

OTE ! JE VOTE ! JE VOTE ! JE VOTE !



DU 25 JUIN AU 2 JUILLET



ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL



+



POURQUOI VOTER ACTION PRATICIENS HOPITAL + JEUNES MÉDECINS ?

- **NOS CANDIDATS**
- **NOS PROPOSITIONS**
- **DÉFENDRE L'ANESTHÉSIE-
RÉANIMATION HOSPITALIÈRE**



POURQUOI VOTER ACTION PRATICIENS HOPITAL + JEUNES MÉDECINS ?

Vous nous connaissez, car nous vous informons régulièrement et ne sortons pas du bois juste au moment des élections.

*Vous nous connaissez, car nous avons une stratégie d'union transgénérationnelle :
AH + CPH + JM = APH&JM*



DU 25 JUIN
AU
2 JUILLET

JE VOTE !

www.jevoteenligne.fr/cng
www.jevoteenligne.fr/dgos



@ActionPratHopit
@JeunesmedecinsF



@ActionPraticienHopital
@JMmedecins

Nous avons convergé autour de valeurs qui nous rassemblent :

- Défense du service public hospitalier bien mal en point, malgré des Ministres de la santé qui se succèdent mais ne changent rien, car la techno-structure n'a pas changé depuis 30 ans ; seul le Service Public permet une accessibilité aux soins pour tous.
- Défense de statuts attractifs seuls garants de l'indépendance professionnelle vis à vis des hiérarchies et du pouvoir politique.
- Démocratie hospitalière, et solidarité inter générationnelle.
- Lutte contre l'individualisme ambiant : pour une performance collective, reconnue et valorisée, pour des équipes avec les moyens de fonctionner.
- Notre travail en mots clés : sérénité, bienveillance, performance pour les patients mais pas uniquement comptable, transparence organisationnelle avec l'équipe au centre, démocratie hospitalière, indépendance professionnelle, aspirations de chacun au sein d'un projet collectif, un encadrement avec pour objectif l'épanouissement de chacun mais pas la rentabilité ou la mise aux normes.

Vous nous connaissez, car nous vous défendons au quotidien :

- Au niveau local via les intersyndicales ou via les syndicats de spécialités qui nous composent.
- Au niveau régional via les CRP et ARS, avec missions de conciliation.
- Au niveau national, grâce à un travail de fond toute l'année sur les dossiers, force de proposition pour les discussions avec les pouvoirs publics, mais aussi d'opposition car nous connaissons nos dossiers et savons soulever les bonnes questions et faire reculer.

Nous avons travaillé notamment, en dehors de l'actualité :

- Sur la souffrance au travail, avec un site en ligne <https://osat.aph-france.fr> qui a aidé des collègues et sur les suicides des médecins.
- Sur la pénibilité de notre travail, nous avons fait émerger cette problématique et ne lâcherons pas
- Sur les équilibres vie privée vie professionnelle
- Sur le respect du secret médical (HOPSYWEB, SI-VIC, DIM...)

Nous effectuons un travail de fond sur l'hôpital et ses acteurs, avec séminaires, journées thématiques, travail collaboratif avec des chercheurs de tous horizons.

Vous nous connaissez, car nous tenons une place particulière dans le champ syndical :

- Ténacité et constance : quelle que soit la période même quand il n'y a pas d'élections.
- Pas d'aventurisme ni de racolage mais pleine maturité, sans tabou ni soumission.
- Nous sommes pour un syndicalisme de proximité pour aider et défendre chacun, et national pour défendre et proposer.
- Dynamisme, nous sommes craints et respectés par les pouvoirs publics, nous sommes précurseurs d'idées et de mouvement, à l'initiative des avancées statutaires pour tous et des mouvements de résistance ces dernières années.
- Indépendance : pas de compromis avec les pouvoirs publics, pas de scénarisation politique, nous ne sommes pas le support de carrières personnelles et pratiquons l'alternance, nous n'avons pas de lien avec industrie ou laboratoires.

NOS PROPOSITIONS :

LA PLATEFORME D'APH + JM

L'hémorragie actuelle des Praticiens Hospitaliers, qui a des conséquences dramatiques dans certains établissements malgré nos alertes et propositions depuis 20 ans, a des causes parfaitement identifiées : cette plateforme répond aux enjeux de responsabilités, de rémunérations et de statut qui permettra de faire revenir les médecins et pharmaciens à l'Hôpital, pour un exercice valorisé et sécurisé, avec reconnaissance des investissements de chacun.

La politique du « seul patron à l'Hôpital » incarné par le directeur est un échec.

Seule la codirection médico-administrative permettra d'améliorer les soins en contenant les coûts.

La plateforme d'Action Praticiens Hôpital & Jeunes Médecins est portée lors de toutes les négociations avec la DGOS. Elle concerne notamment le statut - qu'il s'agisse des conditions d'exercices, des rémunérations ou des garanties sociales - et la gouvernance, des hôpitaux comme des GHT.

LE STATUT

1. NOMINATION :

Seule la nomination nationale des PH, à partir d'une liste d'aptitude nationale constituée après un examen devant ses pairs, permet de garder notre indépendance professionnelle et la qualité des professionnels. Nous refusons fermement toute déclinaison a minima de ce principe, nous ne voulons pas être inféodés à une gouvernance locale ni voir se dégrader la qualité des recrutements de praticiens hospitaliers.

2. CONDITIONS D'EXERCICE :

- Un statut unique de Praticien Hospitalier titulaire et contractuel, incluant 39 heures de travail hebdomadaires, avec création de valences : recherche, enseignement (avec tutelle par le ministère de l'enseignement supérieur selon le profil du PH), management, santé publique, clinique (lorsque le temps clinique dépasse 39 H hebdomadaires), ou syndicale.
- Pas de période probatoire après avoir exercé 1 an ou plus dans le service si le PH a donné satisfaction.
- Modulation de l'activité en fonction du moment de la carrière (nombre de gardes, responsabilités, activités d'intérêt général, enseignement, recherche).
- Une durée de travail équitable : 24H valent 5 demi-journées, soit la moitié du temps de travail hebdomadaire maximal quel que soit le mode de décompte du temps de travail.
- Décompte horaire pour les équipes qui le souhaitent.

3. RÉMUNÉRATIONS : EXIGENCE DE NÉGOCIATIONS SALARIALES IMMÉDIATES.

- Pas de début de carrière en dessous de 5 000 € brut mensuel, progression plus linéaire avec un échelon de 500 € tous les 3 ans jusqu'à 10 000 € en fin de carrière (11 échelons).

- Indemnité d'engagement de service public exclusif correspondant à 20 % du salaire de base.

- Revalorisation immédiate des gardes à 650 € pour tous les statuts, avec inclusion dans le temps de travail pour tous, H et HU.

- Reconnaissance des valences, financière ou par compensation du temps clinique, qui sera contractualisé avec l'hôpital ou la faculté, selon son type.

- RTT et CET pour tous les statuts, valorisés sur la base du salaire de base + 25 % puisque ce sont des heures supplémentaires.

- Cotisations retraites sur toutes les rémunérations H et HU, dont la valorisation des CET.

4. GARANTIES SOCIALES :

- Interdiction de toute mobilité forcée (pas de praticiens nomades sans volontariat)

- Reconnaissance du temps syndical comme pour toutes les professions du secteur public

- Représentation des personnels médicaux au sein des formations spécialisées (FS) en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail avec désignation des membres par les organisations syndicales de praticiens représentées dans les Commissions régionales paritaires (CRP).

- Les CRP doivent voir leur rôle affirmé comme recours dans la résolution des conflits impliquant des praticiens, en cas d'échec de la conciliation locale.

L'HÔPITAL VA MAL, LE CONSTAT EST HÉLAS PARTAGÉ PAR TOUS. IL NE PEUT PAS SE PASSER DE MÉDECINS, ET UN CHOC D'ATTRACTIVITÉ DOIT AVOIR LIEU AU PLUS VITE : SEULES LES INTERSYNDICALES S'ÉTANT CLAIREMENT EXPRIMÉS CONTRE LA LOI HPST, C'EST À DIRE AH, CPH ET LES JEUNES MÉDECINS, REGROUPÉES EN APH & JM, ONT LA LÉGITIMITÉ POUR CONTRAINDRE LES TUTELLES À CONDUIRE CETTE MUTATION.

LA GOUVERNANCE : ELLE DOIT ÊTRE REMÉDICALISÉE ET DÉMOCRATISÉE

Nous n'en finissons pas de subir les conséquences de la loi HPST et de l'instauration d'une gestion bureaucratique sur des objectifs financiers plus que humains et médicaux.

- Un directeur n'a pas de compétence médicale et les décisions stratégiques ne doivent pas mettre en difficulté la qualité de notre exercice médical.

Pour cela, la CME doit avoir de vrais pouvoirs décisionnaires pour tout ce qui concerne la stratégie médicale, l'organisation et la qualité des soins, la gestion des personnels médicaux, la nomination des chefs de service et de pôles, et le budget à attribuer aux services de soins. La CME doit pour cela être composée entièrement d'élus, sans membres de droit. Le cas échéant, ils ne doivent pas avoir le droit de vote.

- Le temps médical dévolu à la gouvernance et aux institutions doit être compensé dans les services.

- L'entité importante pour le fonctionnement médical est le Service (seul reconnu par l'Université) et pas le pôle, qui doit rester une entité de gestion finale.

- La nomination des chefs de service et de pôle doit être faite conjointement par le directeur et le PCME après avis des praticiens du service puis de la CME.

- L'articulation CME et CMG doit respecter les CME, le projet médical d'établissement et la gestion des ressources humaines médicales ; aux CMG échoit ce qui concerne la stratégie et le projet médical de territoire, ainsi que l'articulation avec les CPTS du territoire.

- Le dialogue avec les ARS doit être l'oeuvre du binôme directeur-PCME, notamment les aspects budgétaires qui doivent prendre en compte les critères de pertinence et d'efficacité médicale.

APH + JM S'ENGAGE POUR :

LA DÉFENSE DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS ET DE L'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION HOSPITALIÈRE

À L'HEURE OÙ :

NOUS VOULONS DÉFENDRE L'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION HOSPITALIÈRE ET LES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS.

L'enquête CONTRAMAR concernant les conditions de travail des médecins anesthésistes-réanimateurs révélait l'urgence à améliorer l'attractivité de l'anesthésie-réanimation à l'hôpital public.

Pour mémoire, cette enquête mettait en lumière :

- La **PÉNURIE** de médecins anesthésistes-réanimateurs dans les blocs opératoires : 4 praticiens sur 5 travaillent dans un service en sous-effectif ; en découle le recours au temps de travail additionnel – souvent « auto-contraint » et non contractualisé avec le directeur d'établissement, l'augmentation du nombre de salles d'opération sous la responsabilité d'un médecin AR, la séniorisation des internes, le recours à l'interim, quand ce n'est pas la fermeture pure et simple de salles d'opération. Notre vocation n'est pourtant pas d'empêcher qu'on soigne les patients !
- Le sentiment d'**INSÉCURITÉ** ou de prise de risques inutiles pour les patients au bloc opératoire ou en maternité, par manque de moyens humains.
- La **CHARGE** administrative dans les réanimations comme dans les secteurs d'anesthésie.
- L'Anesthésie-Réanimation est une et **INDIVISIBLE**, avec un exercice mixte entre anesthésie et réanimation nécessaire au fonctionnement des blocs opératoires et des réanimations.
- Une **HÉTÉROGÉNÉITÉ** majeure dans la mesure du temps de travail, que ce soit en demi-journées (valeur de la garde de nuit à 2 ou 3 DJ) ou en temps continu (42 à 48 heures) selon les établissements, au prix d'arrangements locaux flirtant avec la loi et le statut.
- Des velléités à **QUITTER** l'hôpital public pour une majorité des plus jeunes, et une proportion non négligeable de PH qu'on pensait « installés » dans l'hôpital public.

- Notre spécialité croule sous le poids administratif, où nous devons justifier d'une activité rentable avant d'être au service des patients.
- Nos directions, les ARS, les pôles, les blocs opératoires, les unités de soins critiques et les réanimations sont organisés dans une logique gestionnaire et bureaucratique où plus personne ne trouve son compte, soignants comme patients.
- Le management se fait plus par le mépris ou la culpabilisation que par la reconnaissance des investissements des équipes et de chacun.
- Les moyens alloués à notre pratique quotidienne sont constamment remis en cause.
- Notre engagement dans le travail de nuit, est bafoué.
- Nous engageons notre santé personnelle avec des horaires de travail de jour dantesques, et une pénibilité de nuit sans aucune reconnaissance.
- Nos collègues fuient l'hôpital public pour une meilleure reconnaissance de leur travail et des conditions de travail moins contraignantes.

NOS CONVICTIONS

L'équipe d'anesthésie-réanimation est un maillon essentiel pour la sécurité et la qualité des soins.

- Elle doit : être **STABLE**, composée en majorité de titulaires, et donner aux plus jeunes l'envie et la possibilité de rester à l'hôpital dans de bonnes conditions. Permettre à la fois d'être polyvalent, de se consacrer à des surspécialités, ou à des missions extra-cliniques avec du temps dédié pouvoir organiser son temps entre activité clinique et missions extra-cliniques avec du temps dédié et identifié.
- Les 15 jours de formation que permet le statut doivent être **SANCTUARISÉS**.
- La réflexion en cours sur les réorganisations en GHT est vitale. Les équipes (chirurgiens AR) doivent être **ÉCOUTÉES**, et le projet de territoire doit être MEDICAL, sinon les GHT seront un échec retentissant.
- L'organisation de la **PÉRINATALITÉ** doit répondre à des critères clairement expliqués de sécurité des soins pour l'ensemble des usagers, et non à des enjeux électoraux.
- La **PERMANENCE** des soins, mal comprise (24 h = 5 DJ est une revendication centrale), mal rémunérée (que valent 250 euros bruts de sujétion quand vous prenez en charge une urgence vitale à la 23ème heure de garde?) fait notre fierté, mais a des conséquences sur notre vie personnelle (loisirs, sport...), notre vie de couple et de famille, et notre santé à long terme.
- L'**ABSENCE** de maîtrise du travail au

bloc opératoire (« travail posté », avec programmation imposée) est une cause de pénibilité et de perte de sens.

- La **PÉNIBILITÉ** liée à la permanence des soins et au travail posté, est hélas absente des discussions : seule une forte mobilisation autour de cet item permettra de la remettre dans les discussions.
- L'**ATTRACTIVITÉ** : face au fort attachement au service public et à ses acteurs, il faut opposer le désenchantement lié à la faible reconnaissance institutionnelle, aux relations non satisfaisantes avec l'administration, aux injonctions paradoxales,
- **RÉMUNÉRATIONS** : le différentiel des rémunérations privé-public est trop important et la rémunération n'est pas à la hauteur de nos engagements.
- Nous exigeons des **NÉGOCIATIONS** salariales immédiates afin de revaloriser l'ensemble de la carrière.
- La T2A a induit des effets **PERVERS**. Ce mode de financement perturbe les organisations, mettant des hiérarchies entre spécialités ou entre acteurs. La course à l'activité prime plus que la course à la qualité et au service rendu, et nous ne pouvons l'accepter. Ce mode de financement unique doit être revu.
- L'**ORGANISATION** hospitalière est trop lourde pour donner satisfaction à ses acteurs. Les projets médicaux doivent être conçus par les acteurs, les plans de carrière personnels doivent pouvoir être entendus au sein des projets de service, et appliqués, la bureaucratie doit laisser de la place à écoute, bienveillance et démocratie. L'attractivité, en dépend.



VOTE ! JE VOTE ! JE VOTE !



DU 25 JUIN AU 2 JUILLET



**ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL**



+



NOS CANDIDATS

Les unions syndicales Action Praticiens Hôpital (Avenir Hospitalier) vous présentent leurs listes de candidatures afin de porter ensemble leurs valeurs communes.

Conseil supérieur des personnels médicaux (CSPM) PH toutes disciplines :

(Vote sur le site de la DGOS)

- Jacques Trévidic, Pharmacie, EPSM Jean-Martin Charcot - Caudan
- Renaud Péquignot, Gériatrie, Hôpitaux de Saint-Maurice
- Anne Wernet, Anesthésie - réanimation, CH de Perpignan
- Maria Cortes, Psychiatrie, CH de Mantes-la-Jolie
- François Bart, Anesthésie - réanimation AP-HP Hôpital Lariboisière - Paris
- Pascale Le Pors, Gynécologie Obstétrique, CH de Saint-Malo
- Jean-François Cibien, Urgences, CH d'Agen
- Carole Poupon, Biologie Médicale, CH de Gonesse
- Anne Gervais, Gastro-entérologie, AP-HP Hôpital Bichat - Claude-Bernard - Paris
- Julien Kracht, Cardiologue, CH de Bretagne Sud - Lorient
- Yves Rébufat, Anesthésie - réanimation, CHU de Nantes
- Isabelle Montet, Psychiatrie, Hôpitaux de Saint-Maurice
- Hubert Parmentier, Chirurgie viscérale, CH de Vienne
- Anne David-Bréard, Gériatrie, CH de Sancerre
- Anouar Ben Hellal, Urgences, CH de Versailles

Commission statutaire nationale des PH en Anesthésie-Réanimation :

(Vote sur le site du CNG)

- Anne Wernet, CH de Perpignan
- Emmanuelle Durand, CHU de Reims
- François Bart, AP-HP Hôpital Lariboisière - Paris
- Denis Cazaban, CH de Montfermeil
- Véronique Agaësse, CHU d'Amiens
- Eric Le Bihan, AP-HP Hôpital Beaujon - Clichy
- Louise Gouyet, CHU de Bordeaux
- Gérard Géhan, CH de Salon-de-Provence
- Paer Selim Abback, AP-HP Hôpital Beaujon - Clichy
- Grégory Wood, CHU de Rouen - Hôpital Charles-Nicolle
- Jullien Crozon, HCL Hôpital Edouard Herriot - Lyon
- Ségolène Arzalier - Daret, CHU de Caen, Hôpital Côte de Nacre

Conseil de discipline (CD) des PH en Anesthésie-Réanimation :

(Vote sur le site du CNG)

- Yves Rébufat, CHU de Nantes
- Véronique Agaësse, CHU d'Amiens
- Claire Debes, AP-HP Hôpital Saint-Antoine-Paris
- Pierre-Antoine Doutre, Hôpital Nord Franche-Comté - Belfort
- Laurent Heyer, HCL Hôpital Edouard Herriot - Lyon
- Jullien Crozon, HCL Hôpital Edouard Herriot - Lyon
- François Bart, AP-HP Hôpital Lariboisière - Paris
- Emmanuelle Durand, CHU de Reims
- Pierre Péruchon, CH de Perpignan
- Ségolène Arzalier - Daret, CHU de Caen, Hôpital Côte de Nacre
- Véronique Deramoudt, CHU de Rennes
- Eric Le Bihan, AP-HP Hôpital Beaujon-Clichy

