

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE***

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE  
DU MARDI 17 NOVEMBRE 2009**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 8 DECEMBRE 2009**

# **Ordre du jour**

de la CME du mardi 17 Novembre 2009

**(salle du Conseil d'Administration)**

-----

## **SEANCE PLENIERE**

- 1- Commission recherche : conclusions du groupe de travail issu de la CME (*Mme Durand - M. Misse*)
- 2- Information sur le rapport d'étape annuel 2009 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile de France (*Mme Montagnier-Petrissans*)
- 3- Le bilan social (*Mme Ferec – M. Gottsmann*)
- 4- Informatisation de la gestion du temps médical (*Mme Clerc – M. Gottsmann*)
- 5- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*)
- 6- Comité de suivi EPRD : points sur les dépenses de permanence des soins et sur les effectifs médicaux (*M. Gottsmann*)
- 7- Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2010 : avis sur les demandes de maintien et les reprises (*M. Gottsmann*)
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*)
- 9- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition D :**

- Avis sur le recrutement principal de CCA et d'AHU dans les établissements liés par conventions à l'AP-HP, au titre de l'année universitaire 2009-2010
- Avis sur une demande de mobilité de PHU

**Composition C :**

- Avis sur des désignations de chefs de pôle à titre provisoire
- Avis sur des candidatures aux fonctions de chefs de service
- Avis sur des désignations de chefs de service à titre provisoire
- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur une première demande de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier

**Composition B :**

- Avis sur des demandes de mobilité de MCU-PH

**Composition A :**

- Avis sur des demandes de mobilité de PU-PH.

- **Assistent à la séance**
  
- ***avec voix consultative :***
  - Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
  - 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 GARCIA.
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - M. DEGUELLE, directeur de cabinet,
  - M. SUTTER, adjoint au directeur de cabinet,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
  - Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
  - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
  - Mme RAVIER, conseiller technique en charge du suivi des questions financières et médicales,
  - Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
  - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
  - M. GOTTSMANN, direction de la politique médicale,
  - M. MISSE, direction de la politique médicale,
  - M. PINSON, direction de la politique médicale.
  
- ***membres excusés :***
  - M. le Pr CAPRON, M. le Pr DELPECH, M. le Pr DOUARD, M. le Dr REMY, Mme le Dr SEGUIN, M. le Pr SCHLEMMER.

*La séance est ouverte à 8 heures 35 sous la présidence de M. CORIAT.*

Le **président Coriat** indique avoir envoyé aux membres de la CME une lettre portant sur les travaux du Conseil exécutif et sur sa vision stratégique. La voie sur laquelle l'AP-HP est actuellement engagée lui semble, à court terme, préjudiciable pour l'offre et la qualité des soins, et à long terme, menaçante pour l'unité de l'institution. En conséquence, le président annonce avoir mis son mandat en jeu. Son courrier positionne les responsabilités des tutelles et de la CME dans l'offre de soins d'une institution telle que l'AP-HP. Il rappelle également que la CME doit conserver ses prérogatives, réelles et importantes, au moment même où les décrets d'application de la loi HPST les limitent. Ce message s'adresse avant tout aux tutelles.

Afin d'aborder ce point en présence du directeur général, actuellement en discussion avec le cabinet ministériel, le président propose de commencer par les autres points à l'ordre du jour, bien que ceux-ci soit impactés par les décisions que prendront les tutelles et la direction générale d'ici le 20 décembre, notamment la révision des effectifs de PH et l'EPRD 2010. Le président et le vice-président de la CME font part de leur besoin d'un soutien fort et clairement exprimé de la communauté médicale dans leur démarche.

Les points qui seront abordés préalablement à l'information de la CME sur les travaux du Conseil exécutif dépendent des réponses qu'apportera le Directeur général, et de la volonté de la CME de poursuivre ou non sa collaboration avec les tutelles. Les demandes de maintien et de reprise des postes de PH, par exemple, n'ont de sens qu'à raison d'un engagement ferme sur le devenir des postes repris. Le président réaffirme sa détermination à ne pas poursuivre sa collaboration avec les tutelles, si celles-ci n'apportent pas de réponses positives et concrètes aux points soulevés dans son courrier. Le fait de travailler sur ces sujets en début de séance ne signifie en aucun cas que la CME se contenterait d'une réponse négative ou partielle.

Par ailleurs, le **président** tient à saluer la mémoire du professeur Jean LOYGUE et du docteur Philippe HERICORD, récemment disparus. Il souligne le rôle visionnaire joué par Philippe HERICORD dans le domaine des urgences, dont il a amélioré la prise en charge à l'AP-HP. Il a également contribué à médicaliser cette spécialité et demeurera dans les mémoires comme un grand chef de service résolument tourné vers l'avenir.

Le **vice-président** souligne les qualités médicales et la grande humanité du docteur Philippe HERICORD, tant dans ses relations avec les patients et les familles qu'avec les équipes médicales.

Il ajoute qu'il est difficile de résumer en quelques mots la carrière et les apports de Jean LOYGUE à l'AP-HP, à la chirurgie digestive et à l'UFR de Saint-Antoine. Jean LOYGUE a construit ce qui reste la plus importante équipe de chirurgie viscérale et digestive de l'institution, certainement l'une des plus reconnues à l'international. Il a su attirer autour de lui des chirurgiens parmi les plus brillants de leur génération. Tous, à un degré variable, lui sont redevables. Le vice-président souligne à quel point sa pratique médicale a été marquée par son internat dans l'équipe du professeur. Jean LOYGUE faisait également preuve d'une grande humanité dans ses relations avec ses malades et ses collaborateurs. Il s'est mis au service de l'hôpital public, dans son aspect universitaire, puis en tant que président délégué du conseil d'administration de l'AP-HP.

*La CME procède à un instant de recueillement en mémoire du professeur Jean LOYGUE et du docteur Philippe HERICORD.*

## **I. Commission recherche : conclusions du groupe de travail issu de la CME**

Le **président** remercie Mme DURAND et M. MISSE pour les travaux du groupe sur la recherche clinique et translationnelle, qui constitue l'une des missions de la CME.

**Mme DURAND** rappelle les objectifs du groupe de travail :

- informer les membres de la CME et le corps médical de l'AP-HP sur les activités de recherche de l'institution ;
- recenser les différentes possibilités de conduire un projet de recherche au sein de l'AP-HP et identifier les différents types des projets, les appels à projets et les sources de financement ;
- préciser le rôle des unités de recherche clinique (URC) et du département de la recherche clinique et du développement (DRCD) ;
- émettre des recommandations concernant l'organisation et le fonctionnement de la recherche au sein de l'AP-HP ;
- faciliter à tous les acteurs l'accès à la recherche clinique au sein de l'institution.

Avec M. MISSE, Mme DURAND a assuré l'animation du groupe de travail, auquel ont participé des membres de la CME. Six réunions ont eu lieu, dont chacune a fait l'objet d'une ou plusieurs présentations d'intervenants, invités et experts, les sujets étant choisis par les membres du groupe. Les comptes rendus des auditions sont consultables sur le site de la CME. Ont été traités les sujets suivants :

- présentation globale de l'activité de recherche à l'AP-HP ;
- possibilités offertes par l'AP-HP aux jeunes médecins désireux de s'investir dans la recherche ;
- prestations offertes par les URC ;
- valorisation des activités de recherches menées à l'AP-HP ;
- gestion des personnels spécifiquement dédiés à la recherche au sein de l'AP-HP ;
- présentation des centres d'investigation clinique (CIC) ;
- fonctionnalités offertes par le logiciel SIGAPS et son utilisation pour la détermination d'une partie de la part modulable de l'enveloppe MERRI ;
- pôle de compétitivité MEDICEN Paris - Région ;
- présentation du centre national de gestion des essais de produits de santé (GIP CeNGEPS) et de son action au sein de l'AP-HP ;
- présentation du pôle Europe du DRCD et de la gestion des projets de recherche européens ;
- présentation des grandes orientations du projet de volet Recherche du plan stratégique.

A l'issue de ces auditions, le groupe de travail a émis plusieurs recommandations en faveur des jeunes médecins désireux de s'investir dans une activité de recherche. Il préconise d'étudier la possibilité d'élargir les postes d'accueil CNRS / CEA aux universités, d'envisager des durées de contrat supérieures à un an et d'assouplir les modalités de remplacement des PH lauréats des postes d'accueil. Il recommande également de mieux former les jeunes médecins (internes et CCA / HAU), à la recherche clinique et de mieux les informer sur les opportunités offertes par l'AP-HP, en lien avec les URC. Dès l'année 2010, le groupe de travail préconise d'intégrer un thème « Initiation à la recherche clinique » au sein de l'appel à projets régional du PHRC, bénéficiant d'une enveloppe de crédits fléchés d'environ un million d'euros. Il suggère également de réfléchir à un appel à projets interne spécifiquement dédié aux études de physiopathologie et de preuve de concept.

Concernant les personnels de recherche, le groupe de travail recommande de limiter le *turn over* en les fidélisant, grâce à une amélioration de leur statut, à des primes d'intéressement et à une évolution de carrière plus importante. Au fil des circulaires DHOS, ces métiers semblent néanmoins de mieux en mieux considérés.

Concernant les CIC, le groupe de travail préconise d'assurer le financement de ces structures, essentiellement hospitalières, en veillant notamment à flécher les moyens de la part variable de l'enveloppe MERRI destinés au financement des CIC vers les établissements de l'AP-HP qui possèdent effectivement un (ou plusieurs) CIC labellisés.

Concernant le logiciel SIGAPS, le groupe de travail suggère de mieux valoriser la place du dernier auteur pour le calcul du score de publication et de faciliter la signature des attachés.

S'agissant de la gestion des projets de recherche européens, il s'avère nécessaire de développer le pôle Europe du DRCD et de veiller à respecter les règles de la commission européenne en matière de gestion financière des projets européens.

Le **président** souligne l'importance du sujet, l'une des missions de la CME étant d'aider les plus jeunes à s'impliquer dans la recherche clinique. Il ouvre le débat, en soulevant le problème d'une recherche qui coûte plus qu'elle ne rapporte. Il s'enquiert des suites données à l'idée soutenue d'un financement par projets, soutenue par les indicateurs SIGAPS.

**M. MISSE** répond qu'une grande partie de la recherche est déjà financée ainsi. Les indicateurs calculés par le logiciel SIGAPS et permettant de déterminer le montant d'une partie de l'enveloppe MERRI rendent compte de l'importance de la recherche au sein de notre institution, recherche qui pourrait bénéficier en effet de ce mode de financement. L'AP-HP n'a rien à craindre dans ce cadre, dans la mesure où 50 % des budgets des appels à projets nationaux lui sont attribués chaque année.

**M. FOURNIER** constate que 90 % des recommandations présentées ont déjà été détaillées par la mission Efficience. Il regrette la redondance des travaux des deux groupes.

Le **président** estime plus logique que ce soit la CME, plutôt que le groupe Efficience, qui étudie les possibilités d'encouragement de la recherche à l'AP-HP. Il précise que ce travail résulte d'une demande de sa part et s'étonne de découvrir à l'instant l'existence d'un travail similaire au sein du groupe Efficience.

**M. FOURNIER** s'enquiert de l'état d'avancement du projet de création d'une fondation dédiée au financement de la recherche universitaire.

**M. MISSE** répond que la loi permet effectivement à l'AP-HP de créer des fondations, dont la vocation est d'attirer de l'argent privé. En revanche, ces fondations n'ont pas vocation à gérer les crédits de l'assurance maladie, dont on peut penser qu'ils vont perdurer dans le financement de la recherche. Elles joueraient un rôle complémentaire. L'objectif de l'AP-HP reste bien de créer une fondation pour financer la recherche. Sa concrétisation se heurte cependant à des difficultés techniques d'élaboration du décret. La DHOS veut en effet que les fondations hospitalières puissent gérer des montants importants afin d'atteindre la masse critique nécessaire à certains projets. Par ailleurs, dans un contexte de multiplication des fondations, des difficultés politiques pourraient également apparaître.

**M. FOURNIER** demande la transmission d'une carte des hôpitaux de l'AP-HP, faisant apparaître les GH et les sites de regroupement des CIC et URC. Dans un contexte de regroupement, il lui semble en effet important de connaître l'emplacement des centres de recherche et les dotations de chacun en personnel, notamment non médical.

**M. MISSE** répond qu'il est prévu de mettre en place une URC et un CIC par GH, afin de garantir une certaine proximité avec les utilisateurs. Pour les trois GH actuellement dépourvus de CIC, l'AP-HP affiche son ambition de les doter d'un centre de recherche clinique (CRC) dont la structure serait semblable à celle d'un CIC, sans le label INSERM.

**M. FOURNIER** soulève les difficultés réglementaires de recrutement, régulièrement évoquées par les chercheurs, alors même que le budget existe pour créer des postes.

**M. MISSE** répond que la question du statut des personnels de recherche est importante. Un guide de gestion des métiers de la recherche a été élaboré, proposant des statuts en correspondance avec ceux de la fonction publique hospitalière. Ce sont des métiers spécifiques, mais l'AP-HP parvient néanmoins le plus souvent à adapter ces statuts aux nécessités de la recherche.

**Mme AIACH** demande pourquoi les postes d'accueil à l'INSERM ne sont pas cités, alors qu'ils sont plus nombreux que ceux du CNRS.

**M. MISSE** répond que les postes d'accueil de l'INSERM relèvent d'un programme propre à cet organisme.

**Mme AIACH** insiste sur le problème de statut des personnels de recherche, qui ne se sentent pas reconnus à l'AP-HP. Il s'agit d'un véritable métier, qui ne peut s'accommoder de solutions transitoires.

Le **président** demande s'il existe encore des promotions simples AP-HP sur des thématiques précises.

**M. MISSE** confirme le maintien de ces promotions. Les projets de recherche conduits par l'institution résultent d'appels à projets soit externes, soit internes. Les appels à projet internes devraient être simplifiés sous la forme de « contrats de recherche clinique ». Une dernière possibilité consiste à être promoteur « hors appels d'offre », lorsqu'un investigateur s'adresse à l'AP-HP pour un projet entièrement financé par ailleurs. La promotion est acceptée à l'issue d'un processus d'évaluation. Un contrat est alors signé avec l'industriel (laboratoire pharmaceutique) soutenant le projet, l'AP-HP restant le promoteur du projet.

**M. FAGON** souligne que l'AP-HP a souhaité renforcer la visibilité du rôle des URC, en mettant en place une URC par GH ainsi qu'en professionnalisant leur rôle, notamment en matière de gestion des RH, avec l'adjonction d'un cadre administratif dévolu à cette mission. L'équipe de direction doit comprendre un référent hospitalo-universitaire chargé des liens avec les URC et plus largement les universités. Les organigrammes des équipes de direction en cours de constitution prévoient que ce soit l'adjoint du directeur ou le directeur lui-même de chaque GH. Il est également prévu d'accroître la lisibilité des modes de financement. Enfin, le guide des professions de recherche doit être actualisé régulièrement, une deuxième version a été élaborée.



## **II. Information sur le rapport d'étape annuel 2009 du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile-de-France**

**Mme MONTAGNIER-PETRISSANS** rappelle que le contrat de bon usage (CBUS) a pour but de promouvoir le bon usage des produits de santé tout en sécurisant la prise en charge thérapeutique du patient. Il soulève l'enjeu du financement de l'innovation des médicaments et des DMI. En effet, le non respect de ses engagements par l'AP-HP peut entraîner une diminution du taux de remboursement de ces produits de santé. L'enjeu financier n'est pas négligeable, puisqu'il concerne 200 millions d'euros par an, avec une sanction possible de 50 millions d'euros pour les médicaments et de plus de 10 millions d'euros pour les DMI.

Le CBUS fait le lien entre la qualité et la sécurité des soins, la juste prescription et l'accès à l'innovation. Mis en place en 2005, il comporte désormais des exigences accrues en termes d'indicateurs (chiffrés), de méthodologie (audits) et de déclaration des événements indésirables. Le résultat des autoévaluations des hôpitaux sont désormais envoyés à l'ARH et à l'assurance maladie. Par ailleurs, les liens avec la certification sont nets : avec la V2010, le CBUS devient une pratique exigible prioritaire et le rapport d'étape, une pièce indispensable à la certification. Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale 2009 introduit la maîtrise des dépenses de produits de santé remboursés en sus des GHS.

En octobre 2009, le CBUS de l'AP-HP a été envoyé à l'ARHIF, à partir d'une synthèse des autoévaluations des 39 hôpitaux. La note obtenue est de 82/100, avec 8 points optionnels récompensant la démarche mise en place. En novembre, l'ARHIF doit fixer le taux de remboursement de l'AP-HP, sachant qu'une note de plus de 80/100 entraîne un remboursement à 100 %. En décembre, l'AP-HP devra envoyer les éléments d'autoévaluation propres à chaque hôpital.

Pour la première fois, des indicateurs nationaux sont disponibles, ce qui devrait permettre d'établir des comparaisons régionales et nationales. L'AP-HP obtient les résultats suivants :

- informatisation et prescription des médicaments : 57 % ;
- analyse médico-pharmaceutique de l'ordonnance : 38 % ;
- centralisation de la préparation des anticancéreux : 57 % ;
- traçabilité des DMI dans le dossier du patient : 69 %.

Les points forts du CBUS de l'AP-HP sont :

- la mise en place de pratiques pluridisciplinaires ;
- le développement de l'informatisation du circuit du médicament ;
- l'existence d'un système de recueil des événements indésirables OSIRIS ;
- le recueil des indications dans lesquelles les médicaments sont prescrits.

**Mme MONTAGNIER-PETRISSANS** prend comme exemple l'AVASTIN pour illustrer le type d'analyse de consommations que l'on peut réaliser au sein de l'institution. Les dépenses qui lui sont liées ont augmenté de 63 % en un an. Cette augmentation se justifie par les nouvelles AMM depuis 2007, mais 20 % des prescriptions d'AVASTIN sont effectuées hors référentiels, Le CBUS n'accepte les prescriptions hors référentiels qu'à titre exceptionnel et avec une justification au cas par cas dans le dossier du patient. Ce type d'analyse doit permettre d'étudier les pratiques et de pouvoir ensuite en discuter avec les prescripteurs.

Les points à améliorer sont les suivants : le premier concerne la communication sur ce CBUS. Il importe en effet de parvenir à sensibiliser l'ensemble des acteurs du circuit. Par ailleurs, la mise en place de la dispensation nominative manque d'un projet institutionnel réel. L'analyse détaillée des consommations avec des prévisions, certes difficile, doit être renforcée. L'analyse systématique des pratiques doit également être renforcée, ainsi que la sécurisation du circuit des DMI. Enfin, il conviendrait de développer des audits internes sur ces circuits.

En conclusion, le système d'information s'appuie sur des outils non définitifs, ce qui freine les évolutions. Celles-ci sont parfois également freinées par la mise en place en cours des GH. Parallèlement au renforcement des exigences, des contrôles et de la transparence, il subsiste une marge d'amélioration importante au sein de l'AP HP en ce qui concerne les domaines suivis par les indicateurs nationaux, l'analyse des consommations des produits de santé et la communication sur le CBUS et ses objectifs.

Le **président** comprend la limitation des médicaments hors GHS à 10 %. Cependant, cette limitation pose des problèmes éthiques et financiers, que les tutelles transfèrent ainsi à la communauté médicale.

**Mme MONTAGNIER-PETRISSANS** répond que 10 % représentent un seuil d'alerte, à partir duquel l'ARH et l'assurance maladie viennent vérifier la raison du dépassement. Si ce dépassement est justifié, la procédure s'arrête. Toutefois, cette justification requiert de disposer d'un système d'information performant.

**Mme DEGOS** suggère de déterminer des centres de référence dans lesquels les prescriptions hors AMM pourraient être suivies plus précisément.

Concernant le coût des anti-angiogéniques, **Mme le Dr B. GIRARD** souligne le caractère révolutionnaire de l'AVASTIN en ophtalmologie. Son utilisation est motivée par une réduction du coût du traitement anti-angiogénique. Ce médicament est étudié au niveau mondial dans le traitement des néo-vaisseaux rétiniens entraînant une cécité. Cependant, aucun laboratoire n'est prêt à financer une étude mondiale d'autorisation de mise sur le marché de l'AVASTIN dans cette application. Les limites des AMM ne doivent pas faire oublier que cette application poursuit un but éthique et vise à diminuer le coût du traitement. Une autre molécule mise au point par un autre laboratoire, le LUCENTIS, ayant l'AMM, nécessite en effet une injection mensuelle d'un coût unitaire de 1 300 euros.

**Le président** souligne que les PUI émettent des demandes de pharmaciens cliniciens dans le cadre de la validation pharmaceutique des prescriptions de médicaments et pour l'éducation thérapeutique des patients. Il demande à M. SINGLAS s'il ne faudrait pas mener un effort ciblé sur les effectifs de PH des pharmacies.

**M. SINGLAS** recommande effectivement la présence de pharmaciens dans les services cliniques pour valider les prescriptions au niveau local et pour l'éducation thérapeutique des patients.

**Le président** note la nécessité d'étudier ce point avec la communauté pharmaceutique.

**M. SINGLAS** constate que le score de 82/100 est inférieur à celui des années précédentes. Il demande si ce résultat s'explique par une plus grande transparence ou par une diminution réelle des performances de l'AP-HP.

**Mme MONTAGNIER-PETRISSANS** répond que le résultat de 85,6 % obtenu en 2008 était calculé à partir de critères, d'items et de cotations différentes, dans un système déclaratif et non d'audit. Ces résultats ne sont donc pas comparables.

**M. SINGLAS** note que le dépassement d'un seuil de 10 % d'évolution des dépenses des médicaments hors GHS entraînera des contrôles sur place. La tendance de croissance des dépenses de ces médicaments diminue cette année, contrairement aux années précédentes où l'augmentation moyenne était de 20 % par an. Cependant, les augmentations restent trop nombreuses dans les groupes 3 et 4.. Mais on observe parfois un effet paradoxal ; par exemple, dans le traitement de la DMLA, l'utilisation de l'Avastin, hors AMM, ne coûte pratiquement rien puisqu'on utilise souvent des « reliquats » de traitements anticancéreux, alors que les autres médicaments entraînent des dépenses importantes, remboursées par les organismes sociaux mais l'Avastin, nettement moins onéreux ne peut être remboursé.

Selon **M. FAGON**, il est impératif que l'AP-HP élabore une véritable politique du médicament et des dispositifs médicaux (DM) dans le cadre du prochain plan stratégique. La première étape consiste à améliorer l'analyse médico-pharmaceutique des prescriptions. L'innovation thérapeutique à l'AP-HP explique les dépassements des taux, qu'il faut parvenir à justifier sans faire passer pour de l'innovation ce qui n'en serait pas. Enfin, l'analyse médico-économique des prescriptions et de l'utilisation des médicaments doit être affinée, afin de pouvoir élaborer un budget pharmaceutique, sachant qu'il reste difficile d'obtenir un retour par site et par médicament. Il s'agit d'un enjeu clé des prochaines années, qui se chiffre en centaines de millions d'euros.

Le **président** demande à M. FAGON des suggestions de pistes d'amélioration.

**M. FAGON** répond que la priorité actuelle concerne l'opérationnalité du système d'information, sans laquelle les points qu'il a évoqués ne sont pas traitables avec une réelle efficacité. M. FAGON précise que le développement du système d'information clinique sera présenté à la CME de décembre, l'utilisation des médicaments et des DM étant l'un des enjeux majeurs de sa mise en place.

**M. SINGLAS** demande si un médecin peut engager seul des dépenses de 50 à 100 000 euros, voire plus. Même justifiées médicalement, ces prescriptions devraient être soumises à une réflexion et à un contrôle préalable, menés par exemple par un groupe de travail rapidement mobilisable.

**M. FAGON** suggère de s'inspirer des méthodes des CHU de province possédant une meilleure maîtrise des coûts et des prescriptions. Bien qu'il s'agisse d'un point sensible qui touche notamment au droit et à la liberté de prescription, la question devra être posée.

**Mme DEGOS** souligne que l'AP-HP peut s'appuyer sur des réunions multidisciplinaires déjà existantes ainsi que sur le logiciel ARKADOS. Concernant la production d'anticancéreux, elle observe que les industriels anticipent probablement ce qu'ils vont produire l'année suivante.

### **III. Bilan social**

**Mme FEREC** rapporte les principales données du bilan social. Les effectifs non médicaux représentent 91 % des effectifs de l'AP-HP en 2008. L'évolution de l'effectif annuel moyen rémunéré du personnel non médical (PNM) reste stable sur les trois derniers exercices, mais le nombre de contractuels sur postes permanents augmente (2 000 en 2008), en lien avec les chantiers

du nouveau système d'information. L'évolution du PM reste également stable. Le personnel soignant représente 71 % du PNM.

Le ratio effectifs moyens en ETP / lit évolue positivement entre 2007 et 2008, avec toutefois une évolution inverse entre établissements à prédominance AIGUS et établissements à prédominance SSR et SLD, témoignant de difficultés de recrutement récurrentes.

Les données professionnelles et statutaires de la filière administrative restent stables, de même que celles des IDE et des AS de la filière soignante et les personnels de la filière socioéducative. En revanche, les ASHQ diminuent significativement en raison de la mise en place du protocole ouvrier de 2006 et de l'impact des plans d'efficacité. Quant au personnel médico-technique, il évolue positivement en 2008, notamment les manipulateurs radio et les préparateurs en pharmacie.

La part des catégories A et B augmente, tandis que celle de la catégorie C diminue. La part des catégories A et B correspond à celle de la plupart des structures d'Ile-de-France et des CHU.

La pyramide des âges illustre le vieillissement du PNM. La répartition par filières montre sur douze ans une stabilité de l'âge moyen des soignants (40 ans), parallèlement à une augmentation de l'âge moyen des catégories administratives, médico-techniques et ouvrières. Ces données reflètent l'importance du *turn over* dans les filières soignantes. La part de la catégorie des 26-40 ans a diminué de 10 % dans la totalité des effectifs.

Par ailleurs, le personnel exerçant sur les horaires qualifiés de jour, 84 % du PNM, tend à diminuer, tandis que les horaires alternés évoluent légèrement à la hausse.

La balance des entrées et sorties témoignent de l'importance du *turn over* dans l'AP-HP (7 000 mouvements), avec des variations selon les catégories et les métiers (14 % pour les infirmières contre 10 % en moyenne). L'Ile-de-France est particulièrement concernée.

L'absentéisme continue à augmenter, notamment pour des maladies ordinaires entraînant plus de 7 jours moyens d'arrêt par agent. Cette donnée fait l'objet de réflexions d'un groupe de travail du CHSCT. Si son niveau global est similaire aux taux nationaux d'absentéisme, voire parmi les moins élevés, son évolution constante à la hausse n'en demeure pas moins préoccupante.

Le nombre d'agents diplômés des écoles de formation de l'AP-HP est de 2 600 environ en 2008.

En matière d'emploi des travailleurs handicapés, l'AP-HP progresse. Le taux d'emploi atteint 3,69 % en 2008 contre 3,25 % en 2007, mais le seuil réglementaire étant de 6 %, l'AP-HP a dû acquitter une contribution de 6,2 millions d'euros.

Environ 2 900 enfants sont pris en charge à l'AP-HP. Le nombre d'enfants dans les centres de loisirs reste également stable. Le nombre de logements attribués a augmenté en 2008, mais il reste difficile de présenter un bilan satisfaisant, en l'absence d'informations sur les logements gérés directement par les établissements.

Concernant le personnel médical (PM), **M. HUBIN** précise que les effectifs physiques de seniors augmentent de 0,86 % entre 2007 et 2008 ce qui représente en 2008 12 837 médecins pour un total de 7 475 ETP. Le personnel HU compte 3 030 effectifs pour 1 515 ETP. En ajoutant étudiants et internes, le nombre de médecins est de 20 661, représentant 15 299 ETP. Les 0,86 % d'augmentation reflètent des situations différentes (diminution du nombre de praticiens adjoints

contractuels / augmentation significative du nombre de praticiens hospitaliers). Au total, le nombre d'ETP de médecins seniors augmente de 91 ETP entre 2007 et 2008.

Les médecins en formation (internes et étudiants hospitaliers) représentent 38 % des effectifs physiques, toutes catégories confondues. Si l'on ne retient que les médecins seniors, les médecins répartissent en trois grandes catégories : les praticiens attachés représentant 46 % des effectifs, les personnels HU titulaires et temporaires 23 % et les praticiens hospitaliers 24 %.

**M. AIGRAIN** demande une comparaison de la répartition des effectifs de l'AP-HP avec celle des autres CHU.

**M. HUBIN** propose de la présenter à une prochaine CME. Globalement, les attachés représentent une part plus importante des seniors par rapport aux autres CHU. Ils représentent aussi 30 % des ETP et les PH, 40 %. Un nombre important d'attachés représente une somme de travail faible en ETP, comparé à leur représentation en effectifs physique.

Les 0,86 % d'augmentation sont dus à l'augmentation des effectifs de PH, renvoyant à la procédure de révision des effectifs et aux créations de postes, qui ne sont que partiellement compensées par une diminution des effectifs de PH attachés dont les vacations servent souvent de gages à la création de postes de PH. Exprimée en ETP, l'évolution est positive.

Une analyse par catégorie montre que les effectifs physiques des personnels hospitaliers universitaires augmentent légèrement, traduisant ainsi une augmentation du nombre de PU-PH (intégration des pharmaciens). En ETP, les PH représentent la principale composante des effectifs médicaux seniors avec 35 % des ETP pour les PH-TP et 4,1 % ETP pour les PH-TPA. Le nombre de praticiens contractuels diminue de 35,9 entre 2007 et 2008 ; cette catégorie de médecin ne représente plus que 7% des ETP de médecins seniors.

En effectifs physiques, les praticiens attachés constituent la composante principale des effectifs médicaux seniors mais ne représentent plus aujourd'hui que 30,4 % des ETP contre 32,3 % en 2007. La décroissance des effectifs s'effectue à un rythme plus lent entre 2006 et 2008. Les praticiens attachés effectuent en moyenne 3,9 demi-journées hebdomadaires et seulement 14 % d'entre eux sont à temps plein.

Après avoir atteint leur minimum en 2003, les effectifs d'internes continuent à progresser entre 2006 et 2007 (+20) et entre 2007 et 2008 (+86), très largement en raison de la création d'un internat de médecine générale et de l'augmentation du numerus clausus en fin de PCME1. En corollaire, les effectifs de résidents sont passés de 91 à 34 entre 2006 et 2008, tandis que les effectifs de FFI ont diminué de 81 entre 2006 et 2008.

La pyramide des âges témoigne d'une représentation marquée des médecins en formation dans les moins de 25 ans et les 26-40 ans, ainsi que d'une forte représentation des HU titulaires PH et PAC au-delà de 41 ans. Les moins de 25 ans représentent 2 % des effectifs, les 26-40 ans 41 %, les 41-55 ans 35 % et les plus de 55 ans 21 %. Au total entre 2007 et 2008, toutes catégories confondues, la part des plus de 55 ans augmente d'un point à 21% des effectifs tandis que la part des 41-55 ans diminue de 3 points à 35%, les parts des 26-40 ans et des moins de 26 ans restant inchangées.

Le taux de féminisation est supérieur à 50 % sur toutes les catégories sauf trois, dont les HU titulaires (28,59 %).

La masse salariale a augmenté de 7,2 % entre 2007 et 2008, après des hausses de 3,71 % entre 2006 et 2007. Cette évolution reflète un effet volume lié à l'augmentation des effectifs de personnels médicaux seniors, ainsi qu'un effet prix lié aux revalorisations salariales successives en 2008, au paiement des jours CET, à l'abondement de retraite des hospitalo-universitaires et aux primes de responsables de pôle au 23 août 2008.

**M. SEBBANE** demande des précisions sur le PNM dans les services de soins de suite et de soins de longue durée. Au regard de la densité du PNM, les soins de suite lui semblaient rencontrer moins de difficultés que les soins de longue durée, marqués par une sous exécution budgétaire du personnel. Le fait de ne pas distinguer ces données dans le bilan social génère de la confusion.

**Mme FEREC** propose de le faire dans les prochaines présentations. Elle précise que la difficulté de recrutement pèse davantage dans le secteur des soins de longue durée et des soins de suite et de réadaptation.

**M. RICHARD** fait part d'un sentiment général de croissance de l'absentéisme. Il demande si les postes présentés dans le bilan social sont tous occupés et s'enquiert du pourcentage de postes vacants et de lits fermés par manque de personnel soignant en fin d'année. Par ailleurs, il serait suggéré au personnel soignant d'apurer ses dettes en termes de vacances et de repos d'ici le 31 décembre, ce qui pose des problèmes de fonctionnement aux structures hospitalières.

Le **président** souligne l'existence d'un décalage important entre des chiffres rassurants du bilan social et le vécu du terrain, des chefs de services et des présidents de CCM. Que ce vécu résulte de postes vacants ou du niveau d'absentéisme, il importe d'avoir des réponses claires sur ce point.

**Mme FEREC** explique que le bilan social présente la totalité des effectifs PNM, y compris les agents en position de congés de longue durée. Cette vision n'est par définition pas une vision budgétaire et ne fait pas mention de la notion de postes de travail ni de postes vacants, elle est le reflet de la situation des effectifs rémunérés par l'institution. Elle confirme qu'en 2008, les soins de longue durée ainsi que d'autres établissements possédaient des postes vacants.

Par ailleurs, l'absentéisme est considéré comme un problème majeur. Ce n'est pas tant le taux d'absence qui doit être analysé que son évolution, négative pour l'institution. Le volume de jours perdus représente un nombre significatif d'ETP. Son augmentation ne peut que peser sur le fonctionnement au quotidien des services. Un travail est en cours avec un groupe de DRH sur ce sujet, en sachant que l'analyse des causes de l'absentéisme est complexe

S'agissant des repos, il a été demandé aux sites de planifier les jours de repos supposés être pris par les agents en 2009 et d'estimer le volume qui ne peut l'être cette année afin de le planifier début 2010. La difficulté concerne moins les populations soignantes que les autres populations de l'hôpital.

Le **président** estime que le ressenti du terrain ne peut s'expliquer uniquement par l'évolution de l'absentéisme.

**Mme DEGOS** demande comment l'absentéisme a évolué depuis la mise en place des RTT et des 7,36 heures.

**Mme FEREC** répond que le taux d'absentéisme augmente depuis la mise en place des RTT. Il est difficile d'en appréhender les raisons, qui sont multiples.

**M. FAGON** explique que le bilan social présente les postes occupés par des agents de l'AP-HP et non les emplois théoriques. Les postes vacants n'y figurent donc pas.

Le **président** demande une explication au décalage entre le vécu du terrain et la stabilité des chiffres du bilan social.

**Mme FEREC** répond qu'en 2009, une pression forte pèse sur le personnel non permanent. Elle mesure les difficultés de fonctionnement liées à la disparition successive des postes non pourvus en 2007 et 2008, qui pèsent également sur les perspectives de recrutement.

**M. MUSSET** souhaite connaître le nombre de postes non pourvus à l'AP-HP, dont une partie a déjà été retirée, tandis qu'une autre le sera lors de l'EPRD 2010. Or ces postes appartiennent aux spécialités les plus atteintes par la démographie et rencontrant le plus de difficultés de recrutement. Il craint que les services confrontés à ces difficultés ne souffrent de la disparition progressive des postes vacants non pourvus.

**M. FAGON** répond que ce chiffre d'emploi est théorique. Le véritable sujet réside dans les capacités de recrutement.

**M. VALLEUR** salue la qualité des documents du bilan social. Toutefois, il attire l'attention sur la différence de densité du PNM et du PM d'un site à l'autre de l'AP-HP, parfois au sein du même groupe, non proportionnelle à l'activité. Cette densité varie selon un gradient nord / sud et interne / externe.

**Mme FEREC** indique que les problèmes de densité sont à l'étude. Cependant, les tentatives d'harmonisation entre sites et services suscitent à chaque fois de longs débats soulignant les différences entre ces sites et services.

**M. VALLEUR** demande si l'institution a anticipé la problématique des départs en retraite dans les différentes disciplines et comment seront traités les CET des personnes partant en retraite. Enfin, il souligne que la notion de poste budgétisé de PH n'existe plus avec les pôles. L'activité génère une masse financière, qui permet soit de créer des postes, soit de ne pas en créer.

**M. FAGON** souligne que depuis deux ans, un travail en profondeur est mené sur la démographie médicale dans l'ensemble des structures de l'AP-HP, afin d'orienter les recrutements en fonction des risques courus par les disciplines. Ces données sont transparentes depuis plus d'un an sur l'ensemble des sites. Les sites et les GH doivent, dans leurs demandes de titularisation, tenir le plus grand compte de la situation démographique de l'ensemble de leur PM.

**M. RICHARD** demande une réponse à sa question sur les postes vacants, courant le risque d'être supprimés et de conduire à fermer des structures par manque de personnel. Il demande s'il faut considérer que ces structures, par exemple les SSR, ne rouvriront pas. Il souhaite également connaître le nombre de structures fermées par manque de personnel, ou plutôt par suppression de personnel soignant.

**Mme FEREC** n'a pas cette information, mais propose de l'étudier.

**M. FOURNIER** souligne la réalité du manque de personnel, dont les causes sont multiples. L'une pose problème, celle de la réduction drastique en trois ans du nombre de CDD et d'intérimaires qui

restreint considérablement les marges de manœuvre des hôpitaux. Par ailleurs, les chiffres des lits fermés pour raisons structurelles devraient figurer dans l'EPRD 2009.

Le **président** demande aux intervenants d'apporter des réponses aux questions posées, à la prochaine CME et de présenter la masse des emplois CDD et intérimaires rendus, susceptible d'expliquer le décalage entre la stabilité des effectifs et les difficultés du terrain.

**Mme RICOMES** confirme la mise en place d'une politique de réduction des CDD et des intérimaires, au regard des dérives constatées en 2007 et 2008. Consciente des difficultés posées par cette politique, elle souligne néanmoins qu'il faut veiller à ne pas recréer la situation de 2007, marquée par un nombre très important de CDD difficiles à titulariser. Elle espère pouvoir entrer dans une politique plus stable dans les prochaines années.

**M. LACAU SAINT GUILY** souligne la différence entre le recours à l'intérim, le plus souvent insatisfaisant, et les CDD. Le ressenti d'un manque de personnel s'explique également par les congés maternité ou maladie de personnels placés sur des emplois non remplaçables. De multiples facteurs se cumulent en ce qui concerne la convergence public/privé, celle-ci devrait aussi porter sur les moyens et permettre dans le public, comme dans le privé, le remplacement des personnels arrêtés pour raison de maladie, accident ou grossesse.

**Mme RICOMES** répond que le recours à l'intérim a été placé sous contrôle en 2009, avec des effets directs sur le fonctionnement des services cliniques. Au-delà des problèmes de qualité, il présente un coût élevé, tout en introduisant une souplesse de fonctionnement. Pour les CDD, la problématique diffère dans la mesure où les réductions ont porté essentiellement sur les services logistiques (arrêt des CDD de longue durée). Enfin, le débat sur le personnel physiquement présent et le personnel payé n'est pas nouveau, mais pour gérer correctement l'institution, elle doit compter l'ensemble du personnel payé pesant sur la masse salariale.

**M. CHERON** suggère d'étudier le nombre de jours d'ouverture des crèches, en plus du nombre d'enfants accueilli, en augmentation. La question de fonds n'en demeure pas moins celle des CDD et de l'intérim. Ceux-ci répondaient au problème des postes vacants. Leur diminution permet de réduire la masse budgétaire, entraînant la disparition progressive des postes vacants, ce qui diminue la capacité à recruter et renvoie à la fermeture des lits. Il demande combien de lits ont été fermés par manque de personnel et quel pourcentage d'emplois ne peut plus être pourvu.

Le **président** souligne l'importance de la question. Il réitère sa demande de réponse chiffrée aux questions posées par la CME.

**Mme RICOMES** répond que la base prise comme référence pour établir l'EPRD 2009 a, de fait, supprimé environ 300 postes vacants entre 2008 et 2009. Quant aux crèches, la politique de l'AP-HP est de maintenir, voire d'augmenter ses capacités de places, ce qui implique de dégager des investissements et d'améliorer le taux d'occupation et de fréquentation des crèches, actuellement de 70 % en moyenne. Ce pourcentage ne signifie pas qu'il y ait 30 % de places vides, en raison des variations horaires, mais il convient d'améliorer le fonctionnement des crèches. Des audits vont être lancés pour déterminer des pistes d'action.

Le **président** note que l'impossibilité d'avoir recours à l'intérim conduit à la diminution de l'offre de soins et de lits et à la perte des emplois soignants non pourvus. Il demande quelles sont les solutions à ce problème.



**M. LACAU SAINT GUILY** souligne qu'il ne faut pas coupler systématiquement la diminution du nombre de lits et de personnel : la diminution du nombre de lits ne doit pas s'accompagner de celle du personnel.

**Mme RICOMES** répond qu'il n'existe pas de solutions préétablies. A organisation et contraintes budgétaires constantes, seule la réorganisation des activités et des fonctions supports, le regroupement et le dégagement de marges de manœuvre pourraient en apporter.

**M. LACAU SAINT GUILY** souligne que la réflexion est menée en termes d'offre, alors que la demande ne cesse d'augmenter. Il recommande de ne pas oublier cet angle d'approche.

Le **président** demande si la perte de temps médical, liée au passage en 2009 d'un tableau des emplois à un tableau des emplois moyens rémunérés, a été évaluée.

**M. HUBIN** répond que les emplois médicaux non pourvus après la mise en place de l'EPRD ont mécaniquement disparu d'un point de vue strictement budgétaire, comme pour le PNM.

Le **président** demande une quantification précise de ces pertes d'emplois.

**M. GARABEDIAN** insiste sur le problème des postes vacants. Au lieu de réfléchir aux raisons des difficultés de recrutement, les postes vacants sont supprimés, entraînant un cercle vicieux. Il importe de s'attaquer au problème de fond, celui des difficultés de recrutement, liées notamment à la concurrence.

Selon **M. DASSIER**, un problème d'attractivité des postes de PH se pose, lié au statut ainsi qu'à l'environnement de l'AP-HP. Une réflexion doit être menée sur ce point. Il demande par ailleurs s'il existe toujours des enveloppes budgétaires fléchées selon le nombre de postes de PH.

**M. GOTTSMANN** répond qu'il s'agit d'une difficulté récurrente sous le régime de l'EPRD. Les emplois de PM titulaire continuent à être suivis par numéro dans un tableau des emplois au niveau du CNG pour les PH et au niveau interministériel pour les PU-PH et MCU-PH. Parallèlement, le fonctionnement budgétaire de l'hôpital est passé du système du tableau des emplois à celui du TPER. Ce dernier ne vise qu'à définir un besoin en masse salariale sur l'année, en fonction des flux de gestion et du *turn over* effectifs des PM. Ces deux logiques sont distinctes et parfois contradictoires, notamment à l'occasion des procédures de révision des effectifs médicaux titulaires (PH, PU-PH et MCU-PH).

**M. DASSIER** demande d'où provient ce financement.

**M. GOTTSMANN** répond que la détermination du titre 1 résulte d'arbitrages internes et externes, le niveau de recettes déterminant le niveau de dépenses. La logique à l'œuvre est désormais celle de la T2A, c'est-à-dire une logique d'activité et non plus d'autorisation budgétaire.

**M. DASSIER** souligne que le problème réside dans la démographie médicale, le manque de recrutement de PNM et les problèmes budgétaires freinant le recrutement. En y ajoutant la révolution des AFS et AFSA, il importe de trouver des solutions. Celles-ci ne passent pas seulement par la négociation avec le ministère, mais par une réflexion sur les structures de l'AP-HP, trop nombreuses. La seule solution à court et moyen terme sera d'en supprimer. Sans restructuration, l'AP-HP va droit dans le mur.

Le **président** souligne que la communauté médicale et les tutelles avaient pris des engagements réciproques. Sans satisfaction des demandes de la CME, l'AP-HP ne pourra pas mener à bien les restructurations.

**M. RICHARD** souhaite des précisions concernant le recrutement de personnel contractuel et en particulier de PHC, dont l'effectif aurait diminué d'un tiers selon la présentation qui vient d'être faite. Cette diminution témoignerait d'une volonté délibérée d'aboutir à la disparition du statut de PHC, relativement intéressant à son avis, dans des disciplines rencontrant des problèmes d'attractivité.

**M. GOTTMANN** répond que ce sont les PAC qui sont en diminution de 36 %, et non les PHC. Ceux-ci passent de 654 à 636 de 2007 et 2008. En 2009, les hôpitaux concernés par un dépassement de leur plafond d'emplois peuvent se montrer plus vigilants dans le recrutement de contractuels, conformément à l'engagement de l'AP-HP de rendre les gages de la révision des effectifs de PH 2009.

S'agissant de la répartition hommes / femmes, **Mme VIDAL-TRECAN** regrette une fois de plus que ne soit pas distinguées les catégories MCU-PH et PU-PH. Ce point devrait être abordé dans le débat sur la parité.

Le **président** note 2 770 ETP attachés. Il suggère de mobiliser du temps médical à ce niveau pour donner suite aux candidatures de praticiens semblant incontournables. Par ailleurs, les attachés sont à moins de quatre demi-journées par semaine. Il conviendrait d'abonder les candidatures avec moins d'attachés. Les dossiers de la révision des effectifs des postes de PH et la qualité des candidats présentés imposent de produire un effort de financement des postes.

**M. FAGON** précise que le nombre d'attachés ETP est de 2 270, correspondant à 80 % des ETP de PH, ce qui implique de conduire une véritable réflexion sur le temps partiel des attachés.

Le **président** suggère d'étudier, avec les collégiales, les spécialités requérant la présence d'un attaché deux ou trois jours par semaine, et celles où leur présence est moins indispensable, en cas de demande de postes de PH.

#### **IV. Informatisation de la gestion du temps médical**

**Mme CLERC** présente l'état d'avancement de la solution applicative. A ce jour, ont été réalisés les travaux suivants :

- tableau général de service ;
- tableau mensuel de service ;
- répartition des temps additionnels ;
- paramétrages absences et primes.

Les travaux restants en cours sont les suivants :

- alimentation, suivi et mise à jour des compteurs ;
- mise en place informatique du CET ;
- identification des services en temps continus ;

- système de validation des tableaux mensuels par Direction des affaires médicales locale ;
- mise en relation automatique du dossier gestion du temps avec le dossier gestion administrative - paie ;
- carte de situation ;
- évolutions ergonomiques dans la saisie des données sur le temps de soins médicaux (TSM) ;
- prise en compte des règles de repos après une garde ;
- tours de garde.

L'objectif est de développer une solution applicative correspondant autant que possible aux besoins. Le retour d'expérience à conduit à recalculer le planning de déploiement, en privilégiant préalablement la stabilisation technique complète de l'outil, en ciblant un niveau d'acceptabilité minimum par les personnels médicaux et en recalculant les modalités du déploiement, qui s'étalera de septembre 2010 à mai 2012.

**M. GOTTMANN** ajoute qu'il s'agit d'un projet lourd, nécessitant la mise en place de structures de pilotage dédiées. Un état des lieux par site sera réalisé afin de mesurer les écarts pratiques par rapport aux règles de gestion du temps du personnel médical (GTPM) et d'étudier les schémas d'organisation interne. Un questionnaire simple doit être envoyé aux sites en novembre. Une fois la cible validée, une charte de déploiement GTPM sera élaborée et diffusée. Les sites bénéficieront d'une assistance pour la mise en œuvre des préalables au déploiement. Actuellement, le premier objectif est d'organiser une équipe projet locale. Le portage médico-administratif du projet doit s'appuyer sur le binôme chef de projet médical / chef de projet administratif. Il est recommandé de mutualiser les équipes projets au niveau des GH. En conclusion, le projet a désormais atteint un niveau de maturité suffisant pour fixer un calendrier et entamer les travaux de déploiement.

Selon **M. DASSIER**, cette présentation confirme la future opérationnalité du tableau de services, qui permettra notamment de rendre visibles les plages additionnelles. Il tient à la transparence organisationnelle. Constatant que le projet est moins avancé qu'il ne l'attendait, il demande à quel niveau l'informatisation commencera à être opérationnelle sur les sites. Il demande par ailleurs quels sont les PH participant à la mise en place du tableau de service.

**M. GOTTMANN** répond que l'étalement du calendrier de déploiement devrait permettre de répondre aux besoins. L'idée est de déployer deux pilotes au 1<sup>er</sup> septembre 2010, puis dans les GH par vagues de quadrimestres jusqu'en mai 2012. Il est convenu que la CCOPS et / ou un sous-groupe de la CCOPS propose les médecins participant à l'élaboration de la charte de déploiement quant aux règles de gestion et à la prise en charge du *work flow*. Il convient désormais d'avancer rapidement sur ces sujets. Les problématiques sont identifiées (déplacements, récupérations etc.). Certaines règles techniques restent à trancher rapidement, qui conditionnent la configuration de l'application. Quant à l'organisation du *work flow*, il faudra prévoir deux voire trois modes types d'exploitation maximum.

**M. DRU** demande si le développement de l'application prend en compte le problème des déplacements en astreinte, qui relèvent réglementairement du temps de travail.

**M. GOTTMANN** répond que le problème n'est pas d'ordre applicatif au sens strict, mais de définir une règle de gestion. C'est un sujet de fond à évoquer ensemble.

Le **président** souligne qu'il faudra définir des règles du jeu claires et équitables. Il salue l'avancement du travail. La culture du tableau de service n'étant pas aussi avancée, il suggère que

la CME et la DPM renouvelle leur communication sur l'importance de tenir des tableaux de services lisibles et actualisés.

**M. MUSSET** souhaiterait connaître le fonctionnement du logiciel afin de vérifier son adaptation au fonctionnement des services.

**M. GOTTMANN** répond que le niveau de finalisation de l'outil sera présenté à la prochaine CCOPS.

En réponse, **le Directeur Général** souligne que l'informatisation est une nécessité, voire une opportunité, mais qu'elle doit s'effectuer sur une organisation rigoureuse. Le tableau de service étant à la base du calcul du temps de travail médical, il est désormais obligatoire de faire preuve de détermination dans ce domaine, sous peine de risquer des non paiements.

## **V. Information sur les travaux du conseil exécutif**

Le **président** souhaite interpellé la CME de manière solennelle. Dans le cadre de l'EPRD 2010, dont la déclinaison est sensible chaque jour, il est possible de faire fausse route, en courant le risque de détruire l'institution. La CME veut préserver l'ensemble des possibilités de l'offre de soins, de la recherche et de l'innovation. Or l'offre de soins et sa qualité sont menacées si la tutelle et la direction générale d'une part, la CME et la communauté médicale d'autre part, n'unissent pas leurs actions pour définir des bases objectives et réalistes :

- un tableau prévisionnel des emplois rémunérés soignants 2010 ;
- un programme d'investissement ambitieux.

La CME n'aura pas à voter l'EPRD 2010. Cependant, elle reste fortement impliquée dans son élaboration et plus particulièrement dans les choix qui vont être faits pour pondérer la part respective de l'augmentation des ressources et de la diminution des dépenses, base de l'EPRD 2010, actuellement envisagé dans un rapport respectivement de 20 % / 80 %. Or ce chiffre empirique ne résulte pas de véritables négociations, alors qu'il conditionne les retraits d'emplois soignants.

Face à la T2A, la CME est également garante des dispositifs d'évaluation de la qualité des soins qui remplissent le rôle de garde fou face à une logique à risque d'une vision purement comptable. Il importe de pouvoir débattre des choix importants qu'imposent les contraintes financières.

Ce n'est qu'en apparence que la loi HPST a enlevé son pouvoir à la CME. Celle-ci doit affirmer ses choix stratégiques et médicaux. De même, ce n'est qu'en apparence que la T2A tient le politique à distance. Il convient de placer les tutelles, parties prenantes des décisions stratégiques, face à leurs responsabilités. La CME renverra au politique la responsabilité des choix qui s'avèreraient contraires à l'éthique de l'AP-HP.

Elaborer l'EPRD de l'AP-HP est un pari qui doit être positif. Sous estimer les activités de l'institution est une erreur stratégique majeure qui conduit à minimiser les ressources et à majorer le retrait d'emplois soignants. En cas de dépendance entre le retrait d'emplois soignants et l'activité, un retrait disproportionné et mal réparti d'emplois soignants conduit à une baisse de l'activité, donc des ressources et des emplois soignants. Il importe donc de refuser dès à présent cette spirale déflationniste susceptible d'aboutir à des ruptures éthiques.

Plusieurs propositions peuvent être faites auprès de la tutelle, afin de redéfinir le tableau prévisionnel des emplois rémunérés soignants :

- consolider l'écart de convergence intra sectorielle ;
- élaborer des outils permettant de prendre en compte (T2A, MIGAC, ou dispositifs mixtes) les activités actuellement non valorisées, telles que les activités médicales ou paramédicales de coordination, d'éducation thérapeutique, de second avis, la précarité et la veille sanitaire.
- reconsidérer la part d'augmentation des ressources (20 %) par rapport à la part baisse des dépenses (80%) dans le retour à l'équilibre financier ;
- revoir la linéarité du retrait d'emplois pour prendre en compte les retombées des restructurations et l'impact de la démographie médicale.
- retirer le plafonnement du tableau des emplois soignants, en particulier médicaux (logique EPRD) ;
- prendre en compte l'importance du double retrait d'emplois soignants subi en 2009.
- consolider la diminution des dépenses en rapport avec les restructurations administratives.

La CME et la communauté médicale doivent poursuivre la politique de modernisation de l'offre des soins en soutenant les restructurations hospitalières médicalement pertinentes. Le patriotisme de site doit faire place à un patriotisme institutionnel. La place des doyens dans les processus de décision qu'imposent les restructurations hospitalières doit être structurée. Il importe également de rationaliser la permanence des soins dont le financement, hors GHS, est aujourd'hui placé sous la responsabilité de l'ARS, ainsi que de porter une attention toute particulière aux dépenses de médicaments.

La communauté médicale doit maintenir l'activité clinique et scientifique et assurer la valorisation (codage). L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) 2010 (+ 2,8 %) ne revalorisera pas les tarifs des GHS. Les recettes n'augmenteront de 2,8 % que si l'activité progresse en volume de 1,7 %.

Si la Tutelle et la CME acceptent ces propositions, le tableau prévisionnel des emplois rémunérés soignants 2010 pourra être redéfini et un programme d'investissement adapté proposé à l'AP-HP. Ceci permettra :

- d'éviter la spirale déflationniste ;
- d'atteindre les objectifs d'activité/qualité fixés ;
- de mener à bien les restructurations ;
- de réorganiser la permanence des soins.

Des réponses précises sont attendues d'ici la fin de l'année. La CME de décembre 2009 doit en effet arrêter la prochaine révision des effectifs de PH, directement conditionnée par l'EPRD 2010. Elle doit également disposer d'un tableau prévisionnel des emplois soignants témoignant de la prise en compte de ses demandes.

Dans l'hypothèse où ces demandes ne seraient pas entendues, le président Coriat s'engage à rendre son mandat de Président de la CME, considérant que la logique actuellement à l'œuvre n'est pas gagnante pour l'institution. Il soumet ces propositions à l'avis de la CME, dont il sollicite le

soutien, à l'image des présidents de CCM et de certaines organisations syndicales. Considérant le Directeur Général comme l'interlocuteur naturel entre la CME et les tutelles, il lui demande de transmettre ces demandes.

Le **Directeur général** déclare ne pouvoir qu'être d'accord avec l'affirmation de la nécessité de réaliser la convergence intra sectorielle, et la possibilité d'en recalculer les bases à chaque exercice. L'écart de convergence devrait résulter en partie des résultats de l'exercice 2009. Cependant, l'objectif de l'équilibre en 2012 tient compte d'autres éléments, dont l'évolution des tarifs et celle de l'ONDAM. Il importe par ailleurs de réaffirmer la volonté de l'AP-HP de maintenir une capacité d'investissement significative. Enfin, dans le modèle T2A, la dépense de l'AP-HP serait supérieure à ce qu'elle dégagerait en terme de T2A, de missions d'intérêt général. Les coûts de production de l'AP-HP sont plus élevés que le modèle théorique national des CHU.

Dans le contexte actuel, il est proposé de porter 80 % des efforts sur les dépenses et 20 % sur les recettes, ce qui semble compatible avec l'ONDAM. Il n'en demeure pas moins possible d'apporter quelques modifications à ces pourcentages. Cependant, le niveau d'activité 2009 ne plaide pas en faveur de l'AP-HP. Quant aux dépenses, un effort de 80 % ne porte pas à 80 % sur l'emploi : puisque ceux-ci représentent effectivement 69 % des dépenses. Le directeur général insiste depuis plusieurs années sur la nécessité de s'interroger sur les dépenses de titre 2, sur lesquelles règnent de fortes tensions budgétaires. Mieux maîtriser ces dépenses permettrait de réduire la pression sur celles du titre 1. Il regrette que les efforts ne soient pas avancés dans ce domaine. Il n'est par ailleurs pas possible de faire abstraction du fait que les seuls efforts porteraient sur le personnel non médical.

S'agissant de la linéarité des efforts de retrait d'emplois, le Directeur général souligne qu'elle peut s'adapter selon les années. Le fait que la démographie médicale déclinera davantage à partir de 2011 peut rentrer en compte dans les discussions. Quant au plafonnement des emplois, ce raisonnement est imposé à l'AP-HP, il sera rediscuté au moment de l'EPRD 2010.

Le Directeur général s'engage à transmettre aux tutelles les demandes du Président, si la CME les approuve. Il souhaite également que cette explication, importante, ait lieu. Pour l'instant, la réponse technique sur les retraits d'emplois et plafonnements ne peut être que négative. Les discussions sur l'EPRD 2010 ne commencent qu'en fin d'année 2009, pour des raisons réglementaires. Il s'engage à reposer la question du PNM et du PM à cette occasion.

Concernant les restructurations, il faut adopter une gestion de l'EPRD 2010 inverse de celle de l'EPRD 2009. Les restructurations logistiques, techniques et médicales doivent permettre de libérer du temps de travail et donc des emplois, cette politique s'effectuant sur la base des départs naturels et volontaires et en aucun cas sous forme de contrainte. Il importe d'être plus ambitieux en matière de restructurations, dont certaines ont prouvé leur efficacité. Il convient également de faire preuve de courage pour imposer la loi républicaine de l'AP-HP et aller contre les oppositions aux politiques de restructurations destinées à améliorer l'offre de soins, le parcours du patient et la diffusion du progrès médical au plus grand nombre. L'atteinte de ces objectifs est impossible à partir d'un *statu quo* organisationnel. Par ailleurs, la CME et la communauté médicale doivent prendre en main la gestion du titre 2 (un milliard d'euros) de manière plus volontariste. Il les invite à traiter en profondeur ce problème dès 2010.

En conclusion, le Directeur général affirme croire à la modernisation de l'AP-HP, qui ne peut passer que par les restructurations et par un effort soutenu et permanent, y compris des fonctions supports. Il s'engage à transmettre les demandes de l'AP-HP et à les appuyer s'il les partage.

Le **président** attribue les résultats moins satisfaisants de l'activité en 2009 aux déceptions de la loi HPST. Il est indispensable d'aborder l'année 2010 avec :

- un meilleur contrôle de la prescription médicamenteuse ;
- un travail sur la permanence des soins ;
- une poursuite des restructurations.

Après le vécu de l'année 2009, il s'avère impossible de rétablir un climat de confiance en partant sur des suppressions d'emplois.

**M. GARABEDIAN** indique que la collégiale des présidents de CCM apporte son soutien au président de la CME. Ceux-là se trouvent confrontés à des situations locales difficiles. Il est impossible de poursuivre ainsi. Il entend les propos du Directeur Général. Il y a certes des efforts à faire dans l'efficience, mais les tutelles doivent également entendre le message des présidents de CCM sur les importantes difficultés de fonctionnement des hôpitaux, les orientations actuelles de diminution d'emplois ne peuvent continuer sans risque majeur.

**M. LYON-CAEN** fait part de son soutien à la lettre adressée par le président de la CME. Il fait également part de son accord sur les points mis en exergue par le directeur général. Cependant, le problème se pose différemment en termes de calendrier : la révision des postes et des effectifs ne sera claire que début 2010, alors que la CME doit clore sa réflexion avant la fin de l'année 2009. Il suggère de poursuivre les discussions au sein de la CME afin de déterminer clairement les limites à ne pas franchir.

Le **président** demande qu'une première réponse sur la révision des effectifs de postes de PH soit apportée le 8 décembre. L'absence de postes à proposer le 8 décembre équivaudrait à « licencier » des personnes qui se sont formées pendant des années à l'AP-HP. Les échéances sont différées pour les soignants non médicaux, mais leur situation sera également étudiée avec la plus grande attention. En l'absence de proposition d'une solution viable, le Président rappelle qu'il rendra son mandat.

Le **vice-président** ajoute qu'aucun poste ne doit être rendu qui ne soit le fruit d'une réorganisation de l'institution. Il convient donc d'adopter une vision prospective des réorganisations et du nombre de postes qu'elles permettraient de gagner. Aucune autre mesure de révision ne doit être imposée.

**M. FOURNIER** constate que les directions des hôpitaux ont déjà élaboré un plan de rendu d'emploi PM et PNM pour 2010, avec une répartition par site et par GH. Les conseils exécutifs locaux les ont traités ces deux dernières semaines. Cette situation est largement connue. Il existe donc un décalage entre une machine ayant déjà défini un nombre de rendu d'emplois pour les deux catégories de titre 1 des dépenses dans chaque site et les débats de la CME. La CME est en train de mettre au point un schéma de pression sur la tutelle à partir d'un schéma très élaboré, à défaut d'être joué. Sur la partie PM, le planning est encore plus serré. Les travaux du groupe restreint commencent cette semaine. Ils seront présentés à la CME pour déterminer les créations d'emploi. Il s'interroge par exemple sur la nécessité d'établir une liste décroissante de priorités dans les demandes de création. La question posée par M. LYON-CAEN est aiguë. Sa mise en œuvre pour le PM et le PNM n'est pas la même.

Le **président** confirme en avoir conscience. La CME doit apporter des garanties aux candidats et celle de la pertinence du poste. La communauté médicale s'engage à mener des restructurations,

mais un retrait d'emplois prématuré les bloquerait. La révision des effectifs de postes de PH doit être effectuée dans cette perspective. Quant au sujet du PNM, il sera rediscuté. Il importe par ailleurs d'entendre les retours des présidents de CCM sur les difficultés posées par le manque de personnel.

**M. RICHARD** apporte son soutien aux propos et à la démarche du président. Cependant, il rappelle qu'au début de l'année 2009, alors que la CME était en capacité de voter, a eu lieu une discussion autour de l'EPRD 2009, que la CME a voté positivement. Plusieurs avaient évoqué les conséquences possibles de ce vote, notamment au niveau du PNM, dont le constat est actuellement dressé. Il craint que les jeux ne soient déjà faits pour les mois voire les années qui viennent. Par ailleurs, bien qu'adhérant au contenu de la lettre du président, il craint qu'il ne s'agisse d'une « lettre au Père Noël ». Celle-ci contient des demandes légitimes et importantes, qui ne sont néanmoins pas accompagnées d'une liste précise des propositions de « restructuration ». Le conseil exécutif de l'AP-HP a évoqué le sujet à plusieurs reprises, vraiment trancher. Les restructurations véritables ne sont passées dans les faits que de manière très exceptionnelle. Si l'on souhaite une communauté médicale adulte, celle-ci doit être à même de s'engager sur des restructurations précises. Par ailleurs, il suggère de mettre en exergue les items clés susceptibles d'entraîner la démission du président de la CME. Pour conclure, il ne partage pas l'avis selon lequel la CME conserverait ses prérogatives. Il réitère sa demande de connaissance des décrets d'application relatifs aux missions de la CME.

Le **président** confirme que les décrets d'application auront pour objectif d'ôter du pouvoir à la CME, mais que celle-ci aura le pouvoir qu'elle prendra. Il est impossible de piloter un hôpital sans la CME : les décisions à prendre, y compris dans les restructurations, doivent être cautionnées médicalement. Par exemple, le problème du directeur général n'est pas de nommer les PH, mais de les trouver, puis de les persuader de travailler à l'AP-HP, de manière solidaire, dans des équipes. Cette problématique relève des médecins. C'est pourquoi il souhaite se positionner dans une CME prenant ses prérogatives. Si ce n'est pas le cas, il rendra son mandat.

Par ailleurs, sa lettre n'est pas une « lettre au Père Noël ». L'objectif est de conditionner le retrait des emplois 2010 à une restructuration médicalement validée et aboutie. Il est donc indispensable de dresser rapidement la liste des restructurations en cours pour étudier le nombre d'emplois susceptibles d'être rendus. Le président demande à la CME de valider le principe d'une révision des postes de PH ambitieuse, conforme aux missions de l'AP-HP, et de réaffirmer qu'aucun poste soignant n'est retiré en dehors des restructurations et de les lister.

**M. RUSZNIEWSKI** souligne que la situation est actuellement inverse, dans la mesure où les emplois rendus ne résultent pas de restructurations et où les feuilles de route sont préétablies, ce qui déstabilise les communautés médicales qui ne comprennent pas où pourront être pris les emplois. Les présidents de CCM ne pourront pas cautionner les retraits d'emplois.

Le **président** souligne que la CME ne souhaite pas non plus cautionner cette situation. Il demande au directeur général comment harmoniser les feuilles de route et les demandes de la CME.

Le **directeur général** répond qu'il est indispensable, pour gérer au mieux l'institution, de prévoir complètement à ce qui lui est demandé. Le directeur général rappelle l'unité de l'institution, dont il assure la conduite, en prenant les mesures qui lui paraissent adaptées, y compris en termes de préparation des travaux pour l'année suivante. Ceci étant, il souhaite commencer à négocier l'EPRD en disposant d'opérations de restructurations, qui pourraient aboutir à un nombre précis de



retraits d'emplois. Il réaffirme que les retraits se font par non remplacement de départ. Il prend également en compte la démographie médicale et les jeunes talents médicaux à recruter.

S'agissant de la référence à une communauté médicale adulte, le directeur général réaffirme qu'il est anormal que la CCOPS supprime une garde réapparaissant ensuite de manière subreptice. Il précise qu'un rappel à l'ordre du président de la CME et de lui-même a été nécessaire pour que le rendu des postes de PH soit effectif. Les engagements pris directement de la révision des effectifs doivent être respectés.

Dans le contexte actuel, le directeur général travaille avec :

- les demandes de la CME ;
- le cadrage pluriannuel ;
- la démographie, la nécessité de garder les jeunes médecins.

L'important est de ne pas oublier que les restructurations sont à la source des négociations. Pouvoir en présenter une liste précise à la table des négociations renforcerait le poids de la direction générale. La restructuration de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, par exemple, permet de gagner des emplois qui allégeront les charges.

**M. CARLI** manifeste son soutien au président de la CME. Le terme important est effectivement « restructurations ». Celles-ci sont peu visibles sur le terrain. Lui-même travaille dans un GH dans lequel une véritable restructuration est en cours, mais c'est un cas isolé. Il importe d'afficher des restructurations ambitieuses, afin également de mobiliser plus facilement les établissements. M. CARLI a ainsi constaté l'effet positif de la construction du bâtiment et de la fixation d'objectifs contractualisés aux communautés médicales. L'AP-HP gagnerait alors en crédibilité. Il est fondamental de pouvoir s'engager rapidement. Plus que d'un plan stratégique, l'AP-HP a besoin d'un plan de restructuration porté par tous, pour l'institution. Il faudrait sinon demander un moratoire afin de se donner le temps de le faire dans de bonnes conditions. Il ne désespère pas d'obtenir un résultat conforme à la feuille de route donnée qui permette de maintenir la qualité de soins et de moderniser les outils.

Le **directeur général** répond que l'AP-HP soutient d'autres restructurations telles que :

- le transfert de l'hématologie pédiatrique à Robert Debré ;
- le transfert de la transplantation hépatique en un seul site à Paris intra-muros ;
- l'ouverture de la maternité de Bicêtre ;
- etc...

Dans ces discussions, difficiles et complexes, le directeur général fait part de son souci d'optimiser au mieux les investissements, pour conduire les restructurations.

**M. MUSSET** se joint aux propos de M. CARLI. Il recommande par ailleurs de consacrer l'un des points de négociation à la révision à la hausse des moyens d'investissement, à la hauteur des projets de restructuration validés par le directoire de l'AP-HP, suite aux conférences stratégiques des établissements. Il demande également au directeur général de défendre fermement la suppression du plafonnement du TPER, négatif pour l'institution, qui est pratiquement la seule à le subir.

**M. WEILL** apporte son soutien au président de la CME, lui qui est au cœur d'une double restructuration, celle de la biologie de Cochin, à l'occasion de l'ouverture d'un nouveau bâtiment, et celle de la fusion avec l'Hôtel Dieu. Un tel travail n'est possible qu'à condition de disposer d'indicateurs d'efficacité performants. Il peut être l'occasion d'améliorer le fonctionnement d'une discipline et de réaliser des économies d'emploi, ce qui n'est pas contradictoire à condition de se réorganiser.

**M. SEBBANE** souligne le malaise des présidents de CCM des hôpitaux gériatriques concernant les projets de restructuration sur les soins de suite et de réadaptation et sur l'ouverture de Rothschild. Une plus grande transparence lèverait des inquiétudes et faciliterait la circulation de l'information.

Le **président** propose une présentation CME / direction générale sur les restructurations, les marges de manœuvre et les possibilités de retraits d'emplois soignants à la réunion du mois de décembre, afin d'avoir une idée précise de l'EPRD 2010 en termes de PH, ainsi que des engagements de chaque partie sur les marges de manœuvre qu'il est possible de dégager pour abonder les retraits d'emplois.

Le **président** demande à la CME si elle soutient la démarche du président et du vice-président et les mandats pour aller plus loin.

*A l'unanimité, la CME apporte son soutien à la démarche du président et du vice-président de la CME, telle que formulée dans leur lettre. Elle les mandate pour poursuivre leur action. Elle demande à la direction générale de porter attention à une révision des postes de PH aussi ambitieuse que possible, médicalement encadrée, et de commencer à lister les restructurations pour procéder à des rendus d'emplois soignants ne pénalisant pas l'offre de soins.*

Le **directeur général** accepte de positionner le curseur des révisions des effectifs au plus tard le 8 décembre, ainsi que de présenter une liste de projets de restructuration avec leurs conséquences médicales et économiques. Cette liste ne pourra être exhaustive en décembre, mais devrait être consistante.

## **VI. Comité de suivi de l'EPRD : point sur les dépenses de permanence des soins et sur les effectifs médicaux**

**M. GOTTMANN** précise que la tendance s'améliore, l'augmentation des gardes et astreintes n'est plus que de 700 000 euros, même si elle reste supérieure aux dépenses de 2008. Les facteurs de variation sont les mêmes qu'en septembre. L'augmentation des dépenses s'explique par un effet prix. Sur 1,3 million d'euros de surcoût net global, 0,3 million d'euros sont liés à la revalorisation des taux de rémunération des gardes et astreintes, 0,5 à la part croissante de gardes prises par les HU, 0,4 au renchérissement des dépenses de sujétion en corollaire de la diminution des plages additionnelles et 0,1 million d'euros provient d'un accroissement du nombre d'astreintes transformées en gardes par des déplacements de plus de trois heures. Quant à l'effet volume, il s'avère neutre. Depuis septembre 2009, la dynamique s'avère vertueuse. La tendance à la baisse est liée à la fois aux efforts de la CCOPS et aux restructurations engagées.

L'objectif n'en reste pas moins de réaliser une diminution de 10 millions d'euros des dépenses en année pleine. Pour l'atteindre, il est proposé :

- de poursuivre et renforcer les discussions transversales par discipline (psychiatrie, radiologie, USINV, biologie);
- de mettre en place une régulation statutaire plus rigoureuse, par exemple sur les gardes de seniors prises par des internes, les modalités de rémunération des déplacements supérieures à trois heures en astreinte et le remboursement des indemnités de sujétion versées en cas de récupération ou de placement sur CET du temps de travail additionnel (TTA) ;
- de mettre en place une *task force* restreinte médecins - directeurs, chargée de faire des propositions de suppression des gardes et d'astreintes auprès du conseil exécutif central.

Le **président** note la stabilisation de la tendance et confirme la nécessité de travailler sur les pistes évoquées.

**M. GOTTSMANN** rend compte du suivi des rendus de gages dans la révision des PH au 31 octobre 2009. La situation s'avère meilleure qu'au 30 septembre, puisque est obtenue une diminution de 80 postes de praticiens contractuels pour un objectif de 87. A sept unités près, les hôpitaux ont respecté leurs engagements dans le cadre de la révision des effectifs.

Le **président** souligne qu'une action doit être menée auprès des sites n'ayant pas respecté leurs engagements.

## **VII. Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2010 : avis sur les demandes de maintien et de reprise**

Le **président** indique que le document de révision des effectifs de PH au titre de l'année 2010, remis sur table, a fait l'objet de plusieurs analyses successives et d'une étude approfondie par le bureau élargi de la CME.

**M. GOTTSMANN** précise que 209 demandes ont été déposées dans le cadre de la 1<sup>ère</sup> phase de la révision (analyse des postes vacants et des demandes de maintien), correspondant à 191 ETP, dont:

- 16 postes vacants non demandés en maintien ;
- 149 postes vacants demandés en maintien dans le service ;
- 14 postes vacants demandés en maintien en autofinancement ;
- 13 postes vacants demandés en maintien pour redéploiement ;
- 17 postes vacants à la suite d'une promotion PH à PUPH.

Les propositions présentées par le bureau de la CME élargi aux membres de la CTEM sur ces demandes figurent dans le tableau remis.

Les lignes concernant l'anesthésie-réanimation ne sont pas finalisées à ce jour, la Collégiale devant retourner ses propositions pour le 30/11.

A ce stade, il est proposé de reprendre 52 postes correspondant à 48 ETP et à 4 214 500 euros en masse salariale en année pleine, dont :

- 17 nominations de PU-PH correspondant à 16,5 ETP ;
- 11 reprises de postes vacants non demandés en maintien ;

- 20 reprises de postes vacants demandés en maintien ;
- 235 K€ de contributions demandées en compensation d'une autorisation de maintien ;
- 4 reprises de postes vacants en anesthésie réanimation, pour l'instant non identifiés.

Le **président** salue le travail mené. La validation des retraits présentés permettrait de dégager un volume non négligeable de 4,2 millions d'euros.

**M. GOTTSMANN** procède à la lecture des 52 propositions de retrait de postes, dont certaines font l'objet d'une discussion.

### **Hôpital Rothschild, Radiologie :**

**M. GOTTSMANN** indique que, compte tenu de l'absence de candidat, il est proposé de reprendre le poste vacant sous la forme d'un poste de PH à temps partiel.

**M. MUSSET** explique que le bureau et de la commission des effectifs a convenu qu'un candidat demande un poste à temps plein à l'hôpital Corentin Celton. Il a été demandé au chef de service de se mettre en rapport avec ce candidat, pour lui proposer un mi-temps dans cet hôpital complété par un mi-temps à l'hôpital Rothschild, ce qui aurait réglé le problème de recrutement de deux structures SSR. Le candidat a décidé de ne pas postuler. **M. MUSSET** demande néanmoins à la CME de laisser à l'hôpital Corentin Celton les moyens d'un praticien attaché, puisque l'hôpital en compte actuellement un à temps plein, qui ne pourra plus être rémunéré si l'intégralité du financement est retiré à l'hôpital.

**M. GOTTSMANN** propose de réfléchir à une solution.

### **Psychiatrie des hôpitaux Saint-Antoine et Tenon :**

Dans le cadre du GH, il est proposé de reprendre les deux postes de PH, en laissant un PHC temps plein à l'hôpital Saint-Antoine et un praticien attaché temps plein à Tenon.

**M. HINGLAIS** indique que les présidents de CCM demandent à conserver un poste de PH, en s'engageant à proposer un véritable projet de service pour la psychiatrie.

### **Hôpital Tenon, Infectiologie clinique :**

**M. GOTTSMANN** fait part d'une proposition de reprise totale, l'ensemble des indicateurs étant défavorable.

**M. HINGLAIS** indique avoir demandé aux chefs de service de revoir leur demande pour le mois de décembre en incluant une partie d'autofinancement.

### **Hôpital Tenon, Stomatologie**

**M. LACAU SAINT GUILY** précise que la demande de reprise d'un poste de PH à temps partiel correspond à la demande de prolongation d'un praticien reconnu, validée en CCM et pertinente du point de vue de l'activité.

**M. GOTTSMANN** précise que le conseil d'administration s'est prononcé en défaveur de la prolongation d'activité de ce praticien et qu'il est donc désormais impossible de conserver ce praticien sur un emploi de PH.

**M. FAYE** présent dans la salle explique que la présidence de la collégiale de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie a été renouvelée. Afin de faciliter les discussions sur la réorganisation de l'activité, il suggère de proposer un emploi – retraite au praticien dont la prolongation d'activité a été refusée.

Le **président** rappelle que le refus d'une prolongation d'activité favorise l'emploi des jeunes.

**M. GOTTSMANN** propose de reprendre le poste de PH et d'étudier par ailleurs la possibilité d'un cumul emploi – retraite pour l'intéressé.

#### **Hôpital Bichat, Médecine nucléaire :**

**M. GOTTSMANN** indique que la demande de maintien du poste de PH en médecine nucléaire de Bichat doit être articulée avec la demande de création de poste de PH présentée par l'hôpital Louis Mourier dans la même discipline. Il suggère d'acter la reprise du poste de PH conformément à la règle arrêtée pour toute l'AP-HP en cas de promotion HU et de réétudier cette demande en phase 2 de la révision.

#### **Hôpital Corentin Celton :**

**M. GOTTSMANN** indique que la demande de maintien de poste présentée par C. Celton en rééducation cardiaque pourrait ne pas être retenue compte tenu des perspectives de restructuration de cette activité sur le groupe hospitalier HEGP – C. Celton. Une reprise définitive ou au moins temporaire de ce poste pourrait être envisagée.

#### **Hôpital Européen Georges Pompidou :**

**M. GOTTSMANN** fait savoir que la direction d'HEGP demande à ce que les reprises définitives de poste envisagées en chirurgie cardiaque et vasculaire comme en oncologie médicale ne soient que temporaires..

Le **président** suggère de soumettre la reprise des postes par l'HEGP à l'étude du positionnement de l'établissement en 2010.

#### **Hôtel Dieu, Radiologie :**

**M. MUSSET** précise que la demande de maintien de PH temps partiel a été déposée au moment de la démission du PH en poste début octobre. Le dossier de la candidate, précédemment praticien attaché temps plein, avec concours de PH, s'avère intéressant. C'est pourquoi l'Hôtel Dieu dépose finalement une demande de maintien.

#### **Hôpital Bicêtre :**

**M. GOTTSMANN** souligne l'existence de difficultés dans les demandes de reprise de postes en microbiologie – bactériologie – virologie d'une part et en biochimie d'autre part. La direction hospitalière souhaite disposer de davantage de temps pour proposer un schéma alternatif de

financement des deux postes. Il est donc proposé à la CME de ne pas acter, pour l'instant, la reprise du poste.

*Le tableau annexé au présent compte-rendu récapitule l'ensemble des emplois vacants dans le cadre de la révision des effectifs au titre de l'année 2010. La CME prend acte des demandes de maintien et de reprise des postes vacants, à l'exception de celle de l'hôpital Bicêtre, et reporte son vote à la réunion de décembre 2009. Ce vote aura lieu à condition de dégager, avec la direction générale et la tutelle, un accord sur les effectifs.*

### **VIII. Réforme des études d'infirmières**

*Ce point sera présenté lors de la séance du 8 décembre 2009.*

### **IX. Avis sur des contrats d'activité libérale**

*Les contrats d'activité libérale sont approuvés.*

### **X. Approbation du compte rendu de la séance du mardi 13 octobre 2009**

*Ce point sera présenté lors de la séance du 8 décembre 2009.*

*En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 13 heures 30.*

\*

\*

\*

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

**Mardi 8 décembre 2009 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 25 novembre 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.

# **ANNEXE**

## **Révision des Effectifs PH 2010**

### **Examen des postes vacants**



CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH PITIE SALPETRIERE - C. F

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EM PLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT L.A	OBSERV.	CLASSE- MENT CCM CEL	CLASSEM T AVIS COLLEGE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
CHARLES FOIX	DERMATOLOGIE ET VENERELOGIE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCM T	PH TPA	FONTAINE Juliette 16/03/1974	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008 LA 09		01	N° 2/2 Collège Dermato	MAINTIEN	0	MAINTIEN
PITIE SALPETRIERE	BIOLOGIE MEDICALE/BIOCHIMIE	VAC NON DDE	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
PITIE SALPETRIERE	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	MAINTIEN	PH PLT	WAINTRAUB xavier 08/06/1975	CCA 01/11/2006 CNPH 09/10		10	N° 2 Collège de Cardiologie	MAINTIEN	27 500	MAINTIEN AVEC TAXE
PITIE SALPETRIERE	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	MAINTIEN	PH PLT	DUTHOIT guillaume 08/01/1978	CCA 01/11/2007 CNPH 09/10		9	N° 1 Collège de Cardiologie	MAINTIEN	27 500	MAINTIEN AVEC TAXE
PITIE SALPETRIERE	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE	VAC NON DDE	PH PLT					ND	REPRISE	55 000	REPRISE
PITIE SALPETRIERE	CHIRURGIE VASCULAIRE	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
PITIE SALPETRIERE	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	VAC NON DDE	PH PLT					ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
PITIE SALPETRIERE	GASTR-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	RUDLER Marika 10/11/1977	01/11/2007 CNPH 09/10		01	N° 4 Collège Hépatogastro Entérologie	MAINTIEN	0	MAINTIEN
PITIE SALPETRIERE	MEDECINE GENERALE	MAINTIEN	PH PLT	ROCHER DUCLOS marie ange 20/10/1961	PRAT.ATT 01/11/1995 CNPH 09/10		11	ND	REPRISE	55 000	REPRISE
PITIE SALPETRIERE	ONCOLOGIE MEDICALE	MAINTIEN	PH PLT	CONFORTI rosa 02/03/1972	CCA 01/11/2008 CNPH 09/10		12	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
PITIE SALPETRIERE	MEDECINE INTERNE	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
PITIE SALPETRIERE	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
PITIE SALPETRIERE	PNEUMOLOGIE	VAC NON DDE	PH PLT					ND	REPRISE	0	REPRISE
PITIE SALPETRIERE	RADIOLOGIE	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE

REVISION PH 2010

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH TENON - ST ANTOINE - RO

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EM PLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSE-MENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
ARMAND TROUSSEAU	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	GIRAULT laure 04/05/1976	CCA 01/11/2007		09	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE	0	EN ATTENTE	
ARMAND TROUSSEAU	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	SABOURDIN nada 27/04/1977	CCA 01/11/2007		03	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE	0	EN ATTENTE	
ARMAND TROUSSEAU	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	PIANA federica 24/10/1976	PRAT.ATT 01/11/2007		05	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE	0	EN ATTENTE	
ARMAND TROUSSEAU	PEDIATRIE	NOMINATION PU-PH	PH PLT			Demande de re-création en phase 2 de la procédure		ND	REPRISE	110 000	REPRISE
ARMAND TROUSSEAU	RADIOLOGIE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCMT	PH PLT	CHALARD francois 02/02/1972	PRAT. CONTRACTUEL 01/07/2007	MUTATION INTERNE	01	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
ROTHSCHILD	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	RIQUELME laurent 05/10/1951	PRAT. CONTRACTUEL 04/11/2008		NC	ND	REPRISE	110 000	REPRISE
ROTHSCHILD	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	MAINTIEN	PH PLT	LOISEAU karine 19/09/1976	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008		04	N° 5 Collège Méd Physique et Réadaptat°	MAINTIEN	0	MAINTIEN
ROTHSCHILD	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH TPA	PAS DE CANDIDAT PROPOSE		Le Pt de la Collégiale propose de révoquer le dossier en CME. Voir possibilité de REDEP TEMP et laisser 6 DJ soit 30 KE pour le PAA	02	FAV	REPRISE	25 000	REPRISE
SAINT ANTOINE	BIOLOGIE MEDICALE	MAINTIEN	PH PLT	GOURMEL celine 14/10/1977	AHU 01/11/2006		04	N° 2 Collège Immuno-hémato	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT ANTOINE	HEMATOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	VOSWINKEL jan 16/02/1971	DIVERS 15/08/2005		03	FAV Collégiale Hématologie Clinique	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT ANTOINE	HEMOBIOLOGIE TRANSFUSION	VAC NON DDE	PH PLT					ND	REPRISE	0	REPRISE
SAINT ANTOINE	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH PLT	DEBUC erwan 01/12/1976	PRAT. CONTRACTUEL 01/01/2005 LA 08		05	3	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT ANTOINE	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH PLT	LEGENDRE thomas 25/02/1965	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2003 LA 06	Impossibilité de nommer le candidat tant que la mutation n'aura pas eu lieu.	16	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT ANTOINE	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH PLT	BOUTE EP PREZIOSI camille 26/11/1978	CCA 01/11/2007		15	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE	0	EN ATTENTE	
SAINT ANTOINE	PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	MAINTIEN	PH PLT	MILLE frederic 25/01/1975	ASSIST. SPECIALISTE 02/11/2008 LA 09		08	N° 1 Collège Pharmacie	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT ANTOINE	PSYCHIATRIE POLYVALENTE	MAINTIEN	PH PLT	RONDET isabelle 12/02/1979	PRAT. CONTRACTUEL 01/07/2009	Dans le cadre du GH, reprises sur les 2 sites . Laisser 1 PHC TP sur St Antoine et 1 PA TP sur Tenon	09	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN

REVISION PH 2010

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

SAINT ANTOINE	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	RAYNAL marianne 13/05/1976	CCA 01/11/2006 LA 08		11	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
---------------	------------	----------	--------	----------------------------------	----------------------------	--	----	-----	----------	---	----------

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH TENON - ST ANTOINE - RO

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EM PLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSE- MENT CCM CEL	CLASSEM T AVIS COLLEGE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
SAINT ANTOINE	RADIOLOGIE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCM T	PH TPA	PRADEL clement 27/12/1971	PH PLT 01/07/2004		19	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT ANTOINE	RADIOLOGIE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCM T	PH PLT	BIENVENOT peggy 27/11/1977	CCA 01/11/2007		18	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT ANTOINE	RADIOLOGIE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCM T	PH TPA	JOMAAH nabli 31/10/1959	PH PLT 01/07/2004		20	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
TENON	NEUROLOGIE	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
TENON	RADIOLOGIE	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
TENON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	QUESNEL christophe 04/09/1975	DIVERS 01/11/2007		09	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
TENON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	BERGER joelle 11/01/1978	CCA 01/11/2008		HC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
TENON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	YNINEB yacine 21/08/1971	PRAT.ATT 01/02/2009		HC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
TENON	MALADIES INFECTIEUSES, MALADIES TROPICALES	MAINTIEN	PH PLT	GALPERINE taliana 14/03/1971	PRAT. CONTRACTUEL 01/05/2007 LA 09		06	2	REPRISE	110 000	REPRISE
TENON	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH PLT	BAARIR EP CHELAH nacera 28/01/1960	PRAT. CONTRACTUEL 01/05/2003 LA 06		11	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
TENON	PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	MAINTIEN	PH TPA	FILLON julie 21/12/1978	ASSIST. SPECIALISTE 01/11/2006 LA 09		11	N° 2 Collège Pharmacie	MAINTIEN	0	MAINTIEN
TENON	PSYCHIATRIE POLYVALENTE	MAINTIEN	PH PLT	MONTEFIORE delphine 31/03/1977	CCA 01/11/2007		13	FAV	REPRISE	55 000	REPRISE
TENON	STOMATOLOGIE	MAINTIEN	PH TPA	ARACTINGI georges 23/04/1945	PH TPA 28/03/2006		12	ND	REPRISE	55 000	REPRISE

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH BICHAT/ C.BERNARD -  
 BEAUJON - L.MOURIER -  
 BRETONNEAU

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EM PLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSE- MENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGE		AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
								POSTE	MASSE SALARIALE	POSTE	MASSE SALARIALE	
BEAUJON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	BENNHARROSH lionel 08/11/1977	CCA 01/11/2007		06	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BEAUJON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	ABDEL REHIM mohamed	PRAT.ATT		NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BEAUJON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	SELLAM	PRAT. CONTRACTUEL		NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BEAUJON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	MARTINEZ carmen	PRAT.ATT		NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BEAUJON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	BEN ABDALLAH heykel	PRAT.ATT		NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BEAUJON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	STUMPF philip	PRAT. CONTRACTUEL		NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BEAUJON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	NECIB scander			NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BEAUJON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	GAUSS tobias	PRAT. CONTRACTUEL		NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BEAUJON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	JOSSERAND julien 23/03/1979	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2009		NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BEAUJON	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	RAJAMAKI elena			NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BEAUJON	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	LENOIR thibault 20/11/1976	CCA 01/11/2007		01	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
BEAUJON	HYGIENE HOSPITALIERE	MAINTIEN	PH PLT	VAN ROSSEN vanessa 26/09/1971	PH PLT 01/07/2004	MUTATION EXTERNE	08	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
BEAUJON	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH TPA	BERTIN carole 28/06/1977	CCA 01/12/2007		05	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
BICHAT - CLAUDE BERNARD	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	AUGUSTIN pascal 12/12/1976	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2009		12	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
BICHAT - CLAUDE BERNARD	BIOLOGIE MEDICALE	MAINTIEN	PH PLT	BOUCHET celine 07/10/1975	ASSIST. SPECIALISTE 01/11/2004 LA 09		15	N° 2 Collège Biochimie	MAINTIEN	30 000	MAINTIEN AVEC TAXE	
BICHAT - CLAUDE BERNARD	GASTR-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	NOMINATION PU-PH	PH PLT			Demande de re-création en phase 2 de la procédure		ND	REPRISE	110 000	REPRISE	
BICHAT - CLAUDE BERNARD	GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	MAINTIEN	PH PLT	YAZBECK chadi 21/12/1972	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2009		05	N° 2 Collège Gynéco-Obstétrique	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
BICHAT - CLAUDE BERNARD	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH PLT	HELLMANN romain 03/03/1976	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2007		11	6	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
BICHAT - CLAUDE BERNARD	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH PLT	WARGON mathias 03/05/1966	PH PLT 01/07/2006	MUTATION INTERNE	HC	11	MAINTIEN	0	MAINTIEN	

REVISION PH 2010

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH BICHAT / C.BERNARD -  
 BEAUJON - L.MOURIER -  
 BRETONNEAU (suite)

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EMPLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSEMENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
BICHAT - CLAUDE BERNARD	MEDECINE GENERALE	MAINTIEN	PH PLT	DE CORBIERE benedicta 08/03/1963	PH TPA 01/03/2006	MUTATION EXTERNE	02	FAV Collège soins palliatifs	MAINTIEN	0	MAINTIEN
BICHAT - CLAUDE BERNARD	MEDECINE NUCLEAIRE	NOMINATION PU-PH	PH PLT			Demande de re-création en phase 2 de la procédure (Mutualisation avec L.Mourier)		ND	REPRISE	110 000	REPRISE
BICHAT - CLAUDE BERNARD	OPHTALMOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	LAMIREL cedric 30/09/1976	CCA 01/11/2006		19	20	MAINTIEN	0	MAINTIEN
BICHAT - CLAUDE BERNARD	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	BAZELI ramin 07/09/1970	CCA 01/11/2008		21	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
BICHAT - CLAUDE BERNARD	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	PASI nicoletta 18/05/1976	CCA 01/11/2006		08	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
LOUIS MOURIER	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	FAITOT valentina 05/07/1976	CCA 01/11/2007		02	EN ATTENTE RETOUR COLLEGALE		0	EN ATTENTE
LOUIS MOURIER	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	BONNET BOURICHON agnes 24/04/1971	PH PLT 01/07/2006	MUTATION INTERNE	08	EN ATTENTE RETOUR COLLEGALE		0	EN ATTENTE
LOUIS MOURIER	BIOLOGIE MEDICALE/HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	MAINTIEN	PH PLT	CHEDANI hicham 10/04/1971	AHU 01/11/2007 LA 09		03	ND	MAINTIEN	40 000	MAINTIEN AVEC TAXE
LOUIS MOURIER	MEDECINE NUCLEAIRE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCMT	PH TPA	CHEKROUN malika 01/06/1955	PRAT. CONTRACTUEL 23/06/2009		13	N°5 par Collège Med Nucléaire	MAINTIEN	0	REVOIR EN CREATION
LOUIS MOURIER	ONCOLOGIE MEDICALE	MAINTIEN	PH PLT	DELBALDO catherine 01/03/1963	PH PLT 01/07/2007	MUTATION INTERNE	07	ND	REPRISE	110 000	REPRISE
LOUIS MOURIER	PEDIATRIE	MAINTIEN	PH PLT	DANEKOVA nevena 27/03/1974	PRAT.ATT 02/11/2009		09	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
LOUIS MOURIER	PEDIATRIE	MAINTIEN	PH PLT	PAREZ PILOT nathalie 29/07/1965	PH PLT 01/07/2002		01	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
LOUIS MOURIER	PNEUMOLOGIE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH PLT	GAUDRY stephane 02/11/1977	CCA 01/11/2007		05	N° 3 Collège Pneumologie	MAINTIEN	0	MAINTIEN
LOUIS MOURIER	RADIOLOGIE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH TPA	BOURAS taleb 18/03/1959	PH PLT 01/07/2003		12	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH SAINT LOUIS - LARIBOISIE

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EMPLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSEMENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	VAC NON DDE	PH PLT					ND	REPRISE	0	REPRISE
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	VALLEE fabrice 04/10/1969	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2007		15	EN ATTENTE RETOUR COLLEGALE		0	EN ATTENTE
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	OUANOUNOU ingrid 10/06/1975	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008		05	EN ATTENTE RETOUR COLLEGALE		0	EN ATTENTE
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	POUSSANT thomas 03/04/1978	CCA 01/11/2007		11	EN ATTENTE RETOUR COLLEGALE		0	EN ATTENTE
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	MARRY lucie 29/11/1978	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008		16	EN ATTENTE RETOUR COLLEGALE		0	EN ATTENTE
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	GRIENAY marion 07/02/1977	CCA 01/11/2007		14	EN ATTENTE RETOUR COLLEGALE		0	EN ATTENTE
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	DAMOISEL charles 09/10/1977	CCA 01/11/2008		18	EN ATTENTE RETOUR COLLEGALE		0	EN ATTENTE
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	KECHICHE hakim 23/06/1968	PRAT. CONTRACTUEL 01/12/2008		09	EN ATTENTE RETOUR COLLEGALE		0	EN ATTENTE
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH PLT	HYON julie 11/02/1977	PRAT. CONTRACTUEL 01/12/2008		17	EN ATTENTE RETOUR COLLEGALE		0	EN ATTENTE
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH PLT	GAYET alberic 23/11/1976	PRAT. CONTRACTUEL 01/02/2007		08	5	MAINTIEN	0	MAINTIEN
LARIBOISIERE-FERNAND WIDAL	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH TPA	LOUVET fabrice 08/09/1979	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008		ND	10	MAINTIEN	0	MAINTIEN

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH SAINT LOUIS - LARIBOISIE

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EM PLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSE- MENT CCM CEL	CLASSEM T AVIS COLLEGE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
LARIBOISIÈRE-FERNAND WIDAL	SANTE PUBLIQUE	MAINTIEN	PH PLT	DOZOL adrien 16/06/1975	PRAT. CONTRACTUEL 01/01/2009		07	N° 1/2 Collège Santé Publique	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT LOUIS	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH TPA	TROJE 04/01/1962	PH 01/07/1997	PH DANS LE SERVICE	ND	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
SAINT LOUIS	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	BOURGEOIS eric	PHC 01/11/2009		ND	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
SAINT LOUIS	BIOLOGIE MEDICALE/BIOCHIMIE	VAC NON DDE	PH PLT			Montant égal à la MS d'un PH - FU.		ND	REPRISE	62 300	REPRISE
SAINT LOUIS	HEMATOLOGIE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH PLT	DE LABARTHE adrienne 08/07/1973	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008 LA 09		03	N° 1 Collégiale Hématologie Clinique	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT LOUIS	HEMATOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	PEFFAULT DE LA TOUR regis 25/07/1975	CCA 01/11/2005 LA 08		01	FAV Collégiale Hématologie Clinique	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT LOUIS	MEDECINE GENERALE	MAINTIEN	PH TPA	KESHMAND homa 01/04/1962	PHC 01/06/2009		ND	La Candidate vient d'être nommée PHC. la demande sera maintenue sur 2011	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINT LOUIS	ONCOLOGIE MEDICALE	MAINTIEN	PH PLT	PAS DE CANDIDAT PROPOSE			NC	ND	REPRISE	110 000	REPRISE
SAINT LOUIS	PHARMACIE POLYVALENTE ET PHARMACIE HOSPITALIERE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCM T	PH TPA	VANNEAUX valerie 03/05/1975	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008		07	ND	MAINTIEN	55 000	MAINTIEN AVEC TAXE
SAINT LOUIS	PNEUMOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	LEPAVEC Jérôme	PHC		ND	ND	REPRISE	36 000	REDEP TEMP
SAINT LOUIS	REANIMATION MEDICALE	MAINTIEN	PH PLT	LEMIALE virginie 30/11/1976	PHC 01/11/2006		ND	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN



REVISION PH 2010

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH AVICENNE - J.VERDIER - R

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EM PLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSEMENT CCM CEL	CLASSEM TAVIS COLLEGE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09		
									POSTE	MASSE SALARIALE			
AVICENNE	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	FROT christophe 12/02/1967	PH PLT 01/05/2000	MUTATION EXTERNE	03	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE		
AVICENNE	MEDECINE D'URGENCE	VAC NON DDE	PH TPA					ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN		
AVICENNE	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH PLT	EMONT renaud 13/03/1974	PRAT. CONTRACTUEL 01/06/2007			02	4	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
AVICENNE	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH TPA	CROCHETON nicolas	LA 08			NC	2	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
AVICENNE	MEDECINE INTERNE	MAINTIEN	PH PLT	PRENKI virginie				ND	ND	REPRISE	36 000	REPRISE	
AVICENNE	MEDECINE NUCLEAIRE	MAINTIEN	PH PLT	POP gabriel 16/05/1976	PHC 01/12/2008			ND	N°3 par Collégiale Med Nucléaire	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
AVICENNE	ONCOLOGIE MEDICALE	MAINTIEN	PH PLT	PAILLER marie christine 28/02/1966	PH TPA 01/11/2008			04	ND	REPRISE	110 000	REPRISE	
AVICENNE	PEDIATRIE	MAINTIEN	PH TPA	GONZALES geraldine				ND	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
JEAN VERDIER	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	CANTOIS jean luc 18/10/1961	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2006			05	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
JEAN VERDIER	GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	MAINTIEN	PH PLT	BRICOU alexandre 28/02/1975	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2007 - LA 08			01	N° 5 Collège Gynéco-Obstétrique	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
JEAN VERDIER	GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	MAINTIEN	PH PLT	DALMON cecile 09/08/1975	CCA 01/11/2007			03	N° 10 Collège Gynéco- Obstétrique	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
JEAN VERDIER	MEDECINE D'URGENCE	VAC NON DDE	PH PLT						ND	REPRISE	0	REPRISE	
JEAN VERDIER	MEDECINE D'URGENCE	MAINTIEN	PH PLT	JAVAUD nicolas 30/04/1975	PRAT. CONTRACTUEL 01/03/2006			02	8	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
JEAN VERDIER	MEDECINE GENERALE	VAC NON DDE	PH TPA						ND	REPRISE	0	REPRISE	
JEAN VERDIER	MEDECINE GENERALE	MAINTIEN	PH TPA	PAS DE CANDIDAT PROPOSE					06	6	REPRISE	55 000	REPRISE
RENE MURET-BIGOTTINI	GERIATRIE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCM T	PH PLT	ABDOOL WAHED yusa 20/09/1971	PRAT. CONTRACTUEL 01/05/2009 - LA 09			01	NR	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
RENE MURET-BIGOTTINI	MEDECINE GENERALE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCM T	PH PLT	LAMEIRA dulce 10/02/1978	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008			02	Avis FAV Collège de Gériatrie	MAINTIEN	0	MAINTIEN	

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

HOPITAL ROBERT DEBRE

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EMPLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSEMENT CCM CEL	CLASSEM AVIS COLLEGE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
ROBERT DEBRE	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	PAS DE CANDIDAT PROPOSE			NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
ROBERT DEBRE	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	PAS DE CANDIDAT PROPOSE			NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
ROBERT DEBRE	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH TPA	PAS DE CANDIDAT PROPOSE			NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
ROBERT DEBRE	MEDECINE GENERALE	MAINTIEN	PH TPA	PAS DE CANDIDAT PROPOSE			ND	ND	MAINTIEN	10 000	MAINTIEN AVEC TAXE
ROBERT DEBRE	PEDIATRIE	MAINTIEN	PH TPA	PAS DE CANDIDAT PROPOSE			NC	ND	REPRISE	55 000	REPRISE

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH BROUSSAIS/HEGP - C.CEL

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EMPLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSEMENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGIALE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
BROUSSAIS-HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU	ANESTHESIE-REANIMATION	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
BROUSSAIS-HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	ESTEPHAN georges 20/05/1968	PRAT.ATT 01/01/2009		06	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
BROUSSAIS-HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	MAINTIEN	PH PLT	DERVAUX nathalie 21/12/1976	PRAT.ATT 01/11/2008	Restructurat* activité en cours (Réduction). Proposition de reprise.	03	N° 3 Collège de Cardiologie	A REVOIR EN CME	55 000	REPRISE
BROUSSAIS-HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
BROUSSAIS-HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU	MEDECINE GENERALE	VAC NON DDE	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
BROUSSAIS-HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU	MEDECINE INTERNE	VAC NON DDE	PH PLT			Demande de la Direction Hospitalière pour un REDEP uniquement TEMP		ND	REPRISE	110 000	REPRISE AVEC MEMOIRE CME
BROUSSAIS-HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU	ONCOLOGIE MEDICALE	VAC NON DDE	PH PLT			Demande de la Direction Hospitalière pour un REDEP uniquement TEMP		ND	REPRISE	110 000	REPRISE AVEC MEMOIRE CME
CORENTIN CELTON	MEDECINE GENERALE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCMT	PH PLT	SALL hamat 21/10/1956	PH TPA 01/03/2008 LA 09	ARTICLE 9	02	Avis FAV Collège de Gériatrie	MAINTIEN	0	MAINTIEN

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH COCHIN/SVP(Partie  
périnatalogie) -  
H.DIEU/GARANCIERE -  
BROCA - LA

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EMPLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSEMENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGIALE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
BROCA-LA ROCHEFOUCAULD-LA COLLEGIALE	GERIATRIE	MAINTIEN	PH TPA	DURON emmanuelle 10/02/1975	DIVERS LA 08		01	+++	MAINTIEN	0	MAINTIEN
COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	VANDENBUNDER benoit 14/01/1978	CCA 01/11/2007		NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	GHIGLIONE sebastien 28761	CCA 01/11/2008		NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	BELLAMY lorenn 27/02/1977	CCA 01/11/2008		NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	BERL-MESSENT monique 15/05/1959	PH PLT 10/07/1989	MUTATION INTERNE CME de Janvier 2010	NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	JACQUINOT patrick 20/05/1953	PH PLT 04/05/1987	MUTATION EXTERNE	NC	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	GASTR-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	VAC NON DDE	PH PLT	CHRISSTALYS Ariane	PH 01/01/2009	PH PROBATOIRE AU CHIC. Convention de MAD prévue en Janvier 2010	ND	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	MEDECINE GENERALE	VAC NON DDE	PH TPA					ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	ONCOLOGIE MEDICALE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH PLT	ROPERT stanislas 07/12/1974	CCA 01/11/2006		01	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	RADIOLOGIE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH TPA	HORNOY-RAMASSANY patricia 26/06/1964	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008 LA 07		05	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	RHUMATOLOGIE	VAC NON DDE	PH PLT			Poste à fermer . Plus de MS à récupérer		ND	REPRISE	0	REPRISE
HOTEL DIEU	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	RADU adrian 13/04/1974	CCA 01/11/2007			EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
HOTEL DIEU	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE	MAINTIEN	PH TPA	BOBBIO antonio 15/07/1967	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2007		01	11	MAINTIEN	0	MAINTIEN
HOTEL DIEU	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH TPA	MIGNON SEGUI 01/12/1955	PRAT. ATTACHE	Le Pt de la Collégiale propose de rediscuter cette décision en CME. Revoir dossier candidate et situation du service	NC	En attente	REPRISE	55000 25 000	REPRISE
HOTEL DIEU	RHUMATOLOGIE	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH RAYMOND  
POINCARÉ/HOP.MARITIME  
DE BERCK - AMBROISE  
PARE - STE

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EMPLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSEMENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGIALE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
AMBROISE PARE	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	VAN ROBBAIS anne-laure 03/01/1977	CCA 01/11/2007		01	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE	0		EN ATTENTE
AMBROISE PARE	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	CARAGLIANO gianluca 05/11/1978	PRAT. CONTRACTUEL 06/10/2008		04	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE	0		EN ATTENTE
AMBROISE PARE	RADIOLOGIE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCMT	PH TPA	HARDIT christophe 10/08/1976	CCA 01/11/2007		02	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
AMBROISE PARE	RADIOLOGIE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCMT	PH TPA	EL HAJJAM mostafa 29/08/1968	PH PLT 01/07/2007 LA 07		02	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
BERCK	MEDECINE GENERALE	MAINTIEN	PH PLT	PAS DE CANDIDAT PROPOSE			NC	NC	REPRISE	36 000	REPRISE
RAYMOND POINCARÉ	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH PLT	LAUTRIDOU christine 25/07/1968	CCA 01/11/2006		01	8	MAINTIEN	0	MAINTIEN
RAYMOND POINCARÉ	MEDECINE GENERALE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH TPA	HARTLEY sarah 22/09/1968	PRAT.ATT 01/01/2005		03	N° 4/6 Collège Méd Physique et Réadaptat	MAINTIEN	0	MAINTIEN
RAYMOND POINCARÉ	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	MOKHTARI samia 22/07/1976	PA 01/11/2008			FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
SAINTE PERINE-ROSSINI-CHARDON LAGACHE	GERIATRIE	MAINTIEN	PH PLT	PAS DE CANDIDAT PROPOSE			02	ND	REPRISE	0	REPRISE
SAINTE PERINE-ROSSINI-CHARDON LAGACHE	GERIATRIE	MAINTIEN	PH PLT	TLIBA laurent 20/02/1974	PRAT. CONTRACTUEL 01/10/2008		01	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH NECKER/ENFANTS MALAI

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EM PLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSE- MENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGIALE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
NECKER ENFANTS MALADES	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	MAINTIEN	PH PLT	GALMICHE-ROLLAND louise 27/05/1976	PRAT.ATT 01/11/2008 LA 08		05	AVIS FAV +++	MAINTIEN	0	MAINTIEN
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	FAIVRE-VERROUST judith 07/03/1977	PRAT. CONTRACTUEL 04/02/2009		14	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	LAMHAUT lionel 21/10/1975	PRAT. CONTRACTUEL 01/01/2009		10	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	SALVI nadege 23/12/1975	CCA 01/11/2008		12	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	GUELLEC vanessa 23/08/1975	CCA 01/11/2008		13	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	APRIOTESEI roxana 19/12/1976	PRAT. CONTRACTUEL 05/11/2007		15	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	LA ROSA Julien	PRAT. CONTRACTUEL		A	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	VANTALON Eric	PRAT. CONTRACTUEL		A	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	GALL Olivier	PH	MUTATION INTERNE	A	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	MELLARDO Pascale	PRAT. CONTRACTUEL		A	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	IONESCU	PRAT. CONTRACTUEL		A	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	ESSID Aben	PRAT. CONTRACTUEL		ND	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
NECKER ENFANTS MALADES	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	MAINTIEN	PH PLT	SABBAH laurent 16/08/1974	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008 - LA 08		01	N° 5 Collège de Cardiologie	MAINTIEN	0	MAINTIEN
NECKER ENFANTS MALADES	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE	MAINTIEN	PH TPA	BERCU Gearina	PA		A	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
NECKER ENFANTS MALADES	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
NECKER ENFANTS MALADES	GENETIQUE MEDICALE	NOMINATION PU-PH	PH PLT					ND	REPRISE	110 000	REPRISE
NECKER ENFANTS MALADES	NEPHROLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	HUMMEL aurelie 25/07/1975	DIVERS		09	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
NECKER ENFANTS MALADES	PEDIATRIE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCMT	PH TPA	FAESCH-GERARD sabbine 19/08/1971	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008 LA 08		04	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
NECKER ENFANTS MALADES	PEDIATRIE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH TPA	MENAGER cedric 28/08/1972	PRAT. CONTRACTUEL 01/07/2005 LA 09		03	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH BICETRE - PAUL BROUSS

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EM PLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSE- MENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGIALE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09	
									POSTE	MASSE SALARIALE		
ANTOINE BECLERE	ANESTHESIE- REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	FISCHER catherine		MUTATION EXTERNE	02	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE	
ANTOINE BECLERE	GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	MAINTIEN	PH PLT	FAIVRE erika 06/02/1973	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2007 LA 09		05	6	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
ANTOINE BECLERE	GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	MAINTIEN	PH PLT	PICONE olivier 24/12/1972	PRAT. CONTRACTUEL 01/05/2009 LA 09		04	N° 1 Collège de Gynéco Obstétrique	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
ANTOINE BECLERE	MEDECINE NUCLEAIRE	MAINTIEN	PH PLT	DELIU liviu-daniel 13/01/1969	PRAT. CONTRACTUEL 11/05/2009		03	N°1 Collège Med Nucléaire	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
ANTOINE BECLERE	ONCOLOGIE MEDICALE	MAINTIEN	PH PLT	CHAPIRO jacques 20/12/1964	PRAT. CONTRACTUEL 15/10/2007 LA 09		01	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
ANTOINE BECLERE	PEDIATRIE	MAINTIEN	PH TPA	GONZALES-JINETE EPOUSE ROISMAN patricia 20/06/1958	PRAT. CONTRACTUEL 23/03/2006		08	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
ANTOINE BECLERE	PNEUMOLOGIE	NOMINATION PU-PH	PH PLT						ND	REPRISE	110 000	REPRISE
ANTOINE BECLERE	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	HAOUAM kamel 14/012/1967	PA 15/09/2009		06	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
ANTOINE BECLERE	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	GAHIDE gerald			07	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
ANTOINE BECLERE	REANIMATION MEDICALE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH PLT	SZTRYMF benjamin 16/11/1973	CCA 01/11/2005		09	N° 2 Collège de Réa Médicale	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
BICETRE	BIOLOGIE MEDICALE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH PLT	CUZON gaelle 20/08/1979	AHU 01/11/2006 LA 09		07	N° 1 Collège Bactériologie- virologie	MAINTIEN	0	MAINTIEN	
BICETRE	BIOLOGIE MEDICALE / BIOCHIMIE	MAINTIEN	PH PLT	THEROND patrice	PH PLT 01/10/1994	MUTATION EXTERNE	ND	ND	MAINTIEN	55 000	MAINTIEN AVEC TAXE	
BICETRE	CHIRURGIE GENERALE	MAINTIEN	PH PLT	LAMBERT benoit 08/02/1969	PRAT. CONTRACTUEL 01/03/2009		08	13	MAINTIEN	0	MAINTIEN	

REVISION PH 2010

CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH BICETRE - PAUL BROUSS

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EMPLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSEMENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGIALE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
BICETRE	GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	MAINTIEN	PH PLT	NAZAC andre 17/04/1968	DIVERS	MUTATION EXTERNE	13	N° 3 Collège Gynéco-Obstétrique	MAINTIEN	0	MAINTIEN
BICETRE	MEDECINE GENERALE	MAINTIEN	PH TPA	PAS DE CANDIDAT PROPOSE			ND	ND	REPRISE	55 000	REPRISE
BICETRE	NEPHROLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	PAS DE CANDIDAT PROPOSE			ND	ND	REPRISE	110 000	REPRISE
BICETRE	PNEUMOLOGIE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH TPA	BULIFON sophie 02/03/1972			ND	NC	MAINTIEN	0	MAINTIEN
BICETRE	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	SERRA-TOSIO geraldine 26/09/1977	CCA 01/05/2008 LA 09		09	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
PAUL BROUSSE	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	TANASE claudia 03/07/1978	PRAT. CONTRACTUEL 15/03/2008		01	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
PAUL BROUSSE	GERIATRIE	MAINTIEN	PH PLT	LAZAROVICI celine 09/03/1975	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008 LA 09		02	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
PAUL BROUSSE	GERIATRIE	MAINTIEN	PH TPA	BURLAUD aurore 26/11/1975	PRAT.ATT 01/05/2006		07	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
PAUL BROUSSE	PSYCHIATRIE POLYVALENTE	MAINTIEN	PH PLT	COSCAS sarah 13/09/1976	CCA 01/11/2007		06	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
PAUL BROUSSE	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH TPA	WAINAPEL gerald 09/09/1976	CCA 01/11/2007		05	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
PAUL BROUSSE	SANTE PUBLIQUE	MAINTIEN	PH PLT	MAGNANI lionel	PH PLT 01/07/2006	MUTATION EXTERNE	09	N° 2/2 Collège Santé Publique	MAINTIEN	0	MAINTIEN



CME DU 17 NOVEMBRE 2009-EXAMEN DES POSTES VACANTS

GH H.MONDOR/A.CHENEVIER

HOPITAL	DISCIPLINE DE CONCOURS	CLASSIFICATION DE LA VACANCE DU POSTE	EMPLOI DEMANDE/EMPLOI LIBERE	NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE DU CANDIDAT	GRADE ET DATE DE GRADE DU CANDIDAT LA	OBSERV.	CLASSEMENT CCM CEL	CLASSEMENT AVIS COLLEGIALE	AVIS BUREAU CME/CTEM 5/11/2009		AVIS CME 17/11/09
									POSTE	MASSE SALARIALE	
DUPUYTREN	GERIATRIE	MAINTIEN	PH PLT	BRIAULT anne 20/06/1970	PRAT. CONTRACTUEL 01/07/2008 LA 08		03	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
EMILE ROUX	GERIATRIE	MAINTIEN	PH TPA	SCHAUER nathalie 26/09/1972	PRAT.ATT 07/06/2004 LA 09		02	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
HENRI MONDOR	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	COOK fabrice 14/09/1978	CCA 01/11/2007 LA09		09	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
HENRI MONDOR	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	PENCHEVA ekaterina 01/12/1973	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2007		12	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE		0	EN ATTENTE
HENRI MONDOR	ANESTHESIE-REANIMATION	MAINTIEN	PH PLT	CHEDEVERGNE karin 10/01/1977	CCA 01/11/2007		10	EN ATTENTE RETOUR COLLEGIALE			EN ATTENTE
HENRI MONDOR	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE	NOMINATION PU-PH	PH TPA					ND	REPRISE	55 000	REPRISE
HENRI MONDOR	PHARMACOLOGIE CLINIQUE ET TOXICOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	DRUET celine 20/08/1976	PRAT. CONTRACTUEL 15/07/2008		NC	ND	MAINTIEN	0	MAINTIEN
HENRI MONDOR	PSYCHIATRIE POLYVALENTE	MAINTIEN	PH PLT	YON liova 02/01/1978	PRAT. CONTRACTUEL 01/11/2008		NC	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
HENRI MONDOR	RADIOLOGIE	MAINTIEN	PH PLT	LENCZNER gregory 09/11/1976	CCA 01/11/2007		07	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN
HENRI MONDOR	RADIOLOGIE	MAINTIEN POUR AUTOFINANCMT	PH TPA	MEYBLUM evelyne 21/07/1952	PRAT.ATT 01/01/2001 LA 07		07	FAV	MAINTIEN	25 000	MAINTIEN AVEC TAXE
JOFFRE	GERIATRIE	MAINTIEN POUR REDEPLOIEMENT INTERNE	PH PLT	DUVEAU jean-paul 13/02/1971	PRAT. CONTRACTUEL 01/05/2006 LA 06		01	FAV	MAINTIEN	0	MAINTIEN