

DOTE ! JE VOTE ! 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**
- **LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE
EN PREMIÈRE LIGNE**



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.

LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE EN PREMIÈRE LIGNE !

L'exercice pharmaceutique à l'hôpital a connu de nombreuses transformations ces dernières années, tant sur les plans organisationnel, technique et professionnel. Le regroupement des hôpitaux publics au sein des GHT a créé un mouvement de fusion plus ou moins rapide entre les PUI des établissements concernés. Mais derrière les enjeux organisationnels, les contraintes économiques sont bien souvent toujours présentes.

ACHATS : GARDER L'EXPERTISE

Concernant les achats, ils sont désormais sous la responsabilité de l'établissement support. Si pour les marchés formalisés, cela n'a pas eu une grande incidence en raison de la mutualisation déjà avancée au sein des groupements d'achats, il a pu en résulter une certaine lourdeur pour les établissements - parties pour la part des achats réalisés hors de ces procédures, sans bénéfice réel. Les pharmaciens doivent conserver leur rôle d'experts dans les choix effectués, et ne pas accepter de n'être que de simples exécutants.

APPROVISIONNEMENT ET GHT : DÉFENDRE LA PROXIMITÉ

L'approvisionnement est aussi devenu plus complexe, spécialement dans le cadre de PUI fusionnées. La tendance est au développement de plateformes logistiques, qui s'avèrent bien souvent des usines à gaz. La nécessité de maintenir des PUI de proximité pour répondre à la demande de produits de santé au plus près des services va à l'encontre de la centralisation des approvisionnements, en raison des surcoûts liés aux transferts de produits entre PUI. C'est pourquoi, il est bien souvent moins coûteux de continuer à faire livrer les PUI de proximité par l'industrie pharmaceutique. La fermeture des PUI de proximité peut également dégrader fortement l'accès aux produits de santé pour les établissements distants, incitant à la constitution de stocks dans les services. Il faut absolument les maintenir avec leur personnel pour conserver un lien humain avec les services des établissements parties et assurer la qualité des soins au plus près des équipes médicales et soignantes.

PHARMACOTECHNIE : CENTRALISATION ET GAIN QUALITATIF

En revanche, la robotisation de la préparation des doses à administrer va dans le sens d'une centralisation vers les PUI les mieux équipées. Encore faut-il que ces systèmes soient fiables et qu'ils soient déployés avec une certaine redondance pour pallier aux fréquents problèmes techniques. L'arrivée de nouveaux métiers en lien avec la robotisation fait apparaître de nouveaux collaborateurs sur lesquels il est nécessaire que le pharmacien dispose de l'autorité fonctionnelle.

De même, la spécialisation des actes de pharmacotechnie plaide pour la centralisation qui est une garantie de sécurité pour les produits de santé fabriqués.

SÉRIALISATION : POUR QUI ET POURQUOI ?

Quant à la sérialisation, elle constitue une usine à gaz à elle seule, sans doute imaginée par l'industrie pharmaceutique et tous ceux qui espèrent pouvoir un jour se passer des « gardiens des poisons » que sont les pharmaciens. En France, le circuit pharmaceutique officinal et hospitalier reste le meilleur garant de la sécurité face aux contrefaçons.

PHARMACIE CLINIQUE : QUALITÉ DES SOINS, SÉCURITÉ DU PARCOURS PATIENT ET EFFICIENCE

En revanche, il n'y a aucun doute que l'exercice de la pharmacie clinique est bénéfique tant pour les patients que pour la collectivité soignante.

La première étape a consisté en l'informatisation du circuit du médicament qui est désormais généralisée, avec plus ou moins de bonheur. La diffusion d'avis pharmaceutiques et leur prise en compte a contribué à établir un lien fort avec les soignants et les patients. Désormais, l'exercice de la pharmacie clinique se rapproche de plus en plus de sa finalité : les patients. Elle se fait parfois au sein des services, au côté des médecins et des soignants, mais aussi grâce à des outils comme la conciliation médicamenteuse. L'avenir de l'exercice professionnel est certainement de ce côté, et c'est un argument de plus pour maintenir les PUI de proximité.

La polyvalence de la formation apportée par le DES de pharmacie hospitalière a contribué à élargir notre champ professionnel, ce qui est remarquable. Désormais, les pharmaciens sont présents dans de nombreux secteurs hors PUI : l'hygiène bien sûr, le DIM, la gestion d'un dépôt de sang, la gestion des risques associés aux soins - spécialité naissante dans laquelle de nombreux collègues se sont engagés.

LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE : UNE FILIÈRE TRANSVERSALE ENGAGÉE DANS L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE

De plus en plus de présidents de CME sont désormais issus de notre disci-

pline. Ce mouvement d'intégration au sein du corps des médecins hospitaliers qui a commencé dès 1987 (intégration des pharmaciens au sein du corps des PH) doit se poursuivre. Ces évolutions majeures sont loin d'être achevées.

Elles contribuent à améliorer le service rendu aux patients mais sont aussi une source de pression constante sur les professionnels. Elles ne doivent pas pour autant déshumaniser les rapports entre les acteurs hospitaliers, au sein des équipes pharmaceutiques et au-delà.

Le travail en équipe est enrichissant mais le management est aujourd'hui trop souvent soumis à des contraintes économiques qui sont de plus en plus contradictoires avec la vocation de l'hôpital public. Les conditions de travail des agents se dégradent, les relations entre collègues aussi.

Si la pharmacie hospitalière n'est pas touchée par un déficit d'attractivité des postes, la question de la revalorisation du statut de praticien hospitalier devient centrale pour la pérennité des équipes médicales, frappées par les conséquences de l'extension de l'intérim.

STATUT UNIQUE DES PRATICIENS HOSPITALIERS : MÉDECIN, PHARMACIEN, ODONTOLOGISTE

Il faut absolument défendre le statut unique de médecin, pharmacien et odontologiste des hôpitaux car son éclatement conduirait à la contractualisation généralisée et mettrait fin à toute notion d'équipe de soins au profit de praticiens « mercenaires ».

APH & JM POUR VOUS DÉFENDRE

Notre liste de pharmaciens intégrés à une dynamique intersyndicale majoritairement médicale illustre notre volonté d'assurer à notre discipline un maximum de visibilité dans les discussions qui structurent l'avenir de notre exercice à l'hôpital public. Plus les pharmaciens sont nombreux à s'engager, plus ils s'associent à l'ensemble des disciplines pour peser dans les débats et plus leur voix porte. C'est la vocation du syndicalisme de défendre les intérêts de tous ceux qui sont confrontés à ces transformations nécessaires, pour qu'elles puissent se faire dans le respect de la qualité de vie au travail de chacun et apporter les meilleurs soins possibles aux patients.