront d'une prise en charge médicale et sociale spécifique par une équipe pluridisciplinaire. Le deuxième objet de la loi est de modifier la procédure de jugement des irresponsables pénaux pour cause de trouble mental. Enfin, la loi renforce l'efficacité du dispositif d'injonction de soins.

En novembre 2008, un premier centre socio-médico-judiciaire a été ouvert à Fresnes (Val-de-Marne). Le centre hospitalier Paul-Guiraud de Villejuif a été désigné comme " établissement ressource ". Le personnel interviendra dans le centre de Fresnes.

Définitions

- **Détenu** : personne incarcérée sur décision de justice dans un établissement pénitentiaire.
- **Prévenu** : personne (en liberté ou incarcérée dans un établissement pénitentiaire) poursuivie pour contravention ou délit, et qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Les Centres de rétention administrative (CRA)

Créés en 1981, les centres de rétention administrative sont destinés à recevoir les personnes de nationalité étrangère qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- soit, devant être remis aux autorités compétentes d'un Etat membre de l'Union européenne, ne peuvent quitter immédiatement le territoire français,
- soit, faisant l'objet d'un arrêté d'expulsion, ne peuvent quitter immédiatement le territoire français,
- soit, faisant l'objet d'un arrêté de reconduite à la frontière, ne peuvent quitter immédiatement le territoire français,
- soit, faisant l'objet d'un signalement ou d'une décision d'éloignement, ne peuvent quitter immédiatement le territoire français,
- soit, ayant fait l'objet d'une décision de placement, n'ont pas déféré à la mesure d'éloignement dans un délai de sept jours suivant le terme du précédent placement ou y ayant déféré, sont revenus en France alors que cette mesure est toujours exécutoire,
- soit, faisant l'objet d'une obligation de quitter le territoire français moins d'un an auparavant et pour laquelle le délai d'un mois pour quitter volontairement le territoire est expiré, ne peuvent quitter immédiatement ce territoire

Les étrangers peuvent être retenus dans ces centres durant le temps strictement nécessaire à l'organisation de leur départ, et ce suivant des modalités et des délais fixés par la législation.

Il relève de la responsabilité de l'Etat de mettre en place, au sein des centres, un dispositif sanitaire de nature à faire face à tout problème de santé. Des locaux et des moyens matériels adaptés doivent permettre au personnel de santé d'y donner des consultations et d'y dispenser des soins : ils doivent disposer d'une ou plusieurs salles dotées d'équipement médical, réservées au service médical, ainsi que d'une pharmacie de secours.

La prise en charge sanitaire des personnes retenues dans les CRA par les établissements de santé est prévue, au titre des missions de service public, par l'article L. 6112-1 du CSP. Elle repose sur des conventions passées entre le préfet territorialement compétent et un établissement public de santé.

Plusieurs conventions ont ainsi été conclues entre l'État et l'AP-HP.

L'intervention de l'AP-HP en matière de rétention administrative concerne :

- les centres implantés à Paris, qui relèvent de l'Hôtel-Dieu (deux centres situés dans le bois de Vincennes, comprenant 140 places chacun, et un centre situé au Palais de Justice de Paris, comprenant 40 places),
- le centre de Bobigny, qui relève de l'hôpital Jean-Verdier.

L'accueil et la prise en charge des personnes démunies

Les permanences d'accès aux soins (PASS)

L'accroissement sensible à partir des années 80 des situations de précarité sous l'effet du chômage, de la pauvreté de la perte de logement ont eu pour effet qu'une frange non négligeable de la population demeure parfois en droit ou en fait exclue de l'accès à la prévention et aux soins.

Pour remédier à cette situation, la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions fait de l'accès à la prévention et aux soins un objectif prioritaire de la politique de santé.

La loi du 29 juillet 1998 a affirmé les obligations de l'hôpital public dans la prise en charge de ces personnes. Cette version est importante, car l'hôpital est souvent considéré par les personnes très démunies comme le seul recours pour accéder aux soins. Les groupes hospitaliers et les hôpitaux de l'AP-HP doivent accueillir toute personne en situation de précarité et nécessitant des soins qui s'adressent à eux

Vingt groupes hospitaliers et hôpitaux de l'AP-HP ont développé des "permanences d'accès aux soins de santé" (PASS) afin de faciliter l'ouverture du dispositif ordinaire de soins à la population qui demeure exclue.

La loi prévoit que

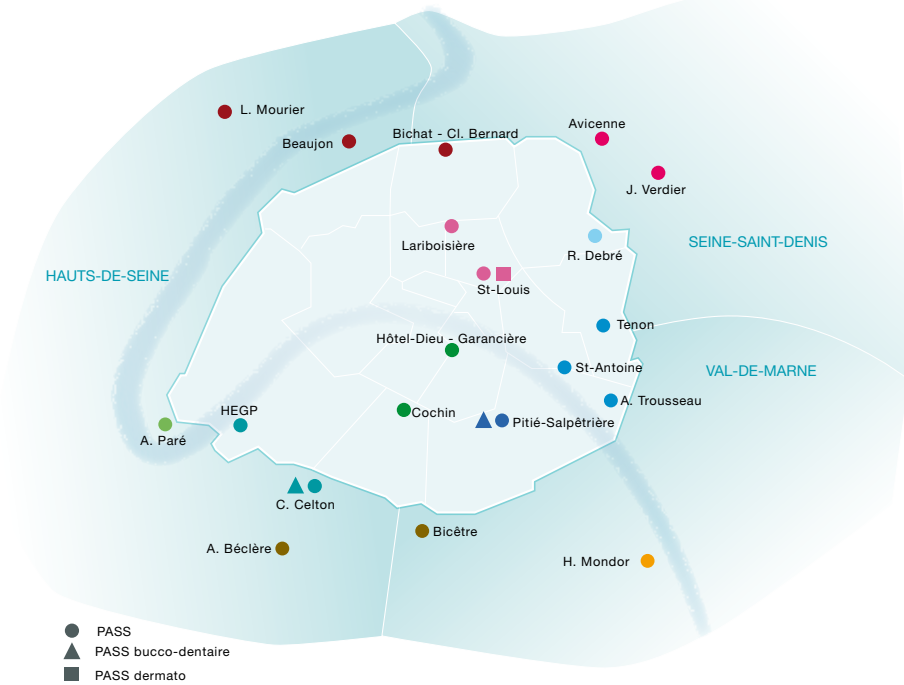
" Les établissements publics de santé (...) mettent en place des permanences de soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visent à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes " (art. L. 6112-6 du CSP).

L'AP-HP a également mis en place une permanence d'accès aux soins bucco-dentaires. Cette prise en charge répond à un besoin clairement identifié : permettre aux personnes les plus démunies d'accéder à des soins dentaires de qualité. Les consultations de cette PASS sont assurées au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et au sein de l'unité fonctionnelle du service d'odontologie de l'Hôtel-Dieu.

Les patients y sont adressés depuis les différentes permanences d'accès aux soins de l'AP-HP, les services d'urgences, mais aussi les structures et lieux d'accueil des associations caritatives et le Samu Social de Paris.

Par ailleurs, ils existent d'autres structures où l'accès aux soins est consenti aux personnes sans papiers. Des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) sont accessibles à tous et gratuits. Il y est procédé au dépistage du VIH, des hépatites et dans certains cas de certains cancers.

Les permanences d'accès aux soins à l'AP-HP



Le Samu social de Paris

Pour répondre aux besoins d'ordre social et médical des personnes sans domicile, la Ville de Paris et plusieurs partenaires dont l'AP-HP ont créé en 1993 le Samu Social de Paris qui a été concrétisé administrativement par une convention du 14 décembre 1994.

Le Samu Social de Paris est un groupement d'intérêt public (GIP) constitué pour se porter au-devant des personnes qui dans la capitale ne sont plus en situation de faire appel aux institutions sanitaires et sociales et de leur porter assistance immédiate en cas de détresse ou d'urgence

Le mode de fonctionnement du Samu Social de Paris, inspiré par le SAMU (médical), se caractérise par l'urgence, la permanence, la mobilité, le professionnalisme et la mise à l'abri des personnes en situation d'exclusion pour établir un bilan global, en particulier médico-psycho-social, et les orienter vers des structures pérennes.

Ces personnes sont des victimes, en danger, qui ne sont plus à même de demander de l'aide. Par une prise en charge pluridisciplinaire associant les aspects médicaux, sociaux et éventuellement psychiatriques, l'objectif du Samu social de Paris consiste à leur porter assistance en les aidant à réacquiescer les codes de la vie en société.

Pour être toujours plus efficace, et répondre au phénomène croissant de l'urbanisation qui génère dans toutes les villes du monde de l'exclusion sociale, le Samu social de Paris a progressivement élargi son champ d'action et ses missions.

Différentes structures ont ainsi vu le jour et développent des missions expérimentales dans quatre domaines d'intervention : l'urgence, la post urgence, la formation et l'enseignement, la recherche.

A Paris, le Samu Social s'est adapté au terrain et a développé progressivement toute une série d'actions et de structures :

- la gestion du n° 115 de Paris (demandes de lits d'hébergement d'urgence)
- organisation d'équipes mobiles de " maraude "
- gestion de centres d'hébergement d'urgence, dont certains organisés pour dispenser des soins infirmiers
- gestion de " lits halte soins santé "
- un " Espace solidarité insertion "
- un Observatoire de l'exclusion
- des " pensions de famille ".

Le Siège du Samu Social de Paris est au 35, avenue Courteline - 75012 Paris, ancien Hospice Saint Michel.

La médecine légale

Eléments de définition

La médecine légale est, pour tout un chacun " **la médecine de la mort** ", celle qui pratique les autopsies ou la levée de corps sur le lieu de découverte d'un cadavre. Mais elle est aussi une " **médecine du vivant** " assurée auprès des victimes d'infractions ou des auteurs présumés, sur réquisition judiciaire et qui va de la simple consultation aux actes les plus sophistiqués comme la détermination des empreintes génétiques.

Médecine légale et justice forment un tandem indissociable au service des victimes.

La médecine légale hospitalière est à la fois **clinique** et **thanatologique** :

- la **médecine légale clinique** permet l'établissement par le médecin légiste d'un certificat médical initial, décrivant les lésions d'une victime. En effet, en cas d'atteinte à l'intégrité des personnes, qu'il s'agisse d'un accident ou d'une agression, la victime peut venir consulter un médecin afin d'obtenir un certificat décrivant ses lésions, certificat qui accompagnera sa plainte, ou encore destiné à son assureur (la durée de l'incapacité totale de travail sera évaluée, ce qui permet de fixer le niveau de la juridiction compétente) Pratiquée au sein d'unités médico-judiciaires (UMJ) hospitalières, ces examens de victimes vivantes peuvent se faire dans un cadre judiciaire (réquisition, expertise) ou extrajudiciaire (à la demande des intéressés).
- la **médecine légale thanatologique** centrée sur le cadavre, regroupe les levées de corps et les autopsies médico-légales. Ces actes techniques sont toujours réalisés à la demande d'un magistrat dans le cadre d'une réquisition et ont pour but essentiel la détermination des causes et circonstances de la mort (mort violente, suspecte ou engageant des responsabilités).

L'AP-HP a initié dès 1985 avec les parquets généraux de Paris et de Versailles, des expériences d'intégration de la médecine légale à l'hôpital dans ses hôpitaux.

Elle compte actuellement 4 unités de médecine légale (auxquelles il faut ajouter le service d'addictologie de l'hôpital Fernand-Widal : la médecine des conduites addictives entretient des liens étroits avec celle des situations de violence) :

- l'**Hôtel-Dieu** : urgences médico-judiciaires
- l'hôpital **Raymond-Poincaré** (Garches) : urgences médico-judiciaires et médecine légale autopsique
- l'hôpital **Jean-Verdier** (Bondy) : urgences médico-judiciaires
- l'hôpital **Armand-Trousseau** : urgences médico-judiciaires pédiatriques

L'enseignement de la médecine légale couvre les domaines de l'expertise du dommage corporel, la maltraitance, les violences physiques et sexuelles, la thanatologie, l'éthique, le droit de la santé, la toxicologie et la génétique.

Généralement pratiquée à l'hôpital, la médecine légale thanatologique est aussi pratiquée à Paris et depuis 1923 à l'**Institut médico-légal (IML)**, structure qui relève de la Préfecture de police de Paris.

Une circulaire du 27 décembre 2010 vient de préciser les modalités de fonctionnement de la médecine légale en prévoyant la mise en place d'un schéma directeur au 15 janvier 2011.

Ce nouveau schéma directeur prévoit la création ou le maintien sur le territoire national de 48 structures hospitalières dédiées aux activités médico-légales, dont 30 Instituts médico-légaux (IML) concentrant les activités thanatologiques et de médecine légale du vivant. De même, les autopsies judiciaires, les examens de victimes et les examens de gardés à vue seront " financés sur frais de justice par le ministère de la Justice, non plus à l'acte mais de manière annuelle et forfaitaire, par le biais d'une dotation budgétaire allouée à chaque IML et/ou Unité médico-judiciaires (UMJ)". Cependant, le paiement à l'acte est maintenu dans certains cas (éloignement géographique de l'UMJ dédiée par ex.), ainsi que pour les actes qui ne sont pas compris dans le cadre de la réforme comme les levées de corps, le gardiennage des scellés médico-légaux ou les examens radiologiques.

A l'AP-HP, l'UMJ de l'Hôtel-Dieu est une structure de médecine légale qui, bien que faisant partie intégrante du schéma directeur de médecine légale, échappe, compte tenu de son importance, au financement global et forfaitaire.

La mort inattendue du nourrisson

Conformément aux recommandations professionnelles de la Haute autorité de santé de février 2007 relatives à la prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans), des investigations doivent être, avec l'accord des parents, menées au sein de structures hospitalières afin d'établir les causes du décès : naturelle, accidentelle ou non accidentelle

Des **centres de référence pour la mort inattendue du nourrisson (MIN)** sont implantés au sein de l'AP-HP à l'hôpital Cochin, à l'hôpital Necker- Enfants malades et à l'hôpital Antoine-Béclère à Clamart.

Les équipements matériels lourds

L'AP-HP nécessite pour ses activités de prévention, de diagnostic et de soins des équipements biomédicaux dont une part sont aujourd'hui très sophistiqués et coûteux, aussi bien en investissement qu'en fonctionnement.

Le Code de la santé publique définit comme suit les équipements matériels lourds :

" équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entraîner un excès d'actes médicaux " (art. L. 6122-14 du CSP).

Il prévoit que sont soumis à autorisation les équipements matériels lourds suivants (art. L. 6122-14 du CSP) :

- les caméras à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- les scanographes à utilisation médicale ;
- les caissons hyperbares ;
- les cyclotrons à utilisation médicale.

D'autres équipements matériels lourds ne nécessitent pas pour eux-mêmes d'autorisation spécifique. En revanche, les activités qui en font usage doivent être autorisées : c'est le cas par exemple des accélérateurs de particules utilisés pour la radiothérapie des cancers (l'autorisation relève dans ce cas de l'activité " traitement du cancer ").

**Équipements soumis à autorisation en imagerie :
radiologie et médecine nucléaire**

Site	Scanner	IRM	Gamma Caméra	TEP	Caisson hyperbare
Ambroise-Paré	2	1			
Antoine-Beclère	2	1	2		
Armand-Trousseau	1	1	3		
Avicenne	2	1	2	1	
Beaujon	1	2	2		
Bicêtre	2	2	3		
Bichat	2	2	3	1	
Charles-Foix	1				
Cochin	3	2	3		
Corentin-Celton	1				
HEGP	2	2	2	2	
Henri-Mondor	3	2	3	1	
Hôtel-Dieu	2	1	2		
Jean-Verdier	1	1			
Lariboisière	2	2	2		
Louis-Mourier	1	1	2		
Necker	2	2			
Paul-Brousse	1				
Pitié-Salpêtrière	4	5	3	1	
Raymond-Poincaré	1	1			1
Robert-Debré	1	1			
Saint-Antoine	2	2	3		
Saint-Louis	2	1	2	1	
Tenon	2	2	2	1	
Total	43	35	39	8	1

L'AP-HP dans les réseaux de santé

Les réseaux de santé sont pour l'AP-HP un moyen pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'affections de longue durée qui sont conduites à utiliser de manière complémentaire et itérative l'ensemble des ressources médicales et médico-sociales disponibles sur le territoire.

Pour ces patients et pour leurs proches, l'organisation des soins en réseaux de santé est porteuse de coordination et de continuité de la prise en charge entre les différents acteurs : hospitaliers et libéraux, publics et privés, sanitaires et médico-sociaux, soignants et administratifs.

A ce jour l'AP-HP est partenaire de la quasi-totalité des 32 réseaux intervenant dans Paris intra-muros (28 réseaux sur 32). Au niveau de la région Île-de-France, l'AP-HP est partenaire de 60 des 84 réseaux de santé financés par le Fond d'Intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQS).

En application de l'article L. 6321-1 du CSP, les réseaux de santé ont pour objectif principal d'organiser le système de santé en plaçant le patient au centre du dispositif de l'offre de soins et de mettre en place une prise en charge faisant intervenir, sans rupture, les différents intervenants sanitaires et sociaux, publics privés, à l'hôpital ou en ville.

Ils sont ainsi constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

L'article L. 6321-1 du CSP dispose que

" les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ".

Pour ce faire, ils peuvent bénéficier de financements publics à la condition d'être organisés et formalisés (art. L. 6323-5 du CSP), c'est-à-dire se constituer soit en groupements de coopération sanitaire (GCS), soit en groupements d'intérêt économique (GIE), soit en groupements d'intérêt public (GIP), soit en associations.

Ces structures juridiques permettent de donner aux réseaux de santé, qui en eux-mêmes ne sont pas pourvus de la personnalité morale, un support à leur gestion et à leur financement.

Un certain nombre de documents sont prévus pour la constitution et le fonctionnement des réseaux de santé :

- **une convention constitutive** (qui précise l'objet et les objectifs du réseau, son aire géographique, son siège, les personnes physiques et morales le composant...) doit être signée au moment de la création du réseau de santé par le ou les promoteurs du réseau et ses autres membres et par tout nouveau membre du réseau
- **la charte du réseau**, définissant les engagements des personnes physiques et des personnes morales (dont des associations intervenant à titre professionnel ou bénévole) et rappelant les principes éthiques, doit être cosignée par chacun des membres du réseau et portée à la connaissance de chaque usager (art. D. 6321-4 du CSP)
- **un document d'information** précisant le fonctionnement du réseau, les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'usager à chaque étape de sa prise en charge, les modalités garantissant à ce dernier l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité doit être remis à l'usager. Ce document doit déterminer les règles de cette prise en charge ainsi que les engagements réciproques souscrits par l'usager et par les professionnels. Lorsqu'une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du réseau, ce document doit être signé par l'usager ou selon les cas par les titulaires de l'autorité parentale, le tuteur ou la personne de confiance et porté à la connaissance de l'usager (art. D. 6321-3 du CSP).

|| **Pour aller plus loin**

<http://partenariats-reseaux.aphp.fr/sections/rubrique-2>

Les actions de coopération

Plusieurs outils juridiques peuvent être utilisés pour mettre en œuvre des coopérations entre établissements de santé ou avec d'autres opérateurs du système de santé :

1 - La convention de coopération (art L. 6131-2 du CSP) : il s'agit de l'outil le plus simple, formalisant les engagements respectifs des établissements de santé et autres parties contractantes. Ce dispositif ne donne pas de personnalité juridique au dispositif de coopération (pas de budget propre, pas de patrimoine, pas de personnel propre,...).

De très nombreuses conventions, dans de multiples domaines, sont passées avec des partenaires de l'AP-HP, parfois sous la forme de conventions-cadre suivies de conventions particulières : conventions avec l'Etat et ses établissements publics, avec les collectivités territoriales, avec des associations et fondations, avec des organismes mutualistes, etc.

2 - Le groupement de coopération sanitaire (" GCS " : art. L. 6133-1 et s. du CSP) : c'est l'outil " tout terrain ", du plus simple au plus complexe, de la coopération entre intervenants de santé.

Il s'agit d'une personne morale de droit public ou de droit privé, selon sa composition.

Ce type de groupement est constitué par une " convention constitutive ", approuvée et publiée par le directeur général de l'ARS.

Il peut être constitué entre des établissements de santé de droit public ou de droit privé, des établissements médico-sociaux, des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective, des centres de santé.

Il peut être créé avec ou sans capital, être employeur et recruter des personnels, médicaux ou non médicaux. Il fonctionne autour d'une assemblée générale et d'un administrateur. Un règlement intérieur précise les modalités concrètes de la coopération.

L'AP-HP a constitué des " GCS " au cours des dernières années avec d'autres organismes (ainsi avec l'ARS en 2009 pour la mise en place de systèmes d'information communs, avec l'Hôpital des Gardiens de la paix pour des coopérations médicales avec le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,...) ou avec de professionnels de santé libéraux leur permettant d'exercer au sein de ses hôpitaux (ainsi à l'hôpital Antoine-Béclère, à l'hôpital Cochin).

3 - Le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) est très comparable en matière sociale et médico-sociale au " GCS ". Il permet aux établissements sociaux et médico-sociaux, quel que soit leur statut juridique, et éventuellement avec un ou plusieurs établissements de santé, de rassembler une partie, voire toutes leurs activités sociales et médico-sociales, pour les gérer en commun (art L. 312-7 et R. 312-194-1et s. du Code de l'action sociale et des familles). *Un GCSMS est en cours de constitution pour la gestion de la Maison des Adolescents de l'hôpital Robert Debré.*

4 - La communauté hospitalière de territoire (CHT) : ce dispositif créé par la loi " HPST " ne peut concerner que des établissements publics de santé. Le texte prévoit qu'" un établissement public de santé ne peut adhérer à plus d'une communauté hospitalière de territoire ".

La collaboration organisée par la CHT se fonde principalement sur l'adhésion des établissements concernés à un projet médical commun. Une CHT doit permettre de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou transferts de compétences entre établissements membres (art. L. 6132-1 du CSP).

A ce jour, l'AP-HP n'est membre d'aucune communauté hospitalière de territoire.

5 - Les fédérations médicales inter-hospitalières (art L. 6135-1 du CSP)

Ces " fédérations ", dépourvues de la personnalité morale peuvent être organisées en vue du rapprochement d'activités médicales : deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent décider de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines des structures internes de ces pôles, en fédérations médicales inter-hospitalières, avec l'accord des responsables des structures concernées.

6 - Le groupement d'intérêt public (« GIP », art L. 6131-2 du CSP)

Nature juridique : personne morale de droit public, dotée de l'autonomie juridique et financière.

Modalités de constitution : une convention constitutive et des annexes approuvées par l'autorité administrative.

Un GIP est constitué entre personnes morales de droit public ou privé dont la finalité est d'exercer pendant une durée limitée (5 à 15 ans en moyenne) des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale et notamment, des actions de formation ou pour créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités.

Gestion avec ou sans capital, selon les règles de droit privé sauf dispositions contraires.

Ce dispositif doit en principe être réservé à des coopérations institutionnelles, car il induit un fonctionnement lourd (conseil d'administration, contrôleur d'État).

L'AP-HP est ainsi membre du GIP " Samu social de Paris " (voir page 217).

7 - Le Groupement d'intérêt économique (" GIE ", art L. 6131-1 du CSP)

Ce groupement permet la mise en commun de moyens pour faciliter ou développer l'activité économique de ses membres, améliorer ou accroître les résultats de cette activité. Il n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même.

Nature juridique : personne morale de droit privé, distincte des membres qui la composent, qui jouit de la personnalité morale. Son objet est civil ou commercial selon ses objectifs et activités réalisés.

Modalités de constitution : contrat et immatriculation au registre du commerce et des sociétés.

8 - Les réseaux de santé (art. L. 6321-1 du CSP) : voir pages 223-224.

Au sein de l'AP-HP, aux côtés de l'AP-HP



Associations de patients, associations de bénévoles

De nombreuses associations, agissant dans des perspectives variées, mais toujours en vue d'accompagner les missions hospitalières et la prise en charge des patients et de leurs familles, sont en lien constant avec les hôpitaux de l'AP-HP et leurs unités médicales. Certaines ont un objet propre à tel ou tel groupe hospitalier ou catégorie de patients ou sont très spécialisées sur un type de compétence. D'autres sont plus généralistes.

Ces liens sont formalisés le plus souvent par des conventions.

Deux catégories d'associations jouent un rôle particulièrement important en milieu hospitalier, rôle qui a été à ce titre consacré par la loi

Les associations de patients

La loi prévoit ainsi que les associations d'usagers, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent ainsi participer au fonctionnement du système de santé et partant à celui des hôpitaux (art. L. 1114-1 du CSP). Elles peuvent faire l'objet d'un agrément soit au niveau régional, soit au niveau national. Cet agrément, qui leur permet de disposer de représentants dans les instances hospitalières (conseil de surveillance, commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, commissions d'activité libérale), est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance.

Certaines associations d'usagers se sont constituées au niveau national en un " Collectif inter-associatif pour la santé " (CISS) réunissant 34 associations de malades, de familles, de personnes handicapées ou encore de consommateurs. Au niveau régional, des « CISS régionaux » ont été mis en place

Les associations de bénévoles

La loi prévoit que les établissements de santé doivent faciliter l'intervention des associations de bénévoles, qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement des activités médicales et paramédicales (art. L. 1112-5 du CSP). Pour ces associations, la conclusion d'une convention avec l'AP-HP est une condition préalable à toute intervention dans les hôpitaux.

Des dispositions légales spécifiques s'appliquent pour les associations de bénévoles formés à l'accompagnement de la fin de vie et qui apportent leur concours aux équipes de soins palliatifs (art. L. 1110-11 du CSP).

Les lieux d'information dédiés aux usagers

Les "maisons des usagers" ou "maisons des associations"

Les "maisons des usagers" ou "maisons des associations" présentes dans certains hôpitaux de l'AP-HP sont des lieux d'accueil et d'information pour les patients et leur famille. Ils peuvent y rencontrer des représentants de la vie associative, obtenir des informations sur leurs droits et sur le fonctionnement de l'hôpital.

Le rôle de cet espace au sein de l'hôpital est de favoriser la rencontre, l'écoute et la réflexion entre tous les acteurs de la vie hospitalière (professionnels, patients, représentants des associations et des usagers). La première d'entre elles a vu le jour en 1996 à l'hôpital Broussais. Une circulaire du Ministère de la santé du 28 décembre 2006 a tracé le cadre de leur installation dans tous les établissements de santé.

Les Espaces de Rencontres et d'Information (ERI)

Les Espaces de Rencontres et d'Information sont dédiés à l'écoute, l'information et l'échange avec les patients atteints de cancer et avec leurs proches. L'idée est née lors des États Généraux des malades atteints de cancer organisés en France pour la première fois en novembre 1998. Le concept a été mis au point par La Ligue contre le Cancer, l'Institut Gustave Roussy et Sanofi-Aventis.

Les ERI présents dans certains hôpitaux de l'AP-HP accueillent patients, familles, ou même membres du personnel qui souhaitent échanger, se poser, trouver une information accessible et compréhensible sur la maladie, ses traitements, ou les services d'aide et de soutien disponibles.

Les Maisons d'Information en santé (MIS)

Les Maisons d'Information en Santé (MIS) de l'AP-HP sont des lieux d'information pour les usagers, ouverts à tous. Selon leur lieu d'implantation, les pathologies sur lesquelles elles apportent une information plus spécifique peuvent varier (maladies du cœur et des vaisseaux, cancer, psoriasis, obésité, VIH, ...).

Huit maisons d'information en santé et un espace parentèle à l'hôpital Armand Trousseau sont proposés aux usagers de l'AP-HP.

Dans une optique d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients concernés par les maladies chroniques, les MIS permettent aux usagers de reformuler leurs questions liées à la maladie et à ses conséquences

Les "maisons des parents"

Ces structures d'accueil ont été créées à partir des années 1990 dans l'enceinte des hôpitaux d'enfants. Les maisons des parents sont des lieux d'hébergement pour les familles des enfants ou des adolescents hospitalisés.

Elles permettent aux familles de vivre à proximité de l'hôpital pendant la période des soins.

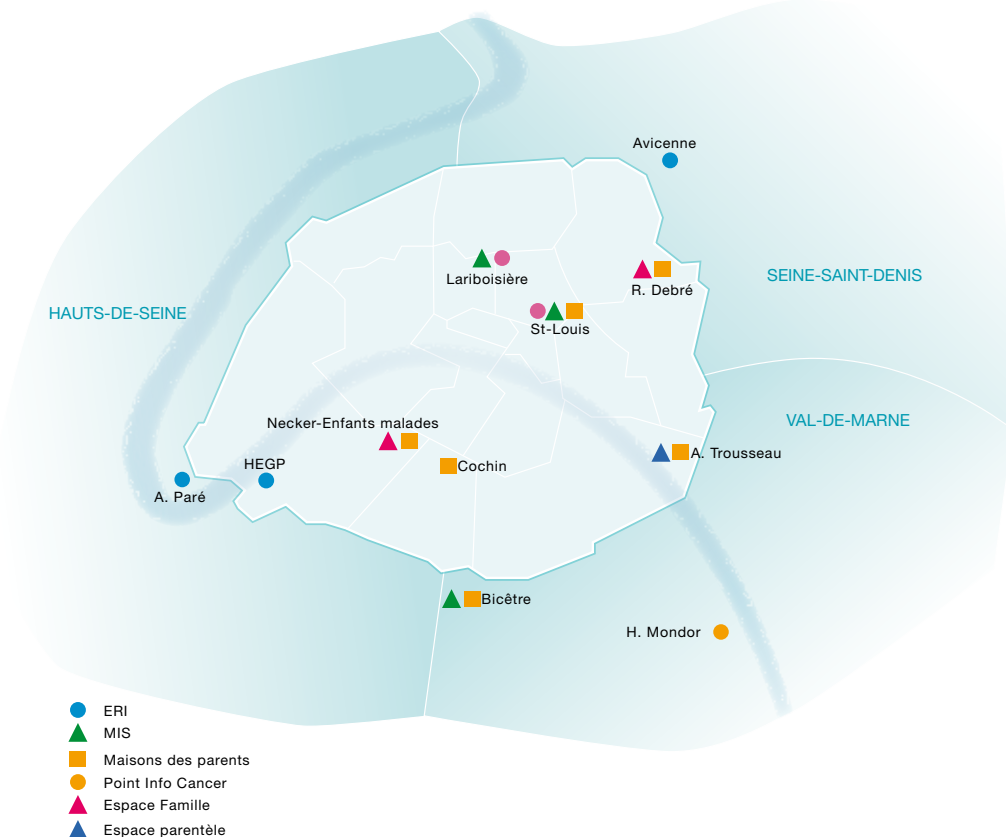
L'AP-HP héberge 6 maisons des parents dont 5 à Paris intra-muros.

Ces maisons sont gérées par des associations (la Croix-Rouge française, les Œuvres évangélistes de Saint Jean, la fondation Mac Donald, la Fondation de France). L'hôpital fournit généralement les locaux et le mobilier.

Le financement de ces structures est assuré à la fois par la Caisse régionale d'assurance maladie, et par les familles qui, en fonction de leur revenus, doivent s'acquitter de leur nuitée.

Les six maisons des parents de l'AP-HP dépendent des hôpitaux suivants: Robert-Debré, Saint-Louis, Cochin, Necker, Armand-Trousseau et Bicêtre.

Les lieux d'information et les structures d'accueil dédiés aux usagers



Les instances de réflexion éthique

L'existence d'instances de réflexion éthique au sein de l'AP-HP est constante depuis la création par le directeur général de l'époque, en 1981, d'un Comité d'éthique central des hôpitaux de Paris (qui ne doit pas être confondu avec le Comité consultatif national d'éthique ou CCNE, relevant de l'art. L. 1412-1 du CSP). Né alors d'un souci de l'AP-HP et d'un certain nombre de médecins de disposer d'une instance de réflexion sur les aspects éthiques de certaines activités médicales et biologiques, ce comité central avait constitué une première étape et douze comités d'éthique locaux avaient été organisés à la suite dans différents hôpitaux de l'AP-HP.

La mise en œuvre de la loi sur la protection des personnes dans la recherche biomédicale du 22 décembre 1988 (dite " loi Huriot-Sérusclat ") et la création de comités de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB, devenus depuis comités de protection des personnes ou CPP) réduisit ultérieurement leur activité, principalement consacrée à l'examen des protocoles d'essais thérapeutiques, avant qu'ils ne cessent progressivement de fonctionner.

La loi prévoit désormais que les établissements de santé doivent s'organiser pour réfléchir aux questions et aux choix parfois difficiles auxquels sont confrontés les équipes et les professionnels hospitaliers. Il a inclus dans les missions des établissements de santé celle de mener en leur sein " *une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale* " (art. L. 6111-1 du CSP).

La loi du 21 juillet 2009 a prévu également que

" le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du Conseil de surveillance avec voix consultative " (art. L. 6143-5 du CSP).

C'est aujourd'hui le cas, au sein du Conseil de surveillance de l'AP-HP, du directeur de l'Espace éthique.

L'Espace éthique

En mars 1995, l'AP-HP a décidé de créer un Espace éthique, ouvert à tous, champ de réflexion pluridisciplinaire portant sur les pratiques pluridisciplinaires et leurs enjeux au sein de l'établissement.

Cet " espace ", pourvu d'un mode de fonctionnement différent des comités d'éthique, s'est en pratique substitué à eux, avec un champ de réflexion élargi à l'ensemble des activités de l'AP-HP.

Il s'inscrit pleinement dans la perspective tracée par la loi (art. L. 1412-6 du CSP), qui prévoit que

" des espaces de réflexion éthique sont créés au niveau régional ou inter-régional, qu'ils constituent, en lien avec les CHU, des lieux de formation, de documentation, de rencontre et

d'échanges interdisciplinaires sur les questions d'éthique dans le domaine de la santé, et qu'ils font également fonction d'observatoires régionaux ou inter-régionaux des pratiques au regard de l'éthique. Ces espaces participent à l'organisation de débats publics afin de promouvoir l'information et la consultation des citoyens sur des questions de bioéthique ".

L'Espace éthique de l'AP-HP est implanté à l'hôpital Saint-Louis.

Le Centre d'éthique clinique

Le Centre d'éthique clinique (CEC), implanté à l'hôpital Cochin, est une structure consultative d'aide à la décision dans des situations médicales éthiquement difficiles. Il a été créé en 2002, en accompagnement de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, afin de dépassionner les conflits éthiques qui peuvent naître de telles situations. A la disposition tant des patients que des soignants, et en accordant autant d'importance à la parole de chacun, le Centre propose sous la forme d'une médiation éthique une aide et un accompagnement à la décision médicale. Il soumet à la discussion de ses membres les cas qui lui sont soumis, favorise les axes de réflexion résultant du débat éthique qu'il s'ensuit et favorise le dialogue. A cette fin, l'équipe du Centre est constituée de soignants et de non-soignants, psychologues, philosophes, sociologues, juristes, théologiens et autres représentants de la société civile, tous formés à l'éthique clinique dans le cadre de séminaires de formation.

Il peut initier des travaux de recherche ou des débats publics sur les questions soulevées par les questions cliniques à propos desquelles il est saisi.

La Fondation hôpitaux de Paris-hôpitaux de France

A l'origine créée par l'AP-HP en 1989 sous forme d'association, l'ex " Fondation Hôpitaux de Paris " est devenue fondation reconnue d'utilité publique par décret du 20 décembre 1994.

Elle est devenue le 13 novembre 1996 la " Fondation hôpitaux de Paris-hôpitaux de France ", pour assurer son développement national porté notamment chaque année par le succès des opérations " Pièces jaunes ". En 1997, la Fondation lançait un deuxième campagne nationale annuelle +de Vie pour les personnes âgées hospitalisées.

Elle est dotée d'un Comité d'orientation, instance consultative composée de directeurs d'hôpitaux, de médecins, de cadres infirmiers... originaires de toute la France. Son rôle principal est d'émettre un avis sur les priorités de financement de projets hospitaliers et sur les projets eux-mêmes.

Depuis son origine, la Fondation s'est donnée pour mission d'améliorer l'accueil et la qualité de vie à l'hôpital et de contribuer au mieux-être des patients, de leur famille et de ceux qui les soignent. Pour ce faire, elle a défini cinq champs d'action spécifiques :

- le rapprochement des familles
- le développement d'activité
- l'amélioration de l'accueil et du confort
- la lutte contre la douleur
- la prise en charge des adolescents en souffrance

L'Association pour la gestion des œuvres sociales du personnel des administrations parisiennes (AGOSPAP)

Cette association, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, a été créée conjointement en 1982 par trois membres fondateurs : la Ville de Paris, le Département de Paris et l'AP-HP. Son siège social est sis au 15, rue de la Bûcherie à Paris 5^{ème}. L'AGOSPAP a été créée en faveur des personnels de ces administrations publiques et de leurs ouvrants droits ainsi qu'en faveur d'une vingtaine d'établissements conventionnés, proches de ces administrations fondatrices

L'AGOSPAP a pour mission :

- de proposer des vacances aux adultes et enfants, subventionnés suivant un quotient familial comportant 8 tranches,
 - d'organiser un arbre de Noël pour les enfants des personnels comportant un spectacle et un jouet (ou un chèque-cadeau), entièrement subventionnés,
 - de servir des prestations sociales (aides d'urgence, prêts sociaux, allocations diverses...), entièrement subventionnés,
 - de proposer des spectacles et loisirs culturels, sportifs (coupons sport), partiellement subventionnés,
 - d'apporter un conseil juridique,
- conformément à une convention reconduite le 1^{er} janvier 2010, pour 5 ans.

Les recettes de l'AGOSPAP sont constituées :

- de subventions des administrations fondatrices en proportion de la masse salariale des ouvrants droits, agents de l'AP-HP, de la Ville et du Département de Paris,
- des contributions des établissements conventionnés,
- des recettes provenant des ventes de certaines prestations spectacles/loisirs aux agents.

L'AGOSPAP est une association doublement paritaire puisque gérée par deux collèges, le collège 1 représentant les personnels de la Ville de Paris/Département de Paris et de l'AP-HP et le collège 2 représentant les administrations fondatrices.

L'Association des personnels sportifs des administrations parisiennes (APSAP-VP)

L'APSAP-VP est une association sportive des personnels des administrations parisiennes de la Ville de Paris reconnue d'utilité publique par décret du 20 octobre 1971.

L'Association sportive de la Préfecture de la Seine, fondée en 1929 et l'Association sportive de l'Assistance publique, fondée en 1935, ont fusionné en 1938 et pris le nom d'APSAP-VP.

L'APSAP a pour but :

- d'établir entre ses membres un centre permanent de relations amicales,
- de favoriser le développement de tous sports, loisirs et activités d'éducation populaire,
- de permettre à ses membres, par la pratique rationnelle de l'éducation physique et des sports, une amélioration de leur constitution physique, d'organiser des loisirs et d'assurer le développement culturel de ses membres,
- de favoriser la pratique du tourisme sous toutes ses formes.

Le Maire de Paris et le Directeur général de l'AP-HP sont de droit présidents d'honneur de l'association.

Elle représente plus de 4300 membres dont près de 750 agents de l'AP-HP.

Le siège de l'association est au 12, cour Debille à Paris 11^{ème}.



Annexe

Décret n° 2010-426 du 29 avril 2010 relatif à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille

Article 1

La section 1 et la section 2 du chapitre VII du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du Code de la santé publique sont remplacées par les dispositions suivantes :

Section 1

Dispositions particulières à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille

Art. R. 6147-1

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon et l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont des centres hospitaliers universitaires, auxquels les dispositions du chapitre II du titre I^{er} du présent livre et celles du présent titre sont applicables sous réserve des dispositions de la présente section et de la section 2 du présent chapitre.

Sous-section 1 Organisation et fonctionnement

Art. R. 6147-2

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon et l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont dirigés par un directeur général.

Le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est assisté d'un secrétaire général, qui le supplée en cas d'absence ou d'empêchement. Le directeur général des Hospices civils de Lyon et le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont assistés par un directeur général adjoint et par un secrétaire général.

Art. R. 6147-3

Pour l'application à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris des dispositions de l'article L. 6143-7-5 relatives à la composition du directoire :

- 1° le vice-président doyen est nommé par le directeur général, sur proposition conjointe de l'ensemble des directeurs des unités de formation et de recherche médicale des universités d'Île-de-France ;
- 2° le vice-président chargé de la recherche est nommé par le directeur général, sur proposition conjointe du président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, des présidents des universités d'Île-de-France comportant une unité de formation et de recherche médicale et du vice-président doyen.

En cas d'absence de proposition conjointe dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle les personnes mentionnées au 1° et au 2° ont été invitées à la formuler, le directeur général procède aux nominations.

Art. R. 6147-4

Pour l'organisation interne de l'établissement, le directeur général peut, après concertation avec le directoire :

- 1° constituer un groupement d'hôpitaux placés sous une même direction ;
- 2° créer des pôles autres que ceux mentionnés à l'article L. 6146-1, dénommés " pôles d'intérêt commun ".

Art. R. 6147-5

Le directeur général peut déléguer sa signature au directeur d'un pôle d'intérêt commun, au directeur d'un groupement d'hôpitaux ainsi qu'au directeur d'un hôpital ne faisant pas partie d'un groupement.

Sous-section 2 Instances représentatives locales

Art. R. 6147-6

Le directeur général institue, après concertation avec le directoire, soit au sein d'un groupement d'hôpitaux, soit au sein d'un hôpital :

- 1° une commission médicale d'établissement locale ;
- 2° un comité technique d'établissement local ;
- 3° une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques locale.

La composition et les modalités de fonctionnement des instances représentatives locales mentionnées aux 1° et 3° sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement, par référence aux règles de composition de la commission médicale d'établissement, d'une part, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques d'autre part.

La composition et les modalités de fonctionnement de l'instance mentionnée au 2° obéissent aux mêmes règles que celles du comité technique d'établissement, définies à la section II du chapitre IV du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie.

Pour l'application des dispositions de l'article R. 6144-3-1 relatives à la composition de la commission médicale d'établissement, les représentants des structures internes mentionnés au b) du I sont remplacés par les présidents des commissions médicales d'établissement locales.

Le directeur général institue également un comité technique d'établissement local pour un ou plusieurs pôles d'intérêt commun.

Art. R. 6147-7

La commission médicale d'établissement peut déléguer à une commission médicale d'établissement locale certaines de ses compétences consultatives relatives à l'organisation interne au sein des groupements d'hôpitaux et des hôpitaux, et notamment celles mentionnées à l'article R. 6144-2-2.

Chaque commission médicale d'établissement locale est en outre informée :

- 1° des contrats de pôles signés au sein de l'hôpital ou du groupement d'hôpitaux ;
- 2° du bilan annuel des tableaux de service ;
- 3° du bilan de recrutement des emplois médicaux.

Les avis émis par la commission médicale d'établissement locale sont transmis à la commission médicale d'établissement.

Chaque année, la commission médicale d'établissement locale rend compte à la com-

mission médicale d'établissement et au directeur général du bilan des actions et de la synthèse des résultats liés à la mise en œuvre des compétences qui lui ont été déléguées.

Art. R. 6147-8

Le comité technique d'établissement local est consulté par le directeur du groupement d'hôpitaux, de l'hôpital ou du pôle d'intérêt commun sur les sujets suivants :

- 1° l'organisation interne du groupement d'hôpitaux, de l'hôpital ou du pôle d'intérêt commun ;
- 2° les conditions et l'organisation du travail au sein du groupement d'hôpitaux, de l'hôpital ou du pôle d'intérêt commun, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail ainsi que leurs incidences sur la situation du personnel ;
- 3° le bilan social local.

Les avis émis par les comités techniques d'établissement locaux sont transmis au comité technique d'établissement.

Art. R. 6147-9

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques locale est placée sous la présidence du directeur des soins désigné par le directeur de l'hôpital ou du groupement d'hôpitaux.

- 1° Elle est consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- 2° Elle est informée :
 - a) du règlement intérieur de l'établissement ;
 - b) de la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ;
 - c) du rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Les avis émis par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques locale sont transmis à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Sous-section 3

Dispositions applicables à chaque groupement d'hôpitaux ou hôpital

Art. R. 6147-10

Dans le cadre de la délégation de signature reçue du directeur général, le directeur d'un groupement d'hôpitaux, le directeur d'un hôpital ou le directeur d'un pôle d'intérêt commun peuvent, sous leur responsabilité, déléguer leur signature aux personnels sur lesquels ils exercent leur autorité.

Section 2

Dispositions d'organisation financière particulières à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris

Art. R. 6147-11

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est soumise aux dispositions du chapitre V du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie sous réserve des dispositions de la présente section.

Art. R. 6147-12

La décision du directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris relative au programme d'investissement initial de l'exercice est transmise au directeur général de l'Agence régionale de santé, en vue de son approbation, en même temps que l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

Art. R. 6147-13

Le directeur général de l'Agence régionale de santé transmet aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, dans un délai de vingt-cinq jours à compter de leur réception, le programme d'investissement et le plan global de financement pluriannuel, accompagnés de ses observations.

Art. R. 6147-14

Les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget et le directeur général de l'Agence régionale de santé disposent d'un délai de quarante-cinq jours suivant la réception du programme d'investissement ou du plan global de financement pluriannuel par le directeur général de l'agence, pour faire connaître, lorsque les conditions mentionnées au 3° de l'article L. 6143-4 sont réunies, leur opposition motivée.

Lorsque le pouvoir d'opposition mentionné à l'alinéa précédent est exercé, le directeur général de l'agence régionale de santé est chargé de notifier cette décision au directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

En cas d'opposition, le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris présente, dans un délai fixé par le directeur général de l'agence et ne pouvant excéder trois mois, un nouveau programme d'investissement ou un nouveau plan global de financement pluriannuel tenant compte des motifs d'opposition.

Le directeur général de l'agence et les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget disposent d'un délai de trente jours à compter de la réception de ce nouveau programme ou de ce nouveau plan pour l'approuver.

Art. R. 6147-15

I.

Lorsque l'état des prévisions de recettes et de dépenses comporte un compte de résultat prévisionnel principal en déficit, le directeur général de l'agence régionale de santé le transmet dans un délai de trente jours à compter de sa réception aux ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget, accompagné de ses propositions relatives à l'approbation.

En l'absence de réponse dans un délai de quarante-cinq jours suivant la réception de l'état des prévisions de recettes et de dépenses par le directeur général de l'agence, l'état est réputé tacitement approuvé.

II.

Les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget disposent d'un délai de quinze jours suivant la réception du projet d'état des prévisions de recettes et de dépenses pour transmettre leur avis au directeur général de l'agence.

Si l'avis des ministres est favorable, l'état des prévisions de recettes et de dépenses est approuvé de manière tacite ou expresse.

Si les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget font connaître leur opposition au projet d'état des prévisions de recettes et de dépenses, le directeur général de l'agence rejette, par décision motivée prenant en compte les motifs d'opposition des ministres, l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Dans ce cas, le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris présente un nouvel état tenant compte des observations du directeur général de l'agence, dans le délai fixé par ce dernier et qui ne peut être supérieur à trente jours.

III.

Si le nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses comporte un compte de résultat prévisionnel principal en équilibre, le directeur général de l'agence est compétent pour se prononcer sur son approbation.

Si le nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses comporte un compte de résultat prévisionnel principal en déficit, le directeur général de l'agence saisit à nouveau les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, qui disposent d'un délai de quinze jours pour se prononcer. Si l'avis des ministres est défavorable, le directeur général de l'agence applique les dispositions du premier alinéa de l'article L. 145-2.

Art. R. 6147-16

Le contrôle financier auprès de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est assuré dans les conditions fixées par le décret n° 2005-757 du 4 juillet 2005 relatif au contrôle financier au sein des établissements publics administratifs de l'Etat. Les modalités particulières de ce contrôle sont fixées par arrêté des ministres chargés du Budget et de la Santé.

L'autorité chargée du contrôle financier est nommée par le ministre chargé du Budget après avis du ministre chargé de la Santé.

Article 2

Le III de l'article R. 1112-81 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

III.

Le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris institue, soit dans un groupement d'hôpitaux, soit dans un hôpital, une commission locale des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Cette commission locale peut comporter des représentants des instances représentatives locales mentionnées aux articles R. 6147-6 et suivants selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement.

Article 3

Jusqu'à la clôture des comptes de l'exercice 2011, le délai prévu à l'article R. 6145-37 du Code de la santé publique reste, pour l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, fixé à deux mois.

Article 4

Jusqu'à la mise en place de chacune des instances représentatives mentionnées au III de l'article R. 1112-81 et à l'article R. 6147-6 du Code de la santé publique, dans leur rédaction issue du présent décret, et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2011, leurs attributions consultatives définies au III de l'article R. 1112-81 et aux articles R. 6147-7 à R. 6147-9 du même code, dans leur rédaction issue du présent décret, sont exercées, dans leur composition actuelle, par les instances représentatives mentionnées au III de l'article R. 112-81 et aux articles R. 6147-29, R. 6147-30, R. 6147-33, R. 6147-51, R. 6147-53 et R. 6147-56 du dit code, dans leur rédaction antérieure à la publication du présent décret.