

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 REMÉDICISÉE 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.