

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE***

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE**

**DU MARDI 14 AVRIL 2009**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE**

**DU MARDI 8 SEPTEMBRE 2009**

## **ORDRE DU JOUR**

|  |    |
|--|----|
| I. Suivi de l'EPRD 2009  | 7  |
| II. Information sur la nomination et le renouvellement des consultants au 1 <sup>er</sup> septembre 2009 | 7  |
| III. Information sur le nouveau régime des assistants spécialistes                                       | 9  |
| IV. Questions diverses   | 12 |

## **Assistent à la séance**

- ***avec voix consultative :***
  - M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
  - Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
  - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
  - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
  
- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
  - Mme le Pr. AIACH,
  - M. le Pr. BERCHE.
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - M. GIORGI, secrétaire général,
  - M. SUTTER, directeur de cabinet par intérim
  - Mme ARMENTERAS-DE-SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
  - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
  - M. GUIN, directeur économique et financier,
  - Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
  - Mr. GOTTMANN, direction de la politique médicale.
  
- ***Membres excusés :***
  - M. le Dr BOIZAT, M. le Pr CAPRON, Mme le Pr DEGOS, Mme le Dr GIRARD, M. le Dr SINGLAS, M. le Dr JULIARD, M. le Pr LYON-CAEN, M. le Pr PETIT, Mr le Dr RYBOJARD, Mme VASSEUR.

*La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence de M. CORIAT.*

**M. CORIAT** constate la volonté de plusieurs collègues de manifester par leur absence leur opposition à la loi HPST. En conséquence, le quorum requis pour procéder aux avis et nominations n'est pas atteint, la CME ne pourra donc pas procéder à l'examen des points prévus à l'ordre du jour.

Il propose que chacun profite de cette réunion pour échanger sur les motifs d'insatisfaction à l'encontre du projet de loi et en particulier sur le volet gouvernance et le rattachement de l'AP-HP à la tutelle de l'Agence Régionale de Santé. Il reste à définir une stratégie pour la période de délibération parlementaire sur la loi HPST, qui s'ouvre le 28 avril.

La loi HPST, qui s'inscrit dans le cadre de la nouvelle constitution, va être examinée par le Sénat fin avril. Le texte présenté ne sera pas celui de l'Assemblée Nationale, en cas de divergence entre les deux chambres, une commission mixte paritaire parlementaire est chargée de rédiger un texte de loi proposant un consensus entre les deux textes.

Le volet gouvernance de la loi HPST est particulièrement critiquable, les communautés médicales étant exclues des décisions de l'hôpital. Toute gouvernance fondée sur des individus est condamnable. Les membres du conseil exécutif rendent compte à la CME, qui défend ses positions au conseil exécutif. La loi prévoit que les collègues siègeraient désormais au nouveau directoire en tant qu'individus choisis par le directeur et non en tant que représentants de la CME. Or le pôle doit constituer une communauté médicale bien identifiée. Il faut le réaffirmer.

Une nomination des chefs de pôle non fondée sur une proposition du pôle, du CCM, de la CME et du doyen aboutira à créer deux pouvoirs dans l'hôpital : celui du directeur et de la personne nommée par ses soins et celle de la communauté médicale. Un hôpital ne peut fonctionner ainsi. Il existe 175 pôles à l'hôpital. Le Directeur général ne peut nommer leurs chefs sans avis de la communauté médicale. Le chef de pôle doit être nommé sur décision conjointe de la CME, sous peine de ne pas avoir de légitimité médicale.

Par ailleurs, les communautés médicales se sont fortement investies dans Hôpital 2007, rencontrant des difficultés certaines dues aux retards de contractualisation. Il semble qu'elles en soient remerciées en se voyant désormais refuser de jouer un rôle.

En pratique, chacun continue d'essayer d'obtenir des amendements sénatoriaux à son niveau. Un mouvement parti de la base est décidé pour le 28 avril. Les membres de la CME se rendront à titre individuel à la manifestation, s'ils le décident.

**M. CORIAT** regrette que les CME de France ne se fédèrent pas davantage et ne suspendent pas leurs travaux à partir du 28 avril et pendant toute la durée l'examen de la loi, comme il l'espérait. La province semble peu motivée pour des manifestations fortes.

Concernant le financement de l'hôpital, la convergence intra-sectorielle à 100 % s'avère néfaste et injuste pour l'hôpital qui a vocation de recours comme le CHU. Une fois la loi HPST passée, la CME de l'AP-HP, hôpital national de recours, doit déterminer une stratégie dans le but d'obtenir

une modification. Actuellement, ce sujet n'est pas audible, celui de la gouvernance étant prédominant.

Le combat actuel vise à remédicaliser le processus de décision dans le cadre de la loi HPST, et les travaux de la CME ne reprendront lorsque satisfaction aura été apportée aux revendications.

Le débat est ouvert.

**M. RYMER** suggère de suspendre les travaux de la CME jusqu'au terme de l'examen de la loi.

**M. CORIAT** suggère de ne pas tenir de réunion jusqu'à la fin des débats parlementaires.

**M. DASSIER** souligne que la loi Bachelot s'inscrit dans le prolongement d'Hôpital 2007 avec sa gouvernance. La future CME post loi HPST risque d'être virtuelle. La politique de la chaise vide n'est pas souhaitable. Les membres de la CME se doivent de siéger et d'affirmer clairement leur opinion et leur éventuelle opposition.

**M. BERCHE** souligne que les revendications sont ressenties comme catégorielles par le grand public. La communication sur le mouvement doit être coordonnée. Par ailleurs, il existe trois enjeux majeurs :

- ne pas placer la CME sous la tutelle de l'ARS ;
- les conclusions de la commission Marescaux sur le rôle du CHU ;
- ne pas appliquer la politique de la chaise vide.

La CME rendant un avis mais n'ayant pas de pouvoir décisionnel, elle possède sûrement une marge de manœuvre pour négocier un avis médical sur la nomination du chef de pôle.

**M. CORIAT** souligne que la signature du président de la CME est actuellement requise pour toutes les nominations des chefs de pôle. Ce ne sera plus le cas dans la future loi HPST. Il s'agit donc d'un retour en arrière. Le danger lui semble provenir de l'isolement du président de la CME dans le nouveau directoire. Il recommandera au prochain président de la CME de ne pas participer au directoire s'il n'est pas entouré de collègues proposés par la CME, garants devant elle de leurs actions. L'avis d'une communauté exerce un poids supérieur à celui de son seul président.

**M. BERCHE** considère qu'il faut commencer par mettre en avant l'opposition à la conception de l'hôpital « entreprise », incompatible avec des missions de service public, qui peut rencontrer un écho au sein du public. En pratique, le directeur d'un hôpital sera obligé de tenir compte des avis médicaux.

**M. CORIAT** estime que des dérives potentielles peuvent se produire. Les lettres de cadrage des directeurs généraux de province ne contiennent que le chiffre des économies à réaliser.

**M. BERCHE** répond que ces lettres correspondent au concept de l'hôpital « entreprise ». C'est sur ce point qu'il faut mettre l'accent auprès du public, en refusant la possibilité de discrimination à l'hôpital. Il faut privilégier la présentation des aspects d'intérêt général sur celle des aspects catégoriels.

**M. VALLEUR** souligne que ce débat révèle une confusion dans l'analyse entre différents sujets. Il s'inquiète de l'image de demande catégorielle perçue par la population et relayée par le Président de la République. Il sera difficile de revenir en arrière.

**M. RYMER** estime qu'il faut prendre en compte la passivité de la province. Face à la très faible mobilisation des présidents de CME, il s'est révélé impossible de monter une action commune. Par ailleurs, il faut limiter les mots d'ordre et se centrer sur la gouvernance. Enfin, le statut dérogatoire de l'AP-HP n'a jamais été perçu favorablement en province. La revendication sur l'ARS n'est donc pas partagée et relève d'un autre débat, comme d'ailleurs les réflexions sur le financement de l'hôpital. La gouvernance constitue le plus petit dénominateur commun des revendications.

Il souligne que deux types de communication sont à mener : l'une en direction du grand public, axée sur l'hôpital « entreprise », l'autre en direction des pouvoirs politiques, notamment sur les pôles et le projet médical qui en fait partie.

**M. FAYE** estime que le plus petit dénominateur commun était le refus de la loi Bachelot. Les personnels non médicaux s'inquiètent de l'amendement visant à supprimer le conseil de tutelle. Une motion a d'ailleurs été votée par le Conseil d'Administration contre sa suppression. Les personnels non médicaux « apprécieront » la banalisation que constitue le fait que l'AP-HP soit placée sous la tutelle de l'ARS.

Partageant le rejet de l'hôpital « entreprise ». **M. FAYE** s'avoue surpris que **M. BERCHE** considère comme secondaire la revendication sur le service, lié à la discipline.

Actuellement, un mouvement de revendication et de négociation s'est amorcé avec l'ensemble des représentations syndicales de l'AP-HP. Le mouvement de coordination et de défense de l'hôpital public, regroupant l'intersyndicale des médecins chirurgiens biologistes des hôpitaux de Paris, appelle à leurs côtés à une journée de mobilisation et de grève le 28 avril. Des courriers sont envoyés au nom de ce mouvement pour obtenir des amendements, sur lesquels il n'est pas souhaitable d'ouvrir un débat lors de cette séance.

**M. BERCHE** précise qu'il défend l'existence du service – quelque soit son nom –, essentiel pour identifier les équipes, autour d'une personne qui s'investit et qui porte un projet hospitalo-universitaire, dans le cadre d'un pôle.

**M. DRU** ne partage pas totalement les propos de **M. FAYE** : le mouvement apparaît catégoriel au grand public, sensibilisé par Mme BACHELOT lors de l'élaboration du projet de loi. Les personnels sont en revanche d'accord sur le fait que la loi Bachelot n'est pas celle souhaitée pour la réforme de l'hôpital. L'important est d'obtenir l'unité de la population médicale française sur le plus petit dénominateur commun : une réforme de l'hôpital partant des besoins de la population et non d'une logique uniquement comptable, dans laquelle envisager la qualité des soins et l'attractivité des carrières à l'hôpital.

**M. DRU** suggère de tenir des états généraux de la santé permettant à l'ensemble des professionnels de santé de participer à l'élaboration d'un véritable projet de réforme.

**M. RYMER** insiste sur l'aspect parisien de la revendication contre la mise sous tutelle de l'ARS. Sur ce point, il ne faut pas espérer mobiliser la province. Le plus petit dénominateur commun est la gouvernance hospitalière.

**M. FAYE** répond qu'il s'agit de faire valoir les spécificités franciliennes. L'AP-HP représente une instance de recours bien au-delà de la région.

Pour synthétiser la discussion, **M. CORIAT** souligne l'absence de mobilisation de la province. Il déclare que la CME s'est réunie le 14 avril 2009. Les membres présents sont solidaires des collègues qui protestent par leur absence contre le volet gouvernance et la mise sous tutelle de l'ARS prévue par la loi HPST. Dans le cadre d'un débat, la CME réaffirme sa solidarité contre ces deux volets.

La prochaine CME se réunira les 12 mai et 11 juin. La non atteinte de la majorité nécessaire à la tenue des séances sera actée le cas échéant dans le compte rendu des réunions.

**M. BERCHE** estime que la politique de la chaise vide n'est pas la bonne. Elle risque d'être interprétée comme une démonstration de l'inutilité de la CME. Ses membres doivent se mobiliser pour assister aux prochaines réunions.

**M. CORIAT** souligne que désactiver la CME au moment où elle perd du pouvoir serait aller dans le sens de ce qui est combattu.

## **I. Suivi de l'EPRD 2009**

**M. CORIAT** indique qu'un comité de suivi de l'EPRD 2009 nouvellement créé se réunira chaque mois, avec l'accord du directeur général. Il est prévu que la CME soit informée de la déclinaison du plan hôpital par hôpital et puisse se prononcer à ce niveau.

## **II. Information sur la nomination et le renouvellement des consultants au 1<sup>er</sup> septembre 2009**

Le problème des consultants doit être abordé, leur travail se révélant utile sous réserve d'être approuvé par la CME et de répondre à l'intérêt général. Un engagement fort a été pris dans ce sens au moment de la discussion budgétaire.

**M. RYMER** rappelle que jusqu'en 2005, le consultanat existait dans les textes mais pesait sur les budgets de l'hôpital. Les postes de consultants ont progressivement disparu en province sous l'effet de la concurrence financière. Le seul hôpital à l'avoir maintenu sur son budget était l'AP-HP.

Depuis cette date, un protocole national a été signé par toutes les organisations syndicales des universitaires PU-PH et M. MATTEI, avec l'approbation des ministres de tutelles, rappelant la définition d'un poste de consultant et la nécessité de l'avis de la CME sur le projet, qui doit être à la fois transversal et d'intérêt général. Cet avis ne peut se fonder que sur la qualité du travail proposé.

Tout avis négatif doit être motivé par écrit. Le budget des postes des consultants est pris en charge sans limitation par le Ministère de la Santé sur une enveloppe nationale dédiée.

Il n'existe donc pas d'autre limitation à l'octroi de postes de consultants que la qualité du projet. Il semblerait que le tableau prévisionnel des emplois rémunérés introduise une variable, non conforme à l'engagement de l'Etat, et génératrice d'une différence importante entre Paris et la province. La province s'est réengagée depuis le protocole dans le recrutement de consultant.

**M. GOTTSMANN** confirme qu'il n'existe effectivement pas de régulation des nominations en termes de masse salariale. En revanche, à partir du moment où l'AP-HP doit respecter un plafond d'emplois et qu'un consultant compte pour un ETPR, il faut prendre en considération le fait que la nomination d'un consultant s'imputera sur le plafond d'emploi global auquel est contraint l'AP-HP.

A **M. RYMER** qui souhaite savoir qui établit le tableau prévisionnel des emplois, **M. GOTTSMANN** répond qu'il résulte de la discussion budgétaire au sein de l'AP-HP et avec les tutelles. Il a été arrêté à 8 990 emplois en 2009, soit 50 emplois supplémentaires : tous les emplois doivent y émarger, y compris ceux des consultants.

**M. RYMER** souligne qu'avec le protocole national, il appartient à l'AP-HP de tenir compte du nombre prévisible de consultants pour l'année à venir : 74 départs à la retraite sont prévus en 2009, il existe 57 postes de consultants. Le différentiel doit être pris en compte et ne peuvent être refusé pour des questions de numerus clausus. Par ailleurs, les tableaux prévisionnels des emplois s'adaptent apparemment de manière souple en province. Le jugement par la CME de l'insuffisance du dossier constitue le seul motif de refus d'un consultant. Il faut reprendre contact avec le ministère sur ce sujet afin de retirer les postes de consultants du tableau prévisionnel des emplois. Cette disposition d'inclusion dans le TPER concerne également les membres de l'AP-HP détachés à l'extérieur, moyennant le remboursement de leur salaire à l'institution. Il s'agit donc d'un problème général. Le tableau prévisionnel des emplois introduit une sorte de garrot sans raison d'être.

**M. GOTTSMANN** indique que ces arguments ont été avancés dans les négociations avec les tutelles. Les perspectives démographiques rendent le sujet sensible, en raison de l'importance des cohortes pouvant prétendre au statut des consultants. Sur les 74 demandes de consultants possibles, 40 d'entre elles seraient des premières demandes contre 17 en 2008. La décision doit prendre en compte cet effet.

**M. RYMER** souligne l'intérêt du protocole national qui prend en compte ces évolutions, obtenu grâce à la compréhension du sujet dont avait fait preuve **M. MATTEI** en son temps. Cette disposition est statutaire et ne concerne que les PU-PH.

**M. CORIAT** propose de demander au Directeur général de mener de nouvelles négociations sur ce sujet afin d'éviter que le tableau prévisionnel des emplois rémunérés ne constitue un frein à l'application du protocole.

**M. RYMER** s'enquiert du nombre de personnes dont les salaires sont remboursés à l'AP-HP, dans le cadre d'une mise à disposition.

**M. GOTTMANN** répond qu'il n'a pas exactement le chiffre en tête mais que l'ordre de grandeur se situe à une cinquantaine de mises à disposition, sans compter les conventions d'intérêt général.

**M. AIGRAIN** ajoute que le sujet est d'autant plus important qu'il risque de perturber les négociations sur la prochaine révision des effectifs de praticiens hospitaliers. Il est indispensable de faire entendre les arguments développés par M. RYMER auprès des autorités de tutelle, sous peine de compromettre les efforts déployés pour le maintien des effectifs de praticiens hospitaliers.

**M. DRU** partage les propos de M. AIGRAIN. Dans un contexte de recherche de pistes d'économies pour maintenir le retour à l'équilibre, le consultanat devra être revu. Initialement, celui-ci devait être d'un an renouvelable une fois. Les projets de consultanat ne sont pas évalués au bout d'un an. S'il est demandé aux hôpitaux de financer les consultants de leur institution, il va falloir réfléchir à ce que recouvrent réellement leurs missions.

**M. RYMER** précise qu'il n'est pas demandé aux hôpitaux d'assumer le financement des postes de consultants, actuellement pris en charge par le Ministère de la Santé sur une « enveloppe nationale dédiée ».

### **III. Information sur le nouveau régime des assistants spécialistes**

**M. GOTTMANN** indique que l'article R. 61.52-501 du Code de la Santé autorise désormais le recrutement par les CHU d'assistants spécialistes des hôpitaux dans toutes les disciplines. Une circulaire rappelle les objectifs de ce déverrouillage réglementaire :

- permettre aux jeunes médecins d'approfondir leur formation spécialisée sur des fonctions de plein exercice ;
- participer à l'encadrement des jeunes internes ;
- tisser des liens professionnels facilitant leur future installation dans la région de formation.

La circulaire pose différentes recommandations pour que le déverrouillage statutaire ne soit pas détourné de sa finalité. Les CHU ne doivent pas en faire un instrument de détournement des assistants des centres hospitaliers généraux. Dans ce cadre, la circulaire prévoit le financement fléché de plus de deux cents postes d'assistants spécialistes partagés CHG / CHU au bénéfice des CHU, à l'exception de Paris, Lyon et Marseille.

Malgré ces règles d'accompagnement spécifique, la règle indiquée en introduction s'applique de manière pleine et entière aux CHU, y compris à l'AP-HP. Il est donc possible de recruter des assistants spécialistes en CHU, quelque soit la discipline, dès lors que la création de poste est autofinancée, le coût employeur s'élevant à 45 000 euros par an.

**M. CORIAT** demande si la garde d'assistant spécialiste est rémunérée comme celle d'un praticien hospitalier ou d'un chef.

**M. GOTTMANN** répond que les assistants spécialistes sont, statutairement, des personnels hospitaliers à 100% ; il en résulte que le mode de décompte et de rémunération de leurs gardes et astreintes obéit aux mêmes règles que celles appliquées aux praticiens hospitaliers.

**M. CORIAT** note que cette disposition ne mettra pas fin aux disparités de rémunération des gardes.

**M. GOTTMANN** poursuit en indiquant que la procédure de révision des postes d'assistants spécialistes sera lancée en mai. Elle débutera par un recensement des demandes en juin puis une étape de validation en juillet. Dans la foulée, les demandes de création seront transmises à la DRASSIF pour validation. Les postes pourraient alors être publiés en août et les candidatures gérées en septembre, avec transmission des dossiers nominatifs à la DRASSIF pour avis. Les intéressés pourraient être recrutés officiellement au 1<sup>er</sup> novembre 2009, sur un contrat d'engagement d'un an renouvelable trois fois ou de deux ans renouvelable deux fois un an. La possibilité est offerte de poursuivre une cinquième ou sixième année selon la procédure définie en juin 1998.

**M. BERCHE** insiste sur la nécessité d'un dialogue entre les autorités universitaires et hospitalières. Il s'enquiert du nombre de postes susceptibles d'être mis à disposition.

**M. GOTTMANN** indique que cette préoccupation a bien été prise en compte dans la procédure qui prévoit une articulation avec la procédure parallèle de révision des effectifs de CCA. Tant que les hôpitaux n'auront pas fait remonter leurs demandes, il est impossible de prévoir le nombre de postes susceptibles d'être ouverts. En tout état de cause, aucune demande de création de poste d'assistant spécialiste ne sera acceptée si elle n'est pas entièrement autofinancée. Cette exigence limitera le nombre de demandes.

**M. FAGON** considère que le schéma idéal est que ces postes soient intégrés dans la réflexion globale sur l'attribution des postes de chefs de clinique.

**M. CORIAT** considère que le titre d'ancien chef devrait pouvoir être obtenu avec une année d'assistant spécialiste et une année de chef de clinique, notamment dans les spécialités ayant besoin de renouveler un large nombre de praticiens hospitaliers.

**M. BERCHE** partage cette position. En revanche, il se déclare réticent sur la prolongation possible de ces postes par une cinquième et une sixième année.

**M. GOTTMANN** précise que cette disposition ne concerne que les assistants spécialistes recrutés dans les disciplines de biologie et pharmacie et parvenant au terme de leur 4<sup>ème</sup> année de contrat le 31 octobre 2009 et que cette disposition est dérogatoire et soumise à l'avis préalable des collégiales concernées.

**M. CORIAT** demande si l'AP-HP peut dès aujourd'hui créer des postes d'assistants spécialistes par autofinancement.

**M. GOTTMANN** confirme mais précise que ces emplois comptent pour un ETPR et émargeront au plafond d'emploi.

**M. DASSIER** prend acte de l'existence des postes d'assistants spécialistes dans les CHU. Il demande s'ils ne représentent pas avant tout un moyen de précariser les personnels. Il conviendra d'être attentif pour éviter une telle dérive.

**M. CORIAT** répond qu'ils se sont battus pour maintenir une révision des postes de praticiens hospitaliers dynamique, un assistant spécialiste ayant fait ses preuves pendant trois ans doit pouvoir passer praticien hospitalier.

**M. SINGLAS** demande si la possibilité de créer des postes d'assistants spécialistes dans les CHU exerce un impact sur les postes d'assistants spécialistes de pharmacie.

**M. GOTTSMANN** répond que le modèle des assistants spécialistes de pharmacie a été étendu aux autres disciplines sans que cela ait un quelconque impact, en retour, sur le statut d'origine des assistants spécialistes de pharmacie.

**M. SINGLAS** souligne deux freins à la prolongation des assistants spécialistes au delà de 4 ans, l'un financier, l'autre tient à la justification de la prolongation.

**M. RYMER** demande combien un poste de chef de clinique et un poste de HU coûtent à un service.

**M. GOTTSMANN** répond que le coût employeur d'un CCA s'élève à 34 K€, celui d'un PUPH à 60 K€ et celui d'un MCUPH à 48 K€

**M. VALLEUR** note que les postes d'assistants spécialistes s'avèrent plus rentables pour l'université que pour l'hôpital et pénalisent les services.

**M. BERCHE** répond que le nombre de CCA est limité. Le numerus clausus augmente, la demande également. Il faut considérer le recrutement d'un jeune comme un enrichissement pour un service. Les postes d'assistants spécialistes apportent un ballon d'oxygène qui peut être ciblé vers les soins hospitaliers.

**M. CORIAT** remarque que les différences de rémunération des gardes poseront problème.

**M. RYMER** reconnaît qu'il existe une inégalité dans le paiement de la garde et de l'indemnité de sujétion, mais la réalité s'avère plus complexe. Pour les praticiens hospitaliers ou les assistants spécialistes bénéficiant de RTT, la garde est incluse dans le temps de travail. Si cela donnait lieu à une plage additionnelle rémunérée, la somme finale serait la même.

**M. DASSIER** répond que selon un arrêt du Conseil d'Etat, les gardes des chefs de clinique correspondent à un travail effectif et non à des plages additionnelles. Ce temps de garde s'inclut dans l'activité hebdomadaire statutaire. Ces gardes donnent droit également à un repos de 11H post garde au titre du repos quotidien.

## IV. Questions diverses

### 1. Traitement des journées de grève

**M. DASSIER** explique que l'administration propose le prélèvement d'une journée de salaire ou la retenue d'une journée de RTT par jour de grève, ce qui semble normal. En revanche, la retenue effectuée par l'administration devrait s'accompagner d'une vérification préalable sur les tableaux de service, du solde d'activité mensuelle en demi-journées du praticien hospitalier.

**M. GOTTMANN** explique que la règle de retenue sur traitement en cas de grève doit s'appliquer et ce même si le praticien concerné peut faire état d'un dépassement de ses obligations quadrimestrielles de service.

**M. DASSIER** remarque que certaines administrations ont proposé de prélever plutôt une journée de RTT. Il ne conteste pas le principe de la retenue, mais un bilan quadrimestriel d'activité doit être effectué. Si la règle retenue est celle du prélèvement immédiat d'un trentième, alors toutes les demi-journées supplémentaires effectuées au décours d'un quadrimestre, doivent être, soient rémunérées au titre d'une plage additionnelle de jour, soient capitalisées sur le CET ou soient être récupérées en temps. Or les relevés individuels d'activité quadrimestrielle n'existent pas dans de nombreux hôpitaux.

### 2. Infirmiers anesthésistes

**M. DASSIER** explique que 68 candidats ont été sélectionnés à l'issue du concours sélectif d'infirmier anesthésiste. Or seule une trentaine de postes sont finalement ouverts. La communauté des médecins anesthésistes soutient tous les candidats reçus à ce concours, et demande à l'AP-HP d'honorer le nombre de places initialement prévus à ce concours. Nous tenons à rappeler l'importance pour notre institution, de ces procédures de promotion sociale.

**M. CORIAT** répond que ce problème est très présent à son esprit. Il a demandé une analyse démographique.

**Mme RICOMES** précise que la retenue, à ce stade, de trente financements de promotion professionnelle s'appuie sur le fait que d'après les données démographiques et pour les trois prochaines années, l'AP-HP a atteint le plein emploi. Les deux promotions en cours de scolarité suffiront à pourvoir les postes vacants. La poursuite du recrutement dans ces conditions doit donc être étudiée. S'appuyer sur les seules données démographiques aurait du conduire à ne retenir aucun poste. La proposition finale de trente postes tient compte des incertitudes démographiques et des modifications réglementaires pouvant intervenir dans les deux ans à venir.

Les admis conservent le bénéfice du concours et bénéficieront d'un report de scolarité. Il n'est pas question de remettre en cause le droit acquis par les infirmiers ayant réussi le concours.

**M. CORIAT** souligne que les modifications du numerus selon la démographie doivent être opérées avec attention. Il lui semble dangereux de réduire le nombre de postes à trente. L'école des

infirmiers anesthésistes constitue un outil qu'il faut préserver. Des recommandations préconisent la présence d'IADE dans les SMUR qui pourraient les accueillir. Il est important que les personnels qui ont passé ce concours, et qui sont motivés, soient assurés de voir leur choix concrétisé. Il espère que le nombre de postes pourra être augmenté.

**M. DASSIER** comprend qu'il est nécessaire d'établir des projections et d'ajuster le nombre de places offertes au concours en fonction des besoins de l'Institution. D'ailleurs, les salles de réveil manquent également d'IADE.

Mais il critique l'affichage d'une donne de 68 postes ouverts pour le concours lors des inscriptions de 2008, donne qui est finalement réduit à 30 postes en 2009. Les textes autorisent un report de scolarité d'une année. Il faudra donc trouver une solution pour autoriser l'extension du report scolarité sur deux ans.

**M. CORIAT** indique que l'arbitrage du Directeur Général est en cours. Il demande que le chiffre retenu soit communiqué à la prochaine CME.

**M. FAYE** souhaite connaître le nombre de personnes retenues au dernier concours d'entrée des infirmiers de blocs opératoires qui s'est déroulé récemment.

**Mme RICOMES** répond que 43 personnes se sont présentées et ont été reçues au dernier concours, elles seront toutes prises dans le cadre de la promotion professionnelle, ce qui représente une augmentation notable en comparaison des années précédentes. Il est exact, qu'un plus grand nombre de candidats aurait permis de retenir plus d'étudiants, afin de répondre aux besoins.

**M. FAYE** pense que le déficit de recrutement est imputable au non respect des promesses faites aux IBODE, notamment celle de la prime annuelle.

\*

\*

\*

*La séance est levée à 10 heures 25.*

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

**Mardi 12 mai 2009 à 08h30**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 29 avril 2009 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.