

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 9 OCTOBRE 2007**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 13 NOVEMBRE 2007**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 9 octobre 2007

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif réuni les 25 septembre et 2 octobre 2007.
- 2- Mouvement de grève des internes et des étudiants en médecine et des chefs de clinique-assistants.
- 3- Rapport d'étape annuel 2007 du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile-de-France.
- 4- Deuxième état quadrimestriel au titre de l'année 2007.
- 5- Avis sur le projet d'état prévisionnel des recettes et des dépenses modificatif pour l'année 2007.
- 6- Avis sur les premières propositions budgétaires 2008 relatives aux comptes de résultats prévisionnels annexes des unités de soins de longue durée, des écoles paramédicales et des activités d'alcoologie et de toxicologie.
- 7- Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP.
- 8- Avis sur des fiches de pôles d'activité.
- 9- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 10- Avis sur les emplois hospitalo-universitaires vacants dans le cadre de la révision des effectifs au titre de l'année 2008.
- 11- Avis sur les emplois hospitalo-universitaires d'odontologie vacants dans le cadre de la révision des effectifs au titre de l'année 2008.
- 12- Approbation du compte-rendu de la séance du 11 septembre 2007.
- 13- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.
- Avis sur le changement d'affectation interne d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de praticien responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique des hôpitaux.

Composition B

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de MCU-PH.

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de PU-PH.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - M. le Pr CHATELLIER, responsable de l'information médicale,
 - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
 - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

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

- *les représentants de l'administration :*
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. SUTTER, directeur adjoint de cabinet,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier nord,
 - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - M. GUIN, directeur économique et financier ;

 - M. CHEVALIER, direction des affaires juridiques et des droits du patient,
 - Mme LALARDRIE, direction de la politique médicale,
 - M. MIR, président de l'intersyndicat des internes des hôpitaux,
 - M. PINSON, direction de la politique médicale,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale ;

- *membres excusés :*
 - M. le Pr DELPECH,
 - Mme le Dr GIRAUDEAUX.

*

* *

La séance est ouverte par le président **M. CORIAT** qui procède à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I- Information sur les travaux du conseil exécutif réuni les 25 septembre et 2 octobre 2007.

Le **président** indique que le conseil exécutif a conduit sa réflexion sur plusieurs grandes thématiques :

- les problématiques médico-économiques, à l'ordre de ce jour ;
- la méthodologie à suivre pour le recrutement de chefs de services au sein de services au rôle stratégique pour l'Assistance publique – hôpitaux de Paris ;
- la préparation de la convention relative aux pôles et à la gouvernance du 8 octobre dernier.

Le recrutement des chefs de service.

M. AIGRAIN relate les trois cas discutés au conseil exécutif :

- la chefferie de la future maternité de niveau 3 de l'hôpital de Bicêtre, dans le cadre du regroupement de différents services ;
- la chefferie du service d'orthopédie de l'hôpital Bichat ;
- la chefferie du service de chirurgie digestive à l'hôpital européen Georges Pompidou.

Le conseil exécutif considérant impérative l'ouverture d'une maternité de niveau 3 au sein du bassin de vie du Kremlin-Bicêtre, on a proposé de classer le poste du futur chef de service en rang utile dans le cadre de la révision des effectifs hospitaliers, modifiant ainsi la proposition de l'unité de formation et de recherche médicale (UFR).

Concernant l'orthopédie au sein du groupement hospitalier universitaire nord, la réflexion porte pour l'instant sur les structures et non sur les personnes. En effet, le vice-président souhaite que ce recrutement s'inscrive dans la perspective de la création d'un futur pôle inter-hospitalier d'orthopédie (probablement d'orthopédie rhumatologie), au sein du GHU nord. Avec M. FAGON, il rédigera dans les prochains jours la charte, qui sera présentée à la commission médicale d'établissement, de ce futur pôle inter-hospitalier.

Quant à la succession de la chefferie du service de chirurgie digestive à l'hôpital européen Georges Pompidou, la collégiale a analysé les nombreuses candidatures. Une solution adaptée émergera dans les prochaines semaines.

La convention pôle et gouvernance du 8 octobre 2007.

L'objectif de la convention relative aux pôles d'activité et à la nouvelle gouvernance consistait à réaliser un point sur le mode de fonctionnement de l'AP-HP, informe le **directeur général**. Après la présentation de leur mode de fonctionnement par trois équipes exécutives de pôle d'activité, les 800 participants se sont répartis en dix forums de discussion sur des thèmes classiques sur la nouvelle gouvernance. La restitution des travaux a eu lieu au cours de l'après-midi, suivie de l'intervention d'un philosophe adepte des questions relatives à la médecine et à l'éthique, et de la conclusion par le directeur général et M. CORIAT. Cette convention fera l'objet d'un document écrit engageant le directeur général pour l'avenir sur un certain nombre de points dont l'application sera vérifiée dans un an dans un contexte adapté.

Le premier point étudié concerne les relations entre les pôles et les directions fonctionnelles, soit la délégation de gestion, laquelle doit s'appliquer tel que prévu, s'étendre et s'appuyer sur des principes clairs, notamment la fongibilité entre différents types de dépenses.

Le point suivant correspond à la répartition des rôles entre les instances actuelles (CME, comité consultatif médical, direction...) et les conseils exécutifs (locaux et central). Les conseils exécutifs jouent un rôle de proposition et de décision sur un certain nombre d'éléments tandis que la CME et les CCM constituent des lieux de réflexion, d'expertise, de proposition, enfin de décision au sujet des personnes.

Le troisième point porte sur les pôles inter-hospitaliers ; ce concept ne doit plus être tabou dès lors qu'il permet d'améliorer la prise en charge des patients.

Le dernier point s'attache à la question complexe relative aux relations entre les pôles, notamment des prestations rendues entre les pôles médico-techniques et les pôles cliniques, mais aussi entre les différents pôles cliniques. L'atelier traitant de cette question a rappelé la nécessité de procéder à des contractualisations permettant de clarifier ces relations. M. LECLERCQ a demandé un approfondissement de la réflexion sur les flux financiers accompagnant ce type d'organisation, en raison des risques liés à une mauvaise appréciation du sujet.

Enfin, les différents débats ont permis d'évoquer le rôle des cadres de pôle et, par effet miroir, des cadres de santé ou administratifs, travaillant hors des pôles. Il s'est engagé à entreprendre un travail de fond sur ce thème et à apporter des éléments de réponse au plus tard en avril 2008.

Un relevé de conclusions de cette convention, publié dans une quinzaine de jours et largement distribué, permettra d'évaluer son action et celle de M. CORIAT. Il remercie l'ensemble des personnes ayant participé à cette réunion notamment les nombreux médecins.

Le **président** de la CME témoigne de sa satisfaction sur le déroulement de la convention laquelle espère-t-il a convaincu les participants que l'AP-HP dispose de tous les atouts pour rénover le fonctionnement des hôpitaux. Il convient simplement de bien comprendre les nouvelles règles du jeu, voire de les adapter en conservant à l'esprit la manière dont on souhaite que les patients soient traités.

II- Mouvement de grève des internes et des étudiants en médecine et des chefs de clinique-assistants.

Evoqué en conseil exécutif, le mouvement de grève des internes et chefs de clinique-assistants (CCA) a pour origine la modification des modalités d'installation des jeunes médecins inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour l'année 2008. M. CORIAT a accepté la demande des internes et des CCA pour s'exprimer dans l'enceinte de la CME.

En propos liminaire, M. GREGORY souligne la nécessité d'exposer devant la CME les motifs du mouvement de mécontentement afin d'obtenir le soutien de ses membres. M. MIR, président de l'intersyndicat national des internes des hôpitaux, va d'abord présenter un court diaporama expliquant ce mouvement, puis demander un soutien sur le fond et un débat sur la forme prise par le mouvement.

M. MIR livre quelques éléments de réflexion.

Le défi de la démographie médicale.

Le constat relatif à la pénurie à venir en matière de démographie médicale est ancien au regard du faible nombre de médecins formés à partir du début des années 1990.

Après avoir mentionné la poursuite de la féminisation de la profession, l'orateur détaille une projection contenue dans le rapport réalisé en 2005 par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) sur l'évolution du nombre de médecins en fonction du niveau annuel du *numérus clausus* et sur l'évolution des effectifs par spécialités et permettant d'identifier les secteurs amenés à connaître des difficultés dans un proche avenir.

Si ce rapport démontre l'existence de fortes divergences de la densité médicale entre les régions et un resserrement des disparités des écarts à la moyenne de la densité médicale par région entre 1985 et 2004, il convient néanmoins de s'interroger sur la traduction sur le terrain des données compilées.

Les recommandations du rapport.

Le rapport de l'ONDPS rédigé par le Pr BERLAND préconisait un certain nombre de mesures afin d'inciter l'installation de jeunes médecins dans les zones à faible densité médicale :

- informer clairement les futurs médecins des mesures incitatives à l'installation en zones médicales déficitaires ;
- proposer une aide financière aux étudiants s'engageant à exercer en zones déficitaires ;
- apporter une aide financière pérenne de l'Etat et des collectivités territoriales portant sur la taxe professionnelle, la taxe foncière, les charges fiscales et sociales des nouveaux installés dans ces zones ;
- favoriser un exercice regroupé dans les maisons médicales par la mise à disposition de locaux, d'un matériel informatique et d'un personnel administratif dédié.

Différentes mesures portant sur l'exercice avaient été envisagées, notamment la création de cabinets secondaires, d'un statut de collaborateur associé pour les médecins libéraux souhaitant exercer sur différents sites, la favorisation de temps partiel dans les centres hospitaliers, le versement d'une prime au remplacement, la réorganisation des transports et le développement des maisons médicales.

Surtout, ce rapport préconisait la mise en place d'un dispositif d'évaluation à l'horizon 2008 – 2009 de l'effet des mesures préconisées. Or, cette évaluation n'a pas été engagée et les médecins récemment installés méconnaissent les dispositifs incitatifs.

Un projet reposant sur des mesures coercitives.

Après avoir décrit la tentative non concluante de l'Allemagne et la Suisse de mettre en œuvre des mesures coercitives, M. MIR cite l'article 33 du PLFSS 2008 lequel stipule que les négociations entre la caisse primaire d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux devront « *déterminer les adaptations aux règles de conventionnement des médecins et tous les outils à leur disposition les plus à même d'améliorer la répartition des médecins en fonction des besoins de santé sur le territoire* ». Ainsi, pour les médecins ne s'installant pas en zone de sous-densité médicale, sont prévues des mesures de déconventionnement pouvant se traduire soit par un alourdissement des charges sociales du praticien, soit par un déremboursement partiel ou total pour les patients, ou encore par l'absence de prise en charge du coût de la formation médicale continue du praticien. De plus, le directeur du cabinet de la ministre a clairement rappelé que le déconventionnement total ou partiel ne constituait pas *stricto sensu* une atteinte à la liberté d'installation.

Tandis que le ministère de la santé explique le dispositif envisagé par l'exemple du protocole d'accord signé entre les infirmiers libéraux et l'union nationale des caisses d'assurance maladie, M. MIR rappelle d'une part que cet accord a été signé par des infirmiers libéraux déjà installés, sans concertation avec les jeunes infirmiers directement concernés par les mesures, d'autre part que la situation des infirmiers n'est pas comparable à celle des médecins, dans la mesure où les disparités de densité régionale varient respectivement de 1 à 7 et de 1 à 1,7.

En synthèse, on ne dispose ni d'outil de pilotage permettant de définir les zones de sous-densité, ni d'évaluation des mesures incitatives. En outre, les tentatives passées de mise en œuvre de mesures coercitives se sont traduites par une désertification hospitalière, l'absence de résolution des problèmes de répartition sur le territoire et une diminution de l'offre globale en secteur libéral car les jeunes praticiens préfèrent se détourner de l'exercice libéral plutôt que de se soumettre aux dispositifs coercitifs.

Le ministère oriente le débat vers des mesures de déconventionnement et vers un rôle simplement consultatif accordé aux organisations représentant les jeunes médecins dans le cadre des futures négociations entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux seniors.

Les demandes des jeunes médecins.

Elles correspondent :

- au retrait de ces mesures de déconventionnement jugées inefficaces voire contre-productives, au risque d'une désertification hospitalière à brève échéance et aboutiraient à jouer le jeu de l'UNCAM et des seniors libéraux ;
- à la mise en œuvre d'états généraux de la santé afin que chaque acteur, les médecins libéraux, les caisses d'assurance maladie, les autorités en charge de la santé, de l'enseignement supérieur mais aussi de l'aménagement du territoire, puisse aider à définir les mesures les plus adaptées ;
- à la participation aux négociations avec une voix délibérative.

Les propositions des jeunes médecins.

Elles portent sur :

- la centralisation des mesures incitatives des caisses d'assurance maladie et des collectivités locales ; la diffusion de l'information en amont de l'installation ; l'évaluation des mesures incitatives déjà prises, par l'ONDPS après un délai de mise en œuvre suffisant ;
- la formation ; l'amélioration de l'information des étudiants durant le cursus ; la mise en place des aides locales durant les études ; la mise en œuvre au cas par cas de délégations de tâches afin de compenser la diminution du nombre de médecins ;
- l'installation avec notamment la création de maisons médicales et de zones franches, ainsi qu'un moratoire sur l'installation des médecins généralistes ;
- l'exercice, en envisageant la télémédecine, la mutualisation des transports et la centralisation des plateaux techniques.

Avant d'ouvrir le débat, le **président** se demande pourquoi l'observatoire national de la démographie des professions de santé a été dessaisi du dossier au profit d'autres voies plus coercitives.

M. BERCHE observe que la répartition des médecins est anormale en France depuis un siècle, contrairement à la situation que connaissent les pharmaciens. En total désaccord avec les arguments développés, il plaide pour le principe de solidarité dans le système de santé. Il n'est pas acceptable que des régions entières soient désertées par les médecins alors qu'on observe par exemple une forte concentration de dermatologistes à Nice. S'il ne faut pas imposer des mesures coercitives à des étudiants en cours de cursus, on peut préconiser des mesures transitoires incitatives et imposer aux étudiants de première année un dispositif s'apparentant à un « service civil », avec une obligation d'exercer durant deux ans dans des zones « défavorisées ».

L'intervenant rappelle qu'en France, d'une part les études de médecine sont payées par le contribuable avec un coût estimé de l'ordre minimum de 45 000 euros par an dans les pays anglo-saxon, d'autre part que le revenu des médecins provient des prélèvements sociaux contrairement à d'autres professions libérales. La démarche engagée doit s'accompagner de l'ouverture de négociations sur une autonomie des étudiants en médecine plus précoce dès le DCEM-2, car il trouve anormal de rémunérer les externes cent euros par mois et une garde de nuit de 18 heures à 8 heures du matin à vingt-cinq euros brut. Il plaide aussi pour une revalorisation de la rémunération des internes. Par ailleurs, il convient d'envisager une nouvelle organisation du temps médical, certaines tâches pouvant être réalisées par des paramédicaux.

Enfin, M. BERCHE considère qu'entamer une grève avant d'engager les négociations conduira à l'échec, surtout à l'approche des élections municipales. Il signale que 43 % des médecins libéraux s'opposent à la liberté totale d'installation et pense qu'on doit se diriger vers une modification profonde de l'organisation de la médecine en France dans la mesure où un grand nombre d'étudiants en médecine mais aussi de nombreux médecins de plus de quarante-cinq ans, souhaiteraient relever du système salarial.

Le **président** souligne le changement d'orientation du pouvoir politique lequel défendait un système incitatif fondé sur des mesures d'accompagnement et qui semble s'orienter à présent vers un système coercitif.

Mme Brigitte GIRARD précise que les ophtalmologistes hospitaliers et libéraux conscients de la diminution des effectifs d'ophtalmologistes de 43 % à l'horizon 2025, ne s'opposent pas à la délégalation de tâches préconisée par le rapport Berland. En revanche, ils ne souhaitent pas déléguer le soin d'élaborer les verres aux opticiens, qui sont des commerçants, mais aux orthoptistes, qui sont des paramédicaux.

La répartition géographique des professionnels concerne essentiellement les spécialistes selon **M. LACAU ST GUILY**. Au regard des démarches engagées dans le domaine de la chirurgie des cancers, et en raison de la diminution du nombre de spécialistes et de plateaux techniques, le débat va porter sur la complémentarité entre une médecine spécialisée de proximité et des centres lourds. Ainsi, par exemple en cancérologie oto-rhino-laryngologie, les patients peuvent choisir de se faire traiter soit dans les centres spécialisés de Paris et de Dijon, soit dans un centre de proximité.

La question du maillage médical, remarque le **président** ne va pas se régler par des mesures coercitives sur l'installation des spécialistes lesquels n'iront pas dans une ville déficitaire en plateaux techniques. Il convient d'inscrire ce débat dans le cadre d'une réflexion globale sur la qualité des soins.

Lors de la convention du 8 octobre observe **M. MUSSET**, André COMTE-SPONVILLE, philosophe, a rappelé que si la santé constitue un droit, elle comprend un coût supporté par la solidarité nationale et suppose de rendre des comptes à l'ensemble des français dont les impôts paient les praticiens libéraux et hospitaliers.

La lettre de la ministre de la santé développe un discours mesuré, sans remise en cause du principe de la liberté d'installation à laquelle le président de la République est attaché, ni des négociations sans date butoir auxquelles les représentants des internes et des chefs de clinique-assistants seront associés. C'est pourquoi M. MUSSET ne comprend pas le sens de la crispation.

En revanche, il approuve la demande concernant l'organisation d'un « Grenelle de la santé », qui permettrait notamment d'examiner la manière pour les médecins terminant leurs études de restituer à l'hôpital une partie de ce qu'il leur a prodigué.

Les mesures à prendre pour corriger l'inégalité de la répartition géographique des médecins doivent s'établir dans le cadre d'une négociation, estime **M. GREGORY** or le PLFSS 2008 qui sera voté le 30 octobre, prévoit clairement de lier le conventionnement et la répartition géographique. D'ailleurs, les caisses d'assurance maladie ont déjà estimé que le PLFSS constituerait une base légale pour une adaptation des règles de conventionnement en fonction des zones pour les différentes professions de santé. On ne peut engager une discussion en préemptant ses conclusions.

Par ailleurs, il reconnaît le faible coût des études de santé en France comparé à d'autres pays, toutefois il ignore l'évolution de ce coût dans le cadre de la réforme de l'université. Il ajoute que les organismes syndicaux ont été reçus individuellement la semaine dernière mais que la réunion commune prévue cette semaine pour poursuivre les discussions a été ajournée, ce qui s'apparente selon lui, à une fin de non-recevoir de la part du ministère, en contradiction avec les engagements pris.

La demande formulée auprès de la CME consiste à soutenir l'ouverture de discussions sur une base saine, obtenue par la suppression préalable des articles 32 et 33 du PLFSS.

Le **président** fait savoir que certains collègues ne comprennent pas l'ampleur du mouvement qui se profile puisque fondé sur des menaces peu claires au regard du courrier de la ministre de la santé ou des dispositions du PLFSS.

Les menaces sont directes intervient **M. LOULERGUE** car si la ministre s'est engagée sur l'absence de mesures coercitives, le PLFSS comprend des mesures désincitatives. On ne peut concevoir d'engager des négociations en prenant comme postulat l'inefficacité des mesures incitatives alors qu'elles n'ont pas fait l'objet d'une évaluation.

Il serait plus productif avise **M. BERCHE** que les organisations syndicales deviennent une force de proposition et non uniquement une force d'opposition à toute réforme, en portant un certain nombre de solutions afin de permettre un système de soins équitable en France.

Aux yeux du **président**, la CME peut soutenir uniquement la demande d'une reprise des négociations en présence de l'ensemble des acteurs intéressés par la problématique de la démographie médicale car de simples négociations bilatérales entre les internes et le ministère ne régleront rien.

Par ailleurs, si les problématiques sont comprises, la forme de la protestation n'est pas toujours approuvée par l'ensemble des collègues, aussi il voudrait connaître le stade du mouvement.

Après avoir précisé que les organisations syndicales forment bien une force de proposition puisque depuis trois ans elles animent les groupes de réflexion au sein de l'observatoire national de la démographie des professions de santé et du conseil national de l'ordre des médecins, **M. MIR** déclare qu'elles demandent à être reçues avec d'autres acteurs.

Au niveau national, les internes ont appelé à une manifestation jeudi alors que les assemblées générales ont voté pour la poursuite de la grève des gardes et des astreintes. Dans un certain nombre de villes de province, les assemblées générales ont lancé un appel à la grève totale et illimitée à compter du 15 octobre.

Si chacun est conscient qu'il convient d'apporter des solutions concrètes au problème de la démographie médicale, opine le **président**, le problème ne se résoudra pas par de simples mesures coercitives mais par une négociation globale associant l'ensemble des acteurs pour conditionner les possibilités d'installation et la répartition des médecins en France, conformément aux conclusions du rapport Berland.

M. CAPRON demandant si le vœu peut mentionner que la CME n'approuve pas la grève, le **président** et **M. BERCHE** répondent qu'il est impossible de s'opposer au principe de la grève.

A la suite d'un échange de vues sur la rédaction du vœu de soutien (joint en annexe numéro un, au présent compte-rendu), **M. CORIAT** met le texte aux voix ; le vœu est approuvé par 47 voix pour, 1 voix contre et 3 abstentions.

Puis il déclare que **M. AIGRAIN** et lui-même contacteront le directeur de cabinet de la ministre afin de demander l'ouverture de négociations globales, de regretter que les solutions préconisées par **M. BERLAND** soient abandonnées au profit d'autres, enfin de faire part de la certitude de la CME qu'appliquer des mesures désincitatives à de jeunes médecins ne permettra pas de résoudre le problème.

III- Rapport d'étape annuel 2007 du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile-de-France.

En introduction, **M. PINSON** explique le contexte et les enjeux de l'évaluation d'étape du contrat de bon usage (cf. mis en ligne sur le site Internet de la CME) qui se traduit par un effort considérable de la part de l'ensemble des acteurs depuis trois ans.

L'enjeu financier s'avère capital car un non respect du contrat de bon usage conduirait à une perte de 66 millions d'euros pour l'AP-HP. Le dispositif s'inscrit dans le cadre du remboursement à l'euro près de médicaments et de dispositifs médicaux innovants (DMI) coûteux, pour un coût global supérieur à 220 millions d'euros.

Les prescripteurs de ces médicaments et DMI coûteux mesurent les progrès que ce volet de la tarification à l'activité (T2A) a induit par rapport à la situation précédente, la dotation globale de financement. En effet, cette mesure favorise les CHU ainsi que les centres de lutte contre le cancer (CLCC). En contrepartie, il a été demandé aux intervenants d'entrer dans une logique d'évaluation des prescriptions par les pairs et de sécuriser les circuits des médicaments et des DMI.

L'effort d'adaptation entrepris par l'AP-HP depuis trois ans n'a pas été réalisé par d'autres établissements. Ainsi, le recueil nominatif des médicaments pris en compte dans ce dispositif est quasi-systématique dans l'institution. Cette rigueur permet d'analyser les traitements mis en œuvre au regard des référentiels élaborés pour l'essentiel par l'AP-HP dans l'attente des prescriptions nationales. Les prescriptions hors référentiels devant être argumentées, les comités du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ont consacré une ou plusieurs séances en 2006 à l'analyse de ces prescriptions. Au final, les efforts enregistrés depuis trois ans profitent à l'AP-HP.

Pour sa part, **Mme LALARDRIE** indique que le contrat de bon usage porte sur quatre thématiques :

- l'amélioration et la sécurisation du circuit du médicament et des DM ;
- le développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau ;
- les engagements spécifiques pour les médicaments et les DM remboursables en sus des tarifs ;
- la procédure d'autoévaluation.

L'AP-HP applique un contrat unique à l'ensemble des hôpitaux. Ceux-ci remontent les informations qui sont mises en forme par le comité de pilotage sur la base des trente et un objectifs précis fixés par l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF). Le contrat doit traduire une dynamique collective se fondant sur les résultats obtenus en 2006 et sur les observations formulées par l'ARHIF à l'issue de sa première évaluation. Ces observations concernaient :

- la poursuite du développement des projets ;
- l'élaboration d'une procédure de prescription junior, déjà partiellement engagée ;
- la mise en place d'un livret thérapeutique pour les DMI ;
- la présence dans le dossier du patient de l'intégralité des prescriptions de médicaments et de DMI hors GHS ;
- l'élaboration d'une procédure de suivi et d'enregistrement des retours à la pharmacie ;

- la réalisation d'un suivi des DMI par patient et par service codés en liste des produits et prestations (LPP) ;
- la mise en place d'un dispositif d'audit interne.

En 2007, l'AP-HP obtient un score de 86,5 sur 106 (soit 81 %), identique au score atteint en 2006 lequel correspondait à la capacité de l'AP-HP à présenter des projets, alors que celui de 2007 reflète la capacité à les mettre en œuvre. L'identité du score, détaillé par Mme LALARDRIE, représente bien un progrès.

Le bilan 2007 met en exergue les points forts de l'AP-HP, correspondant au travail de sensibilisation et d'information du CBUS mené au niveau central et local, aux référentiels relatifs aux médicaments orphelins, à la mobilisation des COMEDIMS. Ce bilan mentionne également les progrès réalisés sur la centralisation des chimiothérapies et le respect des référentiels. Enfin, des progrès notables devront être réalisés dans les domaines de l'autoévaluation et des audits qu'il est proposé d'intégrer aux procédures existantes (dossier patient...), du circuit des DMI et de la dispensation nominative.

Globalement positif, le bilan 2007 traduit l'implication de nombreuses personnes au sein des hôpitaux et du siège, néanmoins elle mérite d'être renforcée dans les CCM de certains hôpitaux. Par ailleurs, 2008 constituera la dernière année du contrat triennal aussi il importe d'afficher de bons résultats l'an prochain, base des négociations du futur contrat. Il convient donc de maintenir la dynamique engagée tout en confortant l'AP-HP dans son rôle de CHU de référence.

Le **président** se félicite de l'implication de l'ensemble des hôpitaux dans la mise en œuvre du contrat de bon usage.

L'enveloppe 2007 relative aux éléments remboursés à l'euro près représente environ 90 millions d'euros pour les médicaments et 25 millions pour les DM diminuant d'autant les autres remboursements, observe **M. LEVERGE**. Les laboratoires réalisent des profits de plus en plus lucratifs sur les traitements innovants. Face à cette situation qui pèse sur l'avenir des hôpitaux notamment des CHU, le ministère promeut les contrats de bon usage.

Par ailleurs, il pense que les résultats lissés favorisant l'institution cachent de grandes divergences entre les hôpitaux, voire au sein même des hôpitaux et craint surtout des déclarations fallacieuses. L'année prochaine, le ministère réalisera des vérifications par site, au risque de découvrir des situations peu favorables à l'institution.

Dans ce contexte, l'intervenant recommande en premier lieu, de maintenir la pression en demandant aux prescripteurs les plus jeunes de vérifier si leurs prescriptions correspondent aux standards internationaux, en second lieu, dans l'attente du futur système informatique, de conserver le système d'information de transition qui permet de s'assurer de l'exhaustivité des recueils, donc du remboursement à l'euro près.

Mme DEGOS insiste sur le coût croissant des dispositifs médicaux, lesquels comportent des référentiels plus limités que les médicaments et ne font pas l'objet d'évaluation sérieuse.

Le **président** note les recommandations formulées et fera vérifier la manière de les mettre en œuvre.

IV- Deuxième état quadrimestriel au titre de l'année 2007.

M. CHATELLIER procède à une présentation synthétique du volet relatif à l'activité dans le cadre du deuxième état quadrimestriel au titre de l'année 2007 (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Le taux d'exhaustivité.

En août 2007, le taux d'exhaustivité atteint 99,48 % conformément aux objectifs fixés par l'institution. Ce résultat a été obtenu grâce à un effort significatif des personnels soignants et médicaux, mais aussi des équipes du programme médicalisé du système d'information (PMSI). Les 3 907 séjours défailants, dont moins de 300 correspondent à des erreurs de codage, constituent un nombre important de séjours en volume. Il s'avère impossible d'établir un palmarès de la qualité du codage par hôpital, car les taux enregistrés connaissent de fortes variations chaque mois. Ces différences signifient que l'exhaustivité exige un travail constant, néanmoins les hôpitaux enregistrant les plus faibles taux d'exhaustivité s'approchent d'un niveau de qualité correct.

L'évolution de l'activité.

L'activité totale de court séjour de l'AP-HP, corrigée du défaut d'exhaustivité, se révèle inférieure aux prévisions. L'activité d'hospitalisation partielle enregistre une diminution de 1,6 %, en raison des contrôles réalisés par la sécurité sociale dans un certain nombre d'hôpitaux et des effets de la circulaire frontière. Les séjours d'hospitalisation complète progressent uniquement de 0,7 % alors que les projections tablaient sur une croissance de 1,6 %. On note une progression de 1,1 % du nombre de séjours de plus d'une nuit, corrélée à une diminution de 2,9 % des séjours d'une nuit. Cette double évolution traduit peut-être la volonté de faire basculer des séjours d'une nuit vers des séjours d'une durée de deux nuits rémunérés différemment. Des vérifications sont en cours sur ce point. La progression de l'hospitalisation complète traduit un gain de 2 451 séjours, soit quelques séjours par hôpital.

Ces résultats globaux couvrent une grande hétérogénéité de situation au niveau des hôpitaux. L'évolution de l'activité peut être le résultat direct du fonctionnement de la structure (bon fonctionnement du bloc, absence d'attente en radiologie...), il convient donc de s'inspirer des modes d'organisation permettant une bonne fluidité des patients.

Si la plupart des hôpitaux n'atteignent pas les objectifs fixés dans leur contrat concernant l'évolution de l'hospitalisation complète, l'explication réside parfois dans une mauvaise préparation du contrat, aussi un travail va s'engager service par service afin de vérifier la validité des prévisions d'activité pour l'année 2008.

On constate également une grande hétérogénéité de l'évolution de l'activité selon les spécialités. Au premier semestre, on observe une progression de l'activité en chirurgie, une stagnation de l'activité en médecine encore plus marquée concernant les enfants et un tassement de l'activité en obstétrique, alors que ce secteur avait porté l'activité de l'AP-HP en 2006.

Puis, M. CHATELLIER décrit l'activité par secteur sur quatre ans et enfin par groupe homogène de malades (GHM) avant de conclure sur l'impossibilité de travailler sans bénéficier d'une exhaustivité des données dans la mesure où l'outil « entrepôt de données partagées », disponible dans tous les hôpitaux, ne peut être utilisé sans que cette condition soit remplie. Il invite chacun à réfléchir à l'hétérogénéité des situations observées.

A son tour, **M. GUIN** expose le volet budgétaire de ce point de l'ordre du jour.

La deuxième situation quadrimestrielle de l'année 2007 correspond à la situation budgétaire de l'AP-HP à la fin d'août et s'inscrit dans une logique de pilotage permettant de suivre la réalisation des recettes et des dépenses au regard des objectifs fixés dans le cadre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (cf. document présenté lors de la séance).

Les recettes.

On enregistre au cours des huit premiers mois de l'année un écart significatif, en hospitalisation complète entre le taux prévu (+ 1,6%) et le taux observé (+ 0,8 %), et en hospitalisation partielle entre le taux prévu (+ 1,6 %) et le taux observé (- 0,6 %). Cette situation engendre un risque majeur de sous-réalisation des recettes d'activité si on ne parvient pas à modifier cette tendance d'ici à la fin de l'année. Certains effets techniques permettent néanmoins de compenser en partie la sous-réalisation des recettes d'activité.

Les recettes liées aux médicaments onéreux et aux DMI remboursés en sus des séjours s'avèrent inférieures aux estimations avec + 15 % réalisés contre + 20 % prévus. Le manque à gagner atteint 22 millions d'euros pour les médicaments et 4 millions d'euros pour les DMI. Cette sous-réalisation s'explique par plusieurs éléments, notamment une mauvaise application des règles d'appariement accompagnant un séjour.

Les recettes de titre 2 sont globalement conformes aux prévisions, les retards de facturation impactant les recettes de titre 3 devraient être compensés d'ici à la fin de l'année.

Les dépenses.

On constate une diminution, par rapport à l'an passé, de la sous-exécution des dépenses de personnel d'un montant de :

- 3 millions d'euros pour les personnels non médicaux ;
- 7 millions d'euros pour les personnels médicaux.

En revanche, on enregistre un dépassement de 19 millions d'euros des dépenses médicales et pharmaceutiques par rapport aux prévisions résultant :

- d'une sous-exécution de 10 millions d'euros des médicaments remboursés en T2A ;
- d'une progression de 11 millions d'euros des rétrocessions ;
- d'une progression de 8 millions d'euros des médicaments sous l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ;
- d'une progression de 10 millions d'euros du fait des variations de stock.

Cette augmentation des dépenses de médicaments hors remboursement T2A étonne puisque l'activité diminue.

Les dépenses hôtelières et générales se révèlent conformes aux prévisions mais on note près de 5 millions d'euros de dépenses exceptionnelles provenant d'annulations de titre (3 millions d'euros) et de l'imputation de mesures relatives au personnel, en application du protocole de la fonction publique hospitalière.

L'AP-HP se trouve donc confrontée à un risque significatif en raison d'une activité largement inférieure aux prévisions. Dans le même temps, on constate une relative maîtrise des dépenses de personnel, compensée par des tensions concernant les dépenses de médicaments. On entre désormais dans une période délicate de pilotage d'ici à la fin de l'année.

V- **Avis sur le projet d'état prévisionnel des recettes et des dépenses modificatif pour l'année 2007.**

L'EPRD modificatif reste fondé sur un objectif d'exécution équilibrée du budget, malgré une situation plus difficile que celle prévue, condition du maintien de l'effort d'investissement et de modernisation de l'AP-HP défini dans le plan stratégique, indique **M. GUIN** (cf. document présenté lors de la séance).

Les recettes.

L'objectif de croissance de l'activité en hospitalisation complète a été ramené à 1,3 %, un taux intermédiaire entre celui de croissance prévu initialement (+ 1,6 %) et celui enregistré fin août (+ 0,8 %). L'atteinte de ce nouvel objectif impose un fort rebond de l'activité durant le dernier quadrimestre (+ 2 %). Par ailleurs, l'EPRD modificatif intègre :

- des mesures spécifiques liées à des notifications de fin de campagne budgétaire par le ministère permettant de majorer de 1 million d'euros les recettes de titre 1 ;
- une majoration des tarifs journaliers de 3 % à compter du 1^{er} décembre 2007, augmentant les recettes de titre 2 ;
- les autres produits, titre 3, intégrant certains ajustements,

qui devraient aboutir globalement à une progression de 16 millions d'euros de recettes.

Les dépenses.

La très légère sous-réalisation des dépenses de personnel observée fin août conduit à maintenir les prévisions initiales. Il est proposé d'augmenter de 13 millions d'euros les crédits affectés aux dépenses médicales et pharmaceutiques, de légèrement diminuer les dépenses hôtelières et générales, et d'augmenter faiblement les crédits liés aux dépenses exceptionnelles. Au global, la prévision de dépenses est majorée de 16 millions d'euros.

Ces différents ajustements permettent de conserver un EPRD à l'équilibre, fondé sur une prévision de dépenses et de recettes de 6,010 milliards d'euros.

Les comptes de résultat prévisionnel annexe (CRPA).

Le CRPA portant sur les soins de longue durée (SLD) n'enregistre aucun écart majeur par rapport aux prévisions, l'EPRD modificatif permet uniquement de procéder à des ajustements techniques internes.

Pour le CRPA concernant les écoles, il est proposé de diminuer de 2 millions d'euros les prévisions de dépenses et de procéder à l'ajustement de la subvention par le conseil régional.

Le CRPA relatif à la dotation non affectée enregistre une révision à la baisse des produits de cession de 10 millions d'euros contre 18 millions d'euros escomptés initialement. Cette baisse sera compensée par rémissions de titres sur exercices antérieurs. Le résultat prévisionnel de ce compte atteindrait finalement 17 millions d'euros, contre 16 millions d'euros envisagés initialement.

Le tableau de financement.

Les besoins en investissement sont revus à la hausse : la prévision d'autorisations de programmes passe de 715 millions d'euros à 733 millions d'euros et celle de crédits de paiement, majorée de 30 millions d'euros, atteint 529 millions d'euros. Au final, le tableau de financement reste à l'équilibre, grâce à une réduction de 14 millions d'euros du montant des remboursements d'emprunt et à une augmentation de 15 millions d'euros du recours à l'emprunt.

En conclusion.

L'AP-HP traverse une zone de tension importante concernant son activité, ses recettes et ses dépenses. L'exécution budgétaire exigera une grande vigilance jusqu'à la fin de l'année afin de concrétiser le regain d'activité anticipé dans l'EPRD modificatif et aussi de veiller au respect du plan équilibre et à l'évolution des dépenses de médicaments. M. GUIN achève son exposé en soulignant la nécessité de s'efforcer ensemble d'atteindre l'objectif d'exécution équilibrée de l'EPRD, même si cette exigence implique de prendre des mesures complémentaires d'ajustement.

Le **président** souhaite savoir si le fait de ne pas avoir atteint les objectifs de recrutement des personnels paramédicaux constitue une des causes d'une activité inférieure aux prévisions.

Après vérification, **M. GUIN** peut affirmer l'absence de corrélation au niveau global entre l'évolution des dépenses de personnel, donc du nombre de postes vacants, et l'écart d'activité constaté ; néanmoins il conviendra de vérifier cet élément au niveau des établissements, des pôles et des services.

M. CAPRON s'interroge sur l'avenir à moyen et à long terme des hôpitaux de jour. On doit soigner les patients dans le cadre du système de soins le plus adapté indique **M. CHATELLIER**. La progression des hospitalisations de jour au cours des dix dernières années prouve que ce mode de prise en charge a sa place dans l'institution. Cependant, les contrôles de l'assurance maladie doivent conduire à s'interroger sur la pertinence d'une telle structure dans un certain nombre de cas. Transférer des actes (bilans...) dans le cadre de simples consultations risque de se traduire par une valorisation insuffisante de ces actes, aussi il est envisagé de créer des consultations valorisées.

Par le biais des GHS, l'Etat incite au transfert de certaines activités de l'hospitalisation conventionnelle vers l'hospitalisation de jour. Il convient de mener une réflexion spécialité par spécialité afin de définir le niveau adéquat de recours à l'hospitalisation de jour. Dans ce cadre, les collégiales pourraient élaborer des recommandations afin de s'appuyer sur des argumentaires solides en cas de désaccord avec l'assurance maladie.

M. SEBBANE salue la transmission systématiquement des informations relatives au secteur gériatrique car elles confèrent une valeur pédagogique pour ses collègues. En effet, malgré des difficultés persistantes de recrutement des personnels soignant et médical, les hôpitaux de gériatrie n'ont pas réduit leur activité et tentent de s'inscrire dans une filière intégrant les urgences, les soins de suite et de réadaptation (SSR) et les SLD.

Tandis que la circulaire frontière pose le problème des hospitalisations de jour au sein des hôpitaux gériatriques, une réflexion se déroule au sein de la profession afin de formaliser des propositions dans ce domaine. Enfin, **M. SEBBANE** voudrait des précisions sur l'évolution de l'activité de SLD.

M. GUIN confirme que l'activité de SLD s'inscrit dans le cadre des prévisions formulées dans l'EPRD. Des documents communiqués à l'issue de cette réunion préciseront l'information synthétique diffusée en séance. On enregistre la poursuite de la sous-exécution en matière de personnel mais elle ne remet pas en cause l'équilibre du compte de résultat annexe relatif aux SLD.

L'augmentation significative des dépenses de médicaments s'explique comme mentionné par trois éléments remarque **M. LEVERGE** :

- une progression des rétrocessions, ce chapitre totalisant 40 millions d'euros de recettes ;
- l'augmentation du chapitre consacré aux médicaments hors GHS ;
- une perte de recettes concernant les produits remboursés à l'euro près en raison des défauts d'appariement entre la saisie nominative de la dépense par patient et le séjour, engendrant automatiquement une perte de recettes estimée à 10 millions d'euros.

Il convient également d'évoquer le cas des patients étrangers, titulaires ou non de l'aide médicale d'Etat (AME), pour lesquels on ne bénéficie pas de remboursements à l'euro près. Cette perte de recettes peut se justifier par des situations très particulières que l'intervenant illustre par un exemple.

A la suite d'une question du **président** relative aux mesures complémentaires à envisager si l'AP-HP ne parvient pas à accroître son activité au cours du troisième trimestre, **M. GUIN** précise que le maintien d'une progression d'activité limitée à 0,8 % sur l'année engendrerait une perte de recettes d'activité d'environ 4 à 5 millions d'euros. Ce manque à gagner pourrait être compensé par des mesures techniques. Si cette stagnation de l'activité à + 0,8 % s'accompagne d'autres mauvaises surprises, on devrait proposer au conseil exécutif des mesures de maîtrise budgétaire, allant jusqu'à la maîtrise des dépenses d'exploitation, sans qu'il soit nécessaire de présenter un nouvel EPRD modificatif. Cet effort resterait limité.

Le **directeur général** précise qu'on peut néanmoins espérer que les résultats du troisième trimestre n'imposeront pas une restriction des dépenses laquelle induirait un report d'un certain nombre de mesures nouvelles sur l'exercice prochain, ou la suspension de certaines mesures ne remettant pas en cause le niveau d'activité. Il tient à rappeler que dans tous les cas de figure, les recettes seront équivalentes aux dépenses. L'équilibre budgétaire se pose comme un invariant car dans le cadre du plan équilibre de l'AP-HP, l'Etat versera à cette dernière une enveloppe complémentaire dans le respect de ses engagements.

Pour permettre à l'AP-HP de remplir ses engagements, **M. FAGON** pense qu'il importe d'étendre le concept de bon usage au-delà des produits actuellement ciblés. A cette fin, les sites doivent soutenir le travail des COMEDIMS. En second lieu, l'hétérogénéité de l'évolution de l'activité entre les établissements démontre la nécessité d'agir sur mesure, l'effort devant porter sur l'ensemble de l'activité ou sur certaines spécialités, et parfois sur l'hospitalisation complète ou sur l'hospitalisation de jour. Cette volonté d'agir au cas par cas devra se concrétiser chaque année dans le cadre des conférences activité-stratégie-performance (ASP) et budgétaires.

Par ailleurs, il rappelle que l'hôpital de jour poursuit son fort développement dans le secteur privé, on doit donc tenir compte de cette évolution. Dans ce cadre, il convient d'une part d'examiner avec soin les 17 000 séjours de moins de deux jours enregistrés dans les établissements de l'AP-HP car une partie de ces séjours pourrait certainement se rebasculer en hospitalisation de jour, d'autre part, de se montrer attentif à ne pas transformer artificiellement certains séjours de un jour en séjours de plus de deux jours.

Enfin, M. FAGON salue les progrès obtenus en matière de codage, fruit d'un travail considérable. Cependant, il signale que les validations, qui doivent intervenir en temps réel dans le cadre de SIGAPS, restent médiocres au sein de l'institution. Le **président** ajoute que tous les auteurs doivent valider dans SIGAPS les papiers qu'ils cosignent. L'inscription des publications dans SIGAPS correspond à un enjeu de plusieurs dizaines millions d'euros déclare le **directeur général** qui informe de la possibilité d'examiner l'utilisation de cet outil au sein de chaque pôle d'activité. Cet élément sera pris en compte lors des prochaines décisions budgétaires.

La CME approuve à l'unanimité l'EPRD modificatif, moins une abstention. Un membre de la CME ne participe pas au vote.

VI- Avis sur les premières propositions budgétaires 2008 relatives aux comptes de résultats prévisionnels annexes des unités de soins de longue durée, des écoles paramédicales et des activités d'alcoologie et de toxicologie.

M. GUIN informe que l'avis demandé à l'instance concernant les unités de SLD, les écoles paramédicales et les activités d'alcoologie et de toxicologie découle des nouvelles règles budgétaires pour ces trois activités financées non par l'assurance maladie mais par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales pour les activités d'addictologie, le département de Paris pour les SLD, le conseil régional d'Ile-de-France pour les écoles. Cet avis permettra d'engager les discussions avec les différents financeurs.

Les propositions formulées visent pour l'essentiel à reconduire les actions menées par le passé (cf. document présenté lors de la séance).

Le projet prévoit :

- pour les soins de longue durée :
 - la mise en œuvre progressive des fermetures de lits prévues par le plan stratégique ;
 - un taux d'occupation cible de 98 % ;
 - des effets prix concernant un certain nombre de dépenses ;
 - la traduction des hypothèses d'évolution de la dotation de soin (+ 2,2 %) ;
 - une augmentation des tarifs liés à la dépendance différente selon les GIR ;

- pour les écoles :
 - la reconduction des mesures existantes fondées sur une hypothèse de progression de 2 % des dépenses en 2008 ;
 - un certain nombre de mesures nouvelles, d'un montant de 900 000 euros. Sur cette base, la subvention demandée au conseil régional serait portée à 48,2 millions d'euros, contre 46,5 millions d'euros en 2007 ;
- pour l'alcoologie et la toxicologie, une première année de construction de ce CRPA, le budget de plus de 4 millions d'euros de dépenses et de recettes, couvre plusieurs sites sièges de centres de soins spécialisés en toxicologie et de centres de cure ambulatoire en alcoologie.

La CME approuve à l'unanimité moins une abstention les premières propositions budgétaires 2008 relatives aux comptes de résultats prévisionnels annexes.

VII- Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP.

En début de mandature, rappelle le **président**, M. AIGRAIN et lui-même avaient pris l'engagement de modifier le règlement intérieur de l'AP-HP concernant la nomination des chefs de services. Un groupe de travail constitué avec les doyens s'est attaché à définir une procédure instituant clairement le rôle de la CME dans cette nomination. Les services restent des éléments importants pour l'organisation médicale et le recrutement des praticiens hospitaliers même si la structuration de l'hôpital en pôles d'activité permet de lutter contre la balkanisation des organisations.

Le projet de modification du règlement intérieur (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) porte sur la procédure de nomination des responsables de structures internes de pôles, sur la procédure de nomination des praticiens hospitaliers au sein de ces structures internes et sur la création de commissions de site à l'hôpital maritime de Berck, indique **M. CHEVALIER**. Les propositions exposées résultent du travail d'un groupe piloté par la CME, en collaboration avec la direction de la politique médicale et la direction des affaires juridiques et des droits du patient.

L'ancienne procédure de nomination des chefs des services.

Un pôle regroupe différents types de structures internes, des unités fonctionnelles rattachées directement au pôle, des départements et des services. Ces derniers peuvent relever du régime en vigueur avant l'ordonnance du 2 mai 2005 ou du nouveau régime. Dans le premier cas, le chef de service est nommé pour cinq ans par le ministre après avis de la commission restreinte de la CME, disposition désormais rappelée dans le règlement intérieur et qui ne concerne que les services de l'ancien régime. Cette procédure pourrait évoluer dans le cadre du décret relatif à la « liste d'habilitation ».

La procédure de nomination des chefs des nouveaux services.

Pour la procédure de nomination des chefs des services créés depuis l'ordonnance du 2 mai 2005 ou des anciens services modifiés depuis cette date, la loi prévoit que ces chefs sont nommés par le responsable de pôle pour quatre ans, après l'avis du CCM. Le projet envisage un avis préalable de la CME. M. CHEVALIER précise le caractère consultatif de ces avis. Par extension, l'avis consultatif s'étendra aux nominations des responsables de départements et d'unités cliniques composant les pôles. Le projet vise également à associer au processus de nomination des chefs de service relevant du nouveau régime, le directeur de l'UFR concernée.

Les unités cliniques.

En l'état, les unités cliniques existent à titre expérimental en application d'une délibération du conseil d'administration du 20 octobre 2006 ; elles figurent dans un mémoire distinct du règlement intérieur. La modification se propose d'inscrire les unités cliniques, qui conservent leur statut expérimental, dans la liste des structures internes composant les pôles, aux côtés des services et des départements.

La procédure de nomination et d'affectation des praticiens hospitaliers.

Le projet inclut l'avis du chef de la structure interne concernée par l'affectation, alors que la procédure réglementaire prévoit uniquement une affectation du praticien hospitalier par le directeur général sur proposition du responsable de pôle et du président de la CME.

La création de deux commissions de site.

En raison de l'éloignement géographique de l'hôpital maritime de Berck de son hôpital de rattachement, Raymond Poincaré, il est proposé de créer deux instances consultatives sur le site de Berck.

Elles émettraient des avis sur les questions locales relevant réglementairement de la compétence de la commission de surveillance ou du comité technique local d'établissement. Ces avis locaux ne se substitueraient pas à l'avis des instances officiellement consultées au sein du groupe hospitalier, signale M. CHEVALIER.

Au terme de l'exposé, le **président** déclare que le désir d'accroître davantage le rôle de la CME dans les procédures de nomination a trouvé ses limites dans le cadre législatif. L'essentiel consiste à ce que la CME joue pleinement son rôle de garant de l'équité et du bon fonctionnement institutionnel.

M. WEILL demandant si la structuration en unité clinique s'applique également aux pôles de biologie, le **directeur général** répond par l'affirmative et indique que des structures comparables pourront exister dans le domaine de la radiologie, aussi il propose de les nommer « unités cliniques et médico-techniques ». Cette modification sera intégrée au projet, ajoute le **président**.

M. FAYE s'interroge sur l'applicabilité des dispositions modificatives contenues dans ce document et leurs dates d'effet, **M. CHEVALIER** précise que l'ordonnance du 2 mai 2005 prévoit que seuls les services relevant de l'ancien régime resteront régis par les précédentes dispositions, dans l'attente de la publication du décret portant sur la « liste d'habilitation ». Les structures récentes se conformeront aux nouvelles dispositions.

La CME approuve la modification du règlement intérieur par 41 voix pour, 4 voix contre et 1 abstention.

Le **président** demandant aux membres opposés aux modifications d'expliquer leur position, **M. DRU** déclare que l'avis du doyen pour procéder à la nomination d'un chef de service hospitalier ne lui semble pas nécessaire et conteste le dispositif relatif à la nomination des praticiens hospitaliers, tandis que **M. DASSIER** mentionne le dépôt d'un recours devant le Conseil d'Etat concernant la procédure d'affectation des praticiens hospitaliers.

VIII- Avis sur des fiches de pôles d'activité.

M. HARDY présente les fiches de pôles d'activité examinées favorablement par la commission des structures.

GHU sud

Groupe hospitalier Albert Chenevier – Henri Mondor

- *Pôle 9 « recherche clinique et santé publique » :*

- *Création du pôle 9 « recherche clinique et santé publique ».*

La commission des structures a estimé que le pôle améliore notablement la lisibilité des activités. Il permet de mettre en valeur les compétences et d'assurer la cohérence de l'ensemble, même si la faiblesse de la masse critique a été soulevée et que des intervenants ont regretté que l'activité informatique et la pharmacovigilance clinique ne sont pas intégrées à ce pôle.

GHU nord

Hôpital Charles Richet

- *Pôle 1 « hospitalisation, court séjour gériatrique, soins de suite et de réadaptation, hôpital de jour, consultations » :*

- *Rattachement du service de pharmacie, de l'unité fonctionnelle rééducation et de l'unité fonctionnelle équipe opérationnelle hygiène au pôle (activités initialement rattachées au conseil exécutif local).*
- *Fusion de l'unité fonctionnelle de consultations et de l'unité fonctionnelle d'hôpital de jour en une seule unité fonctionnelle « hôpital de jour – consultations ».*

- *Modification de l'intitulé des services de gériatrie.*
- *Modification de l'intitulé du pôle 1 « hospitalisation, court séjour gériatrique, soins de suite et de réadaptation, hôpital de jour, consultations » en pôle 1 « hospitalisation ».*

GHU est

Hôpital Rothschild

- *Pôle 1 gériatrie :*

- *Création d'un service en remplacement de l'unité fonctionnelle de médecine gériatrique court séjour (en lien médical avec le service du Pr PIETTE du groupe hospitalier Charles Foix – Jean Rostand).*

La commission des structures a souligné l'importance de prévoir, à terme, la constitution d'un second service, lorsque le pôle gériatrie aura atteint sa masse critique (290 lits), de manière à éviter la pérennisation d'un pôle monoservice.

M. LYON-CAEN s'étonnant de la création d'un service à l'hôpital Rothschild dont l'organisation devrait être modifiée, **M. FAGON**, qui souscrit à cette remarque de principe, précise que le projet relatif à cet établissement s'inscrit dans le cadre d'une progression des capacités et vise à créer par la suite un second service au sein du pôle gériatrie. Le doyen de Paris VI a donné son accord pour affecter à terme des praticiens universitaires au sein de cette structure. Ces différents éléments s'avèrent de nature à rendre logique l'ensemble. Le **président** signale l'intérêt à individualiser cette structure dans le cadre du choix des postes des internes.

La CME approuve les trois fiches de pôles d'activité à l'unanimité moins une voix contre et une abstention.

IX- Avis sur des contrats d'activité libérale.

L'avenant au contrat d'activité libérale présenté est adopté par 31 voix pour, 5 voix contre et 7 abstentions.

X- Avis sur les emplois hospitalo-universitaires vacants dans le cadre de la révision des effectifs au titre de l'année 2008.

Sur la base des propositions formulées par les CCM et les UFR concernant la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2008, la CME arrêtera ses propositions qui seront transmises au ministère, indique le **président**. La publication des postes mis au recrutement interviendra dans les premiers jours de l'année prochaine.

Les UFR ayant adopté des stratégies différentes à propos des demandes formulées par les hôpitaux hors de l'AP-HP, **M. LYON-CAEN** voudrait connaître la position de l'administration à ce sujet.

M. FAGON confirme le sens de cette remarque. L'exemple le plus évident concerne l'UFR Paris – Ile-de-France ouest laquelle soutient de nombreux postes dans des hôpitaux hors de l'AP-HP, car aucun poste n'avait été attribué par cette UFR à des hôpitaux hors AP-HP au cours des dernières années. Il convient toutefois de prendre en compte les problématiques auxquelles sont confrontées les UFR Paris XI et Paris ouest qui considèrent devoir accompagner le développement d'importantes structures publiques. Ainsi, dans le cadre de l'élaboration du prochain plan stratégique de l'AP-HP, il importera de préciser clairement les liens entre l'AP-HP et les six ou sept importantes structures publiques dont l'activité de recherche se révèle de plus en plus significative, tel le CHU de Versailles – Poissy qui dispose de cinq programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC).

Si certains hôpitaux non AP-HP comptent effectivement des activités universitaires reconnues par les doyens et par l'AP-HP, intervient le **directeur général**, le paradoxe réside dans le fait que cette révision des effectifs hospitalo-universitaires aboutit à alimenter les principaux concurrents de l'institution. Afin d'adopter une attitude constructive face à cette situation, il propose d'organiser en collaboration avec le président de la CME et le directeur de la politique médicale, une réunion commune avec les représentants de ces hôpitaux pour poser les conditions de l'AP-HP. Au regard des besoins en matière de recherche, mais aussi et surtout en matière de formation avec l'augmentation importante du *numerus clausus* des étudiants en médecine, **M. LECLERCQ** est favorable à l'attribution de postes dans ces hôpitaux. Cependant en contrepartie, ces derniers ne doivent pas développer une stratégie hospitalière contre l'AP-HP. Or il constate une difficulté pour obtenir une coopération saine et loyale de la part de certains établissements, alors qu'il est imposé à l'AP-HP de travailler en complémentarité avec eux. La démarche que le directeur général suggère d'adopter conduira à clarifier la situation dans le cadre de la préparation du futur plan stratégique. Il se montrera extrêmement ferme sur ce sujet.

Le **président** s'interroge sur l'intérêt pour la CME et sur sa capacité à classer des postes externes au périmètre de l'AP-HP, aussi il invite **M. BERCHE** à rapporter l'avis des doyens sur la problématique générale.

M. BERCHE souhaite s'exprimer en son seul nom. Sa fonction couvrant essentiellement l'hôpital Saint Joseph et le centre hospitalier Sainte-Anne, il constate que les services de neurologie neuropsychiatrie de ce dernier travaillent en parfaite complémentarité avec le GHU ouest. Les demandes de Sainte-Anne ne lui paraissent pas discutables, dans la mesure où il n'existe pas d'autre service de neurologie au sein du GHU ouest. Pour sa part l'hôpital Saint Joseph, remplissant des missions de service public et en phase de restructuration, dispose d'un seul PU-PH alors qu'il comprend 800 lits et accueille 80 externes. L'intervenant est en faveur d'une universitarisation modérée de cet hôpital, en ciblant des domaines complémentaires et sans compétition directe avec l'AP-HP (cardiovasculaire...). Il sera envisagé par exemple la possible nomination d'un PU-PH au sein du service de réanimation médicale, en accord avec l'AP-HP.

Si un des établissements hors AP-HP modifie sa stratégie, ces PU-PH auront-ils l'obligation de rejoindre leur corps d'origine et d'être réintégrés au sein de l'AP-HP, interroge **M. FAYE**.

M. BERCHE relate le cas d'un chirurgien PU-PH provenant de l'Institut mutualiste Montsouris qui a été muté à l'hôpital Tenon avec l'accord de l'orateur et obtenu un poste.

Avant de donner lecture du dossier (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME), **Mme PORTENGUEN** informe que la réunion avec des conseillers des ministres a laissé peu d'espoir sur d'éventuelles créations d'emplois bien que le monde universitaire soit épargné par les suppressions de postes dans la fonction publique.

GHU ouest

UFR Paris V

PU-PH : dix emplois vacants, quatre postes obtenus par transformation de cinq postes de MCU-PH et une demande de création.

MCU-PH : quatorze emplois vacants, moins quatre postes proposés par l'UFR en contrepartie de postes de PU-PH.

UFR Paris – Ile-de-France ouest

Le **président** signale que le doyen BAGLIN a indiqué qu'il suit une stratégie pluriannuelle concernant la nomination de PU-PH ; dans ce cadre, les demandes de nomination hors AP-HP font suite à l'absence de ce type de demande au cours des quatre dernières révisions des effectifs.

PU-PH : quatre emplois vacants et un emploi susceptible d'être vacant, moins un emploi à restituer au CHU de Toulouse.

MCU-PH : quatre emplois vacants.

M. CAPRON demande si la réforme de la gouvernance des universités a exercé une influence sur la révision des effectifs tandis que **M. LYON-CAEN** voudrait savoir qui a élaboré les éléments figurant dans la rubrique « propositions CME » du dossier.

La révision a été préparée, répond le **président**, au cours des réunions de travail avec les conseillers des ministres, les doyens et les présidents des universités. Les propositions soumises ce jour à l'instance ont été élaborées par le président de la commission temps et effectifs médicaux, le directeur de la DPM, le vice-président de la CME et lui-même. Il regrette l'impossibilité matérielle de réunir la commission temps et effectifs médicaux pour qu'elle valide ces propositions avant leur examen par le bureau de la CME. Il se dit prêt à entendre les demandes éventuelles de modification avant de transmettre les propositions de la CME au ministère. **M. FOURNIER** ajoute que des raisons de calendrier ont empêché de suivre la procédure usuelle.

A son tour, **M. FAGON** explique que les CCM ont exprimé leurs demandes avant l'été, mais les conseils d'UFR se réunissent à partir du mois de septembre alors que la CME doit prendre en compte le classement établi par ces conseils. Il déplore la dissociation des calendriers hospitaliers et universitaires qui impose à la CME de se prononcer dans un délai court tandis que les choix tardifs des UFR mettent l'instance en difficulté.

S'il comprend les problèmes de calendrier, **M. RICHARD** s'étonne que la commission temps et effectifs médicaux n'ait pas été réunie à l'occasion de cette révision des effectifs. Une telle situation renvoie aux responsabilités des différentes instances alors même que la CME avait décidé de maintenir différents groupes de travail en son sein afin de permettre de préparer ses avis dans de bonnes conditions.

Bien qu'il partage ce propos, **M. VALLEUR** évoque les contraintes calendaires qui rendaient difficile de réunir la commission temps et effectifs médicaux.

Selon **M. GARABEDIAN**, si la CME souhaite jouer un rôle équivalent à celui des universités, on doit agir de sorte que les calendriers des intervenants hospitaliers et universitaires s'accordent. Dans le cas contraire, la CME se prononce alors que les propositions sont déjà arrêtées.

M. BERCHE déclare que les UFR se conforment aux textes réglementaires qui prévoient de formuler les propositions avant le 1^{er} octobre. Elles pourraient, si nécessaire, se prononcer pour le 15 septembre mais non, pour des raisons techniques, dès le mois de juin.

On doit donc harmoniser ces calendriers conclut le **président** qui insiste sur son attachement à la transparence et à la lisibilité des procédures. L'année prochaine, la commission temps et effectifs médicaux pourra examiner les propositions dans un délai normal. Puis, il invite les membres de la CME à se prononcer sur chaque classement de GHU.

L'instance adopte le classement proposé du GHU ouest par 28 voix pour. On enregistre 4 abstentions et 17 membres ne participent pas au vote.

GHU est

Mme PORTENGUEN signale que pour le GHU est, les propositions ont été élaborées par des commissions mixtes hospitalières et universitaires.

UFR Paris VI – Pierre et Marie Curie

PU-PH : onze emplois vacants et deux demandes de création au titre de la recherche.

MCU-PH : 10 emplois vacants.

La CME entérine à l'unanimité les propositions relatives au GHU est.

GHU nord

UFR Paris VII – Denis Diderot

PU-PH : huit emplois vacants, deux emplois susceptibles de le devenir et deux demandes de création : une au titre de la recherche, une en périnatalogie.

MCU-PH : quatre emplois vacants et deux susceptibles de le devenir.

UFR Paris XIII – Bobigny

PU-PH : trois emplois vacants et une demande de création au titre du plan addictologie.

MCU-PH : trois emplois vacants.

GHU sud

UFR Paris XI – Kremlin-Bicêtre

PU-PH : deux emplois vacants et un susceptible de le devenir.

MCU-PH : six emplois vacants.

UFR Paris XII – Créteil

PU-PH : trois emplois vacants et un susceptible de le devenir, et deux demandes de création au titre de la recherche.

MCU-PH : cinq emplois vacants.

Les propositions relatives au GHU sud sont approuvées à l'unanimité des votants.

L'annexe numéro deux au présent compte-rendu détaille les emplois concernés par la révision des effectifs hospitalo-universitaires pour l'année 2008 et les propositions entérinées par la CME.

XI- Avis sur les emplois hospitalo-universitaires d'odontologie vacants dans le cadre de la révision des effectifs au titre de l'année 2008.

UFR Paris V

PU-PH : un emploi vacant et une demande de transformation d'un emploi de professeur premier grade en PU-PH.

MCU-PH : un emploi susceptible d'être vacant.

Les propositions relatives à la révision des effectifs d'odontologie au sein de l'UFR Paris V sont approuvées à l'unanimité des votants.

UFR Paris VII – Garancière

MCU-PH : un emploi vacant et une demande de création.

Les propositions relatives à la révision des effectifs d'odontologie au sein de l'UFR Paris VII – Garancière sont approuvées par 26 voix pour, 1 voix contre et 3 abstentions.

L'annexe numéro trois du présent compte-rendu récapitule les emplois concernés par la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie et les propositions approuvées par la CME.

XII- Approbation du compte-rendu de la séance du 11 septembre 2007.

Le compte-rendu est approuvé à l'unanimité.

XIII- Questions diverses.

La fiche de notation du personnel.

M. LEVERGE signale la disparition sur la fiche de notation du personnel, de la rubrique réservée à l'appréciation du chef de service, en faveur de l'avis du responsable de pôle ou du cadre paramédical, du responsable administratif, du responsable technique. Il porte devant la CME la protestation véhémement d'une part, des pharmaciens gérants qui ont autorité technique sur leur personnel et qui à ce titre, ne peuvent être dessaisis de leur évaluation car dans le cas contraire un recours serait déposé à l'encontre de cette modification, d'autre part, des chefs des services cliniques qui perdent le pouvoir d'évaluer leur personnel.

Le décret du 19 septembre 2007 redonne au chef de service le droit d'évaluer ses collaborateurs et de nombreux collègues estiment qu'un responsable de pôle éprouvera des difficultés à noter les centaines de collaborateurs regroupés dans la structure qu'il dirige. **M. LEVERGE** rappelle que la CME a voté ce jour une modification du règlement intérieur de l'AP-HP disposant que, outre la prise en charge des patients, le chef de service ou le chef de la structure interne assure la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles, des soins et le cas échéant de l'enseignement et de la recherche. Dans ce contexte, dessaisir le chef de service ou le chef d'unité clinique, de l'évaluation de ses collaborateurs ne peut s'envisager. Aussi, il invite solennellement la CME à demander à la direction du personnel et des relations sociales de faire figurer sur les fiches de notation au rang des évaluateurs, le chef de service ou le chef de la structure interne concernée.

Au nom de la CME, le **président** soutient la requête visant à ajouter le chef de service ou le responsable de la structure interne au pôle, à la liste des personnes impliquées dans l'évaluation des collaborateurs.

Le comité de pilotage dédié au plan de convergence.

M. RICHARD voudrait savoir si la CME sera renseignée sur les missions attribuées au comité de pilotage consacré au plan de convergence. Un certain nombre de collègues craignent que ce comité de pilotage ne préfigure l'instance chargée d'élaborer le futur plan stratégique de l'AP-HP.

La CME mérite en effet d'être informée sur la méthodologie d'approche du plan de convergence intervient **M. FAYE**. Il pense que la démarche engagée se limite à une mission d'accompagnement par un cabinet d'audit externe ; ce dernier devra au préalable réaliser un bilan des actions entreprises lors d'un travail mené avec la précédente direction générale de l'AP-HP.

Débutée en octobre 2007, la mission de convergence se terminera fin janvier 2008 indique **M. FAGON**. Si ses conclusions nourriront la réflexion du plan stratégique, le groupe constitué pour participer à cette mission ne possède aucun lien avec celui qui se formera pour élaborer le prochain plan stratégique.

Le **président** note que cette mission vise uniquement à valoriser à leur juste niveau un certain nombre de missions assurées par l'AP-HP, en particulier la réflexion médicale, le conseil, la prévention, le recours...

Sollicité par les représentants de ce cabinet, **M. LEVERGE** s'impose un devoir de réserve sur la diffusion d'informations à caractère médico-économique concernant par exemple les dépenses de médicaments ou les dispositifs médicaux. Il incite ses collègues à agir de même car l'expérience démontre que toute entreprise privée recueillant ces informations les revend par la suite. A cet égard, il sollicite la rédaction d'un guide pour cadre de réponse aux interlocuteurs.

La part complémentaire variable des praticiens hospitaliers.

M. FAYE s'enquiert du stade de la réflexion relative à la part complémentaire variable des praticiens hospitaliers en chirurgie et en psychiatrie.

Le **président** déclare avoir déjà indiqué clairement que la CME accompagnerait la démarche des psychiatres sur ce sujet, les pré-requis concernant cette spécialité lui paraissant simples. La situation lui semble plus complexe dans le domaine de la chirurgie lequel nécessitera sans doute d'établir un état des lieux en collaboration avec la DPM afin de vérifier les implications du dispositif.

Le texte, complexe, ne prévoit pas son extension aux hospitalo-universitaires et impose de couvrir un certain nombre de pré-requis très précis, sans doute non remplis par nombre de services souligne **Mme PORTENGUEN**. Le dispositif suppose de fixer des objectifs en matière de qualité et de quantité.

Le dispositif concerne uniquement les services volontaires précise le **président**. A cette fin, il lui semble indispensable de recenser les services voulant y participer et de les aider à remplir les conditions requises. Il conviendrait de présenter la méthodologie lors de la prochaine réunion de la CME.

Pour avoir déjà tenté d'engager la réflexion sur ce nouveau dispositif, individualiser l'activité d'un praticien au sein d'une équipe hospitalo-universitaire semble difficile au **vice-président**. En outre, ce texte pourrait offrir l'occasion de revaloriser la notion d'équipe chirurgicale. Ne pas inclure les services d'anesthésie réanimation dans cette démarche, lui paraît donc impossible.

S'il souscrit à la remarque sur la notion d'équipe, **M. FAYE** rappelle néanmoins que le dispositif résulte de négociations menées avec les syndicats de chirurgiens, aussi il requiert l'application de la loi au sein de l'AP-HP, rejoint par le **président** qui s'engage sur cette application.

Les conditions d'application du décret s'avèrent difficiles à remplir dans un hôpital universitaire considère **M. VALLEUR** qui pense qu'aucun praticien de l'AP-HP ne sera en mesure de se conformer aux exigences du décret. En accord pour l'application de cette disposition réglementaire et pour procéder à identifier les volontaires souhaitant s'insérer dans ce dispositif, il rappelle que le premier pré-requis correspond à l'établissement d'un tableau de service prévisionnel couvrant l'ensemble des jours de l'année, et que le second consiste à réaliser une étude analytique de l'activité individuelle de chaque praticien.

Selon **M. RYMER**, il appartient à chaque discipline d'établir des critères à valider par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Si l'intégration des anesthésistes réanimateurs dépendra uniquement de l'établissement de critères par la société savante d'anesthésie, les syndicats d'anesthésistes s'opposent pour l'instant à ce mode d'intéressement. Par ailleurs, la complexité du dispositif relatif aux chirurgiens résulte des exigences des représentants de cette profession alors que le dispositif destiné à la radiologie sera plus simple. Il rappelle ensuite que les décrets modifiant les statuts des hospitalo-universitaires n'étant pas encore publiés, le dispositif ne peut leur être appliqué. Enfin, il sera nécessaire d'évoquer l'extension du dispositif à l'ensemble des spécialités.

Le fonds de retraite sur les émoluments hospitaliers des hospitalo-universitaires.

M. FAYE signale qu'un certain nombre de collègues PU-PH ont été contactés par des sociétés d'assurance leur proposant de gérer, au plan de la retraite, la part hospitalière de la fonction de PU-PH. Or il avait été convenu que la direction générale organiserait un appel d'offres afin de sélectionner une société d'assurance ou un fonds capable d'offrir un contrat de groupe. L'orateur sollicite des informations sur cette démarche. En sa qualité de président de la commission activité-ressources, il se dit prêt à travailler sur ce sujet avec un représentant de la direction des finances. Il rappelle que les fonds doivent être placés avant le 31 décembre 2007.

M. RYMER précise que les systèmes d'assurance complémentaire libellés en unité de compte ou en euros ne seront pas éligibles au dispositif car le texte fait uniquement référence aux assurances complémentaires libellées en point, qui ne représentent que 10 % du marché.

Après avoir proposé d'inscrire ce sujet à l'ordre du jour de la prochaine réunion de la CME, le **président** demande à l'administration d'apporter les éléments de réponse, à cette occasion.

Mme PORTENGUEN fait savoir que l'AP-HP dispose des fonds nécessaires mais qu'elle ne pourra pas procéder à un appel d'offres pour retenir un assureur unique, les praticiens choisiront donc leur assureur. Cependant, elle a contacté la Préfon et attend une proposition d'une autre assurance.

*

* *

La séance est levée à 13 heures 30.

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

Mardi 13 novembre 2007 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 31 octobre 2007 à 16h30.

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.