

**Groupe de travail de la CME  
sur les conséquences de la nouvelle AP-HP  
sur les élections de la CME et des CMEL et sur leurs missions**

**Réunion du 30/01/2019**

**Relevé de conclusions**

**Participants :** *Guy Benoit, Catherine Boileau, Philippe Cornu, Marc Dupont, Alain Faye, Anne Gervais, Dominique Israël-Biet, Paul Legmann, Hélène Oppetit, Catherine Ravier, Olivier Tréton, Christophe Trivalle*

**Excusés :** *Joël Ankri, Thierry Bégué, Yves Cohen, Sophie Crozier*

**Sur la composition de la CME, la discussion a porté, pour l'essentiel, sur la représentation des GH :**

- Le groupe souhaite maintenir la représentation des disciplines comme actuellement.
- **Collège des GH :** la proposition d'ajouter aux PCMEL de GH (6 dans la « nouvelle AP-HP »), les 6 VPCMEL (PH) et 1 HU élu par chaque CMEL pour siéger à la CME a pour double objectif de maintenir la répartition HU/H de la CME et de permettre une représentation multi-site des GH. Toutefois, cette proposition soulève la question du positionnement du HU élu par rapport au PCMEL et de leur légitimité respective à représenter le GH, notamment en cas de divergence de vues. Certains pensent au contraire qu'une bonne coordination interne doit permettre un alignement des positions. Il est convenu que C. Boileau et A. Gervais organisent un rendez-vous téléphonique avec les 2 PCMEL du groupe de travail absents à la réunion afin de recueillir leurs points de vue.
- L'hypothèse ci-dessus aboutirait à une augmentation de la taille de la CME de 84 à 90 membres. Toutefois, il est remarqué que 90 personnes représenteront 24 000 personnels médicaux (seniors et juniors). Par ailleurs, la réduction des effectifs du siège risque d'entraîner un moindre appui administratif que les membres de la CME devront compenser par plus de temps consacré aux groupes de travail.

**Sur la composition des CMEL, les questions ont porté sur les modalités de la représentation des sites au sein des CMEL :**

- le principe de la représentation de site est acté ;
- le représentant de site doit être élu par l'ensemble de la communauté médicale de site (création d'un collège en bonne et due forme) ;
- les missions du représentant de site à la CMEL doivent être décrites, en revanche, il est laissé à l'appréciation de chaque site d'organiser les modalités de la concertation et de réflexion locale.

**Sur les missions de la CME et du PCME, les débats ont porté sur les moyens de régulation par la CME/PCME des compétences déléguées aux CMEL/PCMEL**

- **Pour la CME :** les évolutions proposées consistent globalement à laisser au niveau central de la CME la définition de la politique en matière de RH médicales, projet médical, etc. et à déléguer aux CMEL la déclinaison locale de ces sujets.

Le tableau des délégations de compétences de la CME aux CMEL ([v. pièce jointe](#)) a donné lieu aux remarques suivantes :

- 1) afin de tenir compte du renforcement du caractère stratégique de la CME, les projets médicaux des GH devront être présentés à la CME ;

## 2) Révision des effectifs :

- Il y a un consensus sur :
  - le rôle de la CME : elle donne un avis sur la lettre de cadrage, est compétente pour la redistribution inter-GH (maintien d'une enveloppe centrale) et propose la liste finale des postes au DG ;
  - l'allègement de la révision des effectifs au niveau central.
- Toutefois, la délégation de compétences aux CMEL doit s'accompagner de *reporting*, avec une vision sur les flux par discipline, mais aussi de moyens d'appliquer une politique institutionnelle, donc de leviers, c'est-à-dire de garder une enveloppe centrale à redistribuer en postes de PH aux GH.

Le dispositif de redistribution de cette enveloppe, actuellement de 0,4 % de la masse salariale senior est aujourd'hui contourné par les GH qui demandent un financement au titre du 0,4 % égal au montant de leur prélèvement. Après avoir permis d'apurer la situation antérieure à 2016 avec un système de prêts et de retours difficile à suivre, le dispositif du 0,4 % est devenu en 2018 totalement neutre et n'a pas joué son rôle d'arbitrage ou de redistribution puisque toutes les demandes ont été acceptées. (NB : la DOMU transmettra très prochainement un bilan des 0,4 %).

Pour permettre une réelle politique institutionnelle, une réflexion doit être menée en lien avec la CME sur la mise en place d'un nouveau système moins facile à contourner et sur le montant de l'enveloppe.

- **Pour le PCME** : les propositions vont dans le sens d'une délégation large des compétences du PCME vers les PCMEL. Le tableau des délégations de compétences du PCME aux PCMEL a donné lieu aux remarques suivantes :

- 1) La validation de la période probatoire des PH est déléguée par le PCME aux PCMEL sous réserve d'arbitrage du PCME dans les cas de non validation de la période probatoire ;
- 2) Compte tenu des restructurations à venir et de la politique de qualité de vie au travail soutenue par la CME (plan RHPM, gestion des conflits, promotion des mobilités pour enrichir les parcours professionnels...), le PCME doit garder une possibilité d'intervention en matière de mutations internes à l'AP-HP des PH et de nouvelles affectations après fusion ;
- 3) Les placements en recherche d'affectation sont délégués aux PCMEL seulement lorsqu'ils ont lieu à la demande du praticien ;
- 4) Concernant les « cliniciens hospitaliers » et futurs praticiens contractuels de l'article 6 du projet de loi de santé, les compétences déléguées aux PCMEL s'exercent dans le cadre de la doctrine et du cadrage arrêtés par la CME.

Un décret sera nécessaire pour permettre au PCME de déléguer ses compétences aux PCMEL et élargir les possibilités de délégation de la CME aux CMEL.

Le sujet de sous-commissions n'a pas été abordé. Le P<sup>r</sup> LEGMANN a toutefois évoqué la fusion de la CTEM et la commission des structures en une commission de la stratégie.

Il est convenu que tous les sujets abordés devront être présentés aux deux PCMEL du groupe de travail (P<sup>rs</sup> Ankri et Cohen).