

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 11 AVRIL 2017

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 9 MAI 2017

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	6
II. Information sur le projet de plateforme de séquençage à très haut débit <i>Paris Région</i>	10
III. Projet médical de l'hôpital universitaire Necker – Enfants malades	11
IV. Bilan annuel de de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS)	14
V. Bilan annuel des évènements indésirables graves (ÉIG) à l'AP-HP	16
VI. Point sur la certification	18
VII. Point sur le déploiement d'ORBIS	18
VIII. Questions diverses	21
IX. Approbation du compte rendu de la CME du 7 mars 2017	21

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Information sur le projet de plateforme de séquençage à très haut débit *Paris Région* (M^{me} Christine WELTY)
3. Projet médical de l'hôpital universitaire Necker – Enfants malades (P^r Pierre CARLI, M. Vincent-Nicolas DELPECH)
4. Bilan annuel de de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) (D^r Michel DRU)
5. Bilan annuel des évènements indésirables graves (ÉIG) à l'AP-HP (D^r Marie-Laure PIBAROT, P^r Christian RICHARD)
6. Point sur la certification (M^{me} Pauline MAISANI)
7. Point sur le déploiement d'ORBIS (MM. Philippe LECA et Philippe BOURHIS, P^r Michel ZÉRAH)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 7 mars 2017

SÉANCES RESTREINTES

Composition D

Avis sur les candidatures aux emplois de PHU offerts au recrutement (révision des effectifs 2017)

Composition B

Avis sur des candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines médicales et pharmaceutiques offerts à la mutation (révision des effectifs 2017)

Composition A

Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines médicales et pharmaceutiques offerts à la mutation (révision des effectifs 2017)

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M^{me} le P^r Nelly ACHOUR
- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le P^r Joël ANKRI
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M^{me} le D^r Catherine BERNARD
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHÉRON
- M. le P^r Yves COHEN
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M. Arthur DAUPHIN
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Alain FAYE
- M^{me} le P^r Marysette FOLLIGUET
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M^{me} Sophie GUILLAUME
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M. Jean-Vincent LAQUA
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M. le P^r Michel PEUCHMAUR
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^r Rémi-Henri SALOMON
- M. le P^r Éric THERVET
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le P^r Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Noël ZAHR
- M. le P^r Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général

- ***en qualité d'invités permanents :***

- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M^{me} Catherine SUEUR, secrétaire générale
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ, (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PILOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Olivier BENVENISTE, Francis BONNET, Marie BORNES, Françoise BOTTEREL-CHARTIER, Christophe CELLIER, Philippe CORNU, Jean-Luc DUMAS, Jacques DURANTEAU, François GOFFINET, Dominique ISRAËL-BIET, Vincent JARLIER, Michel LEJOYEUX, Louis MAMAN, Laurent MANDELBROT, Véronique MOLINA, Lucile MUSSET, Rémy NIZARD, Patrick PELLOUX, Julie PELTIER, Élisabeth PORSMOQUER, Claire POYART, Dominique PRIÉ, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, Jean-Michel SCHERRMANN, Thomas SCHOUMAN, Denis TIXIER
- M^{mes} Géraldine POENOU, Françoise ZANTMAN. MM. Guy BENOÎT, Yann FLÉCHER, Jean-Eudes FONTAN, Jérémie ZERBIT

La séance est ouverte à 16 heures 35, sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN.

Le président et le **P^r Stanislas CHAUSSADE** rendent hommage au P^r Serge POIRAUDEAU, chef de service de médecine physique et de réadaptation à l'hôpital Cochin, décédé le 25 mars 2017 à l'âge de 56 ans.

Hommage du P^r Stanislas CHAUSSADE

« Je n'imaginai pas il y a près de 2 ans, lorsque Serge m'a demandé de le recevoir en urgence, que j'aurais à lui rendre hommage aujourd'hui devant notre assemblée. Serge POIRAUDEAU nous a quitté à l'âge de 57 ans.

Il était chef du service de rééducation fonctionnelle dans le pôle ostéo-articulaire depuis 2009 et avait réussi dans cette triple mission qu'est le statut hospitalo-universitaire, à savoir : l'hôpital, l'enseignement et la recherche. En tant que chef de service, il animait une équipe médicale et paramédicale sans problème avec le P^r François RANNOU son fidèle collaborateur et le D^r N^o GUYEN qui vient d'être promu MCU-PH.

Serge a participé de façon importante à la réforme de l'enseignement du 2^e cycle à la demande du P^r Jean François DHAINAUT.

Il s'est investi de façon remarquable avec les P^{rs} Bertrand DOUSSET, Alain CARIOU et Claire LE JEUNNE au sein de l'université René-Descartes pour améliorer la formation des étudiants.

Enfin, la recherche jouait un rôle important pour lui, recherche aussi bien fondamentale que clinique, tant dans les approches pharmacologiques que de la réadaptation fonctionnelle.

Serge s'était également beaucoup intéressé à l'évaluation de ces méthodes dans la prise en charge du handicap avant d'être nommé président de l'Institut de recherche sur le handicap.

L'AP-HP et la Faculté ont perdu un collègue médecin, le groupe hospitalier a perdu un compagnon de route, mais nous avons surtout perdu un ami. »

I. Informations du président de la CME

Le président souhaite la bienvenue à M. Arthur DAUPHIN qui siègera à la CME en qualité de représentant des étudiants en pharmacie.

Élections à la CME

Des élections partielles sont organisées pour renouveler le collège des personnels universitaires non titulaires : 4 personnes ont fait acte de candidature, pour pourvoir 4 sièges, dont 2 titulaires et 2 suppléants. Le premier tour du scrutin aura lieu le 10 mai et le second le 13 juin.

Calendrier des futures CME

Le calendrier des CME de 2018 est en ligne sur le site internet de la CME (<http://cme.aphp.fr/>).

Comité d'orientation de la démarche éthique

Le président a désigné le D^r Sophie CROZIER pour représenter la CME dans le comité constitué à la suite du rapport de la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) présenté à la CME du 10 janvier dernier. Le directeur général installera le comité le 22 mai.

Budget

- Les résultats de l'année 2016 seront présentés à la CME de juin avec *état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) modificatif 2017*.

Depuis le début de l'année 2017, l'activité n'est pas au niveau des objectifs. La poursuite de cette tendance risque d'entraîner des économies supplémentaires. Cette variabilité est due à des causes plurifactorielles qui devront être analysées avec attention.

- La conférence des présidents de CME de CHU a exprimé ses inquiétudes concernant la réforme de la facturation de l'hospitalisation de jour (« circulaire frontière ») suite à la création d'un forfait « prestations intermédiaires » entre l'hôpital de jour et les consultations. Ajoutée à la baisse des tarifs (0,9 %) et au gel prudentiel (1,6 %), ces évolutions appellent la plus grande vigilance. Des discussions avec la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) sont en cours.
- Le D^r Olivier VÉRAN a remis son rapport sur la réforme du mode de financement des hôpitaux à la ministre en charge de la santé. Il propose d'ajouter à la tarification à l'activité (T2A) un financement « à l'épisode de soins » pour les actes lourds impliquant la ville et l'hôpital, et un financement « au parcours de soins » pour les pathologies chroniques. Le système proposé semble compliqué et, dans tous les cas, l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) étant fixe, tout ce qui sera pris à un endroit sera enlevé ailleurs.

Groupes de travail stratégiques

Les représentants de la CME ont participé au séminaire organisé par la direction générale les 24 et 25 mars, qui a donné lieu à des échanges de qualité et ouverts. Le président rappelle son attachement à la transparence, et une présentation aura lieu en CME dès lors que les groupes auront suffisamment avancé dans leurs réflexions. De nouveaux groupes vont être constitués sur les thèmes de travail retenus à l'issue du séminaire :

- élaboration de nouveaux contrats hospitalo-universitaire ;
- réflexion sur l'organisation médicale de l'AP-HP ;
- évolution des métiers et des statuts ;
- nouvelles relations à bâtir entre l'AP-HP et la ville ;
- conduite de projets transversaux et accélération de la diffusion des innovations ;
- nouvelle donne managériale ;
- détermination d'actions prioritaires concrètes à mener très rapidement.

Un second séminaire est prévu début juillet.

Cellule anesthésie

Une nouvelle réunion va être programmée. Le président souhaite que l'on aboutisse maintenant rapidement.

Évolution des statuts des personnels médicaux

Le président estime que si le secteur public veut résister à la concurrence du secteur privé et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC), une réflexion sur l'évolution des statuts est nécessaire. Le directoire a commencé à évoquer des pistes qui seront discutées en CME lorsque les réflexions auront suffisamment avancé.

Innovation

Le D^r Benoît DERVAUX a rendu son compte rendu de mission sur l'organisation de l'innovation à l'AP-HP. À partir de ce travail, le directoire examinera une nouvelle organisation plus lisible et plus efficace. Elle sera ensuite présentée à la CME.

Recrutement de patients à l'AP-HP

Le président s'étonne que certains services de l'AP-HP adressent leurs patients à des établissements du secteur privé ou à des ÉSPIC alors que toutes les disciplines sont présentes à l'AP-HP à un haut niveau de qualité. Les dossiers des services qui adressent des patients à l'extérieur sans raison particulière seront examinés avec une attention particulière lors de la révision des effectifs.

Informations du directeur général

Le directeur général confirme que les résultats de l'année 2016 seront présentés à la prochaine CME. Ils sont conformes aux prévisions : les engagements sont tenus. Le résultat final dépend encore des conclusions du commissaire aux comptes. Pour 2017, les données d'activité du 1^{er} semestre sont inférieures aux engagements des hôpitaux. Le directeur général a demandé aux directeurs de groupe hospitalier (GH) d'ajuster leurs prévisions de dépenses, pour rester dans le cadre du contrat, qui repose sur une cohérence entre l'évolution de l'activité et l'évolution des charges.

La circulaire frontière n'est pas encore arrêtée définitivement à ce stade. L'AP-HP s'est appuyée sur les analyses faites par les équipes médicales et administratives pour faire remonter les difficultés qui résulteraient d'une application de cette circulaire, si elle restait telle que dans sa version initiale. Les discussions se poursuivent et la direction générale de l'AP-HP doit rencontrer le cabinet ministériel. Depuis longtemps la création d'un niveau intermédiaire entre la consultation et l'hospitalisation de jour est défendue, sans pour autant déstabiliser cette dernière.

L'AP-HP est accusée par un article du *Figaro* de dépenses pour des audits stratégiques. Le directeur général dément cette rumeur, les seuls audits stratégiques réalisés par l'AP-HP étant financés par l'agence régionale de santé (ARS). Un droit de réponse a été publié. Le directeur

général rappelle qu'à son arrivée en 2013, il a, au contraire, mis fin à des audits coûteux décidés par la précédente direction générale.

À la fin de l'année 2016, les membres de la CME ont exprimé des inquiétudes sur la capacité d'investissement de l'AP-HP. La direction générale a donc ouvert une réflexion des transformations envisageables, pour répondre aux besoins de modernisation et d'humanisation, et dégager des pistes en associant des représentants des GH, des CME locale (CMEL) et de la CME aux réflexions. Le directeur général a invité les participants à exprimer librement leurs idées afin de pouvoir dégager des pistes d'action et les prioriser ensuite. Ce processus s'appelle *Oikeïosis*.

Les prochaines journées portes ouvertes de l'AP-HP auront lieu les vendredi 19 et samedi 20 mai. Elles représentent un temps important de partage, tant en interne, qu'en externe, pour communiquer sur l'action de l'AP-HP.

Mouvement de grève nationale des internes

M. Stefan NERAAL indique qu'une discussion intersyndicale est ouverte sur la poursuite du mouvement de grève ; une assemblée générale doit se tenir le 12 avril. Les ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur souhaitent accélérer les décrets, ce qui alimente la crainte des internes d'une réforme mal perçue. En l'absence de garanties, ils demanderaient un report de la réforme d'un an.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU précise que l'ISNI (Intersyndicat national des internes) inquiet de la réforme en cours du 3^e cycle et notamment de la phase 3 de mise en responsabilité a déposé un préavis national de grève à partir du 18 avril portant sur les revendications suivantes :

- autonomie supervisée en phase 3 ;
- reconnaissance de la phase 3 comme un an permettant l'accès au secteur 2 ;
- revalorisation salariale en fonction du travail effectué ;
- sanctuarisation du nombre de postes de post-internat (chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires) ;
- révision de certaines maquettes de spécialités comme la gastro-entérologie la cardiologie et la néphrologie qui doivent être portées à 5 ans au lieu de 4 actuellement.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE souligne que la réforme contredit les textes européens en prévoyant la formation des gastro-entérologues en 3 ans. Il est incompréhensible qu'une année supplémentaire soit prévue pour la pneumologie, par exemple, alors que le nombre de maladies et d'actes techniques est plus élevé en gastro-entérologie. En outre, les formations spécialisées transversales (FST) en oncologie ne seraient plus accessibles aux spécialités, mais placés sous la seule responsabilité des oncologues, alors que les gastro-entérologues assurent la moitié de la cancérologie digestive en France. Les universitaires, les internes et la profession sont mobilisés contre cette réforme.

II. Information sur le projet de plateforme de séquençage à très haut débit *Paris Région*

Le P^r Xavier JEUNEMAÎTRE présente la plateforme SEQOIA (*sequencing omix information analysis*), issue de l'appel d'offres paru mi-décembre 2016. L'ambition du plan *France Génomique 2025* est d'intégrer le séquençage du génome, de permettre l'accès à la médecine génomique dans la pratique courante et dans le parcours de soins, de développer le secteur économique correspondant, d'intégrer le séquençage du génome en routine et dans la pratique clinique et de développer une filière nationale de la médecine génomique.

Les enjeux de santé publique sont un accès égal au séquençage et une modification du parcours et de l'organisation des soins (prise en charge, délais...). Au niveau scientifique, technologique et clinique, les enjeux sont une meilleure compréhension des pathologies, la recherche clinique, les développements technologiques et le développement d'une expertise en sciences du calcul et des données. Enfin, au niveau économique, l'enjeu est de réduire les coûts du système de soin et de développer une filière industrielle.

Sous l'égide de M^{me} Christine WELTY, l'AP-HP, l'institut Curie et l'institut Gustave-Roussy (IGR) se sont rassemblés pour répondre à l'appel d'offres. L'AP-HP présente des forces en maladies rares en la présence d'un institut hospitalo-universitaire (IHU) « maladies rares » IMAGINE à Necker, un nombre majeur de centres de référence maladies rares (CRM) labellisés et une file active de patients dépassant 130 000 personnes et représentant plus de 50 % des maladies rares en France. En outre, les centres experts de l'AP-HP occupent la première place européenne en réponse à l'appel d'offres pour la création des ERN (réseaux européens de référence). Sur le cancer, les trois établissements présentent des forces certaines, tant en termes de prise en charge des patients que de stratégie et d'indications génome entier. Sur les cancers solides, 500 nouveaux patients devraient être analysés.

Le projet a été mis en place à partir des travaux de 5 sous-groupes chargés de décrire la plateforme, les forces et ambitions par pathologies, l'évaluation médico-économique, le budget et la gouvernance. L'aide au montage du projet a été assurée par le cabinet ARTIC. Un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens a été créé entre les trois établissements de santé.

La plateforme de génomique SEQOIA permettra d'intégrer la médecine génomique au parcours de soins des cancers et des maladies rares et de la modéliser pour les maladies communes au travers d'un partenariat entre trois établissements de santé (AP-HP, institut Curie et IGR), l'IHU IMAGINE – maladies rares, les universités d'Île-de-France concernées et une structure industrielle spécialisée dans le séquençage à très haut débit. L'organisation prévoit un laboratoire de médecine génomique par université et site. Les patients sélectionnés pour l'analyse d'un génome entier sont adressés à la plateforme de séquençage (partenaire industriel) avec un partenariat bio-informatique. Les pré-analyses sont ensuite transmises aux médecins de référence, qui testent en seconde intention les informations utiles et dressent un compte rendu. Ce projet implique d'assurer l'interopérabilité entre SEQOIA-laboratoire biomédical (LBM) et les systèmes d'information des établissements de santé.

Pour le déploiement de la plateforme, une première phase de mise en place de l'environnement, de développement des outils, et de recrutement et formation de nouveaux personnels est prévue. Elle sera suivie d'une deuxième phase de déploiement de la nouvelle organisation, y compris la réalisation du séquençage, la communication aux acteurs principaux et le suivi de l'avancement en temps réel.

La montée en charge de l'activité est prévue de manière progressive sur cinq ans dans l'objectif de réaliser à terme l'analyse de 18 000 génomes par an, soit un budget de 26 M€ pour les réactifs.

Enfin, la gouvernance de la plateforme prévoit un comité exécutif, un conseil scientifique, une assemblée générale, un conseil juridique et de valorisation et des comités de pilotage pour chaque structure.

Le président remercie le P^r Xavier JEUNEMAÎTRE pour la présentation de ce projet bien organisé, ainsi que M^{me} Christine WELTY et le personnel médical pour leur implication. Les atouts de l'AP-HP et de ses deux partenaires permettent d'être confiants.

Le P^r Catherine BOILEAU souligne l'exemplarité du projet SEQUOIA et l'engagement de l'ensemble de l'AP-HP pour répondre à cet appel d'offres très concurrentiel. Elle se déclare également confiante dans les chances de ce dossier d'être sélectionné et remercie l'ensemble des contributeurs et souhaite souligner l'implication exemplaire de M^{me} WELTY et des P^{rs} Michel VIDAUD, Xavier JEUNEMAÎTRE et Pierre LAURENT-PUIG. Ce projet, certes complexe, permettra à l'AP-HP de se positionner à la pointe du domaine en Europe et par rapport aux États-Unis. L'AP-HP a déjà prouvé sa capacité à monter en charge et à manipuler un tel volume de données.

Le P^r Rémi-Henri SALOMON s'associe à ces propos, tout en soulevant une réserve : l'ambition de concurrencer l'Angleterre et les États-Unis doit conduire à s'interroger sur la médecine personnalisée. Dans ce domaine, l'AP-HP n'est pas à leur niveau. Par ailleurs, les maladies rares étant multifactorielles, il importe également d'analyser les données cliniques et médico-sociales et de s'assurer du bon fonctionnement des entrepôts de données.

Le président souligne l'importance de la corrélation entre les données génétiques et cliniques.

Le directeur général remercie tous ceux qui se sont investis dans ce dossier. Il souligne l'importance de ce projet associé à d'autres initiatives (entrepôts de données, etc.) et la capacité de l'AP-HP à donner le meilleur d'elle-même lorsqu'elle souhaite porter un projet à terme. Ses efforts sont ainsi reconnus.

III. Projet médical de l'hôpital universitaire Necker – Enfants malades

M. Vincent-Nicolas DELPECH rappelle que l'hôpital Necker réalise de l'activité pédiatrique et une activité adulte hautement spécialisée. Son activité médicale est ancrée sur une activité de recours sur son territoire ainsi qu'une activité de proximité (service d'accueil des urgences [SAU], maternité, soins de recours...). Enfin, il abrite le siège du service d'aide médicale urgente (SAMU) de Paris.

Le P^r Pierre CARLI présente le bilan d'étape à mi-parcours du projet médical de l'hôpital universitaire Necker. Entre 2010 et 2014, il a connu l'ouverture du bâtiment Laennec dans un contexte d'efficience (- 17 % de la capacité en lits) et la mise en avant du continuum soins-recherche (IMAGINE). Il a pour caractéristiques le poids des maladies rares et l'ancrage territorial. Ces points ont été confirmés dans des grands programmes autour desquels organiser l'activité du site. Celui des soins de support et de la création des filières de soins s'est avéré particulièrement intéressant.

L'hôpital comprend désormais 7 pôles d'activité. Son projet médical et de recherche 2015-2019 développe 5 axes médicaux en mobilisant les leviers organisationnels, tout en menant 2 projets restructurant, à savoir la transformation du bâtiment Robert-Debré en une clinique de médecine ambulatoire pédiatrique et le regroupement et la mise aux normes des laboratoires dans le cadre l'université Paris-Descartes.

Les deux premiers axes du projet médical sont les suivants.

- **Accompagner les expertises adultes**
Les expertises adultes sont maintenues à un haut niveau d'excellence et 33 % des journées d'hospitalisation adultes sont typées recours. Les greffes de rein adultes ont augmenté de 24,5 % en 2 ans.
- **Consolider la pédiatrie périnatalité**
Ouverture du bâtiment Laennec, consolidation des blocs d'expertise, renforcement des neurosciences pédiatriques et du positionnement de recours de Necker, développement de l'ambulatoire médical pédiatrique...

M. Vincent-Nicolas DELPECH présente les trois axes suivants.

- **Poursuivre le projet biologique**
Il existe un projet de regroupement des 11 laboratoires aujourd'hui dispersés sur le site. Ce projet doit s'inscrire dans la réflexion supra GH du périmètre universitaire. Par ailleurs, il est à noter que le GH se positionne sur le la *next generation sequencing* (NGS) compte tenu de son rôle sur les maladies génétiques.
- **Promouvoir la recherche sur le campus**
Le continuum entre la recherche et les soins est une priorité du GH. L'ouverture de l'IHU IMAGINE ajoute ainsi un 3^e acteur à l'hôpital et à l'université. L'hôpital a également monté un projet bio statistique et bio-informatique en lien avec l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) et instruit le projet d'imagerie foetale « Lumière ». Il mène également des projets sur les thérapies innovantes et a participé à deux projets réseaux hospitalo-universitaires (RHU).
- **S'ouvrir sur la cité et l'international**
Pour ouvrir l'hôpital sur la cité, les réseaux de soins existants sont consolidés, les parcours de soins maladies rares ont été structurées (labellisations CRMR...) et un médecin référent ville-hôpital a été désigné. Pour l'ouvrir sur l'international, Necker a contribué à l'élaboration de

l'offre de AP-HP en pédiatrie, répond à de nombreuses sollicitations sur le modèle du SAMU et partage son expertise en médecine de catastrophe et a déposé 35 candidatures aux réseaux européens de référence.

Le P^r Pierre CARLI indique que les résultats 2014, 2015 et 2016 sont excédentaires et conformes aux engagements en termes d'activité et de recettes, de maîtrise des dépenses et de réalisation de l'efficience.

En conclusion, **M. Vincent-Nicolas DELPECH** présente les perspectives des prochains mois :

- poursuite des travaux supra-GH en hématologie adultes sous l'égide du doyen et sur la cytogénétique ;
- positionner l'AP-HP comme leader en thérapie génique ;
- poursuivre la restructuration de la clinique Robert-Debré.

Le directeur général s'enquiert des points faibles de l'hôpital Necker.

Le P^r Pierre CARLI estime que l'enjeu pour Necker est de maintenir l'équilibre entre les différentes forces qui le traversent.

M. Vincent-Nicolas DELPECH cite l'attractivité de l'hôpital et le risque d'incapacité à répondre à la demande.

Le D^r Nathalie DE CASTRO soulève la problématique des déplacements des patients adultes et demande si l'activité adulte explique l'atteinte de l'équilibre par l'hôpital.

Le P^r Pierre CARLI confirme qu'un hôpital qui ne propose pas tous les services adultes peut fonctionner en partenariat avec les hôpitaux autour (HEGP et Cochin) et dans une logique de parcours de soins.

M. Vincent-Nicolas DELPECH souligne que l'activité pédiatrique est bien rémunérée et que les hôpitaux pédiatriques sont généralement à l'équilibre. Elle n'a pas besoin de l'activité adulte pour l'atteindre, mais cette dernière augmente effectivement le résultat d'exploitation de l'hôpital.

Le D^r Anne Gervais demande comment l'hôpital Necker se positionne par rapport aux centres de maladies rares et aux réseaux de soins pédiatriques.

Le P^r Pierre CARLI répond que l'hôpital Necker est pointu, tout en étant ancré dans sa communauté. Son centre d'urgence est inscrit dans les réseaux de soins ville-hôpital.

M. Vincent-Nicolas DELPECH confirme l'ancrage de l'hôpital Necker dans son quartier et cite les conventionnements avec les départements de l'ouest parisien (92 et 78). Il participe à l'activité de recours et remplit ainsi sa mission. Sur les maladies rares, il existe 40 centres à l'hôpital Necker et 50 % de ses séjours en relèvent. L'hôpital perçoit les crédits pour missions d'intérêt général (MIG) correspondant à son activité, mais ceux-ci ne compensent pas le coût très élevé de cette activité maladies rares ; ainsi, son compte d'exploitation clinique sur les maladies rares est défavorable de 9 M€.

Le président souligne que l'afflux des patients est le principal point d'inquiétude. C'est le prochain défi de l'hôpital Necker.

IV. Bilan annuel de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS)

Le D^r Michel DRU rappelle que la CCOPS est définie par l'arrêté modifié du 30 avril 2003 et le règlement intérieur de la CME. Elle est composée de 28 membres et se réunit 3 à 4 fois par an. Ses missions réglementaires sont les suivantes :

- définition des schémas d'organisation et de fonctionnement de la permanence des soins (PDS) par secteur d'activité et par GH ;
- définition d'un cadre à l'usage des COPS locales ;
- fonction de recours en cas de litige ou de contestations sur les organisations retenues localement ;
- réalisation d'un bilan de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins ;
- avis sur les conventions de coopérations passées avec d'autres établissements afin d'assurer la permanence des soins.

En 2016, les projets de la CCops ont été les suivants :

- suivre les dépenses de la permanence des soins et des plages additionnelles ;
- suivre l'état d'avancement du projet d'informatisation de la gestion temps du personnel médical ;
- suivre la mise en application de la circulaire sur le temps continu des urgentistes ;
- suivre la mise en place des tableaux de service informatisés *Medtime* (en demi-journées et en décompte horaire) ;
- suivre la procédure des comptes épargne temps (CÉT).

Les nouveautés introduites par le décret de 2012 ont été rappelées aux GH, à savoir la possibilité de deux CET, l'ouverture du CET par le chef d'établissement, la suppression du délai de validité de 10 ans et du délai de prévenance, du seuil de déclenchement et de l'exercice du droit d'option. Le chef d'établissement a l'obligation d'informer le praticien sur les droits épargnés et consommés au terme de l'année écoulée. Le nombre de jours maintenus sur le CET avec un seuil de progression annuelle et un plafond global unique est limité. Enfin, le rôle du chef de pôle est l'intégration dans les contrats de pôle de l'organisation du temps de présence et d'absence des praticiens.

Les règles majeures actées par la CCOPS sont les suivantes :

- aucune épargne de temps sur un CET en l'absence des tableaux de service signés par le chef de service ou le chef de pôle ;
- aucune épargne de temps sur un CET au titre du temps de travail additionnel en l'absence d'un contrat individuel de temps de travail additionnel (TTA) signé.

De 2013 à 2016, les dépenses de la permanence des soins sont passées de 85 M€ à 88 M€. Cette augmentation résulte de la révision réglementaire des indemnités de garde des externes et de la transformation des astreintes en gardes.

Enfin, le projet d'informatisation de la gestion du temps du personnel a franchi plusieurs étapes :

- lancement d'une procédure concurrentielle avec négociation ;
- transmission analyse des offres par DOMU au pôle *Achats centraux hôteliers et alimentaires* (ACHAT) fin septembre ;
- listes de questions posées par DOMU pour préciser les offres envoyées à ACHAT ;
- envoi par ACHAT des questions aux prestataires mi-octobre ;
- retour des réponses des candidats aux questions posées fin octobre ;
- analyse des réponses par la DOMU à ACHAT début novembre ;
- tours de négociation fin novembre ;
- publication fin novembre 2016 ;
- retour des offres mi-décembre 2016 ;
- analyse et synthèse mi-janvier – persistent des non-conformités ;
- nouveau tour de négociation en mars 2017.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE s'enquiert des conséquences des textes réglementaires relatifs aux repos de sécurité sur les dépenses de la permanence des soins.

Le D^r Michel DRU répond que les dépenses ont évolué sous l'effet de l'augmentation du tarif de garde des étudiants et de la transformation des astreintes en gardes.

Le président demande si la transformation des gardes doit se poursuivre ou si tous les efforts ont déjà été mis en œuvre.

Le D^r Michel DRU explique la transformation des astreintes en garde par l'accroissement de l'activité.

Le P^r Michel ZERAH souligne des problèmes d'enregistrement du temps médical avec *MedTime* et attire l'attention sur la fragilité du logiciel. De la volonté politique et un financement sont indispensables pour résoudre cette situation.

Le président l'invite à faire remonter cette remarque au comité de pilotage informatique. *Medtime* n'est effectivement pas satisfaisant et implique des traitements manuels d'un autre temps.

Le P^r Gérard CHÉRON souligne qu'il reste difficile de distinguer la permanence et la continuité des soins. Certaines activités financées par la première relèvent en réalité de la seconde catégorie et la permanence des soins se retrouve parfois en difficulté. Les déficits des GH permettent de comprendre les réticences à éclaircir ce point, mais pour plus d'efficacité, le virage ambulatoire et le transfert en consultation laissent à l'hôpital des patients qui ont besoin de soins et d'expertises permanentes. Le vocabulaire devra être repensé.

Le président confirme la nécessité de ce travail, tout en soulignant la difficulté. Tout ce qui va dans la permanence des soins ne va pas dans la révision des effectifs, il convient donc d'être vigilant sur la pertinence des gardes, même si la grande majorité d'entre elles est sûrement nécessaire. Les GH doivent poursuivre leurs efforts et vérifier leur caractère indispensable. Une réflexion sur la centralisation de certaines gardes sur le modèle de la neurochirurgie, de l'ophtalmologie ou de la chirurgie maxillo-faciale, par exemple, est aussi souhaitable.

V. Bilan annuel des évènements indésirables graves (ÉIG) à l'AP-HP

Le président remercie le D^r Marie-Laure PIBAROT pour l'importance et la qualité de son travail à la DOMU et en appui de la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU) de la CME. Elle fera prochainement valoir ses droits à la retraite et sera remplacée par le D^r Christine MANGIN, gériatre et coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) à l'hôpital Henri-Mondor.

Le P^r Christian RICHARD remercie également le D^r Marie-Laure PIBAROT pour son investissement, et espère continuer à faire progresser avec la DOMU le sujet important de la déclaration et de l'analyse des événements indésirables graves (ÉIG). Au-delà de leur médiatisation, les ÉIG apparaissent désormais comme une légitime préoccupation des pouvoirs publics. Différents textes importants à ce propos sont parus ces derniers mois :

- le décret relatif aux ÉIGs du 25 novembre 2016 définit les événements indésirables graves ;
- la ministre des Affaires sociales et de la Santé a publié un courrier le 2 janvier 2017 sur l'importance de ce sujet en matière de qualité et sécurité des soins ;
- les directions générales de la santé et de l'organisation des soins ont publié une instruction à l'intention des ARS le 17 février 2017 sur la mise en œuvre du décret ;
- la Haute Autorité de santé (HAS) a mis en place un cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des évènements indésirables associés aux soins.

Un ÉIG est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Les ÉIG doivent faire l'objet d'une déclaration au directeur de l'ARS et d'une exploitation par la HAS. Depuis plusieurs années, l'AP-HP a la volonté de promouvoir leur déclaration. Les chiffres présentés pour l'AP-HP correspondent aux déclarations de terrain relayés par les GH. Les plus graves sont gérés par la direction générale et les services de la DOMU avant transmission des informations à l'ARS.

Avec la sensibilisation des GH, les ÉIG déclarés sont en augmentation : leur nombre est passé de 21 en 2013 et 150 en 2016. Leur nombre réel est probablement de 1 500 au regard de la taille de l'AP-HP. À titre d'exemple et à la demande de la communauté chirurgicale sont présentés les ÉIG notifiés par les équipes chirurgicales : brûlures, erreurs de côté, égarement de pièces anatomiques, oublis de compresses, plaies vasculaires et chutes de la table d'opération. Des plans d'action ont été mis en place pour y remédier : prévention et gestion des feux au bloc opératoire, promotion de la *check-list*, présentation du bilan des ÉIG dans chaque conseil de bloc et

réalisation de revues de morbi-mortalité (RMM). D'autres exemples d'ÉIG ont conduit à recommander le contrôle de concordance d'identité avant tout acte de soin.

En conclusion, la mobilisation des professionnels augmente chaque année. Au-delà de la déclaration, l'AP-HP doit relever les enjeux de l'analyse et de la communication avec le patient et son entourage. Pour renforcer l'expertise dans les GH, les professionnels ont besoin de temps dédié. Il serait aussi utile d'amplifier les démarches de retour d'expérience. Enfin, il faut diffuser largement l'information ; ainsi, une plaquette « Nous » à propos des ÉIG a été jointe à l'envoi des bulletins de salaire de mars 2017.

Le président remercie le P^r Christian RICHARD pour son implication dans le sujet. Le travail de fond ainsi mené commence à produire des résultats et les efforts doivent se poursuivre. Le président l'interroge sur les prochaines étapes.

Le P^r Christian RICHARD constate que la mobilisation des personnels soignants des GH en faveur de la déclaration et de la transparence est réelle. Cependant, sur 35 sites hospitaliers, le nombre de 150 ÉIG reflète une sous-déclaration. Dans les GH, des groupes rassemblant les personnels médicaux, soignants et administratifs s'impliquent dans l'analyse et la définition de plans d'action. Ils ont cependant besoin d'un temps dédié pour poursuivre ces travaux, difficilement pris en compte dans le contexte de la révision des effectifs. L'impact de ces tâches sur le fonctionnement des services doit être analysé. Enfin, il convient de communiquer le plus largement sur les ÉIG.

Le P^r Sadek BELOUCIF indique que d'après le *British medical journal* d'août dernier, aux États-Unis les décès attribués spécifiquement à un ÉIG s'élèveraient à 250 000 par an et la somme totale des décès liés aux comorbidités serait de 400 000. Si le rapport entre la France et les États-Unis est de 1 à 6, le nombre de décès à la suite d'un ÉIG en France atteindrait 80 000 à 100 000 par an, soit 200 décès par jour (2 décès par département et par jour), chiffres impressionnants et que nous avons tendance à minorer. En considérant qu'un ÉIG est un événement inattendu lié aux soins, par exemple la patiente vue aux urgences pour une hémorragie cérébro-méningée parce qu'elle a 10 % de TP rentrerait dans ce cadre. Un travail s'impose sur la définition des ÉIG, indépendamment de la logique de culpabilisation interne. Aux États-Unis, les soignants sont considérés comme les deuxième victimes des ÉIG et les médecins travaillant dans l'aigu seraient confrontés à un ÉIG tous les 2 ans.

Le P^r Christian RICHARD souligne que l'AP-HP travaille depuis longtemps sur l'accompagnement des équipes médicales et soignantes confrontées à un ÉIG. Un portail de déclaration national des ÉIG permet désormais à chaque citoyen de les déclarer. Ce sujet ne doit pas être traité en culpabilisant la communauté médicale et soignante, mais de fait, les déclarations manquent. Les accidents liés aux anticoagulants, par exemple, ne sont pas déclarés.

Le président souligne que la crainte d'une mise en accusation, propre à la culture française, freine la déclaration des ÉIG.

Le P^r Rémi SALOMON souligne que le TP à 10 %, qui se produit quand il y a surdosage en médicament, ne doit pas se confondre avec l'iatrogénie et la surmédicalisation qui est un vrai sujet en soi et qui n'est pas à mettre au même niveau que les ÉIG.

Le directeur général constate que les efforts de l'AP-HP ont permis d'accroître les déclarations. Ce mouvement doit se poursuivre. Pour que ces efforts soient utiles, il convient d'insister sur la recherche sur les ÉIG dans les CHU. Chaque année, l'AP-HP doit être capable de présenter des actions mises en œuvre par tous les enseignants dans les domaines où auraient été identifiés des ÉIG évitables. C'est un élément majeur de qualité de prise en charge et de confiance dans l'AP-HP.

Le P^r Christian RICHARD répond que le plan d'action QSS & CAPCU de la CME prévoit d'approfondir les travaux de recherche clinique et d'évaluation concernant les ÉIG. Il signale également la mise à disposition de formations à l'entretien avec le patient et ses proches.

Le président insiste sur le besoin d'une formation à l'entretien avec les patients et les familles et l'intérêt des projets de recherche clinique sur les ÉIG.

VI. Point sur la certification

M^{me} Pauline MAISANI indique que 9 GH ont passé la visite de certification à ce jour et 5 ont reçu leur décision. En 2014, le déroulement de la certification s'est avéré compliqué. Les cinq niveaux de certification sont décidés par le collège de la HAS. Les hôpitaux universitaires Paris-Sud (HUPS) et Paris-Nord Val-de-Seine (HUPNVS) ont reçu la note D (sursis à certification) et devront faire l'objet d'une visite de suivi (en juin pour les HUPS sur le médicament et le bloc opératoire et en septembre pour les HUPNVS sur le bloc opératoire). L'hôpital Paul-Doumer obtient la note C (certification avec obligation d'amélioration) et les hôpitaux d'Hendaye et de San Salvador la note B (certification avec recommandation d'amélioration). Deux autres CHU sont classés D (Montpellier et Brest). Treize CHU ont reçu une note C avec obligation d'amélioration, alors que les autres établissements de santé ne représentent que 27 % de cette catégorie.

Les thématiques les plus impactées par les décisions de la certification V2014 sont la prise en charge médicamenteuse (avec des écarts concernant la prescription, par exemple : prescriptions orales pas formalisées *a posteriori* ainsi que les autres étapes du processus, l'administration, le stockage...) et le bloc opératoire (avec des écarts relatifs au non-respect des bonnes pratiques avec par exemple : visite pré anesthésique et sortie de salle de soins post-interventionnelle (SSPI) non validée, sortie en ambulatoire pré-signée par le chirurgien et l'anesthésiste, le non-respect de check-list, l'absence d'analyse des causes des événements indésirables et RMM, des écarts relatifs aux comportements personnels et aux infrastructures).

En conclusion, la DOMU reste très mobilisée sur ce sujet et auprès de la HAS. Elle invite la communauté médicale et les directions à faire de même, notamment sur les sujets d'autorisation, où l'on peut constater parfois une surenchère de la HAS par rapport aux décisions de l'ARS.

Le président note que les problèmes concernent souvent l'endoscopie, les blocs opératoires, les tenues vestimentaires... Il condamne fermement le port des tenues de bloc hors de celui-ci.

Le P^r Christian RICHARD souligne que les *check lists* et la réalisation des RMM de blocs opératoires contribuent à la prévention de la survenue d'ÉIG.

Concernant les résultats de la certification, qui mobilise l'ensemble d'un hôpital, il indique que les résultats transmis par la HAS laissent souvent planer un sentiment d'injustice à l'origine d'une réelle démotivation. La méthode employée semble mieux adaptée aux petites structures qu'à l'AP-HP. Il est indispensable d'expliquer la construction de ces résultats aux équipes, car leur expression brutale décourage.

Le directeur général indique s'être entretenu avec la présidente de la HAS : celle-ci reconnaît les difficultés et les incompréhensions liées à la V2014. Il souligne que le collège de la HAS comprend des collègues de l'AP-HP qui sont tenus de se déporter lorsqu'il s'agit de dossier AP-HP à traiter. Cela pose un réel problème institutionnel, c'est la raison pour laquelle il a regretté que la nomination de la directrice de la HAS entraîne une voix en moins pour l'AP-HP.

Le président estime que l'enjeu est le maintien de la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La procédure de certification ne doit pas décourager les efforts entrepris.

Le P^r Pierre CARLI recommande de rester vigilants sur le risque de démotivation. La certification est une démarche utile, mais sa mise en œuvre n'est pas au point. L'hôpital Necker doit subir une visite prochainement. Il faudra faire preuve d'intelligence pour contourner les difficultés et limiter le découragement des équipes.

Le P^r Dominique LE GULUDEC indique que depuis 5 ans, la HAS revient dans son GH. Le personnel médical devient indifférent à ces visites et aux avis rendus, les cadres qui font un gros travail sur la qualité sont découragés, mais le GH a décidé de poursuivre sa démarche qualité indépendamment de cette procédure, en mettant l'accent sur les problématiques qui semblent collectivement les plus importantes. Il a par exemple fait un très gros travail sur la déclaration des EIG.

VII. Point sur le déploiement d'ORBIS

M. Philippe BOURHIS souligne l'amélioration de la stabilité et de la performance d'ORBIS en 2016, dont les résultats de l'enquête de satisfaction témoignent.

En 2017, 31 hôpitaux ont démarré le déploiement d'au moins un module ORBIS. Fin 2017, la 1^{ère} partie (identité et dossier médical) aura été déployée dans tous les hôpitaux, à l'exception de Robert-Debré (printemps 2018). Le nombre d'utilisateurs augmente pour atteindre 77 000 en 2017. 35 000 postes de travail sont équipés et 14 000 sessions sont possibles simultanément. Plus de 700 services sont alimentés par ORBIS. Le circuit du médicament, le dossier de soins, le dossier du patient et l'identité-mouvement sont les 4 utilisations majeures.

La mise en œuvre d'ORBIS doit être finalisée en 2021. Pour le système d'information (SI) Patient, l'objectif est fixé à 448 projets en 2017. Quatre versions d'ORBIS, qui comprennent chacune l'intégration de 80 grandes nouvelles fonctionnalités, seront déployées. Chaque préparation de version implique de tester 1 000 scénarios, soit un total de 4 000 sur un an. Les projets font l'objet d'un suivi dynamique.

L'enquête menée fin 2016 montre une nette amélioration de la satisfaction. Ainsi, 57 % des répondants se déclarent satisfaits. Cependant, seuls 3 % se disent très satisfaits. L'enjeu en 2017 est de poursuivre l'amélioration de ces résultats.

Le P^r Rémi SALOMON souligne l'intérêt d'ORBIS et le progrès qu'il représente, tout en recommandant de faciliter l'appropriation de l'outil par des actions d'accompagnement et un renforcement des moyens humains. Il est par ailleurs indispensable de progresser sur le dossier d'anesthésie.

M. Philippe BOURHIS mentionne l'existence d'un programme comprenant des actions de communication, de création de communautés dans les hôpitaux, d'accompagnement et de support destiné à améliorer le confort des utilisateurs.

Le D^r Anne GERVAIS soulève deux problèmes, à savoir l'absence de référent par spécialité et l'impossibilité d'ouvrir plusieurs fenêtres simultanément.

M. Philippe BOURHIS affirme avoir pris note de ces remarques.

Le P^r Philippe ARNAUD souligne que le circuit du médicament est ciblé comme un point critique dans la procédure de certification. Il souhaite donc de la visibilité sur le déploiement d'ORBIS SI *Patients* (prescription, dispensation, administration).

M. Philippe BOURHIS constate que ce module fonctionne, notamment à Ambroise-Paré et l'invite à vérifier la date de déploiement dans son hôpital.

Le P^r Paul LEGMANN souligne qu'ORBIS n'est pas optimal en imagerie (planification des rendez-vous, recueil de l'activité, gestion des actes...). Il est par ailleurs étonnant de constater le taux partiel d'utilisation d'Orbis dans les hôpitaux qui ont été les premiers à en bénéficier.

M. Philippe BOURHIS répond que les modules disponibles ont tous été déployés sur le site d'Ambroise-Paré. Les autres modules sont déployés en pilote sur un ou deux hôpitaux. À partir du 3^e, le module est considéré en généralisation.

M^{me} Sophie GUILLAUME invite M. Philippe BOURHIS à travailler avec la collégiale des sages-femmes et attire l'attention sur les difficultés posées par la coexistence d'ORBIS rendez-vous et du logiciel existant.

M. Philippe BOURHIS répond que les travaux sur la périnatalité ont commencé récemment avec les médecins et s'engage à rencontrer la collégiale des sages-femmes.

Le président insiste sur la nécessité de travailler avec les collégiales pour avoir des dossiers adaptés et faciliter l'usage d'ORBIS.

M. Philippe BOURHIS rappelle que 22 modules sont développés par AGFA et 25 par l'AP-HP sur 80 spécialités. Des décisions médicales sont à prendre sur les priorités et sur la question du dossier de spécialité.

M. Stefan NERAAL rappelle que les internes ont souvent la charge des dossiers médicaux et de la saisie des comptes rendus. Il s'étonne de l'absence de logiciel de reconnaissance vocale.

M. Philippe BOURHIS indique que le développement de la reconnaissance vocale a été retardé par des difficultés au niveau des fournisseurs. Elle va être déployée dans 4 hôpitaux pilotes et fera l'objet d'un déploiement industriel en 2018.

VIII. Questions diverses

Aucune question diverse n'est soulevée.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 7 mars 2017

Le compte rendu de la CME du 7 mars 2017 est approuvé à l'unanimité.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 heures 15.

* *
*
*
*

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

mardi 9 mai 2017 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 25 avril 2016 à 16 heures 30