DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 9 JANVIER 2007

APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 13 FEVRIER 2007

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance
du mardi 9 janvier 2007

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

1- Certification des hôpitaux de l'AP-HP : bilan V1 – V2.

2- Evaluation des pratiques professionnelles.

3- Bilan des travaux de la commission université de la CME.

4- Nouvelle réglementation et l'impact sur l'organisation de la délégation interrégionale à la recherche clinique promoteur.

5- Gestion de la dette et le lancement du programme EMTN.

6- Information sur les prochaines élections générales à la CME et aux CCM.

7- Avis sur des dossiers de candidature à la labellisation de centre de référence des maladies rares pour l'année 2007.

8- Approbation du compte-rendu de la séance du 12 décembre 2006.

SEANCE RESTREINTE

Composition F

- Candidature aux stages interrégions pour le semestre de mai à novembre 2007.

Composition D

- Avis sur le recrutement principal d'un CCA dans un établissement lié par convention avec l'AP-HP, au titre de l'année universitaire 2006-2007.

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.

Composition B

- Avis sur la titularisation d'un MCU-PH.

- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un MCU-PH.

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation de PU-PH.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
  - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
  - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
  - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

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

- ***les représentants de l'administration :***
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - Mme WARGON, directrice déléguée à la coordination et au contrôle interne,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
  - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
  - M. GUIN, directeur économique et financier,
  - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
  - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

  - M. BEST, direction de la politique médicale,
  - M. le Pr EURIN, président de l'université Paris 7 – Denis Diderot,
  - M. le Pr LEMAIRE, direction de la politique médicale,
  - Mme PERIER, direction de la politique médicale,
  - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

* *

Le président **de PROST** ouvre la séance en présentant les excuses de MM. CHOUDAT, DUSSAULE, GOËAU-BRISSONNIERE et LOULERGUE avant de procéder à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I- Certification des hôpitaux de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris : bilan V1 – V2.

La parole est donnée à **Mme PERIER** pour exposer le dossier portant sur la certification des hôpitaux de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (cf. document mis sur table en séance).

Le bilan de la certification version 1.

La totalité des établissements de l'AP-HP avait passé la première visite d'accréditation, ou V1, au 31 mai 2005. L'institution obtient globalement de bons résultats, comparables à ceux enregistrés dans l'ensemble des établissements de santé en France. La plupart des réserves ont été levées ou transformées en recommandations, seules demeurent pour le moment celles relatives :

- à la sécurité des bâtiments, des équipements et des installations de l'hôpital Armand Trousseau ;
- au dossier patient de l'hôpital Bicêtre ;
- au risque incendie du groupe hospitalier Charles Foix – Jean Rostand.

Au « palmarès » des principales réserves émises par la Haute autorité de santé (HAS), les remarques relatives au dossier patient figurent au premier rang, tendance plus affirmée encore à l'AP-HP que dans l'ensemble des établissements de France. Pour l'AP-HP, les réserves concernent également le circuit du médicament, les fonctions logistiques sur les déchets, la prévention du risque infectieux environnemental et des dispositifs médicaux. Les recommandations touchent également aux domaines du consentement et de la confidentialité, ainsi que bon nombre de fonctions logistiques (auquel répond en grande partie le projet « Marque AP » en cours), à l'évaluation initiale et régulière de l'état du patient et à la traçabilité de l'évaluation du bénéfice / risque.

Les points fort de l'AP-HP concernent la capacité à couvrir les besoins spécifiques des patients ; les droits du patient inscrits dans les priorités de l'établissement ; les fonctions ressources humaines ; la politique de prévention des risques infectieux ; la politique de vigilances sanitaires.

La certification version 2.

La deuxième démarche de certification, ou V2, a débuté au plan national en 2004 de manière expérimentale puis s'est déployée progressivement à partir de 2005. Au niveau de l'AP-HP, il a été décidé d'échelonner les certifications V2 sur les quatre ans selon un planning défini avec la HAS, afin d'accompagner progressivement les démarches. Fin 2006, plus du tiers des hôpitaux de l'AP-HP avait déjà eu sa visite de certification V2 et dix autres l'auront en 2007.

Les évaluations effectuées en V2 permettent de mesurer le niveau de qualité atteint. La participation médicale a été volontairement accrue notamment avec la prise en compte de l'appréciation du service médical rendu traduite dans plusieurs références de ce manuel V2 dont celles spécifiques à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Dans cette deuxième démarche, la HAS cible davantage les thèmes du management, de la gestion des risques, des secteurs interventionnels et du circuit du médicament et impose de faire participer les usagers.

Le manuel de la V2 est différent du précédent. Il comporte quatre chapitres : politique et management ; fonctions supports ; prise en charge du patient ; évaluation et dynamique. Le chapitre concernant la prise en charge du patient doit être décliné autant de fois qu'il existe de type de prise en charge dans l'hôpital (médecine-chirurgie-obstétrique, psychiatrie, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile).

Au total, ce manuel compte cinquante trois références et deux cent quinze critères, qui sont tous cotés (cotation A, B, C, D) d'abord par l'établissement puis par les experts visiteurs, les cotations C et D pouvant donner lieu à une « décision ». Cette deuxième procédure produit plusieurs niveaux de résultats :

- une accréditation simple : sans décision ou avec décision(s) de type 1 ;
- une accréditation avec suivi (rapport ou visite ciblée) avec décision(s) de type 2 ;
- une accréditation conditionnelle avec décision(s) de type 3 pouvant éventuellement donner lieu à une non-accréditation.

Le rapport d'accréditation est publié en version intégrale sur le site Internet de la HAS laquelle va en extraire et définir en 2007 une version courte à destination des usagers.

Il est difficile de comparer strictement les résultats de la V2 à ceux de la V1 mais intéressant d'analyser les décisions en V1 qui disparaissent dans les résultats de la V2, correspondant à un indice d'amélioration, et inversement.

A la fin de 2006, treize hôpitaux de l'AP-HP avaient passé la visite d'accréditation V2, procédure qui implique une forte mobilisation de leur part. Sur les huit hôpitaux ayant reçu leur rapport, trois ont obtenu des décisions de type 1 et cinq des décisions de type 1 et 2.

Par ailleurs, la HAS accorde une importance particulière au suivi des hôpitaux entre les procédures de certification V1 et V2 notamment en matière de sécurité sanitaire, de programme qualité et gestion des risques, d'encadrement et des dispositions relatives aux secteurs interventionnels et à l'endoscopie.

Après avoir détaillé l'analyse des résultats, des décisions et des cotations des rapports V2, Mme PERIER indique que les procédures d'accréditation V2 menées en 2006 démontrent la nécessité de renforcer le soutien institutionnel de la démarche qui constitue également un élément moteur dans la mise en œuvre de l'EPP.

Cette démarche lourde mérite d'être valorisée. Aussi est-il prévu de constituer en 2007 un comité institutionnel de la qualité, placé sous l'égide du cabinet de la direction générale et chargé de procéder à une analyse stratégique des résultats, d'identifier des axes de travail prioritaires, d'organiser des retours d'expérience.

En 2007, une procédure allégée V2 bis sera mise en œuvre. La HAS prépare déjà la future certification V3 qui devrait entrer en vigueur début 2009. Elle reposera sur des thèmes prioritaires et sur la lecture de tableaux de bord. Dans ce cadre, des indicateurs (pour certains déjà en œuvre à l'AP-HP) seront généralisés au niveau national dès 2008 avec le lancement des sites pilotes dont fait partie l'AP-HP dès 2007.

Les résultats couvrant l'ensemble de l'institution renseignent peu sur la situation d'un établissement, intervient **M. SCHLEMMER** qui s'intéresse à l'examen des principales tendances issues des premières certifications V2 à l'AP-HP afin d'orienter la politique des établissements à l'avenir.

Par ailleurs, l'EPP constituera un levier utile à chaque communauté hospitalière pour apporter des correctifs aux insuffisances identifiées dans le cadre de la démarche de certification, notamment pour la qualité et la gestion des risques. C'est pourquoi la commission médicale d'établissement et la direction de la politique médicale doivent, estime-t-il, inciter les comités consultatifs médicaux et les directions locales à concentrer leurs actions sur quelques sujets emblématiques car afficher l'ensemble des items risque, selon lui, de décourager les acteurs concernés.

S'agissant de la gestion des risques **M. NAVARRO** rappelle que l'AP-HP a axé son effort sur le développement des revues de morbidité – mortalité, un des éléments composant les futurs indicateurs. S'il convient de laisser aux établissements le soin de définir certaines cibles au regard de leurs spécificités, on doit généraliser les revues au sein de l'AP-HP car elles sont prises en compte lors d'une procédure judiciaire.

Comme il demeure une incertitude sur les démarches à mener en cas d'événement grave, on doit progresser sur ce sujet pour améliorer les performances dans le cadre des accréditations, mais aussi et surtout pour éviter les récidives.

Le **président** signale qu'un livret remarquable a été élaboré sur cette démarche par le Pr Emile PAPIERNIK et le Dr Marie-Laure PIBAROT.

II- Evaluation des pratiques professionnelles.

La procédure de certification V2 implique la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) poursuit **Mme PERIER** (cf. document mis sur table en séance), par ailleurs rendue obligatoire pour tous les médecins.

Le cadre relatif à l'EPP.

La démarche de l'EPP vise à évaluer les pratiques professionnelles au regard de recommandations, à identifier des actions d'amélioration et à suivre la mise en œuvre de ces dernières afin d'améliorer le service médical rendu aux patients.

Depuis trois ans, de nombreux textes consacrés à l'EPP sont parus :

- la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie déclare l'EPP obligatoire pour tous les médecins et introduit l'accréditation volontaire des équipes à risque ;
- le décret d'application du 14 avril 2005 précise la mise en œuvre du dispositif de l'EPP effective à partir du 1er juillet 2005 pour une période de cinq ans.

En outre, l'EPP est prise en compte dans le cadre de la démarche de certification V2, obligatoire pour les établissements de santé.

L'articulation entre l'EPP et la formation médicale continue (FMC).

La loi de santé publique du 9 août 2004 rend la FMC obligatoire pour les médecins. L'arrêté du 13 juillet 2006 précise que deux cent cinquante points devront être validés tous les cinq ans dans le cadre de quatre catégories :

- les formations présentielles (congrès…), permettant d'obtenir au maximum cent crédits sur cinq ans ;
- les formations individuelles et à distance (abonnement à des revues, e-learning…) ;

- les situations professionnelles formatrices, elles-mêmes subdivisées en quatre groupes ;
- les procédures d'EPP, correspondant à cent crédits obligatoires en cinq ans, non fongibles avec les points obtenus dans les trois autres catégories.

Au sein de l'institution, l'EPP est totalement articulée à la FMC afin de coordonner au mieux les dispositifs et de présenter une offre lisible aux praticiens.

La mise en œuvre de l'EPP.

Si les finalités de l'EPP sont d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, ainsi que le service médical rendu aux patients, elle permet au praticien d'analyser sa pratique au regard des recommandations existantes et doit s'intégrer au mieux dans sa pratique quotidienne.

Sa mise en œuvre implique que le praticien connaisse les conditions de réalisation, comprenne les méthodes, les outils et les moyens ainsi que les conditions de validation tout en bénéficiant d'une grande liberté dans le choix de la méthodologie et des thèmes.

A l'AP-HP, l'EPP peut se décliner aux niveaux institutionnel, de l'hôpital, d'un réseau, du pôle, du service, de la discipline ou de la spécialité ou dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie. Elle n'a de sens que si elle y est déclinée collectivement de façon à rendre réalisables et pertinentes les actions d'amélioration en regard.

Les conditions de validation de l'EPP.

Les praticiens hospitaliers valideront leurs crédits d'EPP en ayant réalisé une action ponctuelle et un programme continu. Le circuit de validation diffère selon les trois voies principales de l'EPP : les EPP réalisées en interne et validées par la sous-commission EPP des CCM avec le médecin expert externe ; les EPP réalisées avec un organisme agréé EPP ; l'accréditation volontaire des équipes à risque, validante pour l'EPP, et réalisée avec l'organisme agréé spécifique à la spécialité.

Les propositions validées en CME en mai 2006 relatives à la mise en place de l'EPP à l'AP-HP.

La CME a décidé de s'impliquer dans une politique d'information, d'incitation et de coordination. Elle peut suggérer des thèmes ou des actions prioritaires et collige les validations des CCM pour l'EPP individuelle.

Cependant, la dynamique reste essentiellement confiée aux CCM qui doivent notamment identifier les thèmes d'EPP et recenser ceux permettant une mutualisation, mobiliser les chefs de pôle, suivre le nombre de services et de pôles participant à des actions d'EPP et organiser les validations des programmes et des praticiens. De même, les praticiens s'engageant dans un programme d'EPP avec un organisme agréé ou s'engageant dans l'accréditation volontaire doivent en informer leur CCM et signer une charte de fonctionnement et de coordination.

Après avoir décrit les obligations des sous-commissions EPP de la CME et des CCM, Mme PERIER situe l'EPP dans le cadre de la nouvelle gouvernance, au niveau institutionnel, de l'hôpital et du pôle. Puis elle détaille les trois voies du circuit de validation des EPP citées supra.

Elle indique enfin, qu'en l'absence d'organisme agréé en Ile-de-France, il convient de s'interroger sur l'opportunité de créer un tel organisme au sein de l'AP-HP à partir d'une analyse avantage / inconvénient qu'elle décline.

Pour conclure, Mme PERIER signale l'intérêt des présidents de CCM pour ce programme, la nécessité de privilégier une approche locale et d'entrer progressivement dans le système, ainsi que de favoriser les dispositifs d'EPP collective et de mutualiser au niveau institutionnel les différentes expériences.

Les décisions institutionnelles à prendre concernent :

- l'image institutionnelle des démarches d'EPP, avec notamment la pertinence de la création d'un organisme agréé à l'AP-HP ;
- la coordination entre la FMC et l'EPP ;
- l'organisation et la structuration de ces sous-commissions EPP en interne, avec l'habilitation de médecins experts du siège aidant à la validation des thèmes institutionnels et de la certification ;
- la préparation de la prochaine organisation de l'EPP au sein des professions paramédicales.

Le **président** considère ce programme complexe mais capital pour l'institution. Aussi invite-t-il les membres de l'instance à examiner avec soin les propositions présentées, notamment celle de l'éventuelle création d'un organisme agréé au sein de l'AP-HP.

Le choix de créer ou non un tel organisme constitue une question fondamentale selon **M. LAPANDRY** qui voudrait savoir à quelle instance appartient la décision. Il milite pour que l'AP-HP s'engage dans cette voie qui permettrait de réaliser des économies en temps médical et budgétaire.

Il considère aussi que la présentation qui vient d'être faite doit être délivrée auprès des CCM pour faire connaître le dispositif aux collègues.

La procédure d'une telle création n'est pas formalisée intervient **M. NAVARRO**. Si l'avis de la CME s'avère extrêmement important, la décision devrait être prise par la direction générale.

M. SCHLEMMER ne partage pas l'idée d'une diffusion détaillée de l'information vers les hôpitaux car, si les membres de la CME et les présidents de CCM connaissant le dossier peuvent l'entendre, un message simplifié sensibiliserait davantage les collègues.

Par ailleurs, chacun souscrit à l'incitation adressée aux professionnels de santé, en premier lieu les médecins, à améliorer de manière continue la prise en charge des malades. De plus, les contestations face à ce dispositif ont diminué avec la clarification de ses modalités.

En revanche, il lui semble que la complexité du circuit de validation de l'EPP risque de braquer les personnes concernées. Aussi doit-on le simplifier en abandonnant l'idée d'ériger l'AP-HP en organisme agréé, à la fois juge et partie, alors même que les organismes créés dans le cadre des sociétés savantes permettront de couvrir un grand nombre de thèmes. Il restera à trouver des intervenants susceptibles de prendre en charge des thèmes transversaux (l'information du patient, la tenue du dossier médical…).

Ce sujet constitue l'un des dossiers importants que traitera la CME dans sa future formation, indique M. SCHLEMMER, tandis que l'actuelle définira les modalités de travail et présentera aux collègues un dispositif d'apparence simple.

M. DASSIER préconise une présentation exhaustive du dispositif qui produira selon lui un effet positif sur les collègues en constatant le caractère rébarbatif et difficile à mettre en œuvre de l'EPP. Il lui paraît nécessaire de préciser les sanctions susceptibles d'affecter les praticiens n'obtenant pas les niveaux requis de crédits. D'autre part, face à la pénurie programmée des praticiens hospitaliers et à l'exigence de rentabilité induite par la tarification à l'activité (T2A), il se demande si les confrères trouveront le temps de s'occuper de leurs patients tout en suivant une démarche de FMC et d'EPP.

Enfin, il rappelle que dans le cadre de ces deux démarches, il est prévu de laisser aux praticiens une forme de liberté dans le choix des actions à mener, aussi les pôles ne devront pas prédéfinir les formations à suivre. Il s'avère donc nécessaire de renseigner l'ensemble des praticiens sur le détail du dispositif.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, seul le volet consacré à la FMC et à l'EPP permet de prendre en compte la qualité des soins observe **M. CHAUSSADE** qui estime utile de simplifier les procédures et de ne pas s'engager dans la création d'un organisme agréé au sein de l'AP-HP.

Puis il propose de remplacer l'expression « figures imposées » utilisée dans la présentation par celle de « figures institutionnelles », afin d'éviter l'idée que le siège impose les procédures. Il considère nécessaire de laisser une liberté d'organisation aux services et aux pôles et invite les responsables de ces structures à consulter le site de la HAS, riche en exemples.

Enfin, la validation de l'EPP doit s'inscrire, selon lui, dans un cadre individuel, même si elle s'insère dans une démarche de service ou de pôles.

S'il rejoint l'analyse concernant la difficulté d'être à la fois juge et partie, **M. LAPANDRY** remarque que cette critique pourrait également s'appliquer aux sociétés scientifiques et tient à préciser que l'AP-HP pourrait devenir un organisme agréé sur un nombre limité de sujets transversaux, tout en laissant les sociétés savantes intervenir dans des domaines plus spécialisés.

Mme PERIER signale que le dispositif relatif à l'EPP a déjà fait l'objet d'une présentation moins exhaustive dans un certain nombre de CCM et que la DPM est disponible pour effectuer cette présentation aux autres CCM le souhaitant. Une brochure d'information de quatre pages destinée à l'ensemble des médecins est en cours de rédaction, et une base de données sera accessible à tous en 2007 afin de mutualiser les expériences sur l'AP-HP.

Il ressort de ce débat, conclut le **président**, une demande de simplification du dispositif et l'approbation des grandes orientations de l'EPP qui constitue un outil fondamental s'inscrivant dans la démarche destinée à améliorer la qualité des soins. Les praticiens doivent affronter un nombre important d'évolutions, aussi présenter un dispositif trop complexe risque de provoquer des réticences.

Tandis que les collégiales nationales jouent un rôle majeur dans le cadre de l'accréditation, il importe d'examiner la possibilité de créer un organisme agréé propre à l'AP-HP, chargé notamment des EPP relevant de domaines transversaux.

En outre, la CME doit rappeler le rôle essentiel que joueront les CCM dans le domaine de l'EPP et poursuivre le débat afin de faire progresser la réflexion.

III- Bilan des travaux de la commission université de la CME.

M. NORDLINGER expose les travaux de la commission université qu'il préside (cf. document mis sur table en séance).

Les missions du groupe couvrent l'ensemble des activités de recherche clinique contribuant au diagnostic et au traitement des maladies, priorité stratégique de l'AP-HP, ainsi que la formation initiale et continue, en collaboration avec les universités.

Une note rédigée, à la demande du groupe en juin 2003, par la directrice générale précise l'organisation de la recherche et la responsabilité respective des différents organes impliqués :

- le conseil scientifique dont émane un comité de pilotage qui mène la réflexion et présente des propositions concernant la politique scientifique de l'AP-HP ;
- le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) qui joue un rôle opérationnel de promotion et de suivi des projets de recherche ;
- la commission université de la CME, représentée au conseil exécutif par son président et au comité de pilotage par M. BERNAUDIN et lui-même, qui constitue une force de proposition et de suivi de l'organisation de la recherche, s'occupe des relations entre les groupements hospitalo-universitaires et les universités, examine l'impact de la réforme des études universitaires licence, master, doctorat (LMD) sur le rôle formateur des médecins de l'AP-HP, enfin constitue une interface entre la CME, le conseil scientifique et son comité de pilotage.

Après avoir nommément remercié les membres et les invités de la commission université pour leur aide et leur assiduité, l'orateur indique que l'ensemble des dossiers relatifs à son domaine de compétence a été instruit par celle-ci lors des séances de travail programmées avant chaque réunion de la CME.

Le principe général retenu admet que toutes les structures de soins, les services, les départements, les unités cliniques et les pôles, y compris la gériatrie et les urgences ont une mission universitaire d'enseignement et de recherche et par conséquent, tout praticien nommé doit mener une activité universitaire. Cet élément a été pris en compte lors des révisions d'effectifs, à travers la rédaction des fiches de candidature à une fonction (responsable de pôle, chef de service, PU-PH, MCU-PH, PH…).

La commission université a débattu de l'élaboration du plan stratégique notamment en collaborant avec le groupe de travail « refondation du lien avec l'université » animé par M. EURIN.

Concernant les départements de recherche clinique, la commission université a examiné le modèle du GHU nord. L'objectif vise à coordonner les structures de recherche existantes (les centres d'investigation clinique, de recherche biologique, d'investigation biomédicale, les unités de recherche clinique) et aucunement à constituer un niveau supplémentaire de responsabilité. La commission a indiqué que les départements, dirigés par un hospitalo-universitaire, devraient être mis en place avec souplesse dans les autres GHU et à l'invitation de M. BERCHE, mentionné l'intérêt de créer des départements inter-hospitaliers pour favoriser les activités universitaires.

De même, la commission a souligné la nécessité de valoriser les activités universitaires. A cet effet, il convient d'identifier la contribution de l'AP-HP à la production scientifique nationale et internationale, démarche présentant un enjeu stratégique mais aussi financier dans le cadre de la T2A.

En matière de conventions conclues entre l'AP-HP et les universités, a été examinée la mise à jour de la convention de 1965 entre l'université Pierre et Marie Curie et Paris VI, dont l'objet est d'organiser la coopération scientifique et pédagogique.

M. NORDLINGER s'est par ailleurs attaché à la clarification des rôles respectifs des organismes intervenant dans le domaine de la recherche clinique.

Enfin, il souligne que le pôle qui permet d'augmenter la masse critique et de mutualiser les moyens de recherche, devient le cadre privilégié de l'exercice de la recherche clinique dont il importe de définir avec soin les missions et les objectifs.

Pour sa part, **M. BERNAUDIN** traite le sujet relatif aux ressources biologiques à l'AP-HP.

La commission université a participé aux discussions du comité d'experts relatif aux ressources biologiques, à la déclaration et à la mise en conformité des collections biologiques humaines à l'AP-HP et à la définition des plates-formes de ressources biologiques.

Dans le domaine de l'embryo-foetopathologie, la commission université a participé aux travaux du groupe constitué à la suite de l'épisode médiatisé survenu à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, afin de définir la masse critique d'activité et d'insister sur le caractère universitaire de ce domaine.

La commission s'est également intéressée à la problématique relative aux bâtiments de recherche, dont deux sont en cours de construction (à l'hôpital Européen Georges Pompidou, et à l'hôpital Tenon).

Par ailleurs, l'orateur mentionne les éléments positionnant l'AP-HP en tant qu'institution innovante :

- la valorisation par l'industrie des innovations issues de l'hôpital ;
- les offres de transfert de technologie et les collaborations de recherche ;
- les plates-formes de partenariat industriel, qu'il s'agisse de l'implantation d'entreprises dans les hôpitaux ou des mécénats pour créer des centres cofinancés par les entreprises ;
- les incubateurs et les pépinières d'entreprises,

avant de citer des exemples de valorisation par l'industrie des innovations issues de l'AP-HP.

Il précise enfin que l'AP-HP est partenaire du pôle de compétitivité labellisé Medi Tech Santé Paris-région et que la commission université participe au groupe de travail sur le cancer constitué à l'AP-HP.

M. NORDLINGER signale que le bilan du groupe de travail relatif aux médecins à diplôme étranger à l'Union européenne sera évoqué lors de la prochaine séance de la CME et espère que les efforts entrepris permettront de contribuer à l'amélioration de la production scientifique de l'AP-HP.

Le **président** salue le travail accompli et sollicite un rapport écrit qui figurera dans le bilan global de la CME puis il ouvre la discussion.

M. DEBRE souligne les difficultés que peuvent rencontrer certains praticiens jeunes parents, à qui s'adresse parfois ce dispositif, à partir une année entière à l'étranger ainsi que le montant insuffisant des bourses allouées. Il souhaiterait donc que le dispositif permette à l'avenir de réaliser les mobilités de manière fractionnée, et non uniquement dans des pays éloignés.

En second lieu, selon l'intervenant, il existe un risque de voir les fonds dédiés aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) combler le déficit de l'hôpital, aussi doit-on veiller à la juste affectation de l'enveloppe consacrée au soutien à la recherche et au lien avec l'université.

Enfin, il lui semble important de développer la collaboration avec les centres de recherche américains, sans oublier ceux des pays européens et des pays émergents.

M. NAVARRO indique que les mobilités ne conduisent pas obligatoirement à l'étranger ; il est possible de rompre le lien avec l'exercice hospitalier dans le cadre d'une recherche INSERM et demeurer en région parisienne.

M. NORDLINGER signale que ces décisions se prennent à la discrétion des présidents de sous-section du conseil national des universités. **M. de PROST** ajoute qu'un excellent document rédigé par la conférence des doyens précise le dispositif après avoir indiqué qu'il appartiendra à la prochaine formation de la CME de traiter ce point important.

M. BAGLIN souhaite attirer l'attention de la CME sur les relations entre la structure hospitalière et l'université. En effet, dans le cadre de la triple mission d'un CHU, les moyens, dont le personnel hospitalo-universitaire, sont mis en commun mais les contraintes qui s'exercent désormais sur l'hôpital et sur l'université peuvent faire émerger des divergences concernant l'appréciation du bien-fondé de l'utilisation de ces moyens.

Les logiques hospitalières et universitaires risquent donc de diverger. Craignant une accentuation du problème, il pense qu'on doit engager une réflexion commune afin d'identifier les moyens permettant à l'université et à l'hôpital de continuer à remplir en bonne intelligence leur triple mission.

Les choses dépendent des buts recherchés déclare **M. EURIN**. Si on souhaite améliorer le niveau scientifique et augmenter le nombre des publications de l'AP-HP, on doit inciter les praticiens à se former à l'étranger. Son expérience de président d'université lui permet de constater que les centres les plus performants au sein de l'AP-HP correspondent à ceux où l'internationalisation s'avère la plus forte.

M. DEBRE reconnaît le caractère fondamental de la promotion des mobilités, cependant il importe d'augmenter les aides destinées aux jeunes confrères ; de même, le dispositif devrait s'appliquer aux praticiens universitaires déjà nommés.

IV- Nouvelle réglementation et l'impact sur l'organisation de la délégation interrégionale à la recherche clinique promoteur.

M. LEMAIRE procède à la présentation du dossier (cf. document présenté en séance).

Le contexte.

Il évoque tout d'abord des courriers reçus qui illustrent une insuffisante perception par la communauté médicale des changements réglementaires majeurs survenus depuis la loi Huriet Serusclat de 1988, qu'il souhaite dissiper.

Ces évolutions ont induit l'été 2006 une abondante production, qui se poursuit d'ailleurs, de textes d'application. De plus, chaque institution, ministère, organisme, agence, produit ses propres textes, des référentiels, des guides de bonnes pratiques ou les lignes directrices. Ces différents documents imposent des procédures supplémentaires et aboutissent à renforcer la rigidité du dispositif.

La loi Huriet, destinée à encadrer les essais sur les volontaires sains, insistait sur la protection de ceux-ci. Au regard de la révision de la loi Huriet en 2004 dans le cadre de la loi de santé publique et de la directive européenne, l'accent est désormais porté sur le risque et non plus sur le bénéfice. Toutes les revues scientifiques contiennent à présent de nombreux articles de mise en garde contre les menaces pesant dès lors sur la recherche académique en Europe.

Le rôle central du promoteur.

Le nouveau cadre réglementaire confère au promoteur, et non plus à l'investigateur, le rôle de maître d'œuvre de la recherche et prend en compte les spécificités de la recherche académique.

Le promoteur devient l'interlocuteur du comité de protection, des autorités et des autres investigateurs. Il supporte les taxes et le coût des assurances, devient responsable du suivi de l'essai, de la qualité des données et des démarches de pharmacovigilance et rédige un rapport final, ce qui constitue une nouveauté. Responsable aussi devant la justice en cas d'accident, il devra affronter les inspections de l'agence compétente.

M. LEMAIRE détaille ensuite le dispositif totalement novateur concernant la pharmacovigilance, les modalités de création des comités indépendants dans le cadre des essais à risque et le nouveau rôle des comités de protection des personnes (CPP).

Les différentes catégories de recherche clinique.

Le nouveau schéma de la recherche clinique distingue trois catégories : la recherche sur les données, sur l'être humain, sur les prélèvements et les produits du corps humain.

a) Les recherches sur les données.

La commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) va se doter d'un pouvoir d'inspection et tous les fichiers devront être déclarés excepté ceux totalement anonymisés. D'autre part, il sera nécessaire de faire appel à un « comité éthique de la recherche » avant de publier un article relatif à une recherche sur données, en raison d'exigences nouvelles des éditeurs de revues anglo-saxonnes.

b) Les recherches sur les prélèvements et les produits du corps humain.

Elles comprennent :

- les prélèvements provenant du soin affectés à la recherche (changement de finalité) ;
- les prélèvements au cours d'une recherche biomédicale ;
- les prélèvements au cours du soin courant ;
- les collections « directes », portant sur le sang et ses composants.

c) Les recherches sur l'être humain.

La distinction intervient désormais entre les recherches interventionnelles et non interventionnelles ; les secondes seront soumises au contrôle de la CNIL et d'un « comité éthique de la recherche » tandis que les premières différencient les recherches sur les soins courants et les recherches biomédicales. Une procédure allégée a été obtenue pour la recherche sans risque portant sur le soin courant.

Les recherches interventionnelles recouvrent les recherches biomédicales, y compris les médicaments et les post-autorisations de mise sur le marché (AMM), et les recherches sur les soins courants dont le champ d'application reste à définir par un arrêté en cours de rédaction.

La recherche sur les soins courants doit faire l'objet d'une simple information des patients, ce qui constitue une simplification majeure. Le financement résulte du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et des appels d'offres de l'AP-HP.

La législation a opéré un bouleversement majeur, conclut M. LEMAIRE, engendrant un cadre plus coercitif et bureaucratique pour les recherches biomédicales (ex : Huriet), mais elle induit une nouvelle classification et des facilitations, offre une plus grande transparence et une meilleure visibilité pour les recherches jadis « hors cadre », permet de sortir du cadre du « tout médicament » mis en place par la loi Huriet, enfin assure la reconnaissance officielle du promoteur académique.

Cependant, des efforts restent à produire notamment pour :

- mettre en œuvre les nouvelles dispositions relatives aux soins courants et aux collections ;
- mener une démarche pédagogique importante afin de faire connaître ces changements ;
- renforcer les liens entre le DRCD et les URCs ;
- améliorer les inclusions, en particulier pour les essais industriels ;
- résoudre les problèmes d'assurance ;
- inciter l'AP-HP à assurer la promotion d'essais multi-nationaux ;
- poursuivre le combat afin d'alléger certaines procédures ;
- améliorer la visibilité de la recherche au sein de l'AP-HP en se rapprochant de l'université.

Pour sa part **M. BEST** souhaite rappeler que depuis quatre ans, le DRCD a su prendre les mesures pour anticiper les évolutions de la réglementation concernant les dossiers d'autorisation, le monitoring, la création des URCs ou la pharmacovigilance et se montre capable de promouvoir des essais, de payer la taxe d'autorisation à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), d'obtenir les autorisations technico-réglementaires… Enfin, depuis la mise en œuvre de la nouvelle réglementation en août 2006, le DRCD s'est porté promoteur de près de quatre vingts recherches issues notamment des PHRC. Les lenteurs contestées par les cliniciens résultent de la complexité du nouveau corpus réglementaire imposant le passage d'un système de notification à un dispositif d'autorisation ou encore à une analyse fine concernant la pharmacovigilance.

M. LACAU ST GUILY note un possible conflit d'intérêts entre la logique de la T2A, fondée sur une meilleure rentabilité, et la nécessité vitale de mener une démarche de recherche clinique de qualité. Ce contexte lui suscite trois observations techniques :

- il se demande quelle forme prendront les comités d'éthique. A titre personnel, il n'est pas favorable à l'implication des seuls comités de protection des personnes et pense que chaque hôpital devrait mettre en œuvre un dispositif pour obtenir des réponses très rapides concernant ce type de recherche ;
- s'il reconnaît la qualité du travail réalisé en commun par le DRCD et les URCs, qui positionne l'AP-HP comme leader d'un nombre croissant d'essais, il préconise de trouver d'autres interactions, par exemple entre les URCs et les méthodologistes de l'institut national du cancer (INCa) ;
- il existe un déficit concernant la capacité des ARC à mener des essais lourds, or pour réaliser des recherches cliniques de qualité, il importe de se reposer sur des professionnels dont c'est le métier exclusif.

Après avoir demandé que cette présentation pédagogique figure sur le site de l'AP-HP, **Mme DEGOS** souligne, concernant la recherche sur les produits du corps humain notamment les tissus, qu'il convient d'obtenir l'autorisation des patients dès lors que les résultats ont vocation à être publiés.

M. LEMAIRE confirme cet élément et précise que les comités d'éthique peuvent autoriser une dérogation en la matière. Puis il répond à une question de **M. BERNAUDIN** que la création à l'AP-HP d'un comité d'éthique sur la recherche est évoquée depuis quelques temps et que certaines sociétés savantes (réanimation, pneumologie…) ont déjà créé de telles structures. L'INSERM accepte parfois de jouer ce rôle et des comités d'éthique hospitaliers existent dans certaines régions.

Néanmoins avant de créer ce comité à l'AP-HP, il préfère prendre en compte la profonde évolution du rôle des CPP dont un certain nombre acceptera peut-être de jouer le rôle de comité d'éthique. Dans le cas contraire, on décidera de créer un comité d'éthique au sein de l'AP-HP ou au sein de chaque GHU.

Mme MARCHAND fait savoir qu'en vertu d'un arrêté de 1999, les biologistes doivent respecter un certain nombre de règles en matière de protocole de recherche, concernant la traçabilité des examens ou le suivi des produits réactifs. Ce point devra donc être pris en compte. Par ailleurs, elle indique qu'on doit supporter des surcoûts induits par la prise en charge d'examens réalisés dans le cadre de protocoles au sein de la prescription courante.

M. GUILLEVIN évoque la gestion des effets secondaires de la recherche sur les patients. Le signalement de ceux-ci impose certaines actions visant à analyser la situation et à prévenir les investigateurs, éventuellement les patients. Puis il relate le cas d'un essai pour lequel il a été demandé à l'investigateur, prévenu d'un hypothétique risque mortel encouru par les patients, de leur expliquer ce risque, contrairement à l'attitude préconisée par le passé.

Aussi il pense que tout signalement d'un effet secondaire extrêmement sévère doit engendrer la création d'une cellule de crise regroupant les principaux investigateurs de l'essai afin de prendre le temps de la réflexion, plutôt que d'agir dans l'urgence.

M. LEMAIRE fait savoir que le DRCD a dû se conformer à une note précise du laboratoire concerné, laquelle demandait explicitement de suivre une telle démarche. De plus, dans ce cas de figure, le DRCD est soumis au contrôle vigilant de l'AFSSAPS qui a également reçu cette note.

Les règles de consentement dans le cadre des amendements substantiels de la recherche nécessitent une réécriture, précise-t-il.

M. BEST ajoute que l'organisation du DRCD dans le domaine de la pharmacovigilance s'est considérablement améliorée. En effet, pour la plupart des essais à risque, le point est fait en présence de l'investigateur sur les événements attendus et inattendus, sur les éventuelles décisions d'interruption d'essais en cours. Cependant, lorsqu'une notice d'alerte est transmise par le promoteur de la molécule, le DRCD sous surveillance de l'AFSSAPS se trouve dans l'obligation d'agir rapidement, sinon il subit une inspection de cette agence qui menace de supprimer la qualité de promoteur institutionnel à l'AP-HP.

Pour **M. FAGON** les courriers évoqués au début de la présentation démontrent la crédibilité et la légitimité du DRCD qui a progressé au fil des ans et est devenu un véritable interlocuteur pour les investigateurs. Contrairement au passé les URCs et le DRCD apparaissent aujourd'hui comme des facilitateurs de la recherche clinique. Pour les URC, les difficultés surgissent uniquement au cours des quelques jours précédant le dépôt des dossiers de PHRC, en raison du retard pris dans leur préparation par les investigateurs et leur arrivée massive et simultanée. Dès lors, certaines demandes ne peuvent pas être retenues par l'absence d'examen attentif. Aussi, il s'interroge sur la manière prévue pour tenter de mieux gérer ces périodes de surcharge des URCs.

M. CORIAT souhaite des précisions sur la publication des décrets d'application relatifs aux soins courants et sur l'obligation concernant la souscription d'une assurance dans le cadre de ce type d'essais.

M. RICHARD se dit frappé par la méconnaissance des jeunes collègues sur la législation et les principes régissant une démarche de recherche clinique. Puis il demande comment le DRCD envisage, d'une part d'améliorer la pédagogie en matière d'information, d'autre part de faire évoluer les missions assignées aux délégués de la recherche clinique des groupements hospitaliers universitaires qui ne sont pas toujours en mesure de jouer pleinement leur rôle.

M. LEMAIRE apporte des éléments de réponse aux différentes observations.

Concernant la T2A, les publications issues de la recherche permettront à l'AP-HP de bénéficier d'un financement spécifique dans le cadre de la part variable des missions d'expertise, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). Le DRCD a acquis un logiciel (SIGAPS) recensant automatiquement les publications à partir de Pubmed.

Le délai compris entre la publication de la circulaire et le dépôt des dossiers des PHRC est supérieur à deux mois, les investigateurs disposent donc d'un temps suffisant pour présenter leurs propositions. Cependant, peut-être convient-il d'inciter les URCs à adopter une démarche proactive en destination des investigateurs dont elles savent qu'ils soumettront un dossier.

Le décret relatif aux soins courants a été publié en avril et l'arrêté, rédigé avec soin et comprenant des dispositions satisfaisantes, devrait sortir dans les prochains jours.

Les questions portant sur les assurances posent des problèmes. Si l'assurance de l'AP-HP prend en charge le volet relatif aux soins courants, le cas des actes réalisés dans le domaine de la recherche, en théorie sans risque, s'avère différent. Le directeur des affaires juridiques et des droits du patient a précisé que l'assurance de l'AP-HP prendrait en charge un sinistre survenu dans ce cadre, dans la mesure où le risque reste très hypothétique.

M. LEMAIRE reconnaît qu'il reste une démarche importante sur le chapitre de la pédagogie, à mener. Des présentations seront réalisées devant les CCM. Par ailleurs, les doyens décideront peut-être à l'issue de l'actuel débat, d'inscrire les mécanismes régissant la recherche clinique au programme des étudiants. Le site renouvelé du DRCD comprendra un grand nombre d'informations. Enfin, il compte sur les membres de la CME pour véhiculer l'information.

En concertation avec les directeurs exécutifs, il a été décidé de supprimer la fonction de délégué à la recherche clinique de GHU. A l'avenir, leur rôle sera rempli par les responsables des futurs départements ou fédérations de la recherche clinique.

V- Gestion de la dette et le lancement du programme EMTN.

La présentation de **M. GUIN** vise à renseigner l'instance sur la gestion de la dette arrêtée à la fin de l'année 2006, élément stratégique du pilotage financier et du plan stratégique de l'AP-HP. L'année 2006 a été caractérisée par le lancement du programme « Euro medium term notes » (EMTN) lequel correspond à des émissions obligataires d'un nouveau type (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME et de la direction des finances).

Les modalités de gestion de la dette.

Les besoins de financement de l'AP-HP couvrent à la fois :

- le besoin en fonds de roulement d'exploitation à court terme pour faire face au décalage temporel entre les dépenses et les recettes ;
- le financement de l'investissement qui repose, d'abord, sur la capacité d'autofinancement générée par l'exploitation. Il est complété par les subventions d'équipement et le produit des cessions d'actifs et nécessite des apports de ressources financières à long terme via l'emprunt, afin d'étaler les charges sur plusieurs exercices.

Le recours à l'emprunt s'avère limité par la capacité d'endettement de l'AP-HP. Dans le cadre du plan stratégique, le recours à l'autofinancement constitue la principale source de financement de ses investissements.

Les instruments de financement se concrétisent par des lignes de trésorerie à moins d'un an, renouvelables annuellement par appel d'offres et par des levées de fonds à long terme auprès des banques ou d'investisseurs, destinées à couvrir les besoins de financement à long terme et susceptibles de recouvrir des formes diverses en fonction des conditions du marché et de l'optimisation retenue des charges financières.

Les principes guidant la gestion, à la fois prudente et active de la dette, sont conformes à ceux appliqués dans l'ensemble des établissements publics et autres entreprises.

Puis, M. GUIN décrit les mécanismes utilisés disponibles sur le marché et permettant d'aboutir à la gestion la plus pertinente et réactive à moindre coût.

Le volet quantitatif de la dette.

La maîtrise de l'encours et la réduction des coûts ont caractérisé la gestion de la dette. L'encours de la dette globale à long terme est passé de 1 083 millions d'euros en fin 2002 à 1 004 millions d'euros en fin 2006.

Tandis que le ratio d'endettement connaît une évolution favorable depuis 2002 enregistrant une diminution d'un point en 2006 à 15,58 %, cette tendance s'inversera en 2007 avec le début du financement des investissements liés au plan stratégique. L'encours de la dette globale et le ratio d'endettement devraient donc progresser de manière significative lors du prochain exercice budgétaire.

Malgré une légère progression à 34, 1 millions d'euros en 2006, la maîtrise des frais financiers s'est poursuivie et demeure à un montant inférieur aux prévisions figurant dans le budget initial. Si le taux d'intérêt moyen de la dette à long terme de l'AP-HP a progressé à 3, 90 %, il reste inférieur à la moyenne observée au sein des autres CHU.

Les renégociations et les nouvelles levées menées en 2005 et 2006 ont permis de réduire les marges payées aux banques, tant en ce qui concerne les opérations de court terme que les crédits à long terme renouvelables.

Les taux appliqués sont désormais proches de ceux du marché ; cette tendance devrait se confirmer en 2007 avec un taux moyen de la dette inférieur à celui des collectivités locales et dans le reste du secteur hospitalier. La dette à long terme de l'AP-HP repose désormais à 69 % sur des taux fixes.

Le programme EMTN.

Le lancement en 2006 du programme EMTN avec une émission inaugurale de 150 millions, a permis de couvrir la majeure partie du programme d'emprunts à long terme de l'AP-HP, prévus au titre de l'exercice écoulé. Différents grands émetteurs publics (la Ville de Paris, la région Ile-de-France…) utilisent ce type de programme EMTN lequel correspond à un cadre juridique pluriannuel d'émissions obligataires, publiques ou privées, permettant de lever des fonds à tout moment aux meilleures conditions du marché et d'ajuster en permanence les emprunts aux besoins.

Ce programme vise d'une part à financer les besoins d'emprunts à long terme liés au plan stratégique, qui vont augmenter de manière significative à partir de 2007, d'autre part à optimiser les coûts de financement en donnant accès à de nouvelles opportunités et enfin à piloter au plus fin le besoin de financement de l'AP-HP en allégeant les procédures.

Le programme EMTN porte sur un montant initial d'un milliard d'euros, avec des tirages s'échelonnant de 2006 à 2010. Un premier emprunt à long terme, à trente ans sur la base d'un taux fixe de 3, 975 %, a permis d'engranger une économie d'un million d'euros par rapport à un financement bancaire classique de même structure. Dans le même temps, avec un emprunt bancaire complémentaire, d'un montant de 42 millions d'euros à taux variable, l'AP-HP a conservé un caractère mixte pour ses financements.

En conclusion, la situation de l'AP-HP en terme de gestion de la dette s'avère tout à fait satisfaisante, en ligne avec les prévisions du plan stratégique. Néanmoins, des risques se profilent du fait de la remontée significative du taux d'endettement, liée à la hausse des taux de la Banque Centrale Européenne. L'enjeu à l'avenir consistera à continuer à maîtriser la dette de l'institution à hauteur de sa capacité de remboursement.

VI- Information sur les prochaines élections générales à la CME et aux CCM.

Après avoir annoncé une modification du calendrier des prochaines réunions de la CME fixées désormais au 13 février et au 6 mars, le **président** aborde le calendrier des élections générales de la CME et des CCM.

Elles se dérouleront, pour la première, au scrutin majoritaire uninominal à deux tours les 8 mars et 5 avril, pour les seconds au scrutin majoritaire uninominal à un tour le 8 mars. Les candidatures seront reçues entre le 19 janvier et le 9 février et le vote par correspondance est admis. Les présidents de CCM nouvellement élus se réuniront le 20 avril afin d'élire leurs cinq représentants à la CME.

La représentation de l'odontologie à la CME, intervient **M. MAMAN**, s'effectue par deux odontologistes, un PU-PH et un praticien hospitalier ou en l'absence d'un tel praticien, un MCU-PH. Pour lui, cette disposition semble donner la priorité aux praticiens hospitaliers par rapport aux MCU-PH. Or l'AP-HP ne comprend que deux praticiens hospitaliers titulaires pour environ quatre-vingts MCU-PH.

M. LEVERGE évoque le décret relatif aux PU-PH et aux MCU-PH du 23 mai 2006 dont des dispositions modifient la représentation des pharmaciens au sein des instances et viennent contredire celles du décret relatif à l'organisation des CME antérieur à ce dernier.

A cet égard, les organisations syndicales ont déposé un recours devant le Conseil d'Etat, après avoir demandé au ministère de procéder aux modifications demandées.

Cette situation s'avère dommageable pour un certain nombre de pharmaciens qui ne seront pas représentés lors des prochaines élections, observe-t-il.

Le **président** indique que ces deux questions de nature juridique requièrent un examen avant d'y apporter une réponse.

VII- Avis sur des dossiers de candidature à la labellisation de centre de référence des maladies rares pour l'année 2007.

M. RICHARD fait savoir que deux dossiers sont ajoutés à la liste initiale soumise à l'appel d'offres relatif aux maladies rares. Le premier dossier concerne la prise en charge des malformations artérielles pulmonaires et le second celle des anomalies rares du rachis.

Les membres de la CME entérinent la candidature à la labellisation des deux dossiers.

VIII- Approbation du compte-rendu de la séance du 12 décembre 2006.

Le compte-rendu de la séance du 12 décembre 2006 est approuvé à l'unanimité.

*

* *

En l’absence de question diverse, la séance est levée à 11 heures 55.

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

Mardi 13 février 2007 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 31 janvier 2007 à 16h30.

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.
Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.