

DOTE ! 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 LES SPÉCIALITÉS  
MÉDICALES HOSPITALIÈRES**



# 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](http://www.jevoteenligne.fr/cng)  
[www.jevoteenligne.fr/dgos](http://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 DANS :

## LA DÉFENSE DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES HOSPITALIÈRES PUISANT SA FORCE DANS L'UNION DE TOUTES SES DISCIPLINES

### AUJOURD'HUI :

#### NOUS VOULONS DÉFENDRE LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE ET TOUS LES MÉDECINES.

En mars 2019, Action Praticiens Hôpital a organisé une consultation nationale via le site [LeGrandDebatSante.fr](http://LeGrandDebatSante.fr) : plus de 8000 votes ont été recueillis sur des centaines de propositions émanant d'APH et des visiteurs, qu'ils soient Praticiens Hospitaliers, soignants non médicaux, ou citoyens usagers.

Nous avons ensemble montré un très fort attachement au service public hospitalier, à la profession médicale et au métier de Médecin, un fort besoin d'équipe et de collectif, mais une forte déception sur un certain nombre d'items : relations avec l'administration, gouvernance confisquée aux objectifs opaques voire contraire à l'intérêt de l'établissement, demandes de matériel, tensions pouvant mener au burn out, rémunération dégradée, et une charge en permanence des soins importante, mal reconnue en terme de pénibilité.

Des avancées ont été obtenues grâce à notre énergie et notre ténacité, mais beaucoup reste à faire :

- La **T2A** a induit des effets **PERVERS**, puisque la rémunération des actes diffère selon les spécialités. Ce mode de financement perturbe les organisations, mettant des hiérarchies entre spécialités ou entre acteurs. C'est désormais la course à l'activité qui 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'ÉQUIPE MÉDICALE** : l'unité réellement efficace est le Service. Le pôle est une entité médico-économique qui n'a généralement pas de pertinence en terme purement médical. Il faut redonner aux Services et aux Chefs de Service toutes les prérogatives nécessaires pour fonctionner. Un chef de

service ou de pôle ne devrait pas être nommé sans consultation des praticiens du service ou du pôle !

- L'hôpital doit mettre à notre disposition des moyens **TECHNIQUES MODERNES ET ÉVOLUTIFS**.

- La réflexion en cours sur les réorganisations en GHT est vitale. Les équipes doivent être écoutées, et le projet de territoire doit être réellement MEDICAL sinon les GHT seront un échec retentissant.

- **LA PÉNIBILITÉ**, en rapport avec la permanence des soins doit être reconnue avec les caractéristiques propres à notre profession (carrière et retraites). La pénibilité est pour l'instant évacuée de toutes les discussions, et seule une forte **MOBILISATION** autour de cet enjeu permettra de l'imposer.

- **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, notamment pour les demandes de matériel et de personnel face à une activité croissante, et à une FMC/DPC jugés non satisfaisants.

- « Le seul patron à l'hôpital » est sommé par les ARS de ne parler que de rentabilité et d'actes cotés en T2A.
- Les médecins et les soignants ne sont comptés qu'en terme de « charges salariales » alors qu'ils sont la seule richesse réelle de nos Hôpitaux
- L'acte intellectuel n'est pas reconnu, et n'est jamais « rentable » dans les budgets hospitaliers
- Nous subissons régulièrement des discours empathiques de notre ministre suivis de passages à l'acte destructeurs pour les hôpitaux et leur personnel
- Les médecins très attachés à l'Hôpital Public s'en détournent pourtant de plus en plus en raison des conditions de travail dégradées, des salaires devenus indécentes face à ceux pratiqués dans le privé, et à l'absence d'écoute.
- La souffrance au travail devient un mode de management, et les discours préoccupés de nos tutelles ne sont suivis d'aucun effet positif
- Les GHT qui doivent être des terrains d'opportunité lorsqu'ils sont créés autour d'un projet médical se transforment le plus souvent en machine à broyer confisqués par une administration qui nous somme de faire toujours plus avec toujours moins.

- **RÉMUNÉRATIONS** : le différentiel des rémunérations privé-public est trop important et croissant, 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.

- **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 l'écoute, bienveillance et démocratie. L'attractivité, en particulier pour les jeunes praticiens hommes ou femmes, en dépend.

La reconnaissance - tant humaine que matérielle - du lourd investissement de ces praticiens est vitale. ■



# 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 (CSN) des PH en Médecine :**

*(Vote sur le site du CNG)*

- Anne Gervais, Gastro-entérologie, AP-HP Hôpital Bichat - Claude-Bernard, Paris
- Renaud Péquignot, Gériatrie, Hôpitaux de Saint-Maurice, Saint-Maurice
- Jean-François Cibien, Urgences, Centre hospitalier - Saint-Esprit, Agen
- Anne David-Bréard, Gériatrie, Centre Hospitalier de Sancerre
- Stéphanie Faugaret, Angiologie, Centre Hospitalier du Centre Bretagne - Site de Kerio, Pontivy
- Arnaud Patenotte, Gastro-entérologie, Centre Hospitalier, Semur-en-Auxois
- Sébastien Abad, Médecine, CHU de Nantes
- Pascale Longuet, Infectiologie, Centre hospitalier Victor Dupouy, Argenteuil
- Magali Guichardon, Gériatrie, AP-HP Hôpital Paul Brousse, Villejuif
- Jean-Marc Faucheux Neurologie, Centre Hospitalier d'Agen - Nérac, Agen
- Bernard Willemin, Gastro-entérologie, Centre hospitalier d'Haguenau
- Tania Kharitonoff, Endocrinologie, Centre Hospitalier de Dax

### **Conseil de discipline (CD) des PH en Médecine :**

*(Vote sur le site du CNG)*

- Jean-François Cibien, Urgences, Centre hospitalier - Saint-Esprit, Agen
- Anne Gervais, Gastro-entérologie, AP-HP Hôpital Bichat - Claude-Bernard, Paris
- Stéphanie Faugaret, Angiologie, Centre Hospitalier du Centre Bretagne - Site de Kerio, Pontivy
- Arnaud Patenotte, Gastro-entérologie, Centre Hospitalier, Semur-en-Auxois
- Pascale Longuet, Infectiologie, Centre hospitalier Victor Dupouy, Argenteuil
- Anouar Ben Hellal, Urgences, Centre Hospitalier de Versailles, Le Chesnay
- Anne David-Bréard, Gériatrie, Centre Hospitalier de Sancerre
- Bernard Willemin, Gastro-entérologie, Centre Hospitalier d'Haguenau
- Julien Kracht, Cardiologue, Groupe Hospitalier de Bretagne Sud, Lorient
- Tania Kharitonoff, Endocrinologie, Centre Hospitalier de Dax
- Magali Guichardon, Gériatrie, AP-HP Hôpital Paul Brousse, Villejuif
- Renaud Péquignot, Gériatrie, Hôpitaux de Saint-Maurice

