

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 19 SEPTEMBRE 2006**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 17 OCTOBRE 2006**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 19 septembre 2006

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Rapport sur les « orientations en attente pour les patients hospitalisés : enquête un jour donné ».
- 2- Réflexion sur les règles du jeu budgétaire concernant l'état des prévisions de recettes et de dépenses pour l'année 2007.
- 3- Point d'information sur la formation médicale continue obligatoire.
- 4- Plan national relatif aux maladies rares : les résultats de l'appel à projets pour l'année 2006.
- 5- Avis sur des fiches de pôles d'activité.
- 6- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 7- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux le 1<sup>er</sup> septembre 2006.
- 8- Approbation des comptes rendus des séances du 13 juin 2006 et du 4 juillet 2006.
- 9- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition C**

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire hors CHU.
- Avis sur la candidature aux fonctions de responsable de pôle.
- Avis sur la désignation à titre provisoire de praticiens hospitaliers et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le renouvellement de détachement d'un praticien hospitalier.
- Avis sur le changement d'affectation interne d'un praticien hospitalier.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur la demande de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.

### **Composition B**

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

### **Composition A**

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

### Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
  - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
  - Mme le Dr DESOUCHES, représentant l'inspection régionale de la santé,
  - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
  - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;
  
- ***en qualité d'invités permanents :***
  - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
  - M. le Pr BERCHE, doyen de faculté,
  - M. le Pr DEVICTOR, pédiatre ;
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
  - Mme WARGON, directrice déléguée à la coordination et au contrôle interne,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
  - M. GUIN, directeur économique et financier,
  - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
  - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
  
  - Mme AGENIE, mission handicaps, réseaux et coordination du service social hospitalier,
  - M. le Dr DAVID, direction du développement des ressources humaines,
  - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
  - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale,
  - Mme VIENS-BITKER, mission handicaps, réseaux et coordination service social hospitalier.

\*

\*

\*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST**. Il souhaite la bienvenue au sein de l'instance à :

- M. LOISANCE, PU-PH dans le service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire à l'hôpital Henri Mondor, qui succède à M. GOUTALLIER lequel a fait valoir ses droits à la retraite ;
- M. MARY, PH dans le service de chirurgie orthopédique à l'hôpital Armand Trousseau, qui prend la suite de M. DECQ nommé PU-PH ;
- Mme DESOUCHES, médecin inspecteur représentant l'inspection régionale de la santé publique, qui prend la succession de Mme BAUBEAU ;
- M. CHOUDAT, médecin responsable de la médecine du travail, qui succède à M. BEN-BRIK.

Puis il évoque la mémoire de deux collègues récemment disparus. Personnalité de premier plan dans le milieu hématologique, homme de conviction engagé dans de nombreux combats, M. REYES était chef du service d'hématologie de l'hôpital Henri Mondor et doyen, c'était aussi un musicien passionné de jazz.

M. CROSNIER, une grande figure de la néphrologie parisienne, avait su maintenir une école de néphrologie de réputation internationale au sein de l'hôpital Necker Enfants Malades.

Avant d'engager l'examen des points inscrits à l'ordre du jour, le président présente les excuses de MM. MARY et SALES et de Mme SCHLEGEL.

## **I - Rapport sur les « orientations en attente pour les patients hospitalisés : enquête un jour donné ».**

Le **président** indique que le rapport « orientations en attente pour les patients hospitalisés » est le fruit d'un travail collectif dirigé par M. DENORMANDIE. Cette enquête, présentée par Mme VIENS-BITKER et Mme AGENIE met en lumière les éléments expliquant pourquoi certains patients restent hospitalisés et occupent des lits sans raison médicale durant de longues périodes.

**Mme VIENS-BITKER** introduit le sujet (cf. document présenté lors de la séance) en précisant que le travail porte sur l'aval de l'hospitalisation dans le cadre d'une mission élargie confiée à M. DENORMANDIE portant sur l'ouverture de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris sur son environnement.

### **1- Les résultats statistiques.**

Réalisée sur les patients médicalement sortants, l'enquête a révélé que 1301 (soit 6,6% du total des lits occupés), majoritairement hospitalisés dans les services de soins de suite et de médecine, étaient en attente de prise en charge essentiellement dans des structures médico-sociales. Les motifs de prolongation de l'hospitalisation sont liés à une attente de réponse ou à un différé de prise en charge (41%), à un dossier administratif en cours (22%), à un refus des structures sollicitées (19%), d'autres situations complexes, sociales ou familiales en sont également à l'origine (18%).

## 2- Les orientations proposées.

a) *Prendre en compte la dimension sociale* ce qui passe par une utilisation des informations sociales dans le dossier patient, par une évaluation précoce avec signalement des données dans GILDA et en renseignant la complexité médico-sociale des patients dans le cadre de la classification internationale des maladies (CIM 10).

b) *Améliorer la rapidité des procédures administratives* ce qui implique notamment d'entrer en contact avec les conseils généraux qui gèrent les dossiers d'aide sociale et d'allocation personnalisée d'autonomie, d'améliorer les procédures relatives à l'aide médicale d'Etat et celles menées avec les services judiciaires concernant les personnes pour lesquelles une protection juridique est demandée.

c) *Aider à l'orientation des patients vers les structures adéquates* ce qui nécessite une démarche d'identification des différentes structures et d'amélioration de la connaissance des procédures, ainsi qu'une participation à la mise en place d'une plate-forme régionale d'orientation et de conseil.

d) *Renforcer et diversifier les modalités d'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD)* dans l'objectif qu'elle constitue une interface entre la médecine de ville et l'hôpital en assurant, outre les soins, des missions d'éducation et d'évaluation de la situation sanitaire des patients et de leurs besoins, afin de trouver des structures adéquates permettant une prise en charge postérieure à l'hospitalisation. Il est également proposé d'une part que l'HAD intervienne au domicile et dans les structures sociales et médico-sociales, d'autre part de médicaliser davantage l'HAD, dans le cadre des décisions d'admission des patients et des projets thérapeutiques.

e) *Favoriser le développement du secteur médico-social* ce qui sous-entend une mise à disposition par l'AP-HP de son parc foncier et par l'aide de celle-ci à la couverture médicale du secteur médico-social.

f) *Poursuivre le développement des filières de proximité* en concluant des conventions avec les structures qui entourent les hôpitaux, notamment afin de garantir le retour dans la structure des patients hospitalisés en urgence.

g) *Mettre en place un groupe d'expert « sortie d'hôpital »* de composition multidisciplinaire (représentants des collégiales des disciplines les plus impliquées, du service social hospitalier, de l'HAD des hôpitaux de gérontologie, du siège) notamment pour qu'il valide ces propositions et définisse des indicateurs.

Cette étude traduit les difficultés constatées par tous les praticiens au sein des services, souligne le **président**. Son principal intérêt réside dans les pistes d'amélioration qui reposent en partie sur des dispositifs existants, notamment l'HAD. Il conviendra de diffuser ce travail auprès des comités consultatifs médicaux. Par ailleurs, des membres de la commission médicale d'établissement pourraient aider M. DENORMANDIE dans la concrétisation de certaines propositions contenues dans ce rapport.

**M. GUILLEVIN** indique avoir demandé à plusieurs reprises l'ouverture de lits destinés aux patients de moins de soixante ans, en bonne condition physique, mais souffrant de troubles cérébraux (syndrome de Korsakoff...). L'obtention d'une dérogation pour un placement dans un service de soins de suite prend plusieurs mois tandis qu'il n'existe aucune structure adaptée à ce type de patients. En outre, des patients plus lourds, en aval des services de réanimation, pourraient également rejoindre ce type de structure.

Il apparaît également utile à **Mme DEGOS** de prévoir des structures capables d'accueillir des patients dont le traitement en court séjour est achevé mais que les services de SSR acceptent difficilement de prendre en charge car ils induisent un coût de traitement important et une charge en soin particulièrement lourde.

En plus des filières classiques destinées aux personnes âgées et aux patients relevant des soins de longue durée (SLD) il est en effet nécessaire, intervient **M. NAVARRO**, de créer des structures de SSR destinées aux patients cérébro-lésés. L'étude témoigne du nombre important de patients de moins de soixante ans dont la prise en charge pose des problèmes moraux et éthiques, aspect pris en compte dans le plan stratégique.

**M. FAYE** note que près de 40 % des patients médicalement sortants se trouvent dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Un grand nombre d'entre eux est probablement issu des services d'urgence, aussi il lui paraît impératif d'identifier précocement les patients en difficulté médico-sociale afin d'anticiper leur sortie. Par ailleurs, il convient sans doute de réfléchir aux dispositifs permettant d'assurer leur prise en charge ultérieure par des structures de soins ou d'hospitalisation à domicile dès leur arrivée aux services des urgences, sans qu'ils transitent nécessairement par des services de soins en hospitalisation.

Il est fréquent, déclare **Mme DEBRAY-MEIGNAN**, que des patients des services de soins de suite pour qui le gériatre a posé une indication de départ en maison de retraite, refusent leur admission dans cette structure alors qu'ils y sont acceptés ; dans ces conditions, la maison de retraite ne les accepte plus, l'accord de la personne âgée étant considérée comme indispensable.

On est confronté explique **M. PIETTE** à une incohérence juridique. En effet, on doit tenir compte de la volonté du patient alors que dans 75 % des cas, les placements des personnes âgées interviennent contre leur volonté. Or, il n'est évidemment pas question de placer sous tutelle une personne âgée afin d'obtenir cette décision. Le problème dépasse le cadre de l'instance, conclut-il.

Selon **Mme AGENIE**, le transfert vers des maisons de retraite de patients réticents nécessite un travail de préparation, dans la mesure où cette perspective n'était pas envisagée par les patients avant leur arrivée à l'hôpital. En raison des délais impartis, il n'est pas toujours possible de procéder à ce travail relationnel. Se pose également le cas des personnes âgées relevant d'une protection juridique mais pour lesquelles les juges de tutelle tardent à prononcer les mesures souhaitées par les médecins et le service social. Dans ce contexte, aucune décision ne peut intervenir tant qu'un tuteur n'est pas désigné. Quant à l'évaluation de la situation sociale du patient dès son arrivée aux urgences, des progrès restent à réaliser. Cependant elle précise que, dans le cadre de l'étude réalisée à l'occasion de la préparation du plan stratégique, il n'est pas apparu de différences majeures concernant les difficultés d'orientation des patients passés ou non par un service d'urgences.

## **II - Réflexion sur les règles du jeu budgétaire concernant l'état des prévisions de recettes et de dépenses pour l'année 2007.**

En introduction, M. GUIN indique que la préparation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) pour l'année 2007 est engagée. Les hôpitaux y travaillent et les conférences budgétaires sont programmées au mois de novembre. Ce moment est particulièrement important car l'AP-HP doit prendre en compte l'évolution des règles du jeu à respecter, notamment la montée en puissance de la tarification à l'activité (T2A) qui représentera 50 % des recettes en 2007, contre 35 % en 2006 et 25 % en 2005. Par ailleurs, ces nouvelles règles s'inscrivent dans le cadre de la mise en place des pôles (cf. document remis sur table lors de la séance).

### **1- Les données de la situation financière de l'AP-HP.**

L'écart entre les coûts de l'AP-HP et la moyenne des coûts de l'hospitalisation publique représente 285 millions d'euros, soit plus de 6 % des recettes de l'institution. Cette situation devra être corrigée d'ici à 2010 ou 2012, au fur et à mesure de la montée en charge de la T2A. Il rappelle que les comptes ont été équilibrés en 2004 et 2005 en partie grâce à des facteurs conjoncturels, notamment des bonis de dépenses de personnel (72 millions d'euros en 2004, 42 millions en 2005).

L'objectif du maintien de l'équilibre budgétaire s'applique à l'institution dans son ensemble, et non à chaque hôpital. Mais cet équilibre sera difficile à tenir en raison d'une part, de la disparition progressive de certains éléments financiers qui l'ont permis notamment les bonis d'exécution sur le titre I et les rebasages négociés avec l'Etat à hauteur de 230 millions d'euros sur la période de 2003 à 2007, d'autre part l'absence d'impact sur l'activité, donc sur les recettes, de certains travaux réalisés au cours des dernières années (mise aux normes de réanimations...).

### **2- Les règles budgétaires de l'EPRD pour l'année 2007.**

La campagne budgétaire 2007, semble à M. GUIN, fondée sur des bases cohérentes avec le nouveau contexte (montée en puissance de la T2A, nouvelle gouvernance...), mais également sur les principes d'équité et de transparence, déterminants pour que la démarche soit acceptée et adoptée par chaque hôpital.

#### *a) Le cadrage*

La note stratégique rappelait :

- le contexte général de la campagne budgétaire, notamment le lien entre les principes retenus et la mise en place des pôles ;
- le contexte financier ;
- les objectifs en matière de développement de l'activité et de l'évolution des règles budgétaires.

#### *b) Les priorités stratégiques pour 2007*

Trois thèmes ont été retenus :

- un pilotage déterminé de l'activité ;
- l'évolution des règles internes ;
- les notions d'équilibre et de solidarité entre les hôpitaux.



### *c) La situation au regard de la T2A*

En 2006, pour la première fois le pilotage de l'activité s'est effectué sur la base des données médicalisées. Les recettes étaient fondées sur 35 % de T2A, une deuxième campagne sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC) et des mesures de santé publique selon la politique tarifaire. Le plan équilibre a été négocié sur la base des écarts constatés par rapport à l'échelle nationale des coûts (ENC) tandis que les mesures nouvelles reposent toujours sur une logique proche de la dotation globale.

La montée en charge de la T2A doit se traduire par la diffusion d'une nouvelle culture laquelle consiste à regarder en permanence les données relatives à l'activité, aux recettes et aux coûts.

Le modèle T2A repose au plan national sur des règles compliquées, instables et générales. Dans ce contexte, l'enjeu pour l'AP-HP consiste à élaborer des règles de gestion simples, lisibles et équitables pour l'ensemble des hôpitaux.

### *d) Les grands enjeux pour 2007*

Ils consistent à :

- poursuivre la démarche visant à réduire les écarts de convergence T2A, le principal outil sur lequel s'appuyer étant le plan équilibre (45 millions d'économies en 2007) ;
- accompagner le dialogue budgétaire en T2A, grâce au nouvel outil des comptes d'exploitation par hôpital ;
- inscrire ces nouvelles règles budgétaires dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance, des pôles et de la délégation de gestion.

Les règles du jeu budgétaires devront s'inscrire dans le cadre d'une perspective pluriannuelle, démarche essentielle pour la mise en œuvre du plan stratégique, afin que chaque hôpital, chaque pôle, disposent de perspectives à moyen terme. Enfin, les démarches de contractualisation (contrats de pôle...) devront être centrées sur des objectifs d'activité, de recettes et de dépenses, auxquels sera attaché un mécanisme d'intéressement permettant de développer une logique incitative.

### 3- Les outils pour conduire l'analyse budgétaire.

La difficulté consiste à définir les outils sur lesquels s'appuyer pour l'application de ces nouvelles règles du jeu. Les dispositifs relativement novateurs en cours de développement, même s'ils comportent un certain degré d'imperfection qui appelle des améliorations, ont été diffusés largement au sein de l'AP-HP car ils représentent un progrès important par rapport aux outils disponibles.

Ces nouveaux outils mis à la disposition des hôpitaux et de leurs pôles correspondent :

- à l'activité valorisée par service ;
- aux tableaux des coûts case-mix (TCCM) ;
- à une modélisation permettant de simuler l'impact sur les recettes et les dépenses de chaque projet envisagé par un hôpital.

Après avoir détaillé les fonctions du TCCM, M. GUIN conclut qu'au-delà de ses imperfections actuelles, cet outil permettra des analyses extrêmement riches même s'il conviendra d'observer les données obtenues avec un œil critique, dans la mesure où la précision de celles-ci repose sur la qualité de la comptabilité analytique et du programme médicalisé du système d'information (PMSI).

A l'issue de l'exposé, le débat s'engage.

Les enveloppes des MIGAC et des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) représentant 20 % du budget de l'AP-HP, aussi **M. BERNAUDIN** voudrait disposer de données relatives à l'évolution de ces enveloppes et connaître leur poids respectif au sein de chaque tableau prévisionnel.

**M. DEBRE** fait savoir que la cour des comptes a récemment critiqué le dispositif relatif aux enveloppes MIGAC et MERRI. Elle a indiqué que si ce dispositif peut se concevoir afin de rembourser des dépenses liées à la recherche et à l'enseignement, sa généralisation dans les centres hospitaliers non universitaires n'est pas acceptable, d'autre part, il sert désormais de « fourre-tout » au sein des CHU.

La prise en compte des composantes MIGAC et MERRI constitue selon **M. GUIN**, l'élément le plus compliqué à gérer de la T2A. La difficulté apparaît à la fois au niveau global de l'AP-HP dans le cadre des négociations annuelles avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et en interne à l'AP-HP, lors de la ventilation des ressources entre les différents hôpitaux afin d'établir une politique cohérente, équitable et compréhensible pour les communautés médicales.

La **directrice générale** précise que la répartition des enveloppes MIGAC et MERRI a fait l'objet d'une démarche très précise au sein de chaque hôpital de l'AP-HP notamment au moyen d'outils permettant de documenter avec précision la réalité de ces missions. Sur cette base, à l'inverse d'autres hôpitaux, il a été possible de transmettre au ministère des données extrêmement précises, en demandant les financements nécessaires à la poursuite d'une telle démarche.

Il convient de préciser que la DHOS n'a pas transmis d'informations très précises concernant les éléments couverts par les enveloppes MIGAC et MERRI se rapportant à l'ensemble des missions d'intérêt général couvertes par les hôpitaux publics (prise en charge des urgences, précarité des publics concernés...). L'absence de règles du jeu constitue un vrai problème. Pour autant, même si la DHOS s'est fondée sur des éléments différents de ceux fournis par l'AP-HP, la démarche de documentation s'est avérée positive eu égard aux montants des enveloppes MIGAC et MERRI qui lui ont été affectées. Quoi qu'il en soit, il convient de mobiliser toutes les énergies pour obtenir du ministère une clarification de ces rubriques.

Selon la directrice générale, les critiques émises par la cour des comptes ne sauraient remettre en cause le principe même de ces dispositifs.

La DHOS, ajoute **M. GUIN**, tend parfois à considérer que la composition des enveloppes MIGAC a été définitivement fixée, position qui lui paraît inacceptable et contraire au principe de ces enveloppes, destinées à couvrir des coûts susceptibles de varier dans le temps.

Allouées à l'heure actuelle sur une base forfaitaire relativement identique entre les différents CHU, les enveloppes MERRI ne prennent donc pas en compte la spécificité de l'AP-HP dans le cadre des activités d'enseignement et de recherche. La DHOS envisage néanmoins de scinder à l'avenir les MERRI en trois enveloppes :

- une enveloppe forfaitaire selon des règles communes aux différents CHU ;
- une enveloppe fondée sur les appels à projets, dispositif qui devrait être favorable à l'AP-HP ;
- une enveloppe liée au nombre de publications, élément qui permettrait également de mieux couvrir l'activité de l'AP-HP.

**M. CORIAT** évoque le sujet de l'autofinancement par les hôpitaux de postes de personnels médicaux dans le cadre de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers. Selon lui, en raison de la revalorisation des gardes, des astreintes et des permanences de fin de semaine, le budget de la majorité des hôpitaux de l'AP-HP présente désormais un déficit. La plupart des hôpitaux ont dégagé des demi-journées afin de financer des postes de praticiens hospitaliers destinés au développement de leur activité. Aussi craint-il qu'à l'occasion de la prochaine révision des postes de praticiens hospitaliers, on oppose aux hôpitaux le déficit du budget du personnel médical pour autofinancer des postes de praticiens hospitaliers. Une telle évolution serait désastreuse car l'impossibilité d'autofinancer des postes hypothéquerait l'atteinte des objectifs stratégiques.

**Mme DEGOS** constate que la mise en place d'une tarification spécifique C2 et C3, qui avait été évoquée pour les consultations de spécialité fortement consommatrices de temps médical, n'a pas eu lieu.

**M. LEVERGE** demande si les principaux hôpitaux de l'AP-HP participent de manière identique au plan équilibre lequel devra encore se poursuivre en raison de l'incidence de la T2A sur les ressources de l'institution. Ce plan concerne prioritairement les services supports et les services médico-techniques, auxquels il est reproché des coûts excessifs, notion contestée par certains praticiens qui estiment notamment que la comptabilité analytique ne permet pas la prise en compte de la situation et que ce surcoût se révèle normal au regard des spécificités de l'AP-HP puisque certains examens sont réalisés uniquement en son sein. Dans ce cadre, la comparaison avec une autre structure n'a pas de sens, et maintenir la pression du plan équilibre sur les services supports et sur les services médico-techniques conduira inéluctablement à un tarissement de l'activité clinique, considère-t-il.

En second lieu, il rappelle que la T2A comprend un volet relatif au contrat de bon usage portant sur un montant de 150 millions d'euros. L'AP-HP perçoit un remboursement intégral si les prescriptions de médicaments s'avèrent conformes au bon usage. Mesurer cet élément nécessite un système d'information performant alors que celui de l'AP-HP est en cours de développement, démarche qui prendra, selon M. LEVERGE, au minimum quatre années. Dans ce délai, on devra mesurer l'activité avec des outils non forcément à la hauteur de l'enjeu. Il demande donc solennellement que les outils informatiques de transition soient immédiatement disponibles et souhaite faire prendre conscience des enjeux de terrain accompagnant les orientations initiées par l'institution.

Dans le TCCM, **M. CARLI** remarque une différence entre les items de l'AP-HP et ceux des autres établissements de soins (hôpitaux locaux ou cliniques). Il convient estime-t-il de prendre en compte cet élément pour répartir correctement les dépenses par rapport aux services rendus. Le surcoût relatif aux salles de réveil des hôpitaux de l'AP-HP s'explique par le fait qu'un grand nombre d'urgences traumatiques lourdes y sont adressées. Une partie de l'argent dépensé à la prise en charge des patients pourrait donc apparaître dans la rubrique réservée aux urgences ou aux blocs opératoires.

Il rappelle que tous les audits réalisés récemment pour les salles de réveil plaident en faveur de leur médicalisation. Si une telle démarche paraît coûteuse, elle permet cependant des gains importants en terme de sécurité, induisant un impact financier dans le cadre d'éventuels conflits juridiques.

En réponse à ces observations, **M. GUIN** apporte un certain nombre de précisions.

Les règles budgétaires n'interdisent en rien l'autofinancement par les hôpitaux de certains personnels médicaux. L'appréciation portera sur l'équilibre global des différentes propositions de l'hôpital, en prenant en compte leur effet sur l'activité, les recettes et les coûts.

Le problème de la tarification des consultations a été évoqué avec la DHOS de laquelle il espère obtenir une réponse avant la fin de l'année et qu'il communiquera à la CME. Le plan équilibre impliquera une réduction des coûts de 45 millions d'euros en 2007 et en 2008, conformément à l'engagement pris devant les tutelles mais il ne peut promettre aujourd'hui que cet effort ne sera pas poursuivi en 2009. Il confirme que tous les hôpitaux contribuent effectivement à la réalisation du plan équilibre, de manière équilibrée et réaliste.

Par ailleurs, M. GUIN se dit disposé à procéder à un examen des dépenses liées à la situation spécifique de l'AP-HP, si toutefois un tel écart peut se démontrer. Les dépenses de certains examens dépassent manifestement ce qu'il serait raisonnable d'envisager ; il existe sans doute des examens inutiles, malgré les efforts engagés depuis plusieurs années pour les réduire. Dans le même temps, certains examens sont réalisés du fait de la spécificité de l'AP-HP. Il convient simplement de documenter cette situation avec précision.

Par ailleurs, le risque que la démarche d'économie portant sur les plateaux médico-techniques aboutisse à une diminution de l'activité doit impérativement être combattu. En effet, l'objectif consiste à favoriser toutes les mesures (meilleure organisation, mutualisation, spécialisation...) permettant de développer l'activité. A cet égard, le conseil exécutif a récemment évoqué la possibilité d'élargir les plages d'ouverture des services afin d'augmenter l'activité en utilisant mieux le potentiel. Une telle mesure permettrait d'améliorer l'efficacité, apporterait un meilleur service aux usagers et accroîtrait l'activité.

Enfin, concernant les systèmes d'information, l'orateur est conscient que le respect du contrat de bon usage mérite de parfaire les outils existants. Le nouveau système d'information permettra d'améliorer très significativement la situation. Dans l'attente, il importe de réfléchir ensemble aux mesures transitoires, le dispositif temporaire ne devant pas engendrer de coûts excessifs

**M. LACAU ST GUILY** souligne la difficulté à faire cohabiter la logique de la T2A, au sein de laquelle l'activité détermine les moyens octroyés, et la vision stratégique de la répartition de ceux-ci qui fonde la place institutionnelle de l'AP-HP dans la distribution des soins en Ile-de-France. Il convient donc de trouver un arbitrage entre la nécessité pour les hôpitaux d'accroître leur activité et la répartition menée par l'AP-HP afin d'assurer une distribution adéquate des soins.

**M. DRU** voudrait savoir si dans le cadre de la montée en puissance de la T2A, il est prévu une individualisation de l'activité d'anesthésie réanimation, conformément au souhait de la communauté concernée.

La T2A implique un véritable changement de culture pour les hôpitaux intervient **M. DASSIER**. Cependant, la communauté des anesthésistes réanimateurs, pour qui l'efficacité et la sécurité constituent des éléments essentiels, constate que seul le volet relatif aux coûts est évoqué dans le cadre de la T2A. Or ce nouveau mode de fonctionnement contient également un volet relatif aux recettes complémentaires résultant d'une augmentation de l'activité. A l'avenir, la communauté souhaite que ces recettes soient correctement allouées en fonction des différents niveaux d'activité. Dans le cas contraire, les praticiens hospitaliers risquent de se replier sur eux-mêmes, avant peut-être un jour de demander à bénéficier d'un paiement à l'acte.

**M. SCHLEMMER** souhaite connaître les démarches prévues afin de diffuser l'information au sein des différentes communautés hospitalières.

S'agissant de la difficulté à relier le modèle T2A général aux attentes des hôpitaux en matière de règles du jeu, il s'interroge sur les marges de manœuvre potentielles disponibles outre la qualité du codage, les MIGAC et l'organisation des consultations. Il lui paraît judicieux de mentionner un certain nombre de pistes afin de mieux orienter l'action des responsables de pôles.

Les sujets évoqués demeurent flous pour la majorité des collègues dans les hôpitaux, aussi il craint que sur le terrain la révolution culturelle initiée par la T2A ne soit rejetée.

Les responsables de pôle récemment nommés examinent les TCCM et les comptes prévisionnels, déclare **M. FAGON** et dans le même temps, ils devront s'impliquer dans la poursuite du plan équilibre. On doit donc trouver un moyen, au-delà du simple cadre de la pédagogie, pour éviter que les responsables de pôle voient leur action contestée d'emblée en raison de leur participation active à la mise en œuvre du plan équilibre.

La réalisation d'un pilotage déterminé nécessite des outils de modélisation, or les outils proposés restent centrés sur des données économiques alors qu'il considère qu'ils devraient permettre surtout de calculer l'impact des mesures en termes d'organisation au sein d'un pôle ou d'un établissement, éventuellement entre différents établissements. C'est en effet dans le domaine de l'organisation que se situent les marges de manœuvre économiques. L'une des missions du siège à l'avenir consistera sans doute à jouer ce rôle d'expertise dans le domaine de la modélisation.

Dans le prolongement de ces propos **M. FAYE** demande à la direction des finances de dégager un certain nombre d'indicateurs clés relatifs aux performances de l'exploitation, au suivi des investissements et à la gestion de la dette, lesquels indicateurs pourraient être déclinés au niveau de la CME, mais aussi de chaque pôle, afin de disposer d'une vision dynamique de la situation.

Par ailleurs, il aurait souhaité que cette présentation permette de confirmer le redressement financier annoncé concernant les deux premiers quadrimestres 2006 et aussi pouvoir étudier avant la séance les documents joints à cette présentation.

Dans le cadre d'une démarche d'intercommunalité, **Mme BRESSAND** a l'occasion de connaître les problèmes des communes de la banlieue nord. Elle a ainsi constaté que l'hôpital européen de la Roseraie, un établissement à but lucratif, accueille une partie des urgences au sein d'une zone où l'AP-HP a peu d'hôpitaux. Cet établissement prend donc en charge une population difficile et connaît une situation comparable à celle de certains hôpitaux de l'AP-HP, aussi l'institution ne peut plus toujours invoquer les spécificités de ses obligations.

Du point de vue de l'intervenante, l'AP-HP tend à insister sur ses particularités et à glisser sur ses atouts. Il lui semble pertinent que l'institution se compare à d'autres établissements confrontés aux mêmes difficultés afin d'observer leurs ajustements. D'autre part, elle plaide pour que la communication en destination des services ne se fonde pas sur un message indiquant que les particularités de l'AP-HP freinent sa réussite.

**M. LAPANDRY** tient à préciser que l'hôpital européen la Roseraie n'accepte pas tous les patients provenant de son secteur puisque l'hôpital Avicenne sert régulièrement de solution de repli aux malades refusés par cette structure privée.

Le véritable problème selon **M. DEBRE** réside dans le fait qu'il faudra affronter trop rapidement la convergence entre les cliniques privées, les hôpitaux locaux et les CHU lesquels ne traitent pas une clientèle identique, ni des obligations comparables. Par ailleurs cette convergence, d'une part, révélera des hôpitaux locaux aux coûts élevés et aussi dangereux faute d'activité minimale, d'autre part, incitera peut-être des cliniques peu rentables à biaiser sur leur activité.

Favorable au principe de la T2A malgré ses réserves concernant la convergence, **M. DEBRE** considère que ce dispositif doit avoir des conséquences soit positives, soit négatives mais s'interroge sur la politique qui sera appliquée au regard des résultats. Tandis qu'il approuve le principe des sanctions, il importera de préciser si celles-ci touchent la structure ou les responsables et de considérer :

- les structures non indispensables qui fonctionnent mal et qu'il sera possible de supprimer ;
- les structures non indispensables qui fonctionnent bien ;
- les structures indispensables mais qui fonctionnent mal, et pour lesquelles il sera nécessaire de sanctionner les responsables (chef de pôle, chef de service),

Il s'interroge enfin sur la capacité de l'institution à prendre de telles décisions et suggère la mise en œuvre d'une T2A administrative et une évaluation du fonctionnement du siège.

La **directrice générale** fait savoir que de tels indicateurs existent déjà et qu'une tarification unique s'applique aux secteurs médical et administratif. En effet, les groupes homogènes de séjour (GHS) couvrent l'ensemble des secteurs, y compris la quote-part administrative. Par conséquent, les outils développés permettent de mettre en évidence d'éventuels surcoûts administratifs. Cette démarche semble salubre à la directrice générale puisqu'elle crée une pression supplémentaire afin que les efforts portent également sur le secteur administratif. Enfin elle rappelle que le plan équilibre a essentiellement concerné les fonctions supports. L'évaluation du siège apparaît puisque les outils regardent l'ensemble des coûts, conclut-elle.

A la suite de ces interventions, **M. GUIN** donne un complément d'informations.

En premier lieu, il confirme que les activités d'anesthésie et de réanimation sont prises en compte dans le modèle T2A qui ne correspond pas à une démarche fondée uniquement sur l'analyse des coûts ; le dispositif repose sur un triangle clé partant de l'activité, laquelle permet de valoriser des recettes, qui déterminent une capacité de dépenses.

Il convient de travailler en commun sur le sujet de la diffusion de l'information à tous les niveaux de l'institution. Pour sa part, il a ouvert un chantier de réorganisation de la direction des finances visant à s'inscrire dans cette logique de diffusion de l'information, en créant un service dont la mission consistera à expliquer la nouvelle logique budgétaire et à recueillir les remontées du terrain.

Outre cette démarche, il sera sans doute nécessaire d'organiser des réunions en collaboration avec des membres de la CME et des collégiales, ainsi que des responsables d'hôpitaux et de pôles.

S'agissant des marges de manœuvre disponibles, le rôle du siège doit consister à aider les hôpitaux à déterminer ces marges au travers de réorganisations, de mutualisations, de recherches de nouvelles activités et d'économies, dans le cadre de la mission de coordination du plan équilibre, démarche basée sur un dialogue nourri entre les hôpitaux et le siège, car seuls des échanges se révèlent capables de faire émerger et diffuser des idées nouvelles.

Quant au risque de collision entre les objectifs liés au pilotage médico-économique et la mise en place des pôles, il existe en effet si les objectifs de chaque pôle sont fixés de manière arbitraire et si le chef de pôle se voit confier seul la responsabilité de les atteindre. La réponse réside en partie dans le rôle que doivent jouer les conseils exécutifs locaux grâce à une réflexion collégiale et à un support collectif des efforts demandés.

Par ailleurs, le siège, particulièrement la direction des finances, pourra réaliser des efforts pour développer des outils couvrant la modélisation des organisations en s'inspirant notamment des expériences menées dans les hôpitaux.

Enfin, concernant la convergence entre secteurs public et privé, la démarche s'avère en effet porteuse de risques. En début d'année la directrice générale a clairement indiqué aux autorités de tutelle que cette convergence entre public et privé était prématurée et que l'objectif devait consister à assurer en premier lieu une convergence entre les hôpitaux publics. Mener de front la convergence entre les deux secteurs ferait sans doute courir à l'institution, et plus largement à l'ensemble de l'hospitalisation publique, des risques disproportionnés par rapport à l'enjeu. Il s'attachera à relayer ce message auprès des autorités de tutelle.

M. GUIN précise que le siège travaille à l'élaboration du type d'indicateurs que M. FAYE appelle de ses vœux et que le lien entre l'investissement et l'exploitation constitue un des enjeux clés des nouvelles règles budgétaires, alors que jusqu'à présent ces deux éléments étaient traités de manière déconnectée. D'autre part, les résultats du deuxième trimestre actuellement en cours d'analyse, seront présentés lors du prochain conseil d'administration et de la prochaine CME.

### **III - Point d'information sur la formation médicale continue obligatoire.**

**M. DAVID** axe son exposé sur les éléments essentiels de la formation médicale continue (FMC) obligatoire (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

## 1- Le périmètre de la FMC et l'architecture du dispositif.

Le périmètre de la FMC obligatoire (rapport du conseil national de la formation continue hospitalière) couvre :

- le perfectionnement des connaissances :
  - l'amélioration des connaissances médicales ;
  - les connaissances concernant l'organisation, le fonctionnement et la gestion de l'hôpital (management, adaptation à l'emploi...) ;
  - la santé publique et la protection sociale ;
  - la communication et le développement personnel (anglais médical, rédaction médicale, bureautique...) ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le volet relatif au perfectionnement des connaissances est géré par le conseil national de la formation médicale continue hospitalière et délivrera sur cent cinquante crédits. Le volet relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles est géré par la haute autorité de santé (HAS) et délivrera sur cent crédits sur cinq ans.

Regroupés au sein d'un comité de coordination, trois conseils nationaux de la FMC ont été installés et s'adressent respectivement aux médecins hospitaliers, aux médecins libéraux et aux médecins salariés.

Leur mission consiste à :

- fixer les orientations nationales de la FMC ;
- agréer les organismes de formation, sur la base d'un dossier commun aux trois conseils ;
- adresser des avis à la HAS concernant l'agrément des organismes évaluateurs ;
- désigner les membres des commissions régionales de la FMC.

Pour leur part, les commissions régionales seront chargées de valider au niveau régional l'obligation de la FMC et de transmettre aux conseils régionaux et/ou départementaux de l'ordre des médecins cette information.

## 2- Les crédits attribuables et les points à préciser.

Deux cent cinquante crédits doivent être acquis par période de cinq ans par chaque praticien. Sont attribués :

- cent cinquante crédits au titre des trois premières catégories :
  - les formations présentielles ;
  - les formations individuelles ou à distance ;
  - les situations formatrices ;
- cent crédits au titre de la quatrième catégorie :
  - les dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles.



### 3- Les principes généraux.

Le dispositif se fonde sur un système déclaratif. Les crédits attribuables à l'évaluation des pratiques professionnelles ne sont ni fongibles ni sécables tandis qu'une majoration de 20 % peut s'appliquer lorsque les formations s'inscrivent dans le cadre des orientations nationales de la FMC ou des priorités de santé publique.

Certains éléments méritent d'être précisés notamment au sein du barème, tout comme l'antériorité de la validation des formations.

### 4- L'organisation de la FMC à l'AP-HP.

Le département chargé de la FMC au sein de l'AP-HP comprend :

- l'unité en charge des formations médicales et des aides financières (31 % du budget) ;
- l'unité en charge des formations au management et à l'adaptation à l'emploi (9 % du budget) ;
- l'unité en charge de l'accès à l'information médicale et scientifique (60 % du budget).

Le dispositif repose sur des formations présentiels, des formations à distance et des autoformations. L'organisation mise en place au sein du département de la FMC permet de couvrir l'ensemble du champ de la FMC relative à l'amélioration des connaissances.

## **IV - Plan national relatif aux maladies rares : les résultats de l'appel à projets pour l'année 2006.**

### 1- Les résultats du troisième appel d'offres.

Le dossier relatif à l'attribution de crédits au titre de la prise en charge des maladies rares indique **M. RICHARD** a été instruit au niveau national au sein d'une commission qui comptait parmi ses membres M. GUILLEVIN. Cette démarche offre l'occasion de reconnaître la qualité et la spécificité de l'AP-HP sur certains sujets et permet l'attribution de moyens importants. Au préalable, le groupe constitué de représentants de la CME et de la direction de la politique médicale avait analysé les quarante dossiers présentés par les collègues puis classés en deux catégories de priorité : vingt six en catégorie A, quatorze en catégorie B (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

La commission nationale a finalement retenu douze des quarante dossiers présentés par l'AP-HP soit un tiers des dossiers labellisés au niveau national. Le montant total des crédits attribués à l'institution dans ce cadre équivaut à un peu moins de 3 millions d'euros. Sur le total des trois appels d'offres déjà concrétisés, cinquante trois des cent trois centres labellisés appartiennent à l'AP-HP. Ce résultat démontre la reconnaissance du rôle de l'institution dans la prise en charge de ces maladies rares.

Il est prévu qu'un dernier appel d'offres soit lancé l'année prochaine, afin d'assurer la prise en charge de maladies rares n'ayant pas été couvertes par les dossiers retenus lors des précédents appels d'offres.

Un certain nombre de collègues se sont émus de ne pas voir leur dossier retenu alors qu'il avait été classé parmi les dossiers prioritaires par l'AP-HP. M. RICHARD avise que des décisions politiques peuvent apparaître dans le cadre des décisions nationales et qu'il convient d'en tenir compte lors de la préparation de l'appel d'offres l'an prochain.

M. GUILLEVIN confirme la programmation d'un quatrième appel d'offres, dernier volet de cette opération ; il s'avère impératif de bien cibler les dossiers présentés. En effet, dans le cadre du troisième appel d'offres, certains dossiers proposés par des équipes de l'AP-HP portaient sur des maladies rares relevant de maladies fréquentes (diabète rare, pancréatique rare...). En raison de doutes concernant la rareté réelle de ces pathologies, ainsi qu'en raison de l'impact possible d'une décision favorable sur les dépenses de santé, ces dossiers n'ont pas été retenus. Cependant, cibler les dossiers sur de véritables maladies rares ne doit pas non plus aboutir à présenter un dossier relatif à une maladie frappant cinquante patients sur l'ensemble du territoire national. Un nombre trop limité de patients ne justifierait peut-être pas la création d'un centre de référence. Un travail est en cours afin de confier aux centres déjà identifiés les cas des maladies orphelines extrêmement rares.

Enfin, M. GUILLEVIN précise que les résultats un peu moins favorables à l'AP-HP lors de ce troisième appel d'offres sont relativement logiques puisque les centres devant obtenir leur label l'avaient déjà reçu. Par ailleurs, la commission a été animée par la volonté de couvrir de manière plus équilibrée le territoire national.

Puis à une question de Mme DEGOS, il répond qu'une évaluation de l'activité des centres est prévue. Cependant, cette démarche n'entrera pas dans le cadre de la T2A puisque les crédits attribués relèvent des MIGAC. L'inspection des centres labellisés à l'occasion du premier appel d'offres, interviendra dès l'année prochaine. Un cahier des charges extrêmement précis a été rédigé par la haute autorité de santé dans ce but. La sanction pourra aller jusqu'au retrait de la labellisation.

## 2- La participation des laboratoires de biologie.

Des laboratoires, poursuit Mme BOILEAU, sont chargés de réaliser les diagnostics génétiques des maladies rares pour le compte des centres labellisés. Ce soutien des laboratoires de génétique date de 2001, les praticiens concernés ayant reçu un agrément ministériel et obtenu des crédits fléchés. Le premier appel d'offres organisé en 2001 par la DHOS portait sur la mucoviscidose. A l'époque, seuls deux laboratoires de l'AP-HP étaient concernés.

L'appel d'offres lancé en 2003 couvrait des maladies neurologiques, neurosensorielles et neuromusculaires. Les années 2005 et 2006 ont enregistré une réelle accélération de la démarche tandis qu'aucun autre appel d'offres n'est programmé à l'avenir. A l'issue de ces différentes sélections, vingt laboratoires de l'AP-HP bénéficient d'un soutien financier et représentent 42 % des laboratoires nationaux impliqués. Ce soutien financier s'avère particulièrement important puisqu'il constitue cinq millions d'euros.

Pour connaître le détail des structures et des activités soutenues, l'oratrice invite les membres de la CME à se référer au document qui leur a été remis.

Le **président** se félicite des résultats excellents obtenus par l'AP-HP dans le cadre de ces appels d'offres.

## V - Avis sur des fiches de pôles d'activité.

La parole est donnée à **M. MADELENAT** pour procéder à l'examen du dossier qui clôt la présentation de l'organisation en pôles des différents hôpitaux.

### ❖ *GHU sud*

#### *Hôpital Emile Roux*

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 4 pôles :*
  - *Pôle A : Soins ambulatoires, addictologie, prestations cliniques et médico-techniques transversales.*
  - *Pôle B : Gériatrie polyvalente à orientation fonctionnelle.*
  - *Pôle C : Gériatrie polyvalente à orientation cognitive.*
  - *Pôle D : Soins de longue durée.*

Lors du premier examen du dossier en janvier 2006, l'hôpital gériatrique Emile Roux avait proposé un découpage en trois pôles mais la répartition ne correspondait pas au découpage habituellement admis dans les hôpitaux gériatriques, lequel se caractérise par l'existence d'un pôle consacré aux SLD.

Après réflexion, les différents intervenants se sont accordés pour une répartition classique en quatre pôles, comprenant un pôle SLD et, à la demande de l'hôpital, deux pôles gériatriques différents. Enfin, contrairement à ce que prévoyait le schéma initial, le groupe des structures a obtenu le rapprochement des activités médico-techniques au sein du pôle A. Le schéma retenu semble désormais cohérent.

La CME approuve à l'unanimité les fiches de pôles de l'hôpital Emile Roux.

## VI - Avis sur des contrats d'activité libérale.

**Mme PORTENGUEN** donne lecture des nouveaux contrats d'activité libérale, des renouvellements et des avenants.

Depuis le début de la mandature de la CME, **M. BERNAUDIN** souhaite qu'un bilan de cette importante activité libérale soit réalisé, y compris concernant les fonctions de consultant de l'industrie pharmaceutique. Cette activité produit sans doute un impact positif sur l'institution, mais selon lui, on devrait disposer des outils permettant de l'évaluer.

**M. NAVARRO** fait savoir que l'AP-HP a reçu une note explicite du directeur de la DHOS sur ce sujet. Par ailleurs, une réflexion plus approfondie est engagée ; elle débouchera sur des recommandations précises qui seront portées devant la CME.

La CME se prononce sur les contrats d'activité libérale par 20 voix pour, 2 voix contre et 16 abstentions.

## **VII - Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux le 1<sup>er</sup> septembre 2006.**

**Mme PORTENGUEN** informe l'instance de la décision du préfet d'Ile-de-France de confirmer les propositions de la CME concernant les postes de consultants : vingt six nominations en première année, seize renouvellements en deuxième année, vingt renouvellements en troisième année.

## **VIII - Approbation des comptes rendus des séances du 13 juin 2006 et du 4 juillet 2006.**

Les comptes rendus des séances du 13 juin 2006 et du 4 juillet 2006 sont approuvés à l'unanimité.

## **IX - Question diverse.**

Le **président** rappelle qu'à l'occasion de la séance du mois de juillet, la CME a adopté une motion relative au nombre inacceptable de chefs de service intérimaires à l'AP-HP, situation dont elle n'est pas responsable. Suite à cette motion, il a signé avec la directrice générale un courrier adressé au ministère pour que soit publié très rapidement les chefferies de services. La conférence des doyens s'est également émue de ce sujet et aurait obtenu une promesse de réponse positive.

Un projet de circulaire relatif à la publication prochaine des chefferies de service à titre universitaire a été transmis à la mi-août à **Mme PORTENGUEN** et se trouve actuellement sur le bureau du ministre.

**M. NAVARRO** signale que des limites seront apportées aux nominations intérimaires de chefferies de service afin de ne pas bloquer les recrutements. Seules les nominations antérieures à une date qui reste à préciser seront validées. Il importe néanmoins de procéder à une analyse afin d'évaluer l'impact de cette restriction sur le fonctionnement des services.

Du point de vue de **M. LACAU ST GUILY** le nombre considérable, en progression constante, de services dépourvus de chef s'avère délétère pour les équipes. Les informations transmises par **M. NAVARRO** ne rassurent pas. Cette situation conforte les craintes exprimées par certaines personnes concernant la pérennité des services, structures de base de l'hôpital.

L'un des arguments développés par l'AP-HP afin d'appuyer sa démarche renvoie, déclare **M. NAVARRO**, aux risques médico-juridiques. En effet, dans le contexte actuel, il est vraisemblable qu'un problème survenant au sein d'un service dirigé par un chef de service intérimaire serait de nature à faire courir un risque réel.

**Mme DEBRAY-MEIGNAN** s'interrogeant sur l'évolution de la situation concernant les services non-universitaires, **Mme PORTENGUEN** répond que le projet porte uniquement sur les services universitaires. Les services non-universitaires continuent de bénéficier de nominations. Elle a signé hier une note destinée aux hôpitaux sur ce sujet.

\*

\*

\*

La séance est levée à 11 heures 25.

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

**Mardi 17 octobre 2006 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 4 octobre 2006 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.