

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 8 MARS 2005**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 5 AVRIL 2005**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 8 mars 2005

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Avis sur le projet de plan stratégique pour la période 2005 – 2009.
- 2- Point sur la préparation des projets d'hôpitaux du groupement hospitalier universitaire nord.
- 3- Projet de création du groupe hospitalier Raymond Poincaré – hôpital Maritime de Berck.
- 4- Avis sur des fiches de missions et structure.
- 5- Avis sur un contrat d'activité libérale.
- 6- Information sur la désignation et le renouvellement de responsables d'unités fonctionnelles.
- 7- Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2005.
- 8- Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2005.
- 9- Approbation du compte-rendu de la séance du 8 février 2005.
- 10- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur le renouvellement de fonctions de praticiens hospitaliers associés.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de deux praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation d'un chef de service, à titre provisoire.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
 - Mme LABBE, représentant la commission du service de soins infirmiers,
 - M. LEPAGE, responsable de l'information médicale ;

- *en qualité d'invité permanent :*
 - M. le Pr DESMONTS, doyen de faculté ;

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - 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 exécutif du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
 - Mme PANNIER, directrice de cabinet,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - Mme le Pr CRICKX, présidente du CCM de l'hôpital Bichat,
 - M. SUDREAU, adjoint au directeur 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. BEN-BRIK, FONSART, LE HEUZEY, SANSON et TRUTT.

Le président précise que le point relatif au budget 2005, inscrit initialement à l'ordre du jour, a été reporté faute de transmission par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) des éléments s'y rapportant.

La **directrice générale** explique que le retard pris par la DHOS en matière budgétaire provient de la prise en compte de nouveaux paramètres complexes issus du financement basé non exclusivement sur la dotation globale comme par le passé mais aussi sur la tarification à l'activité (T2A) à hauteur de 25 % cette année. La baisse de 2,5 % des tarifs devrait être compensée pour l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) par l'augmentation du montant alloué aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Dotés d'un budget dès le début de l'année, les hôpitaux de l'AP-HP ne seront pas confrontés aux difficultés opérationnelles qui pourraient survenir en cours d'exercice, précise la directrice générale, le siège se chargeant de gérer ces incertitudes. A cet égard, l'institution se trouve avantagée par rapport aux hôpitaux du régime général.

Tandis que la liste des dispositifs médicaux implantables (DMI) remboursés s'allonge, informe **Mme PANNIER**, le tarif des groupes homogènes de séjour correspondant (GHS) diminue. Elle souligne également que les prothèses aujourd'hui sur la liste pourraient être partiellement réintégrées dans les tarifs l'année prochaine. Le dispositif de financement en T2A aura besoin de deux ou trois ans avant de se stabiliser, conclut la directrice de cabinet.

Puis à l'adresse de **Mme DEGOS**, elle déclare qu'au total les MIGAC représentent 26 % du budget MCO et urgences mais qu'il convient de relativiser cet élément satisfaisant au regard de l'évolution des autres éléments du budget.

Après avoir annoncé que le vote du budget interviendra au mois d'avril, le **président** procède à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Avis sur le projet de plan stratégique pour la période 2005 – 2009.

M. de PROST rappelle que le projet de plan stratégique pour la période 2005-2009 a fait l'objet de plusieurs présentations devant la commission médicale d'établissement (CME). Le débat d'aujourd'hui se conclura par un vote.

M. HOUSSIN se propose d'apporter un éclairage sur les dernières évolutions du projet.

En propos liminaire, il signale que l'instance est appelée à formuler un avis sur le volume 1 comprenant les orientations générales et l'équilibre général du plan ainsi que sur celle relative au projet social et professionnel. Le volume 2 portant sur la liste des actions arrêtées par le conseil stratégique et qui seront proposées à la délibération du conseil d'administration (CA) après l'avis des instances locales est présenté pour information.

La CME a largement contribué, indique-t-il, à la construction du projet au travers des groupes de travail thématiques (cancérologie, nouvelles organisations, psychiatrie, cardiologie...) et de la participation de plusieurs de ses membres au conseil stratégique ainsi qu'au séminaire du CA du 26 avril 2004, outre lequel neuf séances de la CME ont été l'occasion d'évoquer le plan stratégique.

Puis l'orateur expose les grandes lignes du plan stratégique (cf. documents mis en ligne).

La première partie : les orientations générales et l'équilibre général du plan :

- les enjeux, la méthode d'élaboration, les grandes orientations ;
- les programmes d'actions prioritaires du projet médical, ils constituent le coeur du projet ; plusieurs thèmes de santé publique y sont traités :
 - les malades âgés pour lesquels un investissement financier important est prévu ;
 - les personnes vulnérables (handicaps, psychiatrie...) ;
 - le cancer, un secteur faisant l'objet d'une série de mesures de réorganisation, ainsi qu'un effort concernant les soins palliatifs ;
 - la périnatalité, comprenant d'importants projets ;
 - la recherche, où un effort significatif est programmé, non seulement en termes de restructuration et d'organisation, mais aussi en termes d'investissement dans la recherche clinique, avec un budget annuel de soutien sur fonds propres de dix millions d'euros à l'issue du plan ;
 - la biologie et l'odontologie, deux secteurs où des efforts importants de réorganisation sont programmés ;
 - la réanimation, un secteur caractérisé par des rénovations ;
- les perspectives d'évolution stratégique des groupes hospitaliers universitaires (GHU). M. HOUSSIN souligne à cet égard le rôle des directeurs exécutifs dans l'animation des groupes de travail propres à chaque GHU ;
- le projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, auquel la direction centrale du service de soins infirmiers a pris une part importante et qui s'attache aux améliorations à apporter en termes de compétences individuelles, d'optimisation de l'action collective, enfin et surtout d'attractivité vis-à-vis des personnels soignants ;
- la programmation stratégique des investissements au centre de laquelle figure la direction du patrimoine et de la logistique. Le caractère novateur de l'ambition relative au système d'information est particulièrement à souligner, il sera au coeur des préoccupations des années à venir ;
- le cadrage financier du plan stratégique appuyé sur le modèle mis au point par la direction des finances ;

La conclusion met l'accent sur la nécessité d'un dispositif apte à affronter les évolutions d'après 2010.

La deuxième partie : le projet social et professionnel :

Pour la première fois, ce projet intègre les personnels médicaux et traite les thèmes suivants :

- les évolutions de la démographie médicale,
- l'attractivité de l'AP-HP,
- les parcours professionnels,
- la prévention et les conditions de travail.

Enfin, M. HOUSSIN mentionne les nouveaux éléments issus des discussions survenues depuis la dernière présentation du projet devant la CME.

- Pour tenir compte des conséquences sur les autres établissements de la région Ile-de-France, il a été convenu avec les autorités de tutelle de limiter à 1% au lieu de 1,5 % initialement prévu, l'augmentation annuelle de l'activité de l'AP-HP. L'institution peut vraisemblablement faire face à cette ambition en raison de la forte marge de recrutement des personnels non-médicaux, de ses capacités de réorganisation et de mutualisation, du rôle qu'elle doit jouer en termes de formation et de l'ambition européenne qu'il lui appartient d'explorer.
Il a été également décidé avec la tutelle d'adapter si besoin le plan stratégique à d'éventuelles orientations fixées par le nouveau schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) en cours de préparation.
- Des échanges avec la présidence du conseil d'administration ont conduit à citer la perspective des jeux olympiques de 2012, à formuler avec prudence les évolutions concernant la périnatalité au sein des hôpitaux Bichat-Beaujon ou Jean Rostand, l'implantation d'un cyclotron à l'AP-HP ou l'avenir de l'Hôtel-Dieu.
S'agissant de l'approbation du plan stratégique, il a été résolu de dissocier la partie du plan portant sur les actions arrêtées par le conseil stratégique laquelle sera soumise au vote du conseil d'administration après le recueil de l'avis des instances locales. L'élaboration des projets d'hôpitaux est engagée.
- Les discussions avec les organisations syndicales ont été menées pour le personnel non-médical par la direction du personnel et des relations sociales et pour les médecins avec le groupe du personnel médical auquel des représentants de l'intersyndicat de l'AP-HP et des différentes catégories de personnels ont été associés.
Il est à noter que seules les questions relevant directement de l'AP-HP ont été abordées.

Le **président** ouvre le débat en précisant que le vote relatif aux projets des hôpitaux interviendra à l'issue de l'audition en CME des quatre GHU.

Après avoir qualifié ce plan d'ambitieux, novateur, structuré et financé, **M. CHAUSSADE** formule un certain nombre de remarques.

Il pense que la CME doit aussi se prononcer sur l'avenir de certains sites en particulier l'Hôtel-Dieu et Saint-Vincent-de-Paul car le plan stratégique prend en compte des restructurations en rapport avec ces hôpitaux.

Il attire l'attention de la directrice générale et du président sur les risques de rejet du plan par les communautés médicales locales, non en raison des objectifs du plan mais de l'accumulation des efforts demandés : plan équilibre, augmentation de l'activité, T2A, classification commune des actes médicaux, restructuration de la biologie et des gardes et astreintes, réduction du temps de travail, problèmes de personnel dans les blocs opératoires et la nuit.

L'intervenant souhaite la mention dans le plan d'une évaluation de la prise en charge des personnes âgées, notamment de leur accès dans les services de médecine interne ou de spécialité, afin d'éviter la constitution d'une filière rapide au travers des services de gériatrie aiguë et d'une filière lente au travers des services de médecine interne ou de spécialité.

Concernant l'accès aux soins des personnes vulnérables, il demande que la prise en charge des malades dépendants de l'alcool apparaisse comme une priorité, dans une approche globale, au même titre que l'obésité et non au chapitre des maladies mentales.

L'amélioration de la fluidité de la prise en charge des malades doit porter, estime-t-il, non seulement sur les patients hospitalisés par le biais des services d'accueil des urgences mais aussi de ceux non programmés arrivés par une autre voie. A cet égard, il convient de déterminer un moyen pour identifier les services produisant des efforts destinés à assurer la fluidité.

Ce plan séduisant et sensé, conclut M. CHAUSSADE, peut conduire à une mutation du fonctionnement de l'AP-HP mais nécessite d'importants efforts de la part des acteurs médicaux et non-médicaux. Il note par ailleurs, de nombreux critères d'évaluation de l'activité médicale mais aucun relatif à l'activité administrative. Il demande que des critères d'évaluation des performances de l'administration, au sens large du terme, soient établis pour que l'ensemble des acteurs travaillant à l'AP-HP se sentent concernés par le plan stratégique.

Le plan, qui demande l'effort de tous, a été conçu comme un ensemble affirme la **directrice générale**. Elle dit avoir choisi de dissocier le volet portant sur les actions particulières à la demande du président conseil d'administration. Cependant, le recul au 24 juin prochain de l'approbation des actions prioritaires ne fait pas obstacle à la possibilité pour les instances d'examiner avant cette date toute modification de structures relevant de leurs compétences.

En cohérence avec sa volonté d'agir pour que l'administration se considère au service de l'activité de soins et d'avoir à rendre des comptes, elle retient l'idée d'instaurer des critères d'évaluation de celle-ci et requiert des propositions d'indicateurs. De plus, un dispositif est à bâtir dans le cadre de la T2A permettant d'identifier les frais relatifs à l'administration tant des hôpitaux que du siège. Puissant levier d'efficacité administrative, cet outil incitera l'administration à réaliser des efforts et à se sentir encore plus comptable de l'utilisation des deniers publics.

Sur la gestion des filières, M. HOUSSIN considère qu'il convient en effet de se montrer attentif à ne pas créer une filière privilégiée par l'entrée en urgence d'accès des malades âgés aux lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de longue durée mais d'envisager de manière globale la fluidité du système de prise en charge des patients. Par ailleurs, il est d'accord sur le fait que les malades dépendant de l'alcool ne relèvent pas uniquement du champ des maladies mentales et doivent être mentionnés de façon spécifique dans le plan.

Depuis quelques années, de nombreux textes législatifs et réglementaires ont été publiés sur la sécurité sanitaire, indique M. LEVERGE. La sécurisation des circuits des produits de santé inscrite dans le projet de plan stratégique couvre les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux. L'article L 5126-5 du code de la santé publique donne obligation aux PUI de sécuriser ces circuits. En outre, le projet de décret relatif à la T2A comporte l'obligation de démontrer la sécurisation des circuits et une meilleure utilisation des produits de santé dans le cadre des indications de l'autorisation de mise sur le marché et des consensus scientifiques.

Après avoir indiqué qu'au terme « production » de soins figurant dans le plan stratégique, il préfère « administration et suivi », l'orateur considère d'une part, qu'au chapitre de l'informatisation prévue de la « production de soins », la sécurisation n'a pas été envisagée à la hauteur des exigences des textes et d'autre part, qu'il convient de hiérarchiser davantage ces différents chantiers.

Après avoir salué la prise en compte des médecins dans le volet social et professionnel du projet, **M. FAYE** s'étonne de la remise sur table de ce document soumis au vote. Il fait ensuite connaître le souhait de l'intersyndicale des médecins, chirurgiens et spécialistes de l'AP-HP consistant à intégrer l'activité hospitalière des hospitalo-universitaires dans le calcul du montant de la retraite, revendication d'autant plus justifiée par la désaffection croissante des jeunes collègues pour la carrière hospitalo-universitaire. Aussi, l'intersyndicale demande que dans le cadre du projet social et professionnel, la directrice générale mandate un organisme indépendant pour chiffrer le financement d'une pension de retraite calculée sur cette base et propose des solutions techniques de mise en oeuvre du dispositif retenu.

Mme BRAILLY-TABARD s'étonne que l'accès aux crèches concerne uniquement les enfants des internes et des chefs de clinique-assistants. Qu'en est-il des enfants des praticiens hospitaliers ?

En réponse aux différentes observations, **M. HOUSSIN** retient la suggestion de **M. LEVERGE** de substituer à « production » de soins un terme plus adapté. La sécurisation du circuit du médicament constitue un des principaux enjeux du schéma cible du système d'information ; cet élément devra figurer de manière plus explicite dans le projet.

A son tour, la **directrice générale** explique que le document relatif au projet social et professionnel remis sur table correspond à la version précédemment transmise aux membres de la CME corrigée des éléments issus des discussions menées jusqu'à la fin de la semaine dernière avec les organisations syndicales. Le dossier portant sur la retraite des hospitalo-universitaires relève du ministère et non de sa compétence, précise-t-elle.

S'agissant des crèches, ouvrir leur accès également aux enfants des praticiens hospitaliers et des PU-PH doit apparaître clairement dans le projet. **Mme MARCHAND** signale la demande formulée par les attachés pour l'accès aux crèches aux enfants des médecins de toutes catégories et pour un élargissement des plages d'ouverture en fonction des horaires des gardes.

Le **vice-président** se félicite de la clarté de la partie du plan relatif à la cancérologie. Toutefois, il pense que l'AP HP souffre d'un défaut d'affichage dans ce domaine. Ainsi lors d'une réunion récente au niveau régional sur la mise en oeuvre du plan cancer, seuls les centres anti-cancéreux avaient été présentés comme effectuant des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) alors que ces RCP existent déjà au sein de l'AP-HP. Il convient donc de le faire savoir et de faciliter leur fonctionnement au sein des établissements.

Par ailleurs, le projet aborde de manière elliptique le sujet des réseaux de soins. L'appartenance à de tels réseaux est requise pour les établissements traitants les cancers. Il y a une réflexion en cours initiée par l'AP-HP et concernant la constitution de réseaux intra-muros ; toutefois la formulation de cette réflexion laisse entendre à tort que se sont des réseaux internes à l'AP-HP alors qu'il s'agit de réseaux inter-établissements, réseaux de soins à distinguer de notre partenariat avec des centres de lutte contre le cancer constitués dans le cadre du pôle.

La formulation sur la recherche clinique doit certainement être plus précise soulignant le rôle méthodologique et logistique des URC notamment dans le cadre du cancer.

Enfin, le document n'évoque pas la prévention des risques du cancer auprès des personnels et le rôle tant de la médecine du travail que de l'AP-HP dans la détection des maladies professionnelles aux pathologies cancéreuses.

M. RICHARD constate une inquiétude ressentie par les personnels des hôpitaux devant ce projet considéré davantage comme un document de santé publique que véritablement destiné aux communautés médicales. Ainsi, il apparaît à de nombreux collègues que les efforts porteront plus sur l'urgence et la prise en charge des personnes âgées que sur les spécialités médicales et chirurgicales.

D'autre part, s'agissant de l'augmentation de l'activité enregistrée ces derniers mois, il convient selon l'intervenant, de se défier d'une approche quantitative au détriment d'une approche qualitative. Il importe ainsi d'accroître tout particulièrement le versant habituellement qualifié d'hospitalo-universitaire de cette activité ; or, à titre d'exemple les dysfonctionnements observés dans les blocs opératoires ne se sont vraisemblablement pas assortis d'une augmentation de l'activité chirurgicale programmée.

Enfin, les problèmes liés à la démographie médicale touchant l'ensemble des secteurs médico-chirurgicaux, la communauté médicale doit se montrer particulièrement vigilante sur ce sujet.

Tout centre hospitalier universitaire se trouve partagé entre sa mission de soins de proximité et de soins de référence, déclare **Mme VAN LERBERGHE**. Le comité stratégique et les groupes de travail ont cherché un équilibre entre ces deux missions. Tenter de résoudre le problème d'aval des urgences vise à favoriser l'activité programmée des services de référence. L'organisation en GHU de l'AP-HP permet de disposer de services d'urgence correctement dimensionnés tout en organisant des services de référence performants et destinés à se développer. A cet égard, il appartient aux hôpitaux de définir précisément dans leur projet d'établissement les services de référence à renforcer et les services d'aval des urgences.

La directrice générale souligne la cohérence entre cet aspect du plan et l'effort entrepris dans le domaine de la recherche. Si le document manque de précision sur ce chapitre, la raison tient à la volonté d'une utilisation sérieuse des fonds. L'AP-HP consacre à la recherche actuellement 2,5 millions d'euros de fonds propres il est prévu de porter cette somme à 5 millions d'euros en 2007 puis à 10 millions d'euros à l'issue du plan, si l'évaluation se révélait satisfaisante sur la base d'un programme d'actions à élaborer par le conseil scientifique et la CME.

Abordant l'augmentation de l'activité de 2,7 % en 2004, Mme VAN LERBERGHE relève que la progression porte notamment sur l'activité ambulatoire mais qu'un recul préoccupant de l'activité de chirurgie traditionnelle est en revanche constaté. Elle souhaite que l'on adopte une attitude volontariste sur ce sujet et précise qu'elle a prévue avec le Président de la CME de rencontrer un certain nombre de chirurgiens pour réfléchir à la manière d'inverser cette tendance.

La création d'un observatoire de la démographie médicale constitue un élément de réponse pour mieux appréhender les composantes de ce problème.

M. HOUSSIN se déclare favorable à la modification de la formulation relative à la facilitation des réunions de concertation pluridisciplinaires dans le cadre des réseaux de santé. L'objectif en matière de recherche clinique consiste à pérenniser les unités de recherche clinique (URC). Enfin, M. BEN-BRIK a été alerté sur le sujet qui regarde aussi la médecine du travail.

En conclusion, le **président** se réjouit de cette discussion induisant de nouvelles modifications du projet de plan dans le droit fil de la démarche suivie, laquelle se caractérise par l'implication de la CME et de ses différents groupes ainsi que du conseil stratégique.

L'instance se prononce par un vote à bulletins secrets sur les orientations générales et le projet social et professionnel constituant le premier volume du plan stratégique avec 32 bulletins pour, 2 contre ; on enregistre 5 abstentions et 2 bulletins blancs.

II - Point sur la préparation des projets d'hôpitaux du groupement hospitalier universitaire nord.

Les orientations stratégiques pour la période 2005 – 2009 du GHU nord font l'objet d'une présentation assurée par M. DIEBOLT directeur du GHU, et Mme CRICKX présidente du comité consultatif médical de l'hôpital Bichat (cf. document mis en ligne sur Internet).

M. DIEBOLT décrit d'abord l'état des lieux et les enjeux du GHU puis la mise en oeuvre des programmes d'actions prioritaires, enfin les objectifs liés aux orientations générales du plan stratégique.

Pour sa part, **Mme CRICKX** détaille les orientations propres au GHU portant sur l'organisation des hôpitaux en pôles, sur les domaines d'activité concernant les transplantations et les prélèvements, la génétique, la périnatalité, le cardio-vasculaire, le digestif et le thoracique.

A l'issue de cette présentation, le **président** donne la parole à **M. RYMER** qui apporte un complément d'informations.

Le projet de restructuration de l'hôpital Lariboisière prévoit le transfert de l'activité de nutrition parentérale à l'hôpital Beaujon. La forte activité en chirurgie digestive de Lariboisière, SAU le plus important du GHU, a permis de conserver la totalité des moyens de gastro-entérologie aiguë et d'obtenir le remplacement du chirurgien digestif qui est parti.

L'amélioration de la complémentarité entre les hôpitaux Lariboisière et Saint Louis, invoquée de longue date et souhaitée par les CCM et tous les acteurs médicaux, implique selon l'orateur, une intégration plus importante qu'une simple fédération, par la création d'un pôle digestif inter-hospitalier. Ainsi, au sein de l'hôpital Lariboisière sera créé un département de pathologies médico-chirurgicales digestives, base d'un pôle conçu avec les services de gastro-entérologie et de chirurgie digestive de l'hôpital Saint Louis.

Quant au volet cardio-vasculaire, la venue à l'hôpital Lariboisière du cardiologue A. COHEN-SOLAL et d'une partie de son équipe permettra d'équilibrer les échanges entre les hôpitaux Lariboisière et Beaujon.

Dans le cadre de la création de pôles inter-établissements, le **vice-président** se demande si les antennes doivent intégrer les pôles de l'hôpital d'implantation ou les pôles de l'hôpital de rattachement.

En matière de mutualisation des établissements, il lui paraît stratégique de mettre en place des navettes permanentes entre deux sites distants de quelques kilomètres pour le transport des patients, des médecins et des prélèvements.

Par ailleurs, il regrette que la circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie ne mentionne pas la structuration en sites de proximité, spécialisés, hautement spécialisés car cette classification s'est avérée structurante et bénéfique notamment pour l'AP-HP et à ce titre, il pourrait être utile en interne de conserver ce mode de hiérarchisation.

Enfin, l'existence de réunions pluridisciplinaires dans chaque hôpital lui paraît utile.

M. CHAUSSADE reconnaît la difficulté pour organiser l'activité d'hépatogastro-entérologie au sein du GHU nord composée de huit services : deux à l'hôpital Beaujon (quatre vingt dix lits), à l'hôpital Avicenne, à l'hôpital Jean Verdier et quatre situés dans trois SAU et un POSU ; de plus, quatre de ces services disposent de moins de trente lits et d'un seul PU-PH.

Le plan proposé renforce la structure de l'hôpital Beaujon qu'il soutient, mais fragilise les structures des hôpitaux Bichat et Lariboisière qui comptent les SAU les plus importants de l'AP-HP, accueillent une population précaire et dont la taille éliminera toute chance de bénéficier d'un potentiel hospitalo-universitaire. Aussi, il présente à titre personnel une autre proposition qui consiste d'une part, à fusionner les services des hôpitaux Lariboisière et de Saint Louis (vingt deux et vingt cinq lits) travaillant sur des thématiques identiques, d'autre part, à regrouper le pôle digestif lourd à l'hôpital Beaujon et à conclure un contrat avec l'hôpital Bichat pour assurer, sur le site, la prise en charge des patients issus du SAU, les endoscopies et les consultations.

Aucun des pré-requis légitimant la création des pôles, déclare **M. LEVERGE** ne permet d'appliquer la mutualisation des moyens humains, financiers et matériels entre les pharmacies à usage intérieur (PUI) et des services de soins. Il émet donc des réserves sur la pertinence et la légitimité de l'intégration des PUI au sein d'un pôle sauf à créer un regroupement artificiel. A l'aide de la jurisprudence émanant du Conseil d'Etat, il a fait réaliser une étude juridique ; sur cette base, il engagera un recours contentieux devant le tribunal administratif pour non-application du texte réglementaire si les PUI sont placées dans un pôle.

Par ailleurs, tandis qu'il est titulaire de la moitié de l'autorisation qui a permis de créer le centre de « nutrition parentérale à domicile » (NPAD) à l'hôpital Lariboisière, cette activité rejoint l'hôpital Beaujon mais sans son propre déplacement. Il convient donc de régler cette question.

M. AIGRAIN signale que les hôpitaux pédiatriques connaissent aussi des difficultés pour trouver des lits de soins de suite et de réadaptation.

Il lui semble que dans le cadre de la refondation du lien entre l'université et l'AP-HP, ne pas évoquer l'équilibre des moyens universitaires s'avère de nature à occulter un élément important de cette démarche.

M. PIETTE se déclare sceptique sur les chiffres relatifs au ratio entre les lits de soins de longue durée (SLD) et de SSR et les lits de soins de courte durée ; chaque GHU estime son ratio faible, ce qui limite les possibilités de solidarité.

Les gériatres fonctionnent avec les moyens dont ils disposent. Ainsi, des SAU se sont dotés d'équipes mobiles de gériatrie en charge de régler les problèmes d'accès aux services de SSR.

Selon l'intervenant ce plan a le mérite de compenser le retard en matière de lits de SSR mais les créations de lits dans Paris intra-muros ou en proche banlieue ne remplaceront pas les lits des hôpitaux Charles Richet et Paul Doumer éloignés de Paris et qui accueilleront encore pour de nombreuses années des patients de l'AP-HP.

Le degré de lourdeur et de densité des soins varie selon les malades jusqu'à devenir incompatible avec les effectifs infirmiers des lits de SSR et, a fortiori, avec les emplois pourvus. Malgré les progrès induits par les efforts de la directrice générale pour améliorer l'attractivité de ces postes, subsiste un turn-over important lié, de son point de vue, à la lourdeur du travail et au sentiment d'isolement des personnels.

Tant qu'il existera un décalage entre la lourdeur des patients et le nombre d'infirmiers, une sélectivité de l'accueil des patients demeurera au sein des services de SSR.

A cette situation s'ajoutent des problèmes conjoncturels liés aux rénovations des lits de soins de longue durée. Les discussions pour passer des conventions avec les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'avèrent laborieuses car ceux-ci refusent de prendre en charge les malades lourdement dépendants ou nécessitant de nombreux soins médicaux.

Les gériatres se trouvent donc contraints d'agir de manière sélective vis-à-vis des patients provenant des services de médecine en raison des difficultés de fonctionnement tant au niveau quantitatif, qualitatif que conjoncturel.

S'agissant des malades atteints de cancer représentant 34 % des hospitalisations au sein du GHU nord, le plan stratégique prévoit un accroissement du nombre de lits de soins palliatifs et un renforcement des équipes mobiles, intervient **Mme BRESSAND**. Le programme d'actions s'adresse aux soins palliatifs dans les hôpitaux gériatriques et à domicile dans le cadre des réseaux ville – hôpital. Cela signifie-t-il, demande l'intervenante, que le GHU nord est considéré comme suffisamment doté en lits de soins palliatifs et en équipes mobiles. Au contraire, doit-on comprendre que la prise en charge de ces patients interviendra par le biais de réseaux non encore mis en oeuvre et que les malades seront déplacés dans les hôpitaux gériatriques souvent éloignés des hôpitaux de soins de courte durée. Par ailleurs, la consultation d'addictologie et d'alcoologie devrait figurer au sein de la prévention et non des soins palliatifs considère-t-elle.

Selon **M. FAGON**, qui salue le travail réalisé dans le GHU nord, le débat traduit la difficulté de procéder aux arbitrages nécessaires. Il importera d'apporter des explications aux différents sites concernés en privilégiant les éléments fédérateurs.

Mme PALAZZO souhaite savoir si les difficultés de fonctionnement du service de radiologie de l'hôpital Bichat et le risque d'un accroissement de sa charge de travail en raison des transferts pressentis de l'hôpital Beaujon, ont été pris en compte.

M. DESMONTS rend hommage au travail réalisé, tâche rendue parfois malaisée par des excès d'appartenance locale qui auraient pu être évités grâce à des configurations hospitalières différentes. A son sens, la structuration en groupes hospitaliers de Bichat – Beaujon et de Saint Louis – Lariboisière aurait sans doute atténué des difficultés et permis une plus grande cohérence des projets. Aussi, suggère-t-il au siège de réfléchir à l'évolution des configurations hospitalières.

Du point de vue de **M. RICHARD**, les intérêts corporatistes sont parfois privilégiés par rapport à l'intérêt du malade, le souhait des hôpitaux sièges d'un SAU de disposer systématiquement de l'ensemble des spécialités médicales ayant à voir de près ou de loin avec l'activité d'urgence. Or il lui semble plus logique de réfléchir sur la base de partenariats inter-hospitaliers ou d'activités contractuelles afin de favoriser la constitution, non de services mais de filières de prise en charge des patients notamment concernant leur accueil au sein des SAU, par exemple dans le domaine de la cardiologie ou de l'hépto-gastro-entérologie.

Il semble inhumain à **Mme DEBRAY-MEIGNAN** d'envoyer des malades à l'hôpital Paul Doumer distant de Paris de soixante kilomètres. Elle déplore le changement tous les cinq ans du discours tenu à destination des hôpitaux éloignés lequel priorise tantôt l'accueil des malades de proximité, tantôt celui des malades de l'AP-HP.

En matière de structuration en pôles, la **directrice générale** fait état de positions volontaristes mais non autoritaires. Si constituer un pôle inter-hospitalier favorise la résolution de problèmes liés à l'activité médicale, ce mode d'organisation pourra être éventuellement envisagé car il s'avère compatible avec un faible niveau de délégation de compétences.

Il convient par ailleurs de s'interroger sur la cohérence des territoires hospitaliers. Elle n'exclut pas l'hypothèse de formation de groupes hospitaliers et illustre son propos par l'exemple du dispositif de gestion commun mis en place dans les hôpitaux Albert Chenevier et Henri Mondor lesquels constituent aujourd'hui deux hôpitaux distincts au plan juridique. La directrice générale considère essentiel de se situer dans une logique d'apprentissage collectif.

Après avoir rappelé le caractère expérimental du dispositif, la directrice générale propose à M. LEVERGE de le rencontrer au sujet des PUI dont elle reconnaît que le positionnement au sein des pôles n'est pas évident dès lorsqu'elles n'ont pas de moyens à mutualiser.

Le rééquilibrage des postes universitaires relève du ministère ; des regroupements d'unités de formation et de recherche (UFR) ont été opérés avec les doyens d'universités au sein des GHU et d'autres peuvent s'envisager.

Mme CRICKX signale qu'une évaluation des besoins en soins palliatifs a été menée dans chaque hôpital du GHU nord. L'accompagnement des transferts en radiologie entre les hôpitaux Bichat et Beaujon a été pris en compte dans le cadre des recrutements 2005 et se poursuivra ; les difficultés se situent au niveau des recrutements des manipulateurs en radiologie. Concernant la constitution de pôles inter-hospitaliers, il importe de se référer aux besoins des patients lesquels s'avèrent importants en hépato-gastro-entérologie à Bichat ; à ce titre, le service demeurera à l'identique pour le moment et entretiendra des liens forts avec le service de l'hôpital Beaujon.

III - Projet de création du groupe hospitalier Raymond Poincaré – hôpital Maritime de Berck.

Après avoir indiqué que la création de ce groupe hospitalier confère une force particulière au volet relatif à la prise en charge du handicap du plan stratégique, **M. LEPERE** rappelle l'isolement dans lequel se trouve l'hôpital maritime de Berck depuis quelques années.

En raison de faiblesses dans le projet médical de l'établissement au cours des dernières années, le nombre des admissions a diminué au risque de remettre en cause le maintien du site au sein de l'AP-HP. Depuis deux ans, grâce à l'énergie du directeur de l'hôpital et des liens tissés avec le service de neurologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et le service de l'hôpital Hôtel-Dieu prenant en charge les obésités morbides, l'hôpital sort progressivement de son isolement.

La création de ce groupe forge une forte reconnaissance de l'hôpital maritime et de son maintien dans l'institution.

M. LEPERE précise que les instances représentatives des deux sites se sont prononcées favorablement sur ce projet.

Puis à l'adresse de **M. GOUTALLIER** qui s'interroge sur l'origine géographique des malades hospitalisés, il précise que 80 % à 90 % de ceux-ci proviennent de l'AP-HP. Si par le passé l'éloignement de Paris représentait une préoccupation, la politique mise en place par le chef de service qui consiste à spécialiser le site sur des séjours compris entre un et trois mois réduit le nombre de séjours au long cours.

Outre les patients originaires de services de neurologie et d'orthopédie l'hôpital accueille également des patients obèses provenant de l'hôpital Hôtel-Dieu.

En sa qualité de membre de la commission de surveillance de l'hôpital maritime, **M. FAYE** témoigne de l'unanimité qui a présidé en son sein à la création du groupe hospitalier. Deux valeurs fondent cette association, le respect mutuel et la volonté de progresser.

Il convient de limiter les doublons administratifs aux seuls éléments relatifs à la sécurité des bâtiments, des patients et des personnels tandis que les instances représentatives fusionnent. Il appelle de ses vœux la réussite du projet.

IV - Avis sur des fiches de missions et structure.

M. MADELENAT présente le dossier portant sur les fiches de missions et structure (cf. document mis en ligne).

A) Fiches de missions et de structure avec débat.

GHU nord

Bichat :

- *Création d'une unité fonctionnelle de court séjour gériatrique rattachée au service de médecine interne.*

Le rapporteur de la fiche en groupe des structures, **Mme DEBRAY-MEIGNAN**, a critiqué la qualification et l'absence de multidisciplinarité des équipes en place. Les modifications apportées ont permis d'accepter la fiche.

GHU ouest

Cochin – Saint Vincent de Paul :

- *Création d'un service de maladies infectieuses et tropicales, par fusion des activités des deux services antérieurs de maladies infectieuses et tropicales A et B.*

Cette fusion de quatre services à l'origine en un seul démontre la capacité à restructurer un site lorsque des acteurs se mobilisent sur le même objectif. L'hôpital dispose désormais d'une structure performante en termes de cohérence médicale.

GHU sud

Emile Roux :

- *Modification du service de gérontologie 1 par création d'une unité fonctionnelle de soins de longue durée qui lui est rattachée.*
- *Modification du service de gérontologie 2 par création d'une unité fonctionnelle de soins de longue durée qui lui est rattachée.*

- *Modification du service de gériatrie 3 par création d'une unité fonctionnelle de soins de longue durée qui lui est rattachée.*
- *Modification du service de gériatrie 4 par création d'une unité fonctionnelle de soins de longue durée qui lui est rattachée.*
- *Création d'une fédération de gestion commune de soins de longue durée avec unité fonctionnelle de SLD dans chacun des services de gériatrie 1, 2, 3, 4.*

La difficulté résidait dans le fait que certaines activités dont la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux apparaissaient encore au sein de différentes unités fonctionnelles. Le rapporteur qui objectait le maintien de ces doublons injustifiés, a admis la fiche dans sa version définitive.

Mme DEBRAY-MEIGNAN signale la faible couverture en médecins et en personnels infirmiers des unités composant la fédération de gestion commune de SLD. A chaque acutisation, le malade devra être transféré en court séjour gériatrique ou en SSR. Ce choix d'organisation lui semble inadapté et elle s'interroge par ailleurs sur le devenir des patients lourds qui ne pourront pas être pris en charge par le service de SLD. Ils demeureront manifestement en SSR comme le démontre l'augmentation de la durée moyenne de séjour enregistrée.

Sur un plan d'ordre général, **M. MADELENAT** signale, pour le déplorer, la qualité relative de fiches transmises précipitamment par certains hôpitaux contraints par le respect d'échéances. Il incite les hôpitaux à transmettre les fiches dans un délai qui permette au groupe des structures de les amender si nécessaire et de les approuver dans la sérénité.

B) Fiches de missions et de structure sans débat.

GHU nord

Bichat :

- *Modification du service d'endocrinologie – diabétologie - maladies métaboliques en service d'endocrinologie – diabétologie - nutrition.*
- *Création d'une unité fonctionnelle intitulée unité pharmaceutique des dispositifs médicaux stériles, rattachée au service de pharmacie.*

Bretonneau :

- *Modification du service de psychogériatrie en service de gériatrie à orientation psychiatrique, au départ du chef de service le 15 décembre 2004.*

GHU ouest

Hôtel-Dieu – Cochin – Saint Vincent de Paul :

- *Création d'une unité fonctionnelle d'exploration et de prise en charge des troubles du sommeil et de la vigilance sur le site de l'Hôtel Dieu rattachée au service de pathologie professionnelle de Cochin – Saint Vincent de Paul.*

Ambroise Paré – Cochin - Saint Vincent de Paul – Georges Pompidou – Hôtel Dieu – Necker- Enfants Malades

- *Création d'une fédération d'activités médicales et biologiques associées (F.A.M.B.A.) inter – hospitalière cancer ouest.*

GHU est

Pitié – Salpêtrière :

- *Création d'une unité fonctionnelle d'évaluation et de traitement de la douleur rattachée au service de rhumatologie.*

La CME adopte à l'unanimité des 27 votants les fiches de missions et structure présentées.

V - Avis sur un contrat d'activité libérale.

L'avenant au contrat d'activité libérale est approuvé par 12 voix pour et 3 voix contre ; on note 12 abstentions.

VI - Information sur la désignation et le renouvellement de responsables d'unités fonctionnelles.

L'instance est informée de la désignation et du renouvellement de responsables d'unités fonctionnelles.

VII - Information sur le résultat de la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2005.

M. ANTONINI fait connaître que les propositions retenues par le ministère s'avèrent conformes aux demandes hospitalières et universitaires. Toutefois l'emploi en sciences anatomiques avec fonctions hospitalières en prothèses demandé par l'hôpital Charles Foix a été refusé.

VIII - Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2005.

En préambule M. ANTONINI signale que l'additif porte sur des emplois destinés à une publication fin avril ou début mai et vise à réexaminer des demandes initialement non retenues par la CME ou incomplètes lors de leur précédent examen.

Concernant les demandes de transformation d'emplois de praticiens adjoints contractuels (PAC), il indique que le financement probable de ces emplois n'a pas encore été confirmé et que les résultats du concours de praticien hospitalier sont parus après la réunion du groupe du personnel médical.

M. ANTONINI fait part de la notification par les autorités de tutelle de deux emplois qui n'appellent pas l'avis de la CME : un emploi à temps partiel pour le service de médecine interne à l'hôpital Saint Louis, un emploi à temps plein pour l'unité d'oncologie pédiatrique à l'hôpital Avicenne.

Pour **M. AIGRAIN** ce dernier poste s'inscrit dans une décision unilatérale de transfert et d'autonomisation à l'hôpital Raymond Poincaré d'un service d'oncologie pédiatrique, sans consultation préalable de la CME. Ce service refuse de participer à des essais multi-centriques qui ont considérablement contribué depuis vingt ans à diminuer la mortalité infantile due aux cancers. Il regrette que l'instance n'ait pas été associée à cette réflexion et déclare que la communauté pédiatrique se montrera vigilante sur le choix du candidat sur ce poste, lequel devra répondre d'un parcours multisites, gage d'une formation de qualité et être reconnu par les sociétés savantes d'oncologie pédiatrique.

Selon **M. GUILLEVIN**, il convient de s'élever contre le fait qu'à chaque révision des effectifs un contingent de postes échappe à l'avis du GPM et de la CME, point de vue partagé par le **président**.

M. LACAU ST GUILY s'interrogeant sur les emplois attribués au titre du plan cancer, **M. ANTONINI** déclare qu'ils correspondent, comme ceux relatifs au plan maladies rares, à une mécanique différente ; ces demandes seront gérées dans le cadre du cycle normal de la révision des effectifs pour l'année 2006.

A son tour **M. LEVERGE** évoque la demande de création d'un poste de praticien hospitalier en stérilisation à l'hôpital Necker – Enfants Malades, soumise à un rendu budgétaire et approuvée par la CME en décembre dernier.

Par la suite, cette approbation a été invalidée au prétexte d'une absence de rendu budgétaire que la directrice de l'hôpital avait pourtant signifié. De plus, le directeur des finances avait cautionné ce poste au regard des trois, cinq millions d'euros rapportés à l'hôpital Necker – Enfants Malades dans le cadre de la rétrocession.

M. ANTONINI explique que la direction de la politique médicale n'a pas reçu l'accord de la direction des finances sur ce montage financier. A l'avenir, pour éviter de telles situations il importe d'obtenir l'accord de la direction compétente préalablement à la demande d'une création d'emploi gagée par des crédits de rétrocession.

Se référant à la prochaine publication du décret portant sur la rétrocession **M. LEVERGE** démontre, au moyen de données chiffrées, la faisabilité du montage financier et sollicite l'appui de la CME pour obtenir cette création de poste.

Le **président** soutient la demande exprimée par **M. LEVERGE** et s'adresse à **M. HOUSSIN** pour une intervention auprès de la direction des finances au nom de la CME.

Dans ce contexte et malgré le fait que les recettes de rétrocession diminueront dans l'avenir, **M. HOUSSIN** prendra contact avec la direction des finances.

M. ANTONINI procède à la lecture du dossier.

Les rendus budgétaires

- *Hôpital Hôtel-Dieu, service de diabétologie :*

La demande de réexamen du poste a reçu un avis défavorable en raison du prochain départ à la retraite du chef de service qui induira une réorganisation de la discipline au sein du GHU ouest.

M. GUILLEVIN, rejoint par le **président**, propose de représenter la demande dès que le choix du successeur sera connu.

- *Hôpital Maritime de Berck, service de médecine générale :*

La demande de réexamen du poste, indique **M. ANTONINI**, a initialement reçu un avis défavorable en raison des incertitudes relatives à la structuration médicale de l'hôpital. Cependant, la constitution du groupe hospitalier et le soutien néanmoins affirmé du chef de service par intérim conduirait à réexaminer cette position. Enfin le candidat pressenti vient d'être reçu au concours de praticien hospitalier.

Il convient d'accorder au nouveau groupe hospitalier les moyens de fonctionner observe **M. GUILLEVIN** qui rappelle que le GPM s'est réuni avant la publication des résultats du concours de praticiens hospitaliers. Le **président** propose d'émettre un avis favorable à cette demande.

Les transformations d'emplois de PAC en postes de praticiens hospitaliers

M. ANTONINI informe que l'ensemble des candidats concernés par ces transformations a réussi le concours de praticien hospitalier. Le financement attendu est compris entre dix et quinze postes. Il était initialement prévu d'en concrétiser sept ce jour et d'en réserver autant pour l'automne à l'occasion de la révision des effectifs pour l'année 2006. Au vu des résultats du concours, il propose de porter le contingent à une dizaine de postes.

- *Groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal, service de neurochirurgie :*

Il s'agit d'un candidat reconnu par la communauté neurochirurgicale et qui a fortement soutenu l'activité du service, déclare **M. FAYE**.

- *Hôpital Tenon, service de biochimie et hormonologie :*

Ce service compte un effectif hospitalier conséquent, y compris au sein de la discipline, remarque **M. ANTONINI** qui signale le soutien au candidat de la collégiale. Mais avant de se prononcer sur ce cas, il convenait d'apporter une solution, laquelle a été trouvée, à la situation d'un MCU-PH qui travaillait dans un laboratoire aujourd'hui fermé de l'hôpital Rothschild et rattaché au chef de service de biochimie et hormonologie sus-cité.

- *Hôpital Saint Louis, service d'immunologie biologique et hôpital Tenon, service de biochimie :*

MM. WEILL, SCHLEMMER et BERNAUDIN s'accordent à souligner la qualité des candidats.

M. de PROST soumet à l'assentiment de l'instance le dossier qui prend en compte les modifications intervenues en cours de la séance (cf. annexe jointe au présent compte-rendu).

La CME se prononce favorablement à l'unanimité des votants.

IX - Approbation du compte-rendu de la séance du 8 mars 2005.

Le compte-rendu est approuvé sans observation.

X - Questions diverses.

- La localisation d'un emploi de PU-PH.

Se référant au point VII de l'ordre du jour de la séance précédente consacré aux résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2005, **M. HARDY** demande des précisions quant à la localisation de l'emploi de PU-PH entre l'hôpital Paul-Brousse et l'Institut Gustave Roussy (IGR).

M. ANTONINI a rappelé à la tutelle l'intérêt porté par la CME au règlement de cette question.

M. CHAUSSADE faisant état d'une affectation au sein de l'IGR parue au Journal officiel, le **président** précise être dans l'attente d'une réponse officielle dont il informera la CME.

- La mobilité hospitalière.

Le **vice-président** intervient sur la question de la mobilité hospitalière permettant aux praticiens hospitaliers de remplir leurs obligations afin d'être nommés praticiens hospitaliers – professeurs des universités pour connaître la politique de l'AP-HP en la matière.

L'obligation de mobilité ne s'applique pas de façon obligatoire aux anciens praticiens hospitaliers ayant atteint le sixième échelon de leur grille indiciaire signale **M. ANTONINI** ; en revanche, cette obligation s'applique dès cette année aux praticiens récemment nommés souhaitant accéder au statut de PU-PH. Ceci correspond non à une obligation légale comme le précise **M. GUILLEVIN**, mais à une exigence du conseil national des universités.

Pour **M. LACAU ST GUILY**, il importerait de préciser le niveau réglementaire de cette obligation car c'est une contrainte qui pèse non seulement sur les individus, mais également sur les services. **M. ANTONINI** convient de l'intérêt qu'il y aurait à disposer d'une circulaire claire sur les conditions de mobilité et pour répondre au vice-président, informe qu'une réflexion est engagée à ce sujet en soulignant l'utilité de créer un contingent d'équivalents emplois permettant d'accompagner les mobilités qui pourrait être financé dans le cadre des moyens alloués au titre de la réduction du temps de travail.

Selon **M. ANTONINI**, l'application de ce dispositif durant les mobilités des HU, suggérée par **Mme BRAILLY-TABARD**, relève d'un autre sujet, à savoir la manière dont les CHU facilitent la préparation des candidats hospitalo-universitaires.

De l'avis du **vice-président**, la question porte également sur les besoins des services durant ces absences.

M. ANTONINI considère que le remplacement des praticiens hospitaliers suppose de vérifier le sérieux du projet hospitalo-universitaire du candidat et que la CME aura à l'apprécier. Il fait par ailleurs observer qu'en l'absence de compensation de mesures statutaires anciennes dont le nombre continue de croître, la compensation systématique des absences s'avérera difficile et devra s'apprécier en fonction des marges de manœuvre des hôpitaux.

Le **président** estime qu'il revient aux membres du groupe prospective et stratégie travaillant sur la démographie médicale et sur les modes de recrutement d'examiner ce sujet.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 45.

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

Mardi 5 avril 2005 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 23 mars 2005 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.