



Resultats

Questionnaire 72612

Nombre d'enregistrement(s) pour cette requête :	962
Nombre total d'enregistrements pour ce questionnaire :	962
Pourcentage du total :	100.00%





Resume du champ pour DPT

Votre departement d'exercice?

Calcul	Resultat
Decompte	580
Somme	940072
Ecart type	10936.59
Moyenne	1620.81
Minimum	1
1er Quartile (Q1)	34
2eme Quartile (Mediane)	59
3eme Quartile (Q3)	75
Maximum	97400

Les valeurs nulles sont ignorees dans les calculs
Q1 et Q3 sont calcules en utilisant methode minitab



Resume du champ pour Spe

Quelle est votre specialite ?

Reponse	Decompte	Pourcentage
ADDICTOLOGIE (1)	4	0.68%
ALLERGOLOGIE et IMMUNOLOGIE CLINIQUE (2)	0	0.00%
ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (3)	5	0.86%
ANDROLOGIE (4)	0	0.00%
ANESTHESIE REANIMATION (5)	205	35.10%
BIOCHIMIE HORMONALE et METABOLIQUE (6)	1	0.17%
BIOLOGIE des AGENTS INFECTIEUX (7)	0	0.00%
BIOLOGIE MEDICALE (8)	21	3.60%
BIOLOGIE MOLECULAIRE (9)	0	0.00%
CANCEROLOGIE (10)	2	0.34%
CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES (11)	6	1.03%
CHIRURGIE de la FACE et du COU (12)	2	0.34%
CHIRURGIE GENERALE (13)	4	0.68%
CHIRURGIE INFANTILE (14)	2	0.34%
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE (15)	0	0.00%
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIE (16)	10	1.71%
CHIRURGIE PEDIATRIQUE (17)	2	0.34%
CHIRURGIE PLASTIQUE et RECONSTRUCTRICE (18)	0	0.00%
CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE et ESTHETIQUE (19)	0	0.00%
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO-VASCULAIRE (20)	1	0.17%
CHIRURGIE UROLOGIQUE (21)	4	0.68%
CHIRURGIE VASCULAIRE . (22)	1	0.17%
CHIRURGIE VISCERALE (23)	9	1.54%
CHIRURGIEN-DENTISTE (24)	0	0.00%
CYTOGENETIQUE HUMAINE (25)	1	0.17%
DERMATOLOGIE et VENEREOLOGIE (26)	3	0.51%
DERMATOPATHOLOGIE (27)	0	0.00%
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES (28)	11	1.88%
FOETOPATHOLOGIE (29)	0	0.00%
GASTRO - ENTEROLOGIE et HEPATOLOGIE (30)	8	1.37%
GENETIQUE MEDICALE (31)	2	0.34%
GERIATRIE (32)	22	3.77%
GYNECOLOGIE MEDICALE (33)	0	0.00%
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE (34)	14	2.40%
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE (35)	0	0.00%



HEMATOLOGIE et MALADIE DU SANG (36)	3	0.51%
HEMATOLOGIE ONCOLOGIQUE (37)	2	0.34%
HEMOBIOLOGIE TRANSFUSION (38)	2	0.34%
IMMUNOLOGIE et IMMUNOPATHOLOGIE (39)	1	0.17%
MEDECINE de la DOULEUR et MEDECINE PALLIATIVE (40)	1	0.17%
MEDECINE du SPORT (41)	1	0.17%
MEDECINE du TRAVAIL (42)	0	0.00%
MEDECINE D'URGENCE (43)	54	9.25%
MEDECINE EXOTIQUE (44)	0	0.00%
MEDECINE GENERALE (45)	7	1.20%
MEDECINE INTERNE (46)	10	1.71%
MEDECINE LEGALE (47)	2	0.34%
MEDECINE NUCLEAIRE (48)	4	0.68%
MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION (49)	3	0.51%
MEDECINE THERMALE et CLIMATOLOGIE MEDICALE (50)	0	0.00%
MEDECINE VASCULAIRE (51)	1	0.17%
NEONATOLOGIE (52)	4	0.68%
NEPHROLOGIE (53)	3	0.51%
NEURO-CHIRURGIE (54)	3	0.51%
NEUROLOGIE (55)	11	1.88%
NEUROPATHOLOGIE (56)	0	0.00%
NUTRITION (57)	0	0.00%
O.R.L et CHIRURGIE CERVICO-FACIALE (58)	2	0.34%
ONCOLOGIE MEDICALE (59)	2	0.34%
ONCOLOGIE RADIOTHERAPIQUE (60)	0	0.00%
ONDOTOLOGIE (61)	0	0.00%
OPHTALMOLOGIE (62)	3	0.51%
ORTHOPEDIE DENTO-MAXILLO-FACIALE (63)	0	0.00%
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE et CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE (64)	1	0.17%
PATHOLOGIE INFECTIEUSE et TROPICALE, CLINIQUE ET BIOLOGIQUE (65)	1	0.17%
PEDIATRIE (66)	20	3.42%
PHARMACIEN (67)	22	3.77%
PHARMACOCINETIQUE et METABOLISME des MEDICAMENTS (68)	0	0.00%
PHARMACOLOGIE CLINIQUE et EVALUATION des THERAPEUTIQUES (69)	0	0.00%
PHONIATRIE (70)	0	0.00%
PNEUMOLOGIE (71)	5	0.86%
PSYCHIATRIE (72)	22	3.77%
PSYCHIATRIE de L'ENFANT et de L'ADOLESCENT (73)	9	1.54%
RADIOTHERAPIE (74)	0	0.00%
RADIODIAGNOSTIC et IMAGERIE MEDICALE (75)	14	2.40%
RADIOPHARMACIE et RADIOBIOLOGIE (76)	0	0.00%



REANIMATION MEDICALE (77)	12	2.05%
RHUMATOLOGIE (78)	0	0.00%
SANTE PUBLIQUE et MEDECINE SOCIALE (79)	5	0.86%
STOMATOLOGIE (80)	0	0.00%
TOXICOLOGIE BIOLOGIQUE (81)	0	0.00%
UROLOGIE (82)	0	0.00%
MEDECINE de la REPRODUCTION et GYNECOLOGIE MEDICALE (83)	0	0.00%
Autre	10	1.71%
Sans reponse	4	0.68%

Reponses 'Autres'

neuroradiologie interventionelle

soins palliatifs

soins palliatifs

SOINS PALLIATIFS

une specdialite qui ne vous interesse manifestement pas

douleur

hygiene hospitaliere

DIM

coordonnateur en had



Resume du champ pour greveYN

Personnellement êtes vous greviste

Reponse	Decompte	Pourcentage
Oui (Y)	374	64.04%
Non (N)	202	34.59%
Sans reponse	8	1.37%



Resume du champ pour tailleequipe

Quelle est la taille approximative de votre equipe, en nombre de praticiens ?

Calcul	Resultat
Decompte	575
Somme	6877.8
Ecart type	18.74
Moyenne	11.96
Minimum	0
1er Quartile (Q1)	4
Valeur mediane	6
3eme Quartile (Q3)	12
Maximum	281

**Les valeurs nulles sont ignorees dans les calculs
Q1 et Q3 sont calcules en utilisant methode minitab**



Resume du champ pour Tx_grevistes

A combien estimez vous le taux de grevistes dans votre equipe fonctionnelle en % (nombre de personnes declarees grevistes rapportees le nombre fixe precedement) ?

Calcul	Resultat
Decompte	575
Somme	19339
Ecart type	34.57
Moyenne	33.63
Minimum	0
1er Quartile (Q1)	0
Valeur mediane	20
3eme Quartile (Q3)	50
Maximum	100

**Les valeurs nulles sont ignorees dans les calculs
Q1 et Q3 sont calcules en utilisant methode minitab**



Resume du champ pour raison_greve

Quelles sont vos principales motivations pour cette greve (exprimez vous largement et tres librement) ?

Reponse	Decompte	Pourcentage
Reponse	443	75.86%
Sans reponse	141	24.14%

Reponses

Raz-le-bol de mes conditions de travail qui se degradent.

Astreintes et gardes mal payees.

Arrête du 8 novembre pas applique.

La non reconnaissance de la penibilite du travail de nuit et WE pour les hospitaliers (versus les privés...)

Penibilite du travail

Nombre de gardes non limitees

Mobilite tous azimuts

Retraites non assurees

Delta 39h/48h

Temps non clinique peu ou pas pris en compte

Gouvernance avec main mise administrative

Ameliorer les conditions de travail des praticiens hospitaliers

Ameliorer significativement l'attractivite du metier de PH pour stopper la penurie medicale croissante

Ameliorer les conditions de travail de tous les soignants a l'hôpital, notamment, en psychiatrie, sur les questions de securite

Restaurer la place et la fonction des soignants dans l'organisation hospitaliere qui doit être pensee autour du malade et donc autour du soin

Defendre l'indépendance professionnelle des medecins

Defendre la collegialite, indissociable de la confraternite

Restaurer les CME comme lieu d'exercice de la collegialite et de la responsabilite medicale technique (et non obligatoirement gestionnaire) dans l'organisation hospitaliere autour du malade et du soin

Je soutiens de façon exhaustive chaque point de revendication visant a rendre l'activite hospitaliere attractive, notamment dans un court terme.

Faire greve c'est faisable a condition d'être un minimum dans le service or nous sommes en permanence en sous nombre dans un service de reanimation . En plus au niveau local nous ne sommes pas bien organise au niveau syndical pour faire la greveGlobalement je suis pour cette greve meilleur condition de travail, arrêt de la main mise des administratifs comptables et directionnels qui n'ont qu'une courte vue quant a la sante public (ils sont contents au



niveau local pour le nombre d'IVG mais ne comptabilise pas la prevention dans les ecoles etc...)

Les heures faites entre 39 et 48 ne sont toujours pas comptabilises et pour finir, je ne vois pas pourquoi l'ensemble des salaries ont eu jusqu'en 2013 une defiscalisation des heures supplementaires (donc deja au dela de 48 h...)sauf les PH Au niveau local , nous sommes les seuls assimiles fonctionnaires a ne pas être paye 40% en plus mais 20%...

Voila une petite partie de mes griefs.

Maintien des RTT

Les journees de travail de 10h ou 12h ne doivent plus être comptabilisees comme des journees de 8h et doivent donner lieu a un dedommagement financier si l'effectif ne permet pas de recuperer Revalorisation de la grille salariale

Arrêter la "gouvernance des pôles" et revenir a une gestion plus realiste des services

39 et non 48, ou TA

Dictat des ARS

Retraite a 65 ans

revalorisation du TA

stop les pôles

Autre revendication de la SNSFAR

inutile, stupide, mal organisee, contre-productive

24H= 5 DJ

Plages additionnelles jour ou nuit : 650

garde de nuit = 474,83

delta 38-48H remunere

CET consolide

Je soutiens les revendications du SNPHAR qui portent sur:

- la prise en compte de la penibilite du travail, a fortiori pour les systemes de permanence de soins continus de 24h
- le droit au repos compensateur apres une astreinte de nuit ou de WE travailllee
- la disparition des 4 premiers echelons du statut de PH et la revalorisation des autres echelons
- le respect des 48h hebdomadaires au dela desquelles s'accumulent les heures sup
- uen participation medicale a pouvoir decisionnaire plus importante dans la gouvernance de tout hospital.

De plus en plus de travail tant administratif que soignant.

Pas de possibilite de prendre les RTT, conges, recup.

Pas de prise en compte du temps d'astreinte dans la duree de travail.

Burn-out.

Peu de mots a dire dans les choix strategiques de l'etablissement et surtout pas de moyens pur les appliquer.

Salaire peu motivant par rapport au temps de travail et responsabilites.

Qui fait tourner la boutique ?

Penibilite de permanences. Absence de reconnaissance.

Depassement d'horaires a 48h/semaines ou plus toutes les semaines sans être payer en heures supp.

Tarif de garde minable pour être 14h de 18H00 a 08H00 sur place



pour un PH

19 jours de RTT menaces...jamais !!!!!

PENIBILITE ET REMUNERATION DES GAARDES

Charges de travail mal organisee mal remuneree horaires de travail incompatible avec vie familiale nb deDR insuffisant pour compenser. Arrêt maladie depart mutation

Mauvaise prise en compte penibilite du travail dans tous ses aspects: effectifs, nombre d'heures gardes, salaire valorise / garde, calcul retraite.....

Carriere. Penibilite. Remuneration gardes et TA.ainsi le lambda 39-48h.

Derives administratives , detournement des taches medicales vers l'administratif et la gestion,de moins en moins de temps consacre aux patients, depart des plus jeunes vers le prive devant le peu d'attractivite du travail hospitalier , sante regie par une logique essentiellement economique

penibilite

delta 39-48h

TTA au tarif interim

disparition des 3 premiers echelons

DPC

... toutes les mesures augmentant l'attractivite des postes et des carrieres

Gouvernance medicale

Le temps de travail je m'en balance

Le statut de ph notamment la valeur des plages et le nombre d heure la penibilite

renumeration et attractivite pour recruter des jeunes medecins medicalisation du pouvoir a l'hopital

La penabilite des astreintes et des petites equipes et le manque de renumeration pour des spe rare dans le service publique

Penibilite, conditions d'exercice, reconnaissance de notre travail et conditions salariales

Pas de variation grille salariale depuis ...

In attractivite du statut hospitalier / liberal : salaire, horaires, CA, formation, organisation des blocs, qualite des chirurgiens, contrat,

Non respect de la deontologie en milieu hospitalier : jungle des pouvoirs ...

Disparition de toute vision prospective en management,

Loi hospitaliere non respecte : seul reste le pouvoir d'un binôme sans equilibre des objectifs medicaux / gestion chaotique

Non greviste car absent

La pression politique est intolerable. La qualite des soins c'est trop degradee. Le pouvoir des directeurs est ridicule: ils prennent des mesures sans concertations avec le personnel medical

aboutissant a une desorganisation du service d'hospitalisation (deprogrammation , difficulte d'organiser les urgences, acces aux soins longs) . Les cadres de sante ont un pouvoir ridicule sur le personnel qui subit une pression intolerable entraînant une demotivation , des arrêts maladie frequents: pression demotivation , desunion des equipes, aucune visibilite sur son planning a 10 jours, et parfois des mots et des actes a la limite de la maltraitance. Le pouvoir politique est souverain jusqu'ou peut il aller? Il cree la peur, la punition, la perte du service publique, la deshumanisation.



surcharge de travail et desorganisation du service par la necessite de faire appel a des interimaire plus ou moins motives et competents

mepris des directions vis a vis des PH et inefficacite de la CME dans la gouvrenance des hopitaux

demotivation des jeunes pratriciens pour rentrer dans le service public

usine a gaz des DPC

Je suis largement d'accord avec les grevistas concernant les raisons de cette greve .

Les conditions, le "detricotage" du statut , le peu de reconnaissance de ce dernier au sein de l'institution, ainsi que le bras de fer permanent avec l'administration hospitaliere sont quelques exemples de ce ras-le-bol.

Et ne parlons même pas de la gestion calamiteuse de nos pauvres hôpitaux...(chef d'entreprise privee, cela ne s'improvise pas!)

Je ne suis pas greviste car je ne veux pas mettre en difficulte mon collegue qui ne peut pas faire la greve (il n'est pas PH) en le laissant gerer 30 patients de medecine aigue geriatrique.

Je porterai un badge " solidaire du mouvement de greve ".

Mes motivations sont les mêmes que celles que vous avez liste avec des specificites concernant la geriatrie.

Reconnaissance de la penibilite et du travail en astreinte.

La mise en place du Repos de securite apres astreinte deplacee (qui est part ailleurs une bonne chose), en cours de discussion dans notre etablissement, s'accompagnerait d'une perte salariale non negligeable. Les deplacements en deuxieme partie de nuit sont particulierement problematiques de ce point de vue la. La prise en compte du repos, s'accompagne d'une perte de temps additionnel qui est enleve le lendemain. Un anesthesiste deplace en astreinte operationnelle est moins bien paye qu'une Ibode.

Absence de reconnaissance du travail des Ph de base et de prise en compte de leur expertise.

Non reconnaissance du temps effectue la nuit et les jours ferries, dans la penibilite.

- pour le decompte de 38 h a la place de 48.

- pour mieux renumerer le temps addionel

Les motifs du mouvement de greve ne peut paraissent pas justifies.

penibilite

non reconnaissance

permanence des soins:1450 accouchements pour 3 ph prenant la garde!!!

administration a l'ouest!!deconnectee de la realite des services

Je suis dans un etablissement ou les revendications sont deja mises en oeuvre depuis de nombreuses annees par le President de CME

Les unites s'appellent toutes services

Pas de pb de reconnaissance des chefs de service

Remuneration des gardes

Non representativite des PH dans les instances directoriales.

Absence de reconnaissance de la penibilite liee au travail nocturne et au stress.

Manque d'attractivite de la profession au sein des etablissements.



Degradation de la position des medecins au sein de l'hôpital, notre avis n'est pas vraiment sollicite en cas de changements, les decision sont prises en amont.

Mepris de corps medical par l'administration de nos hôpitaux actuellement.

Manque de reconnaissance de la penibilite de notre travail

Pas d'attractivite des jeunes dans le public

Degoût des anciens par nouvelles reformes et absence amelioration des conditions de travail

Temps de travail

il faut nous faire entendre et les IS qui ont leve leur preavis nous en privent au moment ou nous en avons l'opportunitè pour pousser la mission parlementaire a tenir compte de nous...

Elles n'ont rien compris depuis des annees et ce n'est pas la designation du chef de pôle qui va changer ma vie quotidienne et donner envie aux jeunes de venir nous rejoindre dans une equipe qui a fondu de 50%.

Manque de consideration pour les medecins hospitaliers aussi bien par leur mode de nomination, de representation et de remuneration. Le medecin hospitalier ne cesse de gerer la penurie en moyens et en personnels, aucun projet ne peut être envisage dans ce contexte et la fuite vers le liberal va se poursuivre. Sans reconnaissance et sans moyens de construire des projets, quel avenir pour la medecine hospitaliere?

Charge de travail tres lourde et de plus en plus lourde ,penibilite non reconnue (j'en suis personnellement a plus de 5000 nuits de garde).

La honte de voir que les privès s'arrangent pour faire croire que leur medecine est meilleure et moins chere que la nôtre.

C'est tres facile de se recentrer sur les cas faciles et rentables alors que les gros "merdomes " ininteressants d'un point de vue financier sont refiles au public.

C'est de la medecine de gros sous et de bons dodos.

Ares 18 heures il n'y a plus de privès c'est l'hôpital public qui se ramasse toutes les urgences.

Accentue par le fait que les generalistes ont depuis longtemps baisse les bras.

A nous les grabattaires,les vieux dont on ne veut plus.

Il y a une medecine de riches bien portants et de jeunes pauvres,de vieux desherites dont le prive ne veut surtout pas ,ou est la solidarite française?

La seule motivation des jeunes medecins gagner beaucoup de sous et vive les loisirs et surtout pas de gardes.

L'idealisme de nos pairs c'est fini

Voila les raisons pour lesquelles je fais greve.

Volonte d'une meilleure representation et participation du corps medical au sein des instances decisionnelles des etablissements. Crainte pour l'avenir (avec passage en 10h30 en force par exemple au sein de notre etablissement.

Volonte d'ameliorer l'attractivite des professions medicales



hospitalieres.

Volonte que soit reconnue la penibilite du temps de travail de nuit.

Nous ne pouvons pas faire greve car nous sommes que 3 praticiens et donc systematiquement requisitionne

Je profite de cette tribune libre pour parler de nos conditions de travail avec des semaines a plus de 60 heures par semaine qui s'encha^nent , l'absence de reconnaissance de la penibilite notamment les gardes et le Week end .

Et surtout la mort programme de certaines specialites comme la reanimation, depuis 2ans impossible de trouver des reanimateurs , alors nous prenons des interimaires a 1000 euros par jour, le delta est trop important par rapport a un salaire de PH . Cette situation n'est pas specifique a m^on h^opital mais a l'ensemble de ma region .

Sans parler des services ne tenant que par la presence de medecins roumains, forme -t-on assez de medecins en France

Cordialement

Degradation de la qualite voire de la securite des soins (en depit des demarches qualite engagees et affichees), lourdeur et alourdissement des t^aches administratives (jusqu'ou?)

Degradation du statut, du sentiment de reconnaissance, devalorisation, infantilisation parfois.

Il est urgent de se recentrer sur le c ur de metier dans l'inter^et du service public et de la relation aux patients.

Ce n'est pas en devalorisant qu'on incite a s'investir.

Aujourd'hui j'ai l'impression d'une demotivation des plus investis. Nivellement par le bas.

Restaurons la confiance et l'attractivite reviendra.

je ne suis pas greviste car il existe d'autre moyen de pression non utilise

dans notre profession je trouve que la greve reste deplace

techniquement il existe un moyen simple poser notre jour de CET ensemble et impose au ministere de trancher

avoir des actions collegiales communes

actuellement les motivations et les debats sur le motifs de la greve ne correspondent pas aux problematiques de terrain que je rencontre a titre personnel ou de la part de mes collegues

JE suis un peu deborde et je n'ai pas eu toutes les informations sur ce mouvement

Je me demande pour quelle raison elle surveint ces jours ci alors que les problemes sont plus anciens.

Ne pourrait ourrait ton pas plutot faire une "class action" pour demander le paiement des astreintes du dimanche et des heures supplementaires de maniere retroactives sur 10 ans

Les administrations ont les chiffres par nos tableaux de service mais n'ont pas le moyens de payer.

Nous sommes mal payes, taillables et corveables par

l'administration qui ne jure que par l'efficacite budgetaire.

Je demissionne bient^ot, 2015 et vais rejoindre le "nouveau statut de rempla^ant" qui me remunere m^eme les deplacements le temps de rejoindre definitivement une equipe en Clinique,

Attractivite des carrieres

Temps de travail

Refonte de la PDS

Contre-pouvoir medical de la CME

Contre la loi HPST

Contre les p^oles et les chefs de p^oles nommes par le directeur

Pour une designation du chef de service par les praticiens du service

Pour une revalorisation des astreintes de securite



Pour une meilleure retraite

Pour une prise en compte des indemnites de vie chere (DOM) et service public exclusif dans le calcul de la retraite

Et, pourquoi pas (revendication a venir?), pour un dedommagement pecuniaire pour le depart anticipe d'un PH au dernier echelon, remplace par un jeune, paye par l'etablissement jusqu'a l'âge legal de retraite du partant.

Pas de prise en compte de la specificite de la permanence des soins

Passage en force des 12 h sans reelle evaluation et sans traitement prealable des dysfonctionnements existants (desorganisation des programmes, retard....)

Pregnance des PU-PH et des personnes cooptees, contraire a une democratie hospitaliere

Burn out (50 a 100 h de presence par semaine)

39-48 h : 9 heures non payees

Sous effectif organise

Sous paiement des RTT

Sous paiement des heures supplementaires

Impossibilite prendre jours de formation

Mepris administration

Exploitation des nouvelles recrues

Chef incompetent

reconnaissance du temps de travail

reconnaissance et paiement au juste prix des "heures sup" et des heures de nuit et jours ferries

Soutient aux revendications.

fosse qui est en train de se creuser avec le prive mais aussi avec les interimaires et les PH Tirulairé

Tout cela car le gouvernement refuse de considerer vraiment notre penibilite au travail ainsi que les mesures correctives qui s'en suivent

Degradation de l'attractivite de la carriere hospitaliere.

Non prise en compte des activites extra-clinique (enseignement, recherche, publication...) a sa juste valeur.

gouvernance (surtout dans CHU)

attractivite et reconnaissance

penibilite

et surtout l'impression de "l'obsolescence programmee du Service Public"!!!

nous sommes privilegies

cette greve n' aucun sens

chef de pole pervers, menteur et en conflit d'interet

pas de rotation

plate forme de pole sans projet autre que les chiffres

Une greve du zele est a mon sens inutile et ne penalise que celui qui la suit car il est astreint au travail ou requisitionner mais et sa journee de greve n est pas payer! Une greve des soins non urgents ou la non cotation des actes pourrait avoir un impact suffisant pour être ecouter et faire bouger rapidement les choses.

Les DG formes dans le même moule gerent un hôpital comme des conserveries....il faut piquer au bon endroit, au portefeuille! Ou desorganiser les soins hospitaliers et les mettre devant leurs responsabilites!

Je suis entierement d accord avec les motifs de la greve mais, sa forme n est pas adaptee...a la SNCF, Airfrance...ils ont des accords "rapides" car pour ces organisations, qui dit greve, dit arrêt du travail! Meme nos conferes generalistes grevistas cessent le travail!

- revalorisation du statut de PH



- reconnaissance de la penibilite et prise en charge

- maintien d'une retraite decente

- nomination a revoir

non reconnaissance du temps de travail au dela de 39h

remuneration scanadaleuse des astreintes

salaires de base insuffisants

disparition du pouvoir decisionnel des praticiens

perversion d'une pseudo hierarchie directeur-chefs de pôle

- Degradation +++ des conditions de travail

- Charge des gardes en augmentation malgre notre âge qui augmente : la relève n'est pas assure par les jeunes qui quittent l'hôpital et on les comprends (absence totale de decisions pour ameliorer l'attractivite des carrieres hospitalieres chez les jeunes)

- Notre equipe est touche de façon recente par des demissions sans aucun remplaçant en vue .

- Et nos retraite ??? absence de prise en compte des multiples penibilites de notre profession d'anesthesiste .

- Deux postes vacant donc gardes en plus +++ // impôt qui flambe !!!!!

en net faire des gardes (que l'on m'impose du fait du manque d'anesthesiste) me revient a peu pres en net au salaire d'une femme de menage .

-Aucune perspective d'amelioration a l'horizon .

N'est ce pas une volonte de faire implose les hôpitaux de l'INTERIEUR ????

En l'etat actuelle de la situation : jeunes vous avez raison de fuir;;;;

Journee de 12h sans aucune contre partie:pas de recup et pas de payement des heures sup

difficultes a prendre les congés

gardes sous payees;un IADE de garde de nuit est mieux paye qu'un PH

Epuisement au travail:meme les jeunes ne veulent plus travailler comme on le fait;resultat:pas de recrutement

Je me moque de la re medicalisation, terme qui signifie le retour au systeme du passe. Le systeme hospitalier merite un bon nettoyage. Nous n'en serions pas la si les chefs de service et l'administration avaient reellement travaille ensemble pour maintenir un bonne medecine tout en limitant le gigantesque gaspillage d'argent public qui met maintenant en peril les emplois de la base de notre sainte pyramide.

Elargir les competences au sein de la CME des PH

Revaloristion salariale

Reconnaissance de la penebilite

Suppression de l'interim et revalorisation des plages additionnelles

Application stricte du decret sur les astreintes

Rendre plus attractif le service public hospitalier pour les jeunes diplomes.

meilleure prise en consideration des PH par l'administration, augmentation du prix des gardes

Penibilite

Delta 39-48

Engagement syndical



Perte de la place medicale dans l'organisation des soins et de les decisions structurantes

Inquietude sur l'avenir du service public hospitalier

Non reconnaissance du travail en permanence des soins

Erosion du pouvoir d'achat

1. Gouvernance :

- renforcer les pouvoirs des medecins - souvent seuls a avoir une vraie vision sur leur travail - et la legitimité de la CME et de son vote. L'avis de la CME devrait être obligatoire et il doit primer aussi bien dans les decisions prises par le Directeur que dans les avis du President de la CME.

- etablir clairement les responsabilites des chefs de pôle et de services. Leur presenter les moyens dont ils disposent et leur donner la liberte de gestion de ces moyens. Dire clairement qu'ils ont autorite fonctionnelle, hierarchique, sur le personnel. C'est essentiel. Repenser le rôle du Directeur de soins (pas d'autorite fonctionnelle ou hierarchique sur les infirmiers et les cadres, car souvent c'est "court-circuiter" les chefs de pôle/service) dans la qualite des soins et seulement dans celle-ci.

2. Attractivite des carrieres PH; et pour commencer, appliquer le statut (AIG, prive, etc.) correctement.

J aurai bien voulu participer a cette greve +++mais le mardi matin j ai une vacation emg tres specialisee que je ne peux reporter etant la seule a la faire et les Rdv sont blindees a 6 mois...

Cependant autant que PH echelon 11, je ne veux aucune perspective d avancement de carriere alors qu on nous demande de produire toujours plus (plus de consultations...plus de travaux scientifiques a produire...). Cependant la situation de l hôpital se degrade avec moins de personnel ce qui est tres inconfortable.. trop de travail

travail " empêche": on voudrait bosser, mais on ne peut pas au vu des moyens accordes

Travail hebdomadaire toujours superieur a 50h, pour un praticien qui a largement depasse les 60 ans, et est dispense de garde et d'astreinte.

Revenus inferieurs d'au moins 50 % a ceux du prive, malgre une qualification certainement superieurement (ce qui est le cas dans pratiquement dans tous les metiers), et pour un nombre d'heures travaillees identiques quand on les rapporte a l'annee. On peut s'interroger sur les grilles salariales identiques entre UF "tres active" dans CHU "tres actif", et service moribond dans CH en attente de fermeture...

Demedicalisation de la profession. Impossibilite de suivi des patients en hospitalisation. Impossibilite de s'impliquer dans le fonctionnement de l'UF.

Travail dans des conditions limites de securite, avec necessite d'assumer deux salles d'op avec des patients ASA II, III et IV pour des chirurgies majeures (pas des cures de paraphymosis chez des ASA I!). A ce titre, aucune trace ecrite de la hierarchie medicale et de la direction hospitaliere pour couvrir le praticien en cas d'accident.

Impossibilite d'assumer des tâches d'enseignement et de recherche (pour anecdote, l'acces web aux revues auxquelles la faculte est abonnee, est reserve aux seuls PUPH ! Difficile de parler de DPC



dans ce contexte!)

...le tout dans le contexte de la loi HSPT qui n'est que la partie visible de l'iceberg. Puissent les syndicats venir sur le terrain ! J'ai malheureusement observe en plus de 30 ans d'activite que le syndicalisme pouvait attirer des personnels pas tres impliques dans la prise en charge des patients, ou suffisamment "intelligent" pour s'en eloigner. Bien entendu, il n'est pas question de generaliser, mais je pense que les syndicats devraient "enquêter" sur leurs delegues et autres administrateurs...

Je doute que mon propos soit publie en l'etat sur le site.

Cordialement

Temps de travail
Penibilite du travail en garde
Attractivite des carrieres

Clarification des tâches hospitalieres et universitaires
Cotisations sociales obligatoires (s.s. ; retraite) sur les emoluments hospitaliers des H.U.
Application aux H.U. des mesures de passage aux 35h des PH (RTT ; CET ; TTA)

Democratie au sein de l'hôpital (nomination par les praticiens eux-mêmes des chefs de services et chefs de pôle au suffrage direct, sur des mandats limites)
Droit pour les medecins de sieger es-qualite (representants syndicaux) au CHSCT (et pas seulement au titre d'un representant nomme par le president de CME)
pour eviter la fuite des ph en fin de carriere il faut soit un echelon exceptionnel soit augmenter l indemnite mensuelle. SINON il n yaura plus que des mercenaires avant la retraite .taper sur les directeurs dont le seul but est l arrivisme il font ce qu ils veulent embaucher une iade inutile pour attirer son neuro de mari leur seul vision a long terme est d avoir un nom sur une liste de garde

obligation de service: consultations programmees, collegues en conges....

problemes de remuneration, de temps de travail, tout ça en flou artistique..

baisse de qualite de prise en charge des patinets sous les nouvelles gouvernances

je suis totalement en accord avec vos differentes demarches, je pense que le fait de continuer a avancer pour que nos statuts soient totalement clairs est incontournable. nous avons l'impression a l'heure actuelle que le service public est brade et que l'attractivite n'est pas le probleme des gouvernements qui defilent sans aucune difference entre eux. c'est tres inquietant pour le public, le secteur public et les professionnels engages quelles que soient leur profession !

merci pour ce que vous faites

Je ne serai pas greviste.... surtout car je suis debordee par le travail quotidien, et n'ai pas le temps de me renseigner et de suivre l'actualite (actualite tres "administrative" a laquelle je ne comprends pas grand chose).



Aussi parce que je ne suis pas concernée par les gardes et astreintes, dont il me semble que c'est votre principale préoccupation (à juste titre peut-être d'ailleurs !).

Je sais juste que je suis en théorie (mais bien réellement sur ma feuille de paye) à 80%, que j'ai travaillé ce week-end, que je suis fatiguée ce lundi matin, après avoir travaillé 57 heures cette semaine.... cherchez l'erreur !!!

La vie de famille est vraiment difficile à mener de front.

Je me souhaite quand même un bon anniversaire aujourd'hui, 42 ans ! mais je ne me vois pas bien tenir ce rythme (depuis déjà presque 20 ans !) jusqu'à 65 ans...

EN CHU

Attractivité pour les post-CCA: discordances salariales par rapport à leurs revenus de CCA, le privé et les ESPIC.

Salaires - Indemnités par rapport à la charge de travail et à la responsabilité

Reconnaissance du PH d'anesthésie réanimation comme médecin à part entière par l'administration:

- conditions d'accueil déplorables (oblige de demander des DECT, d'acquiescer des PC via des comptes associatifs
- environnement de travail: oblige d'acheter des équipements médicaux (appareil d'échographie) via des comptes associatifs
- conditions vétustes d'hébergement (bureaux, chambre de garde.

On a parfois l'impression que, comme nous ne sommes pas "recruteurs" et que nous n'avons pas d'activités libérales à l'hôpital, en résumé que nous ne rapportons pas d'argent, nous n'existons pas aux yeux de l'administration

revoir les statuts des PH

déterminer le rôle des PH auprès de l'administration

définition des pôles et des services

pénibilité au travail des PH

revoir le fonctionnement des structures de soin en ayant une réelle politique RH à long terme et non une gestion comptable à la semaine sans perspective d'avenir et faisant fi de la qualité des soins et de celle des médecins

Contre la loi HPST qui nous met sous la coupe d'un Directeur uniquement motivé par l'équilibre budgétaire et servant une ARS qui finance des actions transversales par des crédits alloués sans moyens humains supplémentaires et impose un plan de retour à l'équilibre budgétaire

au détriment du travail de base (perte de moyens humains, augmentation de la charge et de la pression du travail suite aux diminutions de capacités.

Principe de la capacité d'autofinancement de l'hôpital public qui assure tout ce qui est plus coûteux (maladies chroniques, patients incasables du fait de leur pathologie subaiguë.

Contre la désignation des chefs de pôles par le directeur.

Contre la limitation du pouvoir des chefs de pôles dans les choix budgétaires

Contre la perte de la démocratie médicale au sein du CHS avec quelques médecins finalement non représentatifs des autres et ayant plus accès aux informations.

Contre la destruction du service public et la soumission du corps médical à un directeur méprisant et ignorant des soins qui fait des économies au détriment des salariés. et qui précarise le personnel en maintenant des CDD. Ce qui diminue de surcroît la liberté d'expression dans l'établissement

Je soutiens pleinement les demandes posées mais j'avais déjà pris beaucoup de rendez-vous avec des patients en ambulatoire quand la



journee de la greve a ete annoncee et je prefere de ne pas les annuler. Je vais plutôt parler avec ces patients de la greve et essayer de les faire comprendre que notre systeme de sante est a risque.

penibilite du travail de nuit
revalorisation des gardes de semaine et de week end
revalorisation du travail supplementaire (plages additionnelles)
Conservation du nombre de jours de RTP.

Participation a la gouvernance dde l' hopital.

Adequation du nombre d'ETP au nombre de poste de travail.
manque de consideration de la part de la direction de l'hopital et de la CME. Changement de chef de service decide par la directrice sans tenir compte de l'avis de l'equipe. Mesures d'interdiction de bloc operatoire utilisees comme sanctions a l'encontre des chirurgiens de l'hopital.

Astreintes sous-payees pour les urgences urologiques.
Conditions de travail defavorables pour l'epanouissement des medecins avec manque de materiel adequat, notamment au bloc operatoire.

Soutenir les praticiens hospitaliers afin d'assurer une attractivite pour maintenir un service public de qualite.
Ne pas oublier que ce sont les medecins qui fournissent l'effort le plus important dans nos hôpitaux avec des semaines qui peuvent atteindre facilement les 70 heures, voire beaucoup plus. Nous avons l'impression de ne plus être respecte et d'être les responsables du deficit hospitalier. L'administration possede de plus en plus de pouvoir transformant nos hopitaux en arene politique avec nomination et soutien de celui qui convient le mieux a l'administration plutôt qu'a son equipe medicale, on marche vraiment sur la tête ou bien diviser pour mieux regner.
J'ose egalement rajouter que de part le manque de personnel nous sommes en plus d'être medecins, des brancardiers, des agents d'entretien, des standardistes et j'en passe.
Alors assez de chipotages que l'on nous donne les moyens de travailler dignement et que l'on arrête de nous pousser a devoir faire la cour a l'administration.

Essentiellement charge en gardes et astreintes tres lourde, mal remunerees et penibles.

Astreintes de fin de nuit donnant lieu a une remuneration negative (car suivie d'une deduction de deux demi journees)
Manque de consideration de la part de l'administration de l'hopital et de la CME. Mesures d'interdiction de bloc operatoire utilisees comme sanctions a l'encontre des chirurgiens. Changement de chef de service ne tenant pas compte de l'avis de l'equipe en place.
Astreintes sous-payees pour les urgences urologiques.
Manque de materiel adequat, notamment au bloc operatoire, pour pouvoir prendre en charge les patients dans de bonnes conditions.
Penibilite

- dans notre hôpital la direction ainsi que le president de la CME, qui ne nous soutient pas, nous harcelent pour que nous passions a 48heures; ce delta 39-48h est un flou artistique, les directeurs le tirent a leur avantage et ça devient insupportable pour nous PH.
- nos conditions de travail se sont largement degradees et deteignent sur nos vies personnelles; nous sommes 1 seul PH de jour et de garde (avec 1 IADE) pour gerer une maternite de niveau 3 avec presque 5000 accouchements /an (4600 sur 2013 et nous comptons depasser les 5000



cette annee). nous demandons depuis des mois une 2e ligne de garde PH ou au minimum un interne de garde, car la vie des femmes est reellement en danger lorsque plusieurs urgences simultanees surviennent et ce n'est pas rare!!. nous faisons une feuille d'incident a chaque evenement grave mais rien n'y fait.

- aucune attractivite dans notre hôpital a cause de nos conditions de travail et cette maternite de niveau 3, nous n'arrivons pas a recruter des medecins anesthesistes, nous tournons essentiellement avec des interimaire!!

Je suis en accord avec tous les points defendus par le SNPHARE:

- la reconnaissance de la penibilite de notre travail alternant jours et nuits

- la suprematie du pouvoir administratif dans la direction des hôpitaux et , de ce fait, la deconsideration de la place des soignants et en particulier des medecins

- le travail "dissimule" que ce soit le decompse du temps de travail de nuit qui est retreci par rapport a celui de jour pour presque le même temps horaire et la duree du travail hebdomadaire interprete par nos dirigeants comme allant forcement jusqu'a 48 h et même 50 h dans leur "libre" interpretation des demi-journees dues

- la revalorisation des salaires et des indemnites de nuit

- la possibilite de travail hors clinique telle que prevue par le code de la SP

-

merci

Gel de la grille des salaires depuis des annees

Continuite des soins devalorisee malgre une penibilite qui faire fuir mes eventuels associes (postes vacants)

Risque de perdre mes RTT, seule "valeur ajoutee" du job

Gestion administrative comptable et rivee sur les chiffres

Impossiblite de 80% statutaire (reduction d'activite preciaire car je ne peux faire du liberal en ville a cote)

Envie d'impacter l'activite du service pour montrer qu'apres avoir l'augmentee ces dernieres annees (a effectif constant), elle peut plonger si les medecins decide de fermer le service pour les soins non urgents comme on le fera demain

revendications sur la prise en compte de la penibilite +++++, attractivite du debut de carriere pour garder les plus jeunes dans le secteur public, prise de conscience des directions..... du rôle medical incontournable avec ses consequences d'un exercice moins soumis aux contraintes economiques et a l'exigence de rentabilite, defense du service public.

En revanche je ne me retrouve pas dans l'exigence des demi-journees non cliniques au moment ou les sous effectifs ne permettent pas deja le travail quotidien, et peu dans la definition de la duree de la demi-journee....

Temps de travail.

Loi hpst (gestion de l'hôpital)

Ethique

Offre de soin-sante publique

Retraite.

0

J 'ai fait greve pendant plus 25 ans . Les jeunes ne sont plus



syndiques ; ils ne font plus greve , et preferent quitter les CH.
Nous avons combatus pour eux et les autres PH des autres
specialites qui ne se sont pas mobilises mais ont recolte le fruit
de notre travail . En fin de carriere nous sommes les plus mal
lotis: baisse du pouvoir d'achat , pas de reconnaissance, ni du
savoir , ni de la penibilite, des journees et nuits de travail ,
des semaines de 70 H renunerees 40. Pour la premiere mais pas la
derniere fois , je ne n'adhere plus au SNPCHAR. Grace a la gauche
Marine Le Pen est aux portes du pouvoir , mais j'en ai plus rien a
battre.

Beaucoup vont se reconnaitre.

Cordialement.

La non reconnaissance des efforts quotidiens

La degradation des conditions de travail

La baisse du pouvoir d'achat

La gouvernance actuelle des hôpitaux

Le mepris actuel de nos dirigeants politiques pour tous ceux qui
sont d'un avis different du leur
penibilite du travail non reconnu (trop heure, gardes lourdes et
mal payees)

et

"salaire"

et on nous demande de faire de la rentabilite T2A

astreintes sous payees et repos non garanti

horaires a rallonges

penibilite

amenagement fin de carriere

1/solidarite avec les plus jeunes et attractivite de la profession

2/reconnaissance de la penibilite (la, a 58 ans, je sors d'une garde
de dimanche avec nuit blanche une fois de plus...)

3/remuneration uniforme de la garde

4/reconnaissance des conditions de travail (semaine de 48h, menace
de passage en 10h dans les blocs sans augmentation des
effectifs...)

Tout simplement on ne comprend plus rien enfin si il veulent
reduire l'hôpital general un urgence post urgence SSR en oubliant
qu'une grande partie des soins realises dans ces hôpitaux ne sont
tout simplement pas pris en charge en ville....

aucune

-suppression du transfert de dizaines de milliards de la sante vers
les actionnaires exiles fiscaux

-clarification de notre statut en particulier sur le nombre
d'heures dues

-reequilibrage de la gouvernance et fin de l'impunite des
directeurs d'hôpitaux quand ils se comportent comme des predateurs
de fonds publics (en oubliant de passer par des appels d'offre par
exemple).

Non respect du temps de travail (70h/sem)

RTT non payees, non mises sur le CET

Repos de securite non applique

Continuites de service non payees (doivent être recuperees mais
impossible sur le planning)

- Reconnaissance du statut (revalorisation) et de la penibilite

- Reconnaissance institutionnelle (defaillante actuellement)

- Respect pour cette discipline toujours meprisee de tous



Temps de travail a reglementer

Salaires

Mesures/interim

desertification de certains secteurs non attractifs comme

l'anesthesie infantile

J 'ai rien contre travailler plus de 48 h mais que ce soit renumerer.

Possibilite de travail "a la carte" contractualise : tel personne travaille 0,5 ou 1 ou 1,5 ETP avec salaire en consequence.

Appel ou pas a la greve, je n'y comprends plus rien

je suis d'accord avec les revendications statutaires mais reserve sur les revendications salariales dans ce contexte de crise

je ne suis pas d'accord pour l'emploi dela greve comme moyen de faire aboutir ces negociations, finalement les patients sont pris en otage , et ce moyen est tres impopulaire dans le public comme dans le milieu hospitalier quand il est employe par du personnel perçu comme "nanti"

Essentiellement prise en compte relle de la penibilite et du temps de travail, puis remuneration juste du temps de travail additionnel

..

LES SALAIRES !!!

Le delta de revenus entre praticiens au sein de l'hôpital (PH temps plein , PH temps plein avec activite liberale, PH temps plein avec temps additionnel , salaires des praticiens cliniciens contractuels -11000 euros nets/mois) et entre ceux de l'hôpital et ceux du prive est devenu insupportable dans un contexte de salaires bloques depuis 5 ans a l'hôpital public

LES RETRAITES : actuellement un PH voit son revenu divise par deux entre le dernier mois d'exercice et son premier mois de retraite

Quid des surcomplementaires avec effet retroactif sur l'integration des gardes et astreintes depuis l'entree en fonction ?

Comment se fait -il que 4 ou 5 ans d'internat ne produisent pas 12 a 15 trimestres ?

Precarite de situation des Hôpitaux publics, incertitudes quant a l'avenir de l'hôpital en general et du medecin hospitalier en particulier.

Sous-effectifs et epuisement des equipes medicales.

Injustice de plus en plus marquee dans les traitements des medecins : remplaçants payes a prix d'or,choisissant de ne pas faire de gardes ou de WE en etant remuneres 2 ou 3 fois plus qu'un PH en poste --> postes vacants non pourvus, etablissements menaces financierement.



Jeunes medecins choisissant un statut de remplaçant professionnel, beaucoup plus avantageux financièrement.

Degradation de la qualite des soins du fait de praticiens "vacataires", non engages et non motives, tensions au sein des equipes (quand equipe il y a, beaucoup d'etablissements se voyant contraints de ne plus travailler qu'avec des medecins interimaire).

Devalorisation croissante des competences medicales, non revalorisation des actes depuis 20 ans, tout semble "normal et dû".

Meconnaissance du public, non informe de la situation au sein des hôpitaux publics debordes et asphyxies.

- La prise en compte de la penibilite du travail notamment les gardes et les changements de rythme sans âge limite; et la prise ne compte du reel impact sur la sante et la vie personnelle

- Des mesures d'attractivite pour garder les PH au sein de l'hôpital

- la reconnaissance du travail des PH a qui on en demande toujours plus : recherche clinique, publications, permanence des soins

- vraie remuneration des heures supplementaires

- L'organisation et les moyens d'une vraie DPC a l'hôpital

amelioration des relations avec l'administration

sortir d'une logique comptable

amelioration des conditions de travail

amelioration des salaires

Je souhaite l'abrogation de la loi HPST, avec la fin des pôles qui n'ont aucune legitime medicale. Le pouvoir decisionnaire depuis HPST est aux mains des administratifs qui sont nommes par les ARS pour realiser des economies. Le chef de pôle n'est que la roue de transmission des directives provenant du directeur d'etablissement. Au laboratoire, nous avons perdu 10% des effectifs de techniciens en respectant les objectifs du plan d'economie 2012 et quand nous demandons la reembauche de personnels car on est a -4ETP techniciens par rapport a l'objectif de 2012 et que le labo n'arrive plus a tourner la nuit ou a realiser des analyses certains jours on nous repond: le plan 2012 n'est plus d'actualite! En attendant les medecins ne sont pas contents car ils n'ont pas leurs resultats en temps et en heure.

La nouvelle loi de Marisol Touraine s'inscrit dans le contexte d'austerite ou 3,5 milliards d'euros d'economies supplementaires doivent être realisees sur les hôpitaux. Aucune loi ne peut être correcte dans ce contexte. Le projet de loi d'ailleurs veut intensifier les fusions des hôpitaux avec creation de GHT ce qui signifie encore moins de moyen pour soigner les malades.

Pas de futur de la cancerologie publique (radiotherapie) sans investissements.

Greve inutile et non justifiee

ras le bol de la preponderance de l'administration dans toutes les decisions de service, d etre geres par des non medecins mais par des financiers.

le manque de reconnaissance du travail effectuer nous sommes 2 PH dans notre usp et devons assurer la continuite des soins soit travailler 6 jours sur 7 une semaine sur 2 et assurer une astreinte par telephone 24 /24 non reconnu par la direction donc non paye ... lorsque un de nous est en vacances l'autre assume la continuite des soins seule ...

il faut toujours faire plus avec moins ...



pression sur la charge de travail avec teleimagerie imposee dans un delai tres court -> pas de formation prealable aux outils techniques et aucune compensation financiere(multisite...)

je viens de demissionner de mon poste de PH pour des raisons liees au CHU et au service. cette demission a ete tres mal accueillie et une greve sur mes derniers jours de travail n'est pas possible. mais je vous soutiens en tout point

pour ne pas la faire : pas le temps !! Et contre le principe de prendre les patients en otage. Ca ne menera a rien, comme la plupart des greves, et nous donnera encore du travail supplementaire, car nous en cas de greve personne n'assure notre travail et on le retrouve a la sortie. On ne s'en sort deja pas.....

— reconnaissance de la penibilite de notre travail (travail de nuit, gardes de nuit, stress...) ouvrant droit a compte penibilite pour fin carriere

- refonte de la loi HPST, place trop importante prise par les administratifs dans l'organisation et les decisions, y compris medicales (les PH ont parfois l'impression d'etre consideres comme des "employes" des directions ou de l'ARS)

Embauche des praticiens hospitaliers au 4e echelon actuel

Un seul tarif de garde pour tous les praticiens

Le temps de travail additionnel paye au tarif des medecins interimaaires.

Organisation des plateaux techniques avec l'accord des praticiens concernes.

Maintient des 19 jours de RTT

organisation du temps de travail en 8 demi-journees de clinique et 2 demi-journees non clinique.

Bureaucratie et technocratie envahissantes, "reunionite" effrenees: moins de temps pour s'occuper des patients correctement.

Etablissement gere comme une entreprise privee et non plus comme un service public.

Manque de personnel et de materiels faute de budget: conditions de travail qui se degradent d'annee en annee, demotivation flagrante, mais "mille-feuilles" administratif en constante augmentation!: fuite des collegues vers le secteur prive, plus attractif sur tous les points.

Perte de pouvoir d'achat depuis longtemps.

Pas de possibilite de prise de retraite progressive.

... ..

Manque de praticiens

Materiel depasse

Absence de reconnaissance

Toujours plus avec peu de moyens

Elle est actuellement inaudible a la fois dans le brouhaha actuel et aupres de l'administration.

Des negociations serrees seraient plus importantes endemandant une date rapide avec objectif date

Le risque, avere selon mon avis, est le peu de suivi et donc la perte d'influence aupres du ministre !!!!

- Degradation des conditions de travail : augmentation du temps d'ouverture des salles d'operation avec passage du personnel aux 10 heures => augmentation du temps de travail des anesthesistes



- Manque d'attractivite : le temps durant lequel les postes liberes demeurent vacants s'allonge
- Management medical deficiant (chef de pôle, chef de service)

Bonjour,

suite a la communication des intersyndicales, le SDIM a communique dans le sens d'une participation a la greve et je devais être greviste (sur le papier: declaree greviste mais effectuant mon travail) En effet, le personnel de l'equipe n'aurait pas compris que je fasse greve pour des raisons qu'ils n'approuvent pas alors que la situation de l'etablissement a entraine des modifications de temps de travail, d'organisations les impactant et n'est toujours pas en situation d'equilibre.

Suite a la reunion avec la Ministre, il semble qu'une ecoute plus attentive nous soit accordee. Au niveau du SDIM, nous avons maintenant pu echanger avec une personne mandatee sur le sujet des GHT et de leur impact sur les medecins DIM. De même, les resultats de l'enquête realisee cet ete sur les conditions de travail des DIM ont pu être transmis au Ministere.

Pour le moment, nous travaillons a faire entendre nos "revendications", qui relevent principalement des conditions pour un chantier reussi mais nous restons attentifs et vigilants a ce que cette "ouverture" du Ministere ne soit pas un simple moyen de nous faire taire le temps de faire passer des projets en force. Nous participons mais nous ne servons pas de caution sourde et aveugle.

Bon courage pour la suite des rencontres.

Dr E. Lebrun

Medecin de sante publique

DIM du CHIC Alençon-Mamers

-Evolution de la grille salariale... Je viens de constater en lisant le bulletin de l'ordre que bien que au 12eme echelon je gagne moins que la moyenne des generaliste. C'est quand même un comble. Non pas que je pense que je doive gagner plus, mais il s'agit bien de la moyenne, donc incluant des temps partiels. On peut legitiment penser que les temps pleins gagnent plus... La non attractivite de la carriere hospitaliere passe aussi, par les temps qui courent, par un reconnaissance financiere.

-La meilleure integration des medecins dans les decisions institutionnelles. La loi HPST est quand même a sens unique... Ceci dit, il faut aussi remettre en cause le fonctionnement des responsables medicaux qui se croient, pour certain, encore aux temps feodaux. Limiter le temps d'un mandat de representativite est surement une bonne solution. (les chefs de services nommes pour l'eternite, ce n'est plus tolerable...)

-Se poser la question du fonctionnement hospitalier: La preeminence des universitaire est elle legitime??? C'est un vraie question...L'hôpital est un lieu de soins, et ceux qui font des soins sont les PH...Et pas les PUPH, ni MCU, ni PHU, etc... Rendons l'hôpital a ceux qui en font sa richesse.

PEU D INFORMATION DE VOTRE PART.

JE NE CONNAIS PAS LES RAISONS.

EN FAIT, JE NE TRAVAILLE PAS DEMAIN...

SCANDALE DES PH REMPLACANTS MERCENAIRES A 650E ET 1000 EUROS LA GARDE//// C EST LE REGNE DU FRIC SUR TOUTE LA PLANETE////

Restaurer de la democratie dans le fonctionnement de l'hôpital : pouvoir contrôler la nomination des responsables qui se fait le plus souvent par cooptation, par le biais des reseaux d'influence
Rendre obligatoire un vote anonyme dans les CME et non pas a main levee

La validation des nominations (responsables de structure et de pôle) par les pairs est indispensable.



Remettre reellement les postes au vote tous les 4 ans

Donner un cahier des charges clair pour chacun des postes avec une estimation du temps consacre. Faire un bilan d'activite annuel publie et obligatoire

En revanche il faut valoriser toutes les missions d'interet general hors temps clinique, apres avis de la CME

La direction est parfois moins bloquante que les "collegues"

Le pôle doit rester une option possible

Autre chose fondamentale : supprimer la double fonction

systematique des PUPH : ces derniers ne doivent pas être

systematiquement responsables de structure ou de pôle lorsqu'ils deviennent PU

1. Une crise de chefferie de pôle avec des demissions successives par manque de lisibilite et de concertation comme par exemple au sein du pôle medico technique au CHD Vendee qui n'est pas une entite homogene en terme d'activites (derniere nomination recente M Trichet apres 2 autres chefs de pôle. Le statut de chef de pôle ne remplace pas le chef de service qui a "disparu" avec la loi HPST de la nouvelle gouvernance et qui n'est plus l'interlocuteur de nos tutelles telles que l'ARS (qui soit dit en passant manque cruellement d'efficacite et d'interlocuteurs clairement identifies!). Alors qu'au quotidien, la necessite d'avoir un chef de service semble indispensable pour mener un service et en garder la cohesion.

2. Une organisation territoriale en marche... Administrative : un Directeur multisite CHD Vendee mais egalement CH Fontenay le Comte apres CHLVO par interim...

3. Une Equipe de direction territoriale unique dans un proche avenir... AVEC QUELLES CONCERTATIONS et IMPLICATIONS des Medecins?

4. Une Direction des soins deja organisee pour cette evolution: Se souvenir que la "Direction des Soins INFIRMIERS" est devenue avec la nouvelle gouvernance "DIRECTION des SOINS". Et dans le même temps la CME a perdu son pouvoir decisionnaire, n'etant plus que consultative en ce qui concerne les projets medicaux et d'etablissement. Il manque un maillon medical decisionnel strategique et politique de projection et d'organisation des projets medicaux dans nos etablissement hospitalier publics actuellement.

5. le respect de la reglementation : 8 demi-journees de clinique et 2 demi-journees hors clinique avec de reels moyens de satisfaire aux obligation de formation continue

6. refonte de la grille salariale avec la suppression des 3 premiers echelons et revalorisation....

Pour les urgences et le Samu, n'attendons pas que la dimension



territoriale de l'organisation medicale nous soit imposee : soyons acteur de cette (r)evolution irremediablement en marche!

l'injustice dans le traitement des praticiens, consideres comme appartenant a une classe de "privilegies".
corveable dans des conditions limite inhumaines avec des heures de travail non payes.
aucune categorie socio economique de ce pays n'accepte de travailler 9h par semaine (delta 39/48) sans salaire.
gardes mal payees

Temps de travail de plus en plus important, penibilite croissante sans cesse, remuneration non revalorisee depuis trop longtemps. Et en plus on parle de nous diminuer nos RTT. STOP !

La reconnaissance du temps de travail forcee non remunere ente 39 et 48h

La ponction automatique des RTT et CA non poses pour pallier ces 9h

La mauvaise fois de l administration et de certains collegues d autres specialites qui malgre leur activite prive au sein de l etablissement nous devalorise aupres de notre administration

La pression insidieuse des RAS sur les hôpitaux "moins de depenses donc moins de d ambulance et de vsav vous devez le faire sinon plus d argent mais durtout ne dite pas que je vous l ai dit"

Etc....

pôles gouvernance, HPST, place des ph, demographie medicale, penibilite, CET, retraite, astreinte, salaire

Relations tres conflictuelles avec administration arrogante
harcelement permanent sur la rentabilite de nos activites
flicage incessant sur nos temps de travail
refus de payer le temps additionnel

Revalorisation des gardes.

Paieement du hiatus 35 - 48h.

Reintroduction des medecins dans la gestion de l'hôpital.

Poids plus important de la C.M.E. dans les prises de decisions concernant les medecins, l'activite medicale et la gestion de l'hôpital.

Introduction de la notion de la penibilite non seulement au niveau des horaires et des postes de travail mais aussi en regard de la pression psychologique (par exemple pour les soins palliatifs même si c'est un choix personnel).

Les medecins doivent être respectes par la direction omnipotente qui ne s'interesse qu'a la gestion financiere et oublie que nous avons des êtres humains en face de nous et non des billets de banque. Les medecins ont ajoute la competence financiere et gestionnaire dans leurs activites alors que les directeurs sont restes limites et basiques, ne s'occupant que de gestion.

Respect des personnels travaillant dans un hôpital, quelque soit leur emploi.

Majoration reguliere de l'indemnité de service public.

Augmentation des indemnites d'astreinte, qu'elles soient de securite ou operationnelle.

augmenter le nombre d'echelons avec majoration financiere correcte.
le ras le bol au sens large...



des equipes au bord du burn out, une activite qui ne cesse d'augmenter, les moyens qui restent les mêmes, insuffisants... les patients exigeants et peu reconnaissants... tout ça pour une somme modique en garde

Soutenir le cadre de soin, sans que l'administration ne remette toujours tout en cause sous pretexte de budget.

Garder une liberte de pratique.

Si les directeurs se mettent a nommer les medecins, sur quels criteres (publication ??). Cela m'inquiete vraiment lorque l'on voit la difficulte qu'ils ont a comprendre notre travail.

Contre HPST, les pôles, la nomination des chefs de pôle par le directeur...

Pour ne meilleure retraite

pour un CHSCT "medecins"

Pour une prise en compte des indemnites vie chere DOM et SPE dans la retraite

1 PH TP greviste

1 assistant TP en fin de contrat non greviste pour raison financiere.

gouvernance actuelle non tolerable, pas de visibilite de carriere, fonctionnement de l'hopital a 3 mois en fonction du budget et des angoisses de deficit, sentiment de regression, de demotivation.

manque total d'attractivite de la carriere hospitaliere aujourd'hui et "sirenes " du prive ethiquement discutables de plus en plus pressantes...

penibilite certaine de nos activites sans reconnaissance horaires non reconnus, manque de courage de nos directions pour aider les praticiens dans leur exercice, sauf a exercer leurs dictats administratifs : pions nous sommes.

Reconnaissance de la penibilite du metier d'anesthesiste, du travail de nuit

Reconnaissance d'un temps de travail plus proche de 39 que de 48h par semaine

Revalorisation des salaires, et pas seulement des lers echelons

Attractivite de la profession

Mise en place d'un veritable projet de formation continue adapte aux besoins de chacun et qui soit pris en charge financierement par l'institution (et non sur les fonds personnels des PH)

J'ai decide de ne pas faire greve bien que mes souhaits rejoignent parfaitement ceux du SNPHAR mais je ne me retrouve pas dans les motifs des autres syndicats ayant appele a la greve. Je ne suis pas convaincue que vos mots d'ordre soient les plus entendus.

soumis a des pressions des patients psy et de leur famille qui veulent tout et tout de suite

gestion des equipes soignantes

0

L'insuffisance du nombre de praticiens dans l'equipe, generant de constants horaires a rallonge sans possibilite de poser de repos.

Le flou des 39 a 48h.

L'absence de reconnaissance de la penibilite, d'autant plus en biologie, ou c'est bien connu, nous ne faisons rien et ne servons a rien... alors que chacun de nous est present 45 a 50h par semaine sans compter les samedi et dimanche.



L'impossibilite de repondre au repos suivant un deplacement de 2eme partie de nuit en astreinte qui desorganiserait totalement le service. Le fait que l'application de ce repos soit infaisable sans recrutement et que rien ne soit prevu dans notre etablissement ni au niveau national sur ce point.

Au niveau de la biologie medicale : l'augmentation du niveau d'exigence en terme notamment de qualite et d'accreditation avec des echeances courtes (obligation d'accreditation de 50% des analyses du laboratoire pour avril 2015). Une masse de travail considerable pesant sur une equipe deja reduite avec des echeances intenable, un coût tout aussi intenable. Un vaste impression de gâchis.

non a la loi hpst

Meme remuneration pour les gardes, PH et CCA.

Respect des reglementations en terme d horaire

Exactement celles annoncees par Avenir hospitalier/SNPHAR :

reconnaissance de la penibilite et revalorisation de l'attractivite.

Et merci pour cet elan syndical non "moutonnnier" et "beni oui oui" a contrario des autres intersyndicales.

n'ose pas faire la greve car j'ai peur que ce soit mal vu.

imposition des 48H voir plus harcelement moral pour prendre des plages additionnelles

aucun prise en compte par nos chef de la penibilite de ce metier jour apres jour

exemple : tu es fatigue mais tu viens que 2 fois 24 h par semaine au bout de 15 ans ca use ce n'est pas comme si on faisait du lourd en smur samu et regulation!!!!!!

- Mepris manifeste et repete de la gouvernance vis a vis du corps medical. Nous somme devenus les ouvriers specialises de l'administration qui au mieux nous ignore au pire nous rabaisse. Une nouvelle race de serfs est nee.

-Meilleure prise en compte de la penibilite de la profession (et de son caractere indispensable), en particulier en ce qui concerne les gardes

Je ne suis pas motive pour cette greve

Designation par le directeur de l'hôpital des chefs de pôle, choisis bien sûr pour leur compliance aux decisions de la gouvernance.

Passage en force sans concertation des horaires de bloc en 10 heures sans compensation ni discussion avec des consequences importantes sur la vie personnelle.

Mepris de l'administration vis a vis des PH consideres comme producteurs de soins et non comme medecins.

Plus aucun interêt intellectuel de rester a l'hôpital public, même en CHU, puisque l'unique objectif est de faire "tourner les blocs", donc mutualisation des "moyens" (ce sont les PH), changement continuel de bloc operatoire, d'equipe. Il y a depuis 10 ans une regression majeure au niveau de l'attractivite, et aussi de la securite des patients, alors que cette securite s'etait amelioree de façon spectaculaire lors des 20 dernieres annees. Tout est reuni pour que survienne un accident : patient vu par un anesthesiste, endormi par un autre qui ne connaît pas ni le chirurgien avec qui il opere, ni la IADE, ni l'equipe et dans un bloc ou il travaille episodiquement pour boucher les trous! Mais l'administration est



contente, elle a un nom dans chaque case!...

Il y a 25 ans que j'exerce, je constate chaque jour d'importants dysfonctionnements avec une pression constante de rentabilite. Dans ces conditions, quels sont les avantages de l'exercice en hôpital public? Je comprends completement les jeunes collegues qui le quittent. Et si les conditions s'aggravent encore, je n'exclue pas la possibilite de faire de même.

Ne parlons même pas de la remuneration du temps de travail. Une journee de temps additionnel (eventuellement 12h a 14 h en raison du mode de calcul du temps de travail) est remuneree 300 brut. En net, moins la fiscalite, le salaire horaire est celui d'une employee de maison...

Nous sortons d'l direction perverse et malsaine qui a mine les equipes.

Des medecins incompetents ont ete recrute par une direction sans aucun scrupiles.

Penibilite par manque d'effectif:
Astreinte obligatoire et gardes du service.
Consultations debordantes sur la plage, pas de plage pour les rajouts.
Prise en compte de la penibilite du travail de nuit dans le calcul des retraites.
Revalorisation des salaires en general, mais aussi surtout en debut de carriere hospitalere.
Revalorisation du temps de travail additionnel.
Calcul du temps de travail sur la base de 39 h et non 48h.
Lutte contre le developpement et la prise de pouvoir a outrance de l'administration dans les hopitaux.
sous-decallage grossier de la reconnaissance financiere par rapport a la ville,
montages d'une rare complexite concernant les astreintes, la DPC, le temps additionnel
representation en terme de responsabilite et de decision, quasi nulle dans les instances
donc demotivation chez les plus vieux, fuite vers le secteur liberal pour les plus jeunes CQFD
La gouvernance acyuelle qui detruit systematiquement notre outil de travail,
le mepris absolu dans lequel nous tient la direction avec une absence totale de dialogue,
la reduction drastique des personnels soignants de l'hôpital pour apurer les comptes (mais le personnel administratif semble croître de façon non negligeeable depuis ces dernieres annees),
la T2A et cette vision purement comptable et rentable de l'hôpital public (ce qui est un non-sens),
la destruction du statut unique de PH avec l'apparition de medecins ayant une part variable disproportionnee...

La problematique de recrutement ce qui majore la penibilite avec 2 voire 3 gardes par semaine (2 listes : une garde pour la mat>2000 accouchements annuels et une liste 1/2 garde-1/2 astreinte (a partir de 0h) pour le reste de la chirurgie, forfaitisee mais sans reconnaissance des heures travaillees au-dela de 0h; le tout pour 11 praticiens et 1 a 2 internes pouvant prendre des gardes).
debordes par le quotidien.....

reconnaissance de la penibilite du travail de nuit ++++

Revolarisation financiere du travail de nuit, de jours ferries et de dimanche....

Marre de travailler pour 16 euros de l'heure un dimanche a 2h du matin!!!!



la penibilite son impact sur notre sante et sur la qualite des soins au patient

Bien que dans l'ensemble nous soyons favorables aux doleances decrites par les syndicats, il est totalement impensable de solliciter notre Etat a faire de tel sacrifice financier d'une part; et d'autre part il nous faudrait 2 PH supplementaires pour faire tourner la "boutique" Ou irions nous les chercher : il n'y a personne sur le marche et a quel prix

Nous souhaitons surtout un meilleur equilibre entre la CME et la direction car nous subissons une direction dure qui essaie de virer des praticiens des qu'ils s'opposent a elle en les harcelant, des decisions inconsequentes contre l'avis des medecins sont en train de ruiner l'hôpital et nous avons la joie d'être sous COPERMO depuis peu... Nous esperons que l'IGAS entendra nos difficultes mais nous ne sommes pas surs d'être entendu!

Une clarification sur la politique de sante regionale serait aussi la bienvenue!!!

Une meilleure reconnaissance du travail en astreinte et une clarification sur le temps medical dû, 39h? 48h?

debordes par le quotidien.....

conditions de travail

39 h hebdomadaires, heures en plus a compter en heures supplementaires

participation des ph au decisions prises en cme

reflexion sur la diminution du temps accorde aux taches administratives

reforme de la loi hpst selon vos propositions

dysfonction liee au manque d'effectif:

astreinte operationnelles et gardes doivent fonctionner normalement plages de consultations insuffisantes car rajouts frequents des urgences donc etat de stress permanent pour assurer les consultations

chirurgie progarmmee debordant souvent le soir malgre les discussions

reconnaissance du temps de travail et prise en compte pour la retraite

Je suis contre la revendication des 39 heures hebdomadaires. Les jours de RTT nous ont ete attribues justement pour compenser notre moyenne hebdomadaire de 50 heures.

Je pense qu'il vaudrait mieux orienter nos revendications sur le probleme des astreintes et des gardes.

j'ai souvent trop de travail pour penser a m'arreter

je n'ai jamais fait greve par "education" même si je pense que c'est parfois utile

j'essaye en revanche de faire passer les messages et oeuvrer a ameliorer les choses via le dialogue au quotidien avec les representants de l'institution mais depuis 10 ans les choses ne font que se degrader. Je trouve que le dialogue actuellement n'est plus possible, nos interlocuteurs administratifs sont tres differents, ils meprisent les soignants surtout les medecins c'est juste hallucinant en plus d'être souvent peu pertinents sur les



sujets sur lesquels ils decident !

la Loi HPST a ete une catastrophe : penalisante pour les professionnels hospitaliers, pour la qualite des parcours patients, pour l'articulation ville hôpital ... elle a donne lieu a des enjeux de pouvoirs locaux dramatiques, a la destruction d'actions pourtant efficaces. De même que l'actuelle T2A, tout cela a des effets pervers et completement contre productifs, dans ma discipline j'en ai des exemples tous les jours !

bref je suis tres desabusee
j'avais vote a gauche en esperant que la sante et le service public redeviennent une priorite, je pense profondement qu'avec l'ecole et la justice, c'est un pilier de notre societe, quelle deception ...!!!

merci de faire entendre nos voix,

bien cordialement

Absence totale de concertation de l'administration avec les praticiens.

Absence de reunion entre le chef de pole et le service. Derniere reunion date de debut 2013.

Attitude intimidante et menacante de la part du directeur, du chef de pole et de l'administration envers le praticien quand il ne se soumet pas a l'absence de direction du service.

Absence de chef de service sans explication.

Cette nouvelle gouvernance a entraine un service a la derive avec une perte d'efficacite, une forme deguisee pour cacher les erreurs purement administratifs (comme les retards de demande d'autorisations ASN). Le chef de pole n'est qu'une pirouette du directeur pour punir des praticiens (ex; ne pas signer des vacances) denoncant l'absence totale de politique hospitaliere et une grave ignorance sur le fonctionnement des Services.

Nous vivons actuellement (presentation ce vendredi soir) une reorganisation autoritaire de notre service fondee sur les resultats d'un audit externe commande par la direction. Grande violence dans la methode, praticiens non reconnus dans leurs expertises et traites comme des pions, grande souffrance en consequence.

Or tout cela me semble decouler de la logique HPST de demedicalisation de la decision a l'hôpital.

Donc greviste !

Delabrement de la notion de " service" depuis la loi HPST entrainant une centralisation demotivante. De ce fait la fonction " chef de service" perd de son sens malgre l'attente des equipes. Difficulte a recruter des chefs de services.

Activite croissante avec moins de moyens (infirmiers)
Augmentation exponentielle des pertes de temps en tâches administratives et reunions

Soutien du snphar

En fin de carriere , soutien des jeunes medecins.

Je suis pour les revendications mais contre le principe de la greve qui peut être prejudiciable aux patients

Par contre faire la greve administrative oui, ne remplir aucun formulaire de cotation

Je trouve inadmissible la maniere dont nous traite l'administration, aucune consideration aucune relation de confiance
Avoir des plages additionnelles leur parait incongru, faire des demi



journees de 7 heures leur parait normal, avoir un repos de securite leur parait inadmissible, on pourrait au moins faire du travail administratif, sans contact avec les patients, avoir des semaines de 70 heures leur parait normal a cause du lissage sauf que nous ne lissons que des semaine de plus de 60 heures...

Nous avons un logiciel informatique pour notre temps de presence (pas en heure en demi journees) mais ils refusent de l'utiliser pour le temps additionnel et ne nous donnent aucun decompote des journees prises et a prendre

Bref...

Que 14 heures de nuit compte 2 demi journees me parait insense! Pourquoi l'anesthesie au bloc n'est elle pas comptee en temps continu? On ne s'arrête jamais pour aller dejeuner, on dejeune dans nos bureaux sur le pouce tout en relayant les IADE pour qu'elles puissent aussi dejeuner et surtout ne pas prendre de retard dans le programme operatoire. Si nous sommes en demi journee,s nous devrions stopper toute intervention entre midi et deux et reprendre a 14 h!

Une anesthesiste qui aime son metier mais tres amere sur sa condition

-sauvegarder notre systeme de sante et de couverture sociale

-lutter contre la deconstruction du statut de PH

-lutter contre la banalisation de l'image du medecin

-revaloriser l'exercice public

-revenir a une approche soignante des divers problemes rencontres dans les hôpitaux et non plus purement economico-administro-technocratique

Je souhaiterais :

que soit reconnue la penibilite de notre profession (comme le regime des pompiers) afin de pouvoir prendre la retraite plus tôt!

que soit revalorisee l'indemnité de suggestion et les plages additionnelles

que soit redefinie la carte sanitaire :depuis certains hôpitaux voisins les patients sont trop facilement transfères on arrive a se demander a quoi servent ces structures ?

delta 39-48h

penibilite

probleme pour PEC des formations

Les motivations de la greve sont :

1-la degradation des conditions de travail, l'intensification du travail (+ 7%) .

2- la politique mdico-economique nous oblige a exercer notre specialite dans l'insecurite vis a vis de nos patients.

3- Clarifier le temps de travail et le respect necessaire de la reglementation.

4-la revalorisation de la permanence des soins.

5- la reconnaissance de la penibilite du travail de nuit.

6- La retraite!!! : je me vois mal faire de l'anesthesie a 67 ans !!!

difficultes de fonctionnement,manque de temps medical

rigidite des emplois du temps medicaux et paramedicaux

non adaptation a la pratique quotidienne

le manque d'investissements d'avenir en personnel et en materiel



nous vivons une politique locale identique a celle menee sur un plan national
et plutôt que d'investir pour l'avenir , c'est une politique d'austerite mortifere ...
a titre personnel , 61 ans , emoluments bloques , permanence de soins a plus de 60 ans penible +++ mal remuneree
j'estime mon pouvoir d'achat en regression importante , et souhaite un rattrapage consequent d'au moins 15%
il existe une veritable demotivation , conduisant a une situation sovietique , ceux qui le peuvent s'arretent , et les autres se font oublier , font le minimum , ou se debrouillent pour gagner de l'argent (activites liberales sans limites ou de mercennariat)
,puisque tous les interdits sont tolerestant que l'administration y trouve son compte .

Patrice LUCAS

CH RODEZ

- comptage des 1/2 journees de telle sorte qu'une garde fasse 24 heures
- reequilibrage des salaires des PH par rapports aux indemnisations des remplaçants mercenaires
- prise en compte de la garde comme penibilite sans condition (de nombre par an, d'heures d'activite clinique effectivement realisee...)
- prise en compte du principe de travailler le WE et les JF comme penibilite / obstacle a vie de famille
- probleme de la baisse de valeur du point IRCANTEC
- solutions a apporter vis a vis des conflits au bloc operatoire
- valorisation de la consultation (chez nous 15 minutes quelle que soit l'intervention et le patient...)
- valorisation du temps hors clinique, investi pour la structure et effectue dans et hors de la structure
- pouvoir a redonner imperativement a la CME (chez nous les decisions sont prises avant le directoire, dont le compte rendu tient en 10 lignes têtes de chapitres comprises !)
- reconnaissance de la penibilite du travail des confreres en garde
-> creation d'un compte "retraite anticipee" alimente par les gardes et eventuellement les astreintes.

- definition precise du temps de travail et reconnaissance du travail fournis au dela des 39 h.

Degradation des conditions de travail

Non respect du temps de travail maximum hebdomadaire.

Causes locales: Travail en sous-effectif chronique (5 postes non pourvus), heures supplementaires, demagogie sanitaire obligeant l'equipe a exercer sur 3 sites (distants de 20km)avec des pressions medicales (GCS liberal sur un site), administratives, syndicales et politiques. Statut du PH meprise avec une cohabitation avec praticiens au statut ESPIC (salaires superieurs, temps de travail inferieur=39h)et praticiens interimaires (salaire exorbitant, competence aleatoire,implication faible)

Causes generales: specialite non reconnue au niveau national (non evaluee par les medias dans les classements des hôpitaux, classements repris par l'HAS), consideree comme de l'intendance dans les projets regionaux.

Aucune mesure structurelle alors qu'on sait que 25% des postes sont non pourvus faisant le lit de l'interim.

Salaires excessifs des praticiens liberaux (pourquoi sont ils remuneres pour des actes auxquels ils ne participent pas comme les cataractes, pourquoi peuvent ils aussi librement realiser des



delegations d'actes par exemple pour les endoscopies).

Strategie de retention des jeunes medecins formes par les CHU.

Absence de changement dans la gouvernance hospitaliere, opacite du fonctionnement administratif et perte de democratie au sein de la CME.

Difficulte des conditions d'exercice (20% de notre effectif est vacant) dans un departement sinistre a forte demande et pourtant notre budget a ete reduit.

Modification de la gouvernance. La loi HPST et l'organisation des pôles avec des chefs de pole tout puissants ont tue l'hopital. Les medecins deconsideres ne s'interessent plus a la vie hospitaliere et ne s'investissent pas, ils font leur travail sans plus.

Il faut absolument et vite reintroduire de la participation et de la democratie dans les services. Les chefs de poles et de services doivent etre choisis par les praticiens de l'unite consideree. Dans certaines CME dont la mienne la moitie des membres sont des chefs de poles designes par le president de CME lui même. Le copinage marche a plein regime.

Le temps de travail doit être revu

L'organisation et la remuneration de la PDSE doit evoluer

je partage les propositionS du SNPHAR E

J'insiste sur la necessite absolue de revoir la loi HPST car faute de quoi le reste est sans avenir car L'hopital va disparaitre.

jacques BENOIT

la situation des praticiens hospitaliers ne cesse de se degrader
l'activite augmente de plus en plus et le nombre de praticiens diminue

la relation avec la direction devient tres difficile depuis la nouvelle loi

il est imperatif de trouver une solution a lz situation actuelle en forme de consensus

Pour la revalorisation du statut de medecin hospitalier (PH) afin de garder les jeunes a l'hopital. Pour plus de pouvoir aux instances medicales (CME, etc) dans les decisions administratives. Par solidarite avec les collegues metropolitains en difficulte dans les petites structures.

* reconnaissance de la penibilite de l'activite de garde

* revalorisation du tarif de garde(1 nuit blanche quatre fois par mois ne doit pas être indemniee uniquement 250 euros, aucune autre profession ne pratique ce tarif), toute les gardes(CHU ou periph) ne se valent pas

* revalorisation du salaire des PH - les contractuels sont payes plus que les titulaires de moins de 5 ans

Pas de reconnaissance de la penibilite :

- 48 h par semaine payees 39, sur l'ensemble d'une carriere ce devrait être valorise en trimestres de cotisation

- les gardes ne sont pas reconnues comme penibles, la aussi ce devrait être valorise en trimestres de cotisation et de maniere retroactive.

Remuneration du statut de PH tres insuffisante au regard du tarif



du remplaçant dans la specialite Anesthesie-Reanimation (700 TTC dans notre etablissement). Même le statut de praticien clinicien n'attire pas les foules. Les 2 dernieres recrues le sont a 80 et 70% sur ce statut non satisfaisant dont la remuneration doit être discutee âprement avec la direction. Les 2 plus jeunes sont payes presque autant qu'un 12eme echelon ce qui peut provoquer des conflits dans les equipes. Sur 8 postes voire 9 nous ne sommes que 3 PH temps plein dont un qui part en dispo, 1 temps partiel a 50% et les 2 cliniciens. Le reste est assure par un pool de remplaçants qui coûtent tres cher a l'etablissement. Les jeunes remplaçants ne veulent plus travailler a temps plein vu la penibilite (nombre de gardes et nombre d'heures).

En revanche dans d'autres specialites comme la pediatrie les jeunes prennent un poste de PH même mal remunere (1er echelon pour la plupart).

D'accord avec la suppression des 4 lers echelons voire des 5 lers pour tous les PH, les contractuels (urgentistes chez nous) etant recrutes a 4eme echelon + 10% ce qui fait 240 brut de plus que le 5eme echelon.

D'accord aussi pour une remuneration des gardes equivalentes a ce que gagne un remplaçant salaire de base compris. Les astreintes sont toujours tres mal remunerees en regard de la remuneration des astreintes du secteur prive. Le TTA est paye largement moins que des heures normales pour un PH en fin de carriere alors que ce sont des heures sur-supplementaires (on en fait deja 9 non remunerees pour avoir droit a cette aumône).

je souhaite l'abolissement de la partie de la loi HPST qui a defini les conditions de gouvernance de l'hôpital: pleins pouvoirs aux directeurs, quasiment plus de democratie a la CME compte-tenu du nombre de membres cooptes, DPC inepte, mode de "budgetisation" des etablissements inepte egaleme base sur le rendement des actes "valorisants" avec pour resultat une machine qui devient folle. Ainsi dans mon etablissement le direction recrute des chirurgiens sans s'occuper si les effectifs des anesthesistes peuvent suivre et sans s'occuper non plus d'ailleurs si les soignants peuvent suivre. Ceci aboutit a la multiplication d'actes techniques par exemple chez des sujets âges et fragiles dont on se demande assez frequemment s'ils sont reellement realises dans l'interêt du patient. Ce dereglement de l'institution s'accompagne d'un veritable mepris vis a vis de nombreux medecins et en particulier des anesthesistes qui sont souvent consideres comme des empêcheurs de tourner en rond de par leurs exigences en matiere de securite. Bref la vision dogmatique de l'hôpital entreprise aboutit a des resultats contre productifs: inflation des soins coûteux, deshumanisation de la prise en charge, conditions d'exercice centrees sur le rendement des soins avec disparition du travail de concertation avec les equipes, impossibilite de mener une recherche clinique, politique de qualite des etablissements qui n'est menee que par souci de protection juridique et d'assurer la certification sans reel souci de pertinence, manque de lit par reduction des effectifs, absence de reflexion sur une veritable politique de sante publique....bref de nombreuses raisons d'être insatisfait compte-tenu de l'ensemble de ces contraintes qui aboutissent a un burn out d'une population medicale relativement âgée du fait des contraintes de la politique scandaleuse de reduction du numerus clausus menee sur de nombreuses annees quelque-soit le gouvernement en place. Pour l'ensemble de ces raisons qui ne sont pas prises en compte par le gouvernement en place, je suis greviste. degradation des conditions de travail au detriment du soin des



patients

soutien a mon syndicat

adhesion totale a leur revendications

Je ne la fais pas parce que :

- le probleme est toujours le même : les PH defendent une vision medicale de l'hôpital, mais ils ont deja ete mis hors d'etat de nuire. Les HU se cantonnent dans un silence assourdissant, aidant ainsi la FHF a confisquer les debats.

Je ne sache pas que la conference des presidents de CME, puis l'ensemble des presidents de CME, aient pris la peine de demissionner en bloc pour protester contre la loi HPST.

- L'administration hospitaliere ne peut que se rejouir des economies faites sur les salaires grâce aux jours de greve des PH que de toute façon elle n'a pas la moindre intention d'ecouter et encore moins de satisfaire : nous sommes dans une societe ou les competences de terrain sont meprisees au profit des theoriciens de la theorie.

Le seul impact qui compte serait un impact financier que je n'ai pas.

- La division des positions des syndicats suite a la rencontre avec le ministere, avec le message de lever de preavis venant de 3 d'entre eux vient brouiller le message.

Un ras le bol d'un praticien devouee corps et âme au service public depuis 28 ans, qui en fait toujours plus malgre les annees qui passent, sans reconnaissance ni même un discret remerciement en dehors de celui des patients.

Que dire des salaires bloques, de la fatigue indicible apres 24 h de travail non stop la soixantaine approchant ?

Que l'on fasse quelque chose pour nous, vite car sinon les jeunes deserteront l'hôpital public, pendant que les plus ages calculent la decôte raisonnable de leurs revenus pour prendre une retraite salvatrice pour leur sante physique et morale !

Qui travaille 24 h d'affilee dans ce pays a des fonctions de securite ?

Loi HPST : a 56 ans j'ai connu les hôpitaux avant la loi et donc l'equilibre entre le pouvoir administratif et les medecins les decisions prises en concertation. Les PH ont le sentiment que les decisions sont prises par des administratifs qui ne sont pas au contact de la realite (notre directeur s'etait même fait faire une entree particuliere pour son bureau de façon a ne plus passer par le hall d'entree ! maintenant le probleme est resolu la Direction s'est installee dans un bâtiment a part de l'activite de soins ... Par ailleurs les pôles ont ajoute une couche supplementaire tres opaque entre les medecins et les Directions et au lieu de decentraliser les decisions ont rajoute non seulement un delai mais nous ne pouvons plus nous même plaider nos projets ...

Bref cette loi HPST a depersonnalise et donc deshumanie les relations entre les personnels soignants et la Direction (sans parler du regroupement en GH a l'AP/HP qui est une veritable mascarade et un gabegie sans nom en temps de transport perdu pour une conduite de reunion sans participants!).

L'esprit de l'equipe n'est pas a la greve, c'est tres mal percu, on n'a pas de lider donc on ne fait rien.

C'est au niveau de la remuneration du temps aditionnel que ca pose probleme et des astreines post garde de samedi. Et on travaille beaucoup plus que les heures dus

Penibilite, nous n'avons plus d'ANC depuis plusieurs annees

Attractivite: l'evolution de carriere est desastreuse

Les gardes sous payees (11 euros net de l'heure si on calcule!! pour un travail de nuit!!)

Les remplaçants surpayes par rapport aux ttitulaires qui assument



tout l'organismes et prennent en charge les malades les plus lourds.

Les heures sup non comptabilisees et non payees. J'appelle cela, non pas du "benevolat force" mais de l'esclavagisme.

La loi HPST ou seul le directeur decide et nous considere comme un pion.

1-revalorisation des gardes

2- revalorisation salariale

remuneration decente du delta 39-48h

remuneration des plages additionnelles qui nous ont ete supprimees depuis la creation d'un 4eme poste de PH (4 PH + 1 assistant pour 18 lits de rea neonat et pediatrique)

3- reconnaissance de la penibilite du travail en reanimation

4- financement decent de la formation medicale continu

Mise en adequation des exigences du "DPC" avec les moyens investi par l'institution

Encore une greve ...

Augmentation tres nette de salaire au moins 3000 euro de plus qu'actuellement au dernier echelon sans les sujestions, surtout pour les services postes sans liberte de choisir son amplitude horaire.

Augmentation importante des indemnites de sujestions

Augmentation du nombre d'echelons avec augmentation de salaire.

Prise en compte de la penibilite du travail de nuit et du travail poste par des trimestres de cotisation supplementaire et donc une retraite pleine et entiere et majoree plus tôt !!!

Temps de travail non clinique de 3 a 4 demie journee

Temps de travail remunere pour 39h et prime pour le temps de travail entre 39 et 48h pour ceux dont le travail est poste et ou il est impossible de partir avant une releve!!! Voir en retard si la releve ne peut pas être fait a l'heure!!!

Plus toutes les revendications deja exprimees par les differents syndicats.

devalorisation de la fonction hospitaliere avec manque de respect du personnel

difficulte de vivre l'evolution de la fonction publique

hospitaliere et de notre societe ou le personnel pense souvent plus RTT, loisirs, avantage sociaux, et de moins en moins aux valeurs professionnelles, telles que soins, empathie, conscience professionnelle, respect des autres et des patients, devoirs envers l'institution

les vraies valeurs se perdent et nous aussi

bien cordialement

- reprise en main de notre devenir et non pas exclusivement aux mains des administratifs (notamment sur les nominations, les decisions prises en CME, etc....)

- reconnaissance de notre penibilite

- travail a 40h effectives de travail hospitalier, auquel on ajoute notre temps institutionnels (8h)

- et bien sûr aussi les autres revendications de la SNPHAR E, notamment sur les revalorisations du temps additionnels, de l'indemnité de sujestion

Reconnaissance de la penibilite du travail de nuit : gardes nombreuses et particulierement epuisantes, l'esperance de vie etant plus faible chez les travailleurs de nuit, et chez les anesthesistes en particulier par rapport a d'autres specialites sans gardes sur place.

Plus de pouvoir aux medecins et a la CME dans la direction des hôpitaux actuellement diriges quasi-exclusivement par des politiciens, et economistes.



Revalorisation salariale pour limiter les ecartes entre services public et prive, et ainsi eviter une fuite trop importante des internes diplômes vers le prive, la motivation salariale etant souvent evoquee (salaires variant du simple au double).

Temps effectif de travail non comptabilise (pas de "pointage"), depassant souvent largement les 48 h hebdomadaires en raison de creneaux operatoires de plus en plus longs (9 h minimum, voire 12 h dans certains blocs) avec souvent debordement. Ces longs creneaux sont souvent assures par un seul anesthesiste alors que plusieurs chirurgiens peuvent se succeder au cours d'une même journee.

Maintien des RTT en compensation de ces horaires aleatoires et a rallonge, afin de garder un minimum de qualite de vie. La suppression des RTT au nom d'imperatifs economiques n'est pas acceptable, ce n'est pas aux medecins hospitaliers de financer l'hôpital public en sacrifiant leurs RTT (prochaine etape : suppression des conges annuels ? diminution des salaires ?). Ceci ne se produirait pas dans d'autres professions.

(Malheureusement, desaccord entre les differents syndicats sur cette greve, alors que tous les PH de toutes les specialites sont concernes)

Permettre l'expression reelle de tous les PH au sein de l'institution hospitaliere, a travers la CME qui a son rôle dans le choix du reglement interieur de l'ES, la nomination des PH, et la designation des medecins membres du directoire.

Revalorisation les responsables d'unites: ils doivent recuperer leur autorite fonctionnelle sur leur equipe medicale.

Redefinir la fonction et la place des pôles dans l'organiastion hospitaliere avec une possibilite de la rendre facultative sur decision medicoadministrative et non plus seulement directoriale. exactement les revendications que vous defendez au premier rang duquel se trouve la definition du temps de travail a 39 heures avec remuneration du differentiel 39/48;

Le respect du temps de travail et l'application par l'administration des obligations qui lui incombent, actuellement negligees sans consequence pour elle.

L'aggravation des conditions de travail, avec impossibilite de suivre nos patients en dehors du bloc, des journees de bloc qui depassent souvent 10h... et tout ça pour des raisons de productivite!

La gouvernance de l'hospital qui considere les medecins comme des techniciens qui doivent faire des actes et qui manifestement n'en font pas assez et qui n'ont plus leur mot a dire sur leur organisation et la prise en charge des patients.

1) la gouvernance

2) HPST qui est mortifere pour l'hospital public
meprise des medecins, PH, chefs de service, directoire, cme

Mauvaise gestion

Directeurs incompetents

imposition des decisions unilaterales

personnel non medicaux mal gere



tout le monde demotive a l'hôpital

le patient n'est plus au c ur du systeme

1- non reconnaissance de travail de nuit et de sa penibilite

2 -non revalorisation salariale depuis 2010

3 -non reconnaissance de la duree de travail en demi- journee(
actuellement elle oscille entre 4 et 6 heures

4 - non respect de la loi de novembre 2013, par la direction

5- tarif honteux des astreintes a 137 pour 12 heures de travail

6- non prise en compte dans le salaire de notre tres lourde
responsabilite a sauver des vies humaines (HPP. rupture
d'anevrisme...)

7- baisse du montant de notre retraite

8 - âge legal de la retraite a 67 ans et pourquoi pas jamais: tant
qu'on y est

9 - demotivation totale de la plupart du fait de la non
reconnaissance de notre travail et de notre niveau de formation, et
de la non prise en compte de notre formation continue, qui reste a
notre charge, quasi exclusivement , du fait du refus du chef de
pôle

10 non participation a la greve, car ce gouvernement se moque
eperdument des praticiens hospitaliers anesthesistes reanimateurs,
et accord avec le gouvernement de 4 syndicats pour ne plus faire
greve, ils n'ont rien obtenu, c'est bien fait pour nous!!!(?)
defense des interêts des praticiens et necessite pour les
politiques de tenir leurs engagements.

Soutien de la greve mais en pratique difficile de faire greve
compte tenu de l'organisation du service (pas d'interne ni CCA,
annulation des cs,..)

re-equilibrer les pouvoirs (arrêt de la fonction Louis XIV, roi
soleil,avec le directeur et/ou les chefs de pôle)

Prise en compte des conditions de travail des PH, via le CHSCT

Attractivite du statut (revalorisation, maintien des RTT, + grande
souplesse pour une mobilite)

Retrouver de la democratie a l'hôpital et stopper le plein pouvoir
des directeurs.

Supprimer l'organisation en pôles qui ne sert a rien et pourrit les
relations entre praticiens hospitaliers

- Reelle prise en compte du temps de travail

- Mesures d'attractivite autres que stigmatiser les mechants
remplaçants qui font couler l'hopital public ; j'ai 38 ans et
j'aimerais vraiment ne pas me poser la question "Je reste ?" tous
les jours

- Arrêter la vision purement administrative de la gestion
hospitalieres , toujours plus de cadres, de directeurs et de moins
en moins "d'encadres" ; redonner un rôle decisionnaire aux medecins
hospitaliers

Revendications salariales et travail a 39h par semaine

Une large impression d'être baladee par notre ministre depuis trop



longtemps (on promet d'y reflechir, mais rien ne se passe).
Tous les samedi matin effectues pour du beurre (quand nous sommes d'astreinte -semaine + WE-, nous sommes present le samedi matin donc 11 demi-journees par semaine, et ceci une semaine sur 6)
La non reconnaissance (elle est morale, c'est deja pas mal, mais c'est tout) de toutes les missions transversales effectuees (management de l'informatique de tout le labo, accreditation, groupes projet divers, audits internes...)
La difficulte de faire prendre en charge les divers deplacements professionnels (tout est compte dans la formation continue et tres limite financierement)
Le salaire bloque depuis 4 ans, sans espoir car dernier echelon...
Et tutti quanti
Voila, je me suis lachee!!

-Respect des reglementations en matiere de temps de travail
- prise en compte du rôle des Ph dans la gouvernance de l'hôpital
- defense du service public hospitalier et denonciation des politiques d'austerite a l'hôpital
Precision : je me declare semi-greviste car seulement un decrochage de 59 minutes car je ne peux assumer une perte de salaire au vu des conditions actuelles...

Motivations essentielles :

-maintien des RTT
-maintien du paiement des periodes de Temps de travail additionnel
-maintient de la prime d'engagement public exclusif

-remaniement du DPC qui est incomprehensible et impossible a mettre en oeuvre, avec peu d'information actuellement, avec paiement direct de la formation et non remboursement differe (je ne peux pas actuellement avancer 1000 euros pour une formation !)+ maintien des jours de formation sur les jours de travail et non sur les CA.

-consideration des PH au sein du CH.

Reconnaissance de la penibilite et determination des heures legales de travail.

Determiner enfin la duree de la demi-journee +++++ Je suis pas vieux, ça fait 12 ans que je travaille en reanimation sans compter mes heures et surtout mes nuits blanches hebdomadaires. Maintenant je fatigue un peu et surtout je souhaiterai profiter un peu plus de ma jeune famille mais c'est difficile de reduire son activite car l'equipe remplit au quotidien plusieurs secteurs oblige (USC, reanimation, dechocage, salle de reveil). La recuperation des PA est un moyen d'avoir legalement du temps et du repos mais il faut batailler a chaque fois pour faire reconnaitre ces PA. Et le differentiel entre 39h et 48h n 'est absolument pas reconnu. L'on fait tous de maniere hebdomadaire plus de 48h par semaine. Personnellement je souhaiterai que l'on reconnaisse notre travail supplementaire des que l'on depasse les 39h.

reconnaissance de la penibilite
gros souci de recrutement avec de plus en plus de medecins remplaçants
le delta 39-48 heures : on nous impose 48 heures, or seules 39 heures sont reellement payees
aucune reconnaissance et valorisation de l'engagement au sein de l'hôpital (formations des infirmieres, participation aux reunions, CME, ...)
Totale inadequation entre le nouveau DPC et nos besoins en formation. Au final, on paye nous-mêmes nos formations, ce qui est



tres couteux et du coup diminue nos formations.

Degradation du statut de pH

Penibilite non reconnue

Augmenter l'attractivite des ch: plus de temps ou meilleure remuneration (ou les deux!)

Un exemple: je suis enceinte, aucune visite a la medecine du travail pour les ph, aucune adaptation des horaires et du travail (je suis quotidiennement en contact avec des gaz anesthesiques susceptible d'être teratogenes), pas de place de parking pour les medecins, etc, etc, alors que le reste du personnel hospitalier a des amagements au cours de leur grossesse.

personnellement, je compte sur cette journee pour appuyer notre revendication locale d'une application complete de la circulaire sur les astreintes: c'est a dire: remuneration de la sujestion par l'indemnite d'astreinte et, si du temps additionnel est ainsi cree et travaille - de jour -, le placer au CET ou le remunerer au tarif de jour; (et non une application formelle du texte de la circulaire qui aboutit par exemple a une remuneration nette de l'astreinte en 2eme partie de nuit a ... 30 !!!).

Les revendications nationales sur la remedicalisation du fonctionnement hospitalier restent pour moi tres loin du souhaitable (election par les pairs des chefs de pôle par exemple), quant aux besoins en personnels (cf les affaires en cours, Châteauroux ou Orthez ...) je ne vois pas de solution actuellement.

Bonne journee!

Revalorisation des gardes et de la grille salariale des praticiens hospitaliers

La prise en compte de la penibilite des medecins soumis a la permanence des soins ou aux journees de travail longues :

- 24 heures = 5 plages et non 4 demi-journees pour les services ou le temps de travail est decompte en demi-journees
- un seul tarif pour l'indemnite de sujestion : 473, 94
- un seul tarif pour le temps de travail additionnel : 650 comme une journee de medecins interimaire

Le maintien de l'attractivite des carrieres medicales a l'hôpital par:

- la prise en compte du delta 39h-48h dans le decompte du temps de travail et remunerer sous forme d'heures supplementaires
- le maintien de nos 19 jours de RTT
- le respect du Code de la sante publique : 8 demi-journees de clinique et 2 demi-journees hors clinique chaque semaine
- une refonte de la grille salariale avec suppression des 3 premiers echelons
- des moyens pour notre formation medicale continue qui est obligatoire.

Degradation progressive des conditions de travail: moins de temps pour les tâches administratives ou organisationnelles , penibilite accrue des gardes ou astreinte devant des equipes vieillissantes , faible attraction financiere du secteur public avec parallelement



moins de place pour les autres missions (recherche, securite accrue, prise en charge des patients fragiles medicalement ou socialement). Les equipes diminuent et on fait appel a des remplaçants tres souvent competents mais qui ne s'impliquent pas dans la vie de l'hôpital : le bateau perd peu a peu ses capitaines... Apres 15 ans je ne vois plus d'avenir a l'hôpital si rien ne change.

Penibilite au travail : non prise en compte du travail tardif au bloc et de la penibilite des gardes

aucune motivation locale

tout va bien dans l'etablissement

La CME donne même un avis sur les nominations de PH

Le president considere qu epour tout avis il a besoin d'être eclaire par la CME

Avis en CME sur les projets presentes par les chefs de service avant leur nomination

J' imagine qu'il y a dialogue social avant la greve...

Si ce dialogue n'aboutit pas, il y a donc une revendication precise que l'on souhaite faire aboutir, pour laquelle on debute une greve que l'on continue a priori jusqu'a satisfaction...

La greve d'une journee pour une revendication indeterminee me semble une aberration, puisque par definition elle ne peut aboutir a rien : d'une part en l'absence de reponse, la greve s'arrête quand même et d'autre part il est impossible d'avoir une reponse claire a une revendication imprecise

Pour garder une valeur forte, la greve doit être a mon avis le moyen ultime mais a ce moment decisif. Je ne suis pas favorable a des greves d'avertissement ou pour se compter...

Cordialement

Jean-Marie MINOUX

Repondre au mouvement de greve des 5 intersyndicales, pour une plus forte representativite des medecins au niveau des instances decisonnelles de l'hôpital et ses choix strategiques.

Prise en consideration des conditions de travail des medecins, qui influe sur la prise en charge des patients et la qualite des soins prodigues.

Je suis tres favorable a cette greve mais n'y participe pas pour la raison majeure suivante : dans mon etablissement, notre profession est bafouee de même que les textes qui la structurent (même s'ils doivent evoluer). Je me bats pour une nouvelle reconnaissance et un nouveau respect dans ce contexte. Si je me declare "greviste" toutes les actions precedentes seront disqualifiees et de "defense du patient, de la sante publique par les prerogatives professionnelles et de l'interêt du service" deviendront caricaturellement "revendications categorielles". Je prefere continuer le combat professionnel pur actuellement.

En ce qui concerne les autres membres de l'equipe, ils sont jeunes, ne se sentent pas concernees au dela de leur avenir immediat et n'ont pas de culture professionnelle pour porter leur ideal bien qu'ils soient extremement brillants et performants. C'est dommage, plus personne ne va porter dans un futur proches les interêts precedemment cites pour lesquels nous avons oeuvre notre vie professionnelle durant et qui les a fait exister.

- Maintien de l'attractivite du me&tier de medecin hospitalier

- delta 39-48h reconnu et remunere



- reconnaissance de la penibilite du travail de nuit
-revalorisation du paiement du temps additionnel
le decompte du temps de travail sur le service d'urgence est tres defavorable avec le systeme des 1/2 journee car nous sommes postes et liberes que si la releve est bien la.
Notre temps poste est quasi complet bien loin des 20%.
le delta 39-48h n'a jamais ete pris en compte et les equipe sont dotes au plus juste sur la base des 48h donc en cas de maternite, de maladie ou de vacance de poste (qui a dure 6 mois pour 1 ETP /3.5) nous generons du TTA automatiquement qui n'est pas volontaire alors que ce delta de 9h/ semaine pourrais être notre reserve de temps supplementaire afin de ne pas induire de TTA ou de remplacement.
Reconnaissance de la penibilite, stress, travail jour/nuit
Revalorisation indemnite de sujestion et du temps additionnel
Definition claire du temps de travail
reconnaissance de notre travail

desorganisation des blocs operatoires

peu de presence ds PH dans les commissions decisionnaires et donc pression de plus en plus grande del'adminisration et des chefs de pole: travail en tension interne au detriment de la securite des patients et de l'equilibre psychique et physique du medecin.
reconnaissance du temps de travail sur 24h (5 plages et non 4 seulement)
penibilite du travail de nuit
Revalorisation salariale imperative

Il serait interessant de reflechir sur le statut des PH avec la creation d'1 ou 2 echelons supplementaires qui seraient ouverts selon le merite : chef d'UF ou de service, obtention d'une these de sciences ou HDR, publications, investissement personnel, (chef de Pôle, bien sûr).

Remuneration du TA selon l'echelon, plus value des dimanches et jours ferries (double remuneration)
1 nuit de garde = 5 plages additionnelles.

Paieement du delta 39-48 heures en heures supplementaires

Modification de la derniere loi sur les astreintes avec reconnaissance du temps passe a l'hôpital mais possibilite de maintenir une semaine d'astreinte continue, sinon, on ne pourra plus prendre des CA en raison du manque d'effectifs

REMUNIRATION DERISOIRE PAR RAPPORT A LA PENIBILITE ET A LA RESPONSABILITE.

TROP DE GARDES A UN TARIF DERISOIRE.

NON RESPECT DES ADMINISTARATIONS DES TEMPS DE TRAVAIL ET NOUS OBLIGEONS A FAIRE BEAUCOUP DE TEMPS ADDITIONEL ET UNE REMENURATION DE CE TEMPS DERISOIRE PAR RAPPORT AU TARIFS DES REMPLACANTS!!!
je termine, UN METIER DE CON !!!!!!!!!!!

Depuis 2008 aucune augmentation de salaire, aucune reconnaissance
Prise du pouvoir par les administratifs qui disposent de vehicules de fonction, telephone de fonction,...

Les avantages aux administratifs, le reste aux PH
Augmentation des tracas administratifs, croix, enquêtes, statistiques en tous genres du genre toujours inutile mais



chronophage diminution du temps clinique
nous sommes des supers secretaires a bac +10 c'est un peu juste
le service public c'est au depart un choix le choix de gagner moins
pour être libre
C'est desormais gagner moins les poings lies
le prive nous fait les yeux doux, il n'est pas loin le moment de
craquer
penibilite des gardes
vieillissement de l'equipe d'anesthesie (age moyen > 51 ans au sein
du service d'anesthesie)
ainsi que penurie actuelle des medecins anesthesistes dans le pole
TETE et COU (oph, orl et chir maxillofaciale). nous tournons a 4
medecins pour un fonctionnement normal assure par 9 medecins=>
appel aux medecins remplicants tous les jours (1 a 3 remplicants/
jour).
aveuglement de l'administration du chu devant ce probleme souleve
il ya + de 5 a 6 ans!
reponse % de grevistes: 0. je ne sais pas. nous sommes tous
assignes d'office le 14 octobre (tous les medecins grevistes du
service d'anesthesie).
les conditions de travail quotidien sont donc plus difficiles a
assurer par manque de personnel medical, une organisation
inadequate du bloc op (22 salles)...
attractivite du chu si salaires hospitaliers de debut plus eleves.

Nous bossons bien plus que ce qui nous est demande par amour du
metier, du patient et par conscience professionnelle.

cet altruisme majoritairement retrouve dans notre profession est
notre "talon d'Achille ".

Les pouvoirs publics jouent la dessus depuis toujours et ont
fini par pauperiser notre profession.

On gagnerait mieux notre vie, on ne se battrait pas pour faire
valoriser gardes, astreintes, etc.

Pour ce qui est de la penibilite au travail ... le rythme
circadien de l'humain est simple, eveille le jour et dormir la
nuit.

Merci a vous.

deficit du nombre de ph dans notre etablissmenrt alors que
l'activite ne cesse d'augmenter (en raison fermeture de la
maternite de la clinique, fermeture des blocs operatoires de 2
hopitaux proches, augmentation des plages operatoires au sein de
notre bloc)

pression administrative de rentabilite du bloc operatoire au depend
de la securite des patients (parfois nous devons assumer 4
salles!)

manque de consideraton de notre travail, de nos requetes, et de la
penibilite de notre travail par l'administration.

organisation de l'activite du bloc gere par un ingenieur qui n'a
aucune connaissance medicale!!!

Tâches administratives de plus en plus importantes au detriment du
temps medical

Les hierarchies medicale et soignante separees sont un obstacle a
la mise en place satisfaisante des projets medicaux



Filières de soins: reduction des durees moyennes de sejour sans lits d'aval suffisants

Amelioration des conditions de travail; 12 h par jour + les gardes avec impossibilites a certaines periodes de prendre le repos de securite !!!

-Absence de concertation et immobilisme de l'administration.

- Changement a repetition de la Direction sans aucune transmission de la Direction precedente (aucun compte rendu notamment) generant une absence de continuite dans les projets et l'epuisement puis le desinterressement des equipes.

- Sous effectif medical chronique (7 PH pour 2 fronts de garde H24)

- Pas de temps hors soins de possible pour gerer le Service et faire/participer aux projets.

Je suis totalement d'accord avec les motifs de cette greve, je ne suis pas personnellement greviste dans la mesure ou je ne crois plus a ce mode de protestation, que je pense que les PH sont aussi en grande partie responsable de cette situation et surtout qu'en depit des problemes rencontres dans notre profession nous sommes plutôt privilegies par rapport a la population generale. Apres avoir militer pendant de longues annees je prefere choisir un autre mode d'action a savoir travailler a ameliorer les choses au sein de l'unite fonctionnelle dont je suis responsable, faire participer tous les membres du personnel soignant a la prise de decision, opposer systematiquement a l'administration des arguments securitaires, refuser de faire des plages additionnelles, prendre integralement les jours de formation, declarer systematiquement les evenements indesirables... Je ne pretends pas que cette attitude puisse être generalisee a de plus grosses structures, je n'ai pas de solution a l'echelon general.

demande de reconnaissance de la penibilite de notre profession (gardes/astreintes, temps de travail quotidien)

degradation notable des conditions d'exercice a l'hôpital ces dernieres annees: devoir faire toujours plus (plus de qualite, plus de disponibilite) avec moins de moyens

diminution de la reconnaissance de notre profession par les instances et par le public

J'aimerais soutenir cette greve mais nos effectifs ne nous le permettent pas pour l'activite d'Assistance Medicale a la Procreation qui ne peut pas être decalée dans le temps.

Le respect de la reglementation europeenne pour les horaires, les recuperations des gardes de WE, une indemnisation enfin attribuee pour le temps de travail additionnel depassant les "39/48" heures hebdomadaires.

Je ne comprends pas les implications pratiques de cette greve .

Le management reste peut-être dictatorial dans certains hopitaux, je n'ai pas le sentiment que ce soit le cas ici,

Je ne serai pas en greve

l'hôpital public est non attractif et participe par son dysfonctionnement a demotiver les plus jeunes d'entre nous.

Il y a un cercle vicieux avec de plus en plus de demande et de moins en moins de PH avec aucune contre partie financiere. La voix des ph eet notamment d'anesthesie n'est jamais entendu.

Je ferai greve pour:

- inciter le recrutement des jeunes
- bien delimitier le temps de travail
- mettre en avant la penibilite des gardes et astreintes (en particulier apres 60 ans!)



-coupes budgetaires et suppression des postes du personnel paramedical ce qui implique une augmentation de charge de travail pour les PH avec des responsabilites pour lesquelle sils ne sont pas competents (travail AS) et confrontation de plus en plus aux mecontentements des usagers et de leur familles;

-temps de travail "a ralonge" pour la continuite des soins;

-intrusion des administratifs pour les admissions de categories de clientele non specifique a la psychiatrie par manque de place dans des srvcies MCO ou EHPAD;

-aucune valorisation ni reconna[^]ssence du temps de travail supplementaire

-avancement de carriere inadapte a l'evolution de la societe actuelle (ralenti et sans inter[^]t pour la retraite)

Reconnaissance penibilite

Effondrement de la retraite Ircantec

Non prise en compte du temps passe en gardes dans le calcul des trimestres de cotisation de secu pour la retraite.

Obligation de travailler jusqu'a 66 ans pour avoir tous les trimestres alors qu'en temps, avec 70h par semaine, on devrait y arriver 2 fois plus t[^]ot!

Obligation de faire encore des gardes a plus de 60 ans

PENIBILITE DE LA SPECIALITE NON RECONNUE.

BAREME DE REMUNERATION EN DEBUT ET TOUT LE LONG DE LA CARRIERE RIDICULE .

BAREME DE REMUNERATION DES GARDES ET ASTREINTES DISCRIMINANT .

RISQUES LIES A LA SPECIALITE NON COMPENSES.

PRENDRE EN COMPTE DEFINITIVEMENT LES GARDES ET ASTREINTES DANS LE CALCUL RETRAITE(++++).

COMPTABILITE HORAIRE DE LA DUREE DE TRAVAIL AVEC 39H/SEMAINE L'EXCEDENT ,SUR LA BASE DU VOLONTARIAT, VERSE SUR UN CET.

Le principe m[^]eme de la greve en tant que medecin hospitalier et en particulier medecin hospitalier en exercice public exclusif est contre mes convictions ethiques et deontologiques. Je suis en accord avec les revendications mais ne serai donc pas greviste surtout dans le contexte economique actuel. Les medecins sont malheureusement per[^]us commes des nantis et comme une categorie professionnelle privilegiee. Une greve ent[^]achera encore notre image. J'aurai prefere soutenir le mouvement par une manifestation.

-Reconnaissance de notre temps de travail, actuellement qui depasse couramment les 48 heures hebdomadaires hors garde

-Remuneration "decente" des plages additionnelles

-Un seul tarif de garde pour tous les PH

1)non respect en france de la reglementation europeen sur les horaire de travail max de 48 h par semaine !!!

le compte en demi-journes est un scandale, il dissimule du travail supplementaire, non-paye en plus.

nous exigeons pour toutes les specilite travaillons sur de plateux technique (bloc pour nous) une compte reel en heures sur place. En realite on fait toutes les jours 8h a 18 h ou 20 h, sans pause: donc 10 a 12 h de travail par jour, sans compter les astreintes. Donc du lundi matin au vendredi apres midi nous avons largement atteint le 48 h maximale autorisees, hors astreintes et hors weekend ! c'est un scandale pour la france et l'administration hospitalier de de ne pas respecter les horaires de travail de medecin et de ne pas respecter la legislation europeene.

2)il faut un contrepouvoir au directeur et au chef de CME ! la CME doit se democratiser. le system actuelle favorise l'apparition de medecin "manager" et "politicien", qui font la politique pour leur



propres intérêt et abuse leur pouvoir pour le reglement de comptes.
le directoire, veritable "politbureau" digne d'un system stalinien,
doit etre remplace par une concertation plus large.

3)Ok pour la revalorisation des astreintes et gardes et la
suppression de 4 premier echelons. Mais le fric n'est pas la
premier motivation pour la greve! C'es sont de condition de travail
qui se degradent et l'incompetence et negligence administrative qui
rend l'exercise de la medecin (chirurgie) hospitaliere de plus en
plus difficile.

Les revendications du SNPCHAR et de le CPH sur la gouvernance a
l'hôpital et une synergie entre une intelligence et un bons sens
medical et administrativo-economique. Pour une transition qui
responsabilise les adminstratifs et les medecins dans une alliance
intelligente dans l'interêt de tous les patients et leurs proches.
L'hôpital doit servir les collectivites et pas les interêts
particuliers.

- absence de reconnaissance de la penibilite (gardes, souvent
lourdes, jusqu'a un âge avance, patients critiques, contact avec
des situations difficiles, parfois seul medecin present sur place
dans certaines structures et donc requêtes permanentes pour tout et
n'importe quoi)

- responsabilite elevee car risque vital pris de façon quotidienne
pour les patients sans aucunes valorisation pecunieres

- aucunes facilites dans les structures pour l'acces aux creches,
aux logements de fonctions alors que nos amplitudes horaires sont
parmis les larges des medecins (bloc:7h00 - astreinte/gardes: 18h a
24h sur place)...

reconnaissance de la penibilite du travail

arret de l'utilisation des mercenaires et embauche de PH titulaires
revalorisation des salaires et du staut des retraites

-Contre le "Directeur-Dictateur"

-Non respect des engagements de 2012..

-Aggravation des conditions de travail

-election du chef de pole par ses pairs....

revalorisation du temps de travail et des gardes

conditions de travail depolrables

MANQUE Dd'attractivite

- remise en question de la loi HPST, de la demedicalisation des
decisions et de la bureaucratiation ; trop de pouvoir au chef de
pole.

- remise a plat du statut de praticien hospitalier, statut miteux
Loi HPST anti patient, anti medecin

anti deontologique et impossiblite de contrôler les choix
d'orientation arbitraires et cout efficacite de notre
administration.

Incomprehension qui en decoule entre les soignants.

Impossibilite pour moi d'exercer la medecine dans ces conditions.

Agravation prevue par les modifications a venir remettent en cause
mon metier, l'idee que je m'en fait et mes obligations envers le
patients.

Enfin, destruction du service public de sante.



Travail dans un hôpital ESPIC

Reanimations ayant fusionne recemment, separees de l'anesthesie
Complexite des modifications locales permanentes, adaptabilite et
resilience pour adequation entre moyens et activite

Absence d'activite syndicale medicale

prise en charge de la penibilite, temps de travail, respect et
reconnaissance du travail des PH/ administration

- maintien de l'attractivite des carrieres, preservation des
statuts

- maintien et amelioration de la remuneration

- maintien et amelioration de la qualite des soins

- maintien et amelioration des conditions de travail

- implication insuffisante dans les choix institutionnels

coherence medicale du projet de service

plus de pouvoir medical decisionnaire et non consultatif dans les
instances de l'hopital

1) une reconnaissance de la fonction medicale

2) une revalorisation salariale

3) que les directeurs ne restent pas les seuls decisionnaires de
l'avenir hospitalier...

- reconnaissance du temps de travail de nuit en revalorisant les
24h a 5 demi-journees et non 4

- prise en compte des plages additionnelles en tant que telles, et
non pas payees quelques euros apres deduction de l'indemnite de
sujetion

- reevaluation du prix de la garde

prise en compte de la penibilite pour la retraite anticipee

,majoration des remunerations (gardes et plages

additionnelles),budget adapte a la fmc

-difficultes relationnelles avec la Direction (pas de veritable
directoire, informations au "compte goutte" et souvent partielle,
peu ou pas de reponse a nos sollicitations)

-Penurie de PH, avec une absence d'attractivite du statut

incapacite des directions administratives pour manager l'hopital

SALAIRES, conditions de travail, fin de carriere

LOI HPST et role du chef de service

prise en compte de la penibilite du travail des ph qui assurent une
permanence de soins

Maintien des RTT a 19 jours; TA a partir de 40h/semaine . 24h = 5
demi journees et non 4.

Je suis CCA mais j soutiens le mouvement.

Je souhait avant tout un rvalorisation du travail, par un decompte
plus clair du temps (je suis contr le decompte en demi journee) et
surtout du temps additionnel

- redonner du pouvoir aux PH et CME (nomination, recrutement, mais
egalement gouvernance partagee)

- attractivite des carrieres et grille salariale

- conditions de travail et sante

Respect des conditions de travail

PH depuis 1986. C'est la premiere fois que je ne m'associe pas a un
mouvement de greve.

Je pense que cette greve ne servira a rien, sinon a nous
discrediter. Le taux de greviste sera faible, car ce mouvement
n'est pas relaye aupres des praticiens (je n'en ai ete informe que



parce que je consulte regulierement les sites des syndicats)
Les pouvoirs publics nous menent en bateau depuis des annees, avec la complicité des syndicats dits "de gouvernement". Le fait que la ministre daigne recevoir les PH 3 jours avant la greve est symptématique de sa conception du dialogue social. Les quelques concessions qu'elle a faites sur la gouvernance ne seront probablement jamais concretisees.

Les PH n'ont que 2 alternatives :

-soit ils continuent a "negocier" comme il le font depuis 20 ans, et leur place dans le fonctionnement hospitalier continuera de se reduire (quelle regression depuis mes debuts!).

- soit ils s'engagent dans la confrontation, scenario hautement improbable dans la configuration politico-syndicale actuelle.

La greve proposee demain s'inscrit dans la premiere alternative et je n'y souscris donc pas.

Cordialement.

Mes motivations:

La gestion des hôpitaux est devenue une entreprise dirigee par des administratifs qui ne cherchent que le rendement.

Les contrôles ne servent a rien, l'hôpital est prevenu et va afficher une belle vitrine le jour du contrôle , mais derriere il n'y a pas la volonte de mieux soigner, seulement la volonte de ne pas être sanctionne. Les accreditations sont une vaste fumisterie, des le lendemain les choses redeviennent " affreuses", adieux l'obligation de port de blouses, adieux l'interdiction de mettre les sacs poubelles par terre, et j'en passe....

Le taux de maltraitance des patients est enorme. le taux de maltraitance des personnes âgées est enorme, la encore, le but n'est que financier. Les etablissements repondent au coup par coup aux familles et veulent surtout eviter les plaintes, mais quid de la reflexion de fond ?

Les cadres de soins superieure ne sont plus a leur place au niveau decisionnaire, de plus en plus ils/elles prennent des decisions qui vont a l'encontre du bien des patients tout en declarant a la direction que tout va bien. Cette hierarchie des soins IDE est perverse et le nombre d'arret de maladie des aides soignants en est la consequence.

Bref, nous sommes devenus quoi nous medecins dans un hôpital ? des larbins que l'on stresse, que l'on menace, dont on exige un travail de codage, de paperasseries inutiles sense servir de vitrine a des directions qui n'en ont plus rien a faire des valeurs du soins, soigner, respecter être au service de.... bref... dans quel monde sommes nous tombes ?

La situation est bien pourrie et nous n'avons pas le temps, le savoir, le courage de nous defendre, et nous nous en remettons a vous les syndicats

:-(bon courage

retrouver une dignite au sein des institutions hospitalieres (mepris institutionnel actuel) et redonner un pouvoir legitime a la CME avec :

- nomination du chef de pôle sur la proposition du president de CME (apres consultation de la CME),

- reintroduction formelle des services (et valorisation de la notion d'equipe medicale),



- avis de la CME pour tous les contrats medicaux,
- maitrise par la CME de son reglement interieur par decret,
- avis de la CME pour la nomination des membres medicaux au directoire
- engagement a determiner le mode de nomination des chefs de service par decret
reconnaissance de la penibilite (gardes , sous effectifs pendant les RS et les congés). revalorisation des periodes de TA au deal de 10 1/2 journees (ce qui signifie le plus souvent au dela de 50heures dont des heures de nuit) , participation plus large dans la gouvernance hospitaliere et eviter les conflits internes entre collegues pour cette course a l'acte ...
Compte-tenu de reponses gouvernementales aux revendications, même si elles sont incompletes, il me semble inadapte d'être en greve. Je n'ai reçu l'information que tardivement et je ne veux pas deprogrammer tous les patients que je suis et que j'opere.

La question concenant la gouvernance hospitaliere est bien sûr interessante mais la question financiere l'est encore plus (remuneration des gardes, repos de securite, temps de travail et temps additionnel, grand ecart salarial entre les remplaçants et nous permanents ...)

Je suis degoûte de la position des autres intersyndicales qui ont baisse leur "culotte" devant la ministre et les "belles" promesses n'engagent que ceux qui y croient...

Le ministere va gagner du temps, ce n'est pas nouveau.

J'ai 60 ans, en AT depuis 8 mois pour 2 ieme recidive de surmenage professionnel, conge longue maladie demande.
Il m'a fallu 5' pour inscrire sur un papier 10 noms de collegues soit morts au/par le metier(suicide , alcool, toxicomanie, chute d'helico) soit "torpilles" par une affaire medico legale.
Par chance j'ai sauve ma peau.
Les jeunes ont parfaitement compris que l'hôpital est devenu un monstre dont la bêtise le dispute a la cruaute, ce pourquoi ils s'en detournent.
Je suis greviste "de confirmation": l'hôpital publique digne est mort, il faut l'enterrer et en rebâtir un autre, avec le même esprit que les bâtisseurs de 1950 qui avaient tenu compte des nouveautes de leur epoque, dont le chiffre est aujourd'hui 2014.
Les pantins grotesques aux gesticulations pathetiques qui s'affublent du titre de manager donnent a voir l'assourdissant resultat de leur merveilleux objectif fixe en 1980: reduire l'offre de soins.
C'est reussi, l'objectif est magistralement atteint dans les deserts sanitaires qui s'etendent plus vite que le Sahara.

Cordialement a tous

je reprends l'essentiel des revendication que vous avez emises
- formation continue
- suppression des 3 premiers echelons
- 8 demi-journees de clinique et 2 demi-journees hors clinique
- refonte de la grille salariale
- le maintien des 19 jours de RTT
- tarif pour l' indemnites de sujétion



- l'indemnité du temps de travail additionnel
j'ajouterai, le respect de la réglementation relative au repos de
sécurité, ce qui est loin d'être le cas
Temps de travail hebdomadaire 39 % 48 h
Nomination chef de pôle par le directeur
1/ Retrouver un pouvoir médical décisionnel démocratique et non pas
seulement consultatif au sein d'une CME représentative et
démocratiquement élue

pouvoir qui avec la loi HPST, a été reporté sur le seul DIRECTOIRE

avec des MÉDECINS CHEF DE PÔLES pas toujours préparés ou formés à
ce difficile exercice non valorisé et parfois dépassés par
l'ampleur et la diversité des services et activités qui constituent
leur pôle...

ET UNE DIRECTION... DES SOINS (ET NON PLUS DES SEULES SOINS
INFIRMIERS qui était l'appellation d'avant 2007!)

2/ Reintroduire de façon claire et décisionnelle l'entité de
"services" et la place, le rôle et les missions d'un chef de
service dans la gouvernance;

3/ Rester attractif avec des conditions de travail et un outil
hospitalier public qui reste performant et cohérent et pas destiné
à faire du bénéfice sur la santé de nos concitoyens;

4/ Reconnaissance de la pénibilité au travail nécessitant une
réflexion concernant la part de TEMPS NON CLINIQUE des praticiens
qui de part l'évolution et les progrès de la médecine nécessitent
formation de soi et des autres, recherche et autres activités
permettant l'évolution des services : RMM, protocoles même si non
CHU ..et par conséquent, l'adaptation des temps de travail et des
effectifs : si toutefois nous voulons conserver notre niveau
"d'excellence" tellement envié par bon nombre de pays.

5/ la progression des carrières hospitalières mises à mal par
l'intérêt des Directions hospitalières qui adoptent actuellement
une politique de recrutement et de management destinées à ce que
les personnels médicaux et paramédicaux ne restent pas (plus) en
poste trop longtemps dans le public avec la motivation d'y faire
carrière... voire suppriment des postes pour raison budgétaire :
Trop coûteux le personnel pour notre système de santé publique
précarise !?

6/ Abroger le DPC "exception à la française" qui n'apporte rien en
qualité de formation médicale continue
prise en compte de la pénibilité, du travail de nuit faisant suite
au travail de jour..
accessibilité à la FMC du DPC plus simple
pouvoir dictatorial de la direction qui s'appuie sur qq PH nommés
chef de pôle et fiers de l'être, rendant ainsi les initiatives
médicales impossibles et l'organisation fonctionnelle déficiente
gouvernance de l'hôpital déplorablement administrative

jeune médecin. protection de ma qualité de travail, ma qualité de
vie. reconnaissance de la pénibilité. permanence de la qualité des
soins. crainte pour l'avenir.

Aucune, les motifs de grève annoncés sont totalement insignifiants
face aux problématiques de santé actuelles. Un seul nom pour les



chefs de pôle sur proposition du president de la CME ??? intérêt nul, tous comme les autres motifs annonces

Attractivite

remuneration vis a vis des' interimaaires

le principal probleme

que nous rencontrons au sein de notre servcie et notre specialite est le sous effetif medical chronique.

Il ya peu d 'anatomopathologiste actuellemnt donc il devient delicat de faire face a la quantite de travail, sachant que nous ne somme pas des automates chaque resultat est le fruit d'una analyse complexe au microscope. Si nous ne sommes pas la aucun resultat ne sort!!!

En plus exerçant au CHU nous devons être referant d'une specialite , nous devons former les internes, faire des smemoires des theses de la recherche clinique....

Notre metier evolue et on nous en demande de plus en plus la precision du diagnostic en cancerologie ceq ui est une avance medical majeure mais au prix d 'un tavail consequent.

Le salaire des PH en anapath n'est pas valorisant (pas de garde ; aucun avantages) pour remplir notre mission le salaire est le plus bas en comparant a nos collegues du prive et des centres anticancereux!!!!

employer quelqu'un est difficile les salaires non attractifs et le manque de souplesse du sytème nous met dans une situation compliquee (qui peut etre comparee a celle des radiologues ..).

Merci

- Les consequences en terme de gestion de flux de patients deviennent insupportable depuis l'avenement de la T2A. Chaque service "joue" pour lui et si un patient n'est pas rentable en terme de T2A alors il devient un poids que personne ne veut prendre en charge. L'ambiance qui decoule de ces situations est propice aux conflits. De plus, j'ai le sentiment qu'il faut se justifier en permanence pour montrer que l'on est rentable, mais quand je passe du temps aupres de familles pour expliquer les consequences de telle ou telle decision medicale, et que je les prepare au pire, comment est ce que je "cote" ce temps? Heureusement que les familles nous remercient tres tres souvent malgre la durete de ces moments.

- Mes collegues du privee gagnent deux fois plus que moi et eux ne font pas de garde. Ils sont d'astreintes une semaine sur cinq ou six voire mieux, quand de notre cote on fait entre 4 et 5 gardes par mois dont un ou deux week end. Et je ne parle pas des fêtes comme Noël ou la permanence des soins nous imposent d'être la alors que la clinique ferme ses portes pour que tout le monde soit en vacances. Attention j'aime le service public, mais les contre parties, notamment financieres, ne sont pas a la hauteur des contraintes (bien entendu toutes proportions gardees par rapport a d'autres professions qui gagnent moins que nous).

- Vive le service public. Vive l'hôpital. Vive la France Solidaire.

obtenir des conditions de travail compatibles avec une vie normale...

c'est a dire moins de 60h hebdomadaire

Volonte d'une meilleure representation du corps medical au sein des instances decisionnelles de l'etablissement hospitalier.

Crainte pour l'avenir (diminution des RTT, passage des blocs en 10h30 sans veritable concertation prealable avec les medecins,



etc....).

Volonte que soit reconnue la penibilite du travail de nuit.

Je souscris a toutes les demandes du SNPHARE et de Avenir Hospitalier, visiblement seules organisations a defendre les intereêt des PH de terrain.

Nous hesitons tous ici depuis des mois de non ecoute a une demission massive de l'equipe (pour passer dans le prive ou l'interim medical, n'importe ou ou nous respecte), le Ministere doit nous entendre cette fois, sinon, c'est ce que nous allons faire, la lettre est prête.

departes retraite multiples et non remplaçes
seniorisation des internes pour faire tourner les blocs
impossibilite de reduire son temps de travail en fin de carriere
pour partir plus tard en retraite
plan de carriere et de conditions d'exercices non attractifs pour les plus jeunes

je ne fais pas greve car cela sera complique pour le fonctionnement du service , sinon , les conditions de travail sont devenues difficiles a tous les niveaux .

je m'etais porte greviste a l'appel de mon syndicat (snam-hp) et suis donc non greviste apres le retrait du preavis.

je suis chef de pôle depuis 2 ans et je trouve les avancees obtenues satisfaisante en terme de "management"en tout cas susceptibles de simplifier mon quotidien.

cela dit pour le ph "de base", cela ne va rien changer:
sous-effectifs chroniques, directeurs qui ne s'occupent que de ce qui les interesse (ah la carriere...)et pas du tout des projets issus du pôle .

je suis egalement oblige de constater que je ne mange pas a midi 1 jours sur deux (blocs, reunion, instance,urgences...) et que cette situation, d'abord exceptionnelle, est maintenant quotidienne.

je suis egalement choque au quotidien par les affaires medicales et leur vision des PH: "il faut mieux recruter des PH non geres par le CNG, au moins on peut les virer en cas de problemes..." .

Je suis egalement tres surpris d'apprendre que nombre de PH ont "negocies" directement avec les affaires medicales pour augmenter substantiellement leurs salaires (quid du statut unique), sans aucunes traces aux instances ni dans les budgets bien entendu (transparence des budget?).

L'ayant vecu, je trouve egalement scandaleux cette loi antediluvienne qui nous oblige a recuperer les medecins des structures privates (ayant fait faillites et repris par le public), avec leurs avantages salariaux (et un etat d'esprit peu enclin a la permanence des soins)qui pose des problemes de coexistence dans la structure de medecins faisant le même boulot, mais dont certains gagne 20% de plus et freinent des 4 fers des qu'il faut revenir en astreinte de week-end

A titre de reflexion pour l'avenir: L'ANAP et autres organismes nous donne assez facilement des chiffres de rentabilite pour les soignants, mais aucun pour l'administration! un chiffre me suffirais: combien de directeurs par lits!

bon courage pour la suite

Manque de representativite dans l'hôpital



Manque de prise en compte de l'avis des medecins dans la gestion hospitaliere

Changement de gestion de l'hôpital en delaisant le côté humain
l'evolution de la vie hospitaliere degrade la qualite de ma vie professionnelle.

J'ai eu la chance d'avoir une activite passionnante et je souffre de voir ma pratique perdre peu a peu son sens.

Nous construisons un nouveau systeme de soins et nous sommes en train de devenir des Ouvriers Specialises "manages" par des administratifs depourvus de toute ambition soignante.

aucune motivation. Par ailleurs la greve est un moyen inefficace chez les medecins puisque jamais complete, voire un benefice reel pour les administrations (un jour de salaire en moins)

pour la prise en compte de la penibilite des medecins soumis a la permanence des soins ou aux journees de travail longues :

- 24 heures = 5 plages et non 4 demi-journees pour les services ou le temps de travail est decompte en demi-journees

- un seul tarif pour l'indemnite de sujestion : 473, 94

- un seul tarif pour le temps de travail additionnel : 650 comme une journee de medecins interimaire

- pour l'attractivite des carrieres medicales a l'hôpital :

- la prise en compte du delta 39h-48h dans le decompte du temps de travail et remunere sous forme d'heures supplementaires

- le maintien de nos 19 jours de RTT

- le respect du Code de la sante publique : 8 demi-journees de clinique et 2 demi-journees hors clinique chaque semaine

- une refonte de la grille salariale avec suppression des 3 premiers echelons

- des moyens pour notre formation medicale continue qui est obligatoire.

respect du temps de travail de 40 heures, et respect d'un temps de travail non clinique

respect de la mission et fin du stakhanovisme medical. La medecine necessite de la serenite

primaute de la mission de service public a l'hôpital sur la finance. au besoin changement de la T2A ou du mode de financement de l'hôpital

Evaluation des directeurs et directoires sur l'accomplissement de la mission de service public en priorite. La finance doit être au service de la mission de service public et non l'inverse.

Fin du directeur omnipotent qui transgresse toutes les regles et lois avec la benediction du politique.

retour d'une attractivite pour les PH (formation continue non tracassiere comme a l'heure actuelle) retour de l'enseignement au profit des personnels paramedicaux et surtout des internes. En resume retour d'un fonctionnement normal de l'hôpital.



Sans oublier augmentation du numerus clausus. il est inadmissible que l'hôpital prefere des medecins a diplômes etrangers et pas toujours competents a des medecins français qu'on ne forme pas et qu'on envoie au chômage.

Je suis le seul PH d'une equipe de 7 MAR au sein d'un ESPIC (les autre etant sous convention FEHAP).

En ESPIC ou au CHU (dont je depend), la course frenetique a l'activite est en train d'user les personnels jusqu'a la corde d'autant plus que les effectifs se reduisent de plus en plus du fait du depart des jeunes qui refusent de travailler dans ces conditions.

Le manque de reconnaissance de l'investissement en temps et en energie n'est que la partie emergee du mepris de moins en moins masque dont fait preuve l'administration a l'egard des personnels. Ce doit cesser.

Temps de travail
salaire des gardes

Modification de la gouvernance pour donner la parole aux praticiens de terrain plus qu'aux praticiens de reunion..dans le but de securite des patients qui semble souvent oublie.

Marre du mepris de l'administration marre du chef de pole incompetet notoire qui decide dans des domaines ou il est completement incompetet avec la benediction de l'ansm

je suis solidaire de tous les PH qui font greve ,moi je ne peux pas le faire car on n'est pas nombreux dans la region et le risque est de penaliser encore plus les patients avec des RV encore plus loin. Beaucoup de probleme dans nos hopitaux ,les medecins sont de plus en plus ecrase par une administration de plus en plus lourde et hegemonique.

les medecins ont perdu tous les pouvoirs decionnels et sont obliges d'appliquer les decisions administratifs qui sont dans la plupart des cas non discutees en CME.

Derniere decision de notre administration : pour aller en formation(obligation deontologique)le medecin doit faire une demande qui va être examine par le chef du service puis par le chef de pôle puis par l'administration pour emettre un avis favorable ou defavorable donc parcours de combattant administratif.

ça nous donne plus envie d'aller se former.

Donc je soutiens a 100% les grevistes.

Conditions de travail et surtout insecurite croissante pour les patients liee a ma pratique imposee de l'ambulatoire sans tenir compte des pathologies associees des patients

Reduction des effectifs medicaux soignants

mepris de l'administration

mutualisation au depend de la qualite des soins, nos tâches augmentent mais pas le nombre de praticien

manque de valorisation,

manque de dialogue avec l'administration

mauvaise prise en charge de la formation continue

En sous-effectif depuis plusieurs annees et dans l'impossibilite de faire la greve. je reclame tout simplement une reconnaissance de la profession, de la penibilite pour les gardes de nuit et de sa prise en compte dans le calcul de l'âge de la retraite.

Valorisation de la remuneration des gardes de weekend et de nuit.

Reconnaissance de la penibilite sous forme d'harmonisation de decompte du temps de travail entre services dits de "soins continus" (decompte en heures, le plus precis et le plus avantageux



en terme d'estimation du temps additionnel) et les autres services comptes en demi-journees (floues et tres elastiques), egalite de reconnaissance du temps de travail (et du droit au repos de securite) et de la remuneration entre gardes residentes et astreintes operationnelles, dont certaines sont dans la pratique plus lourdes que certaines gardes residentes.

Clarification du DPC, de son organisation, de son mode de financement ; dans le cas de l'anesthesie-reanimation : definition claire du rôle du CFAR et de la raison pour laquelle il reclame a l'etablissement hospitalier 30% de plus que le prix reel d'une session de FMC, alors qu'auparavant une FMC etait directement remboursee au praticien a hauteur des frais reels

pas greviste car peu concerne par les pbs de continuite, d'astreintes et de gardes, je suis cependant solidaire; greve pas utile il existe d'autres formes d'actions

ce n'est pas non plus cela qui nous debarassera des directeurs parasites et bouches

sur le fond tt a fait d'accord pour eliminer purement et simplement la loi HPST et reprendre une gestion hospitaliere avec et non contre les PH

Impression d'une desertion de l'esprit medical dans la culture de l'hôpital.

Manque de reconnaissance qui se voit a l'aune des decisions administratives et politiques.

Quitte a faire comme du prive, autant faire du prive...

inegalite public / prive comme si ce qui etait valable pour les uns ne devait pas l'être pour les autres ...

a croire effectivement que les acteurs du service publique ne repondent pas aux obligations de permanence des soins et a leurs consequences dans l'alternance des rythmes jour / nuit..

Indemnisation des gardes

Suppression des echelons 1 a 3

Revalorisation de la penibilite

Autant demesure visant a maintenir une certaine attractivite de l'hopital public

reconnaissance de la penibilite de travail

attractivite du secteur public

grille salariale

Je ne suis pas greviste mais je comprends l'ensemble des motivations, il y a des negociations en cours avec le ministere de la sante, raison pour laquelle je ne fais pas greve. En revanche si ces negociations sur le statut de PH n'aboutissent pas et qu'une nouvelle journee de mobilisation est organisee, je ferai greve.

Le statut PH doit être revalorise, la penibilite de notre travail doit être reconnu et non meprise sous pretexte que nous sommes des nantis (!), l'autorite administrative trop pesante dans les

hôpitaux, l'excès de technocratie est en train d'user et tuer la profession. L'autorite medicale doit être respectee et doit peser dans la direction des hôpitaux et ARS, qui jusqu'a present ne font que du management ou pseudo management repressif et negatif, a la limite du harcelement, dont on peut tout a fait douter de leur efficacite et de leur utilite en rapport a leur taille gigantesque...

Les economies se font sur les personnels de terrain (IDE, Medecins...) qui ne l'oublions pas, font rentrer l'argent dans les hôpitaux de part leur activite, sans cesse et toujours plus contrôlee par des agents administratifs toujours plus nombreux et couteux... Au lieu de se recentrer sur l'essentiel de notre mission...

Je ne peux me permettre de faire greve, etant financierement tres juste actuellement (et oui, les praticiens hospitaliers ne sont pas



riches, même s'ils ne sont pas les plus à plaindre).

L'envie de faire greve n'est cependant pas absente et les motivations sont les suivantes :

- exercice de la profession usante et mal remunerée
- absence quasi totale de liberté dans la prise de décisions (même personne pour chef de pôle et chef de service...tous les pouvoirs sont dans les mêmes mains...et dans le même site (le plus gros évidemment après fusion de deux sites...mais le plus rentable n'était pas forcément le plus gros avant fusion...)).
- personnel réduit à peau de chagrin...mais il faut quand même avancer pour l'accréditation avec aucun moyen supplémentaire dans un laboratoire polyvalent!
- absence de prise en compte dans la carrière et pour la retraite des nombreuses gardes et astreintes qui ont été effectuées au cours de la carrière car pas de reprise d'ancienneté pour les praticiens d'environ 50 ans...et pourtant, avant, il n'y avait pas de repos compensatoire!!!
- formation obligatoire...mais obligation d'avancer les frais de formation pour les praticiens hospitaliers en attendant un éventuel remboursement 6 mois plus tard!!
- prime pour les chefs de pôle...mais quid des activités autres type gestion d'un dépôt de sang??
- sensation de "flicage" de l'administration via le chef de pôle concernant l'emploi du temps des praticiens hospitaliers (bien sûr, jamais là, toujours en retard...).
- enfin, modification de l'organisation des services : les praticiens sont des employés comme les autres, et la moindre remarque faite à une personne du personnel non médicale peut lui retomber dessus (accusation d'harcèlement....) Par contre, en cas de pb, c'est à lui que l'on demande de rendre des comptes!!!

Voilà le ressenti d'un biologiste qui exerce dans le même laboratoire hospitalier depuis environ 18 ans. Pourtant, ce laboratoire, ce biologiste ne le reconnaît plus!!!

penibilité à reconnaître +++++ et avec effet rétro actif pour la génération > 50a !!!!

étant seule en charge d'une des activités de spécialité de la neurologie et consultant toute la journée du 14 octobre, je ne pourrais pas faire greve ce jour là autrement que de façon symbolique.

Cependant je tiens à vous assurer de mon soutien concernant l'ensemble de ces revendications

Penibilité

PDS

Tout à fait solidaire du mouvement de greve

Un praticien en repos ce jour un de garde le troisième a un planning d'écho prévue depuis plusieurs semaines incapacité à décaler ces RDV

Soutiens total car absence de reconnaissance surtout dans nos structure en astreinte opérationnelle avec les lendemain d'astreinte la nécessité de travailler même si la nuit s'est passée en salle d'accouchement 36 h non stop pas toujours exceptionnel

merci

Manque de considération de la part des administratifs.

Manque de moyens.

Problème de postes non pourvus avec surcharge de travail de plus en plus importante.



Peu de perspective de carriere pour de jeunes medecins motives qui se heurtent a un refus d'avancement de la part des Directeurs qui preferent renouveler le "stock" plutot que fideliser les medecins competents .

Gardes sous payees non integrees au calcul de la retraite.

Gardes de weekend indexees au même tarif que celles de semaine.

Conditions de travail qui se dégradent avec de plus en plus de violence verbale voire physique, de menaces a personne. Aucun soutien de la Direction qui n'est jamais volontaire pour porter plainte. Par contre, tout est bon pour nous demander des comptes pour toute plainte, même totalement injustifiée.

Poids administratif de plus en plus lourd.

Menace du burn out. Aucune prise en charge psychologique ni soutien par l'etablissement.

En gros, demandez-nous de quoi vous avez besoin, le directeur vous expliquera comment vous en passer. Ou "demerde toi, le ciel t'aidera".

Je suis Chef de service et ai pris l'avis des medecins de service pour ecrire ceci.

epuisement par la permanence des soins, la lourdeur des tâches administratives, la difficulté a organiser le travail au bloc operatoire du fait d'un manque d'effectif d'anesthésistes (quand il ne s'agit pas d'un deficit de competences... a cause du recours a l'interim)

Dire (hurler?) la necessite de travailler sur l'attractivite du metier de medecin hospitalier. Nous faisons un metier passionnant et pourtant de moins en moins attractif, ceci traduit un profond malaise qui a terme retentira sur notre systeme de sante tout entier.

Ameliorer les conditions de travail car être dans une logique bureaucratique de rendement avec une charge de travail sans cesse croissante et de moins en moins de moyens humains et donc de temps pour la faire est un excellent moyen pour que tout cela explose a plus ou moins long terme.

Reconnaissance et valorisation pleine et entiere de notre travail et de notre statut. En termes de droits aux divers conges et formations. En termes de revenus egalement. Il ne s'agit pas de dire que nous sommes "malheureux" financierement et dans le besoin mais simplement de faire valoir que, pour la plupart, nous ne comptons pas nos heures cliniques et extra-cliniques et qu'il me semble qu'une partie non negligeable de tout ce travail n'est pas valorisee que ce soit en termes de revenus ou de reconnaissance tout simplement. Or valoriser et reconnaître un travail c'est valoriser et reconnaître celles et ceux qui le font ce qui est indispensable a l'equilibre de tous donc a l'equilibre de l'institution hospitaliere.

Reaffirmer la place du medecin dans la gouvernance de l'Hôpital. Cela ne signifiant pas revenir aux temps des "mandarins" bouffis d'ego qui dirigeaient leurs services et l'hôpital comme bon leur semblait sans aucun contrôle. Il faut trouver un equilibre entre cela et le plein pouvoir aux administratifs qui sont a 1000 lieues des realites quotidiennes du travail aupres des patients avec ce que cela genere d'aberrations et de frustration actuellement.



-epuisement par la permanence des soins en astreinte (1 jour /3 et 1 We /3 voire 1 sur 2 en periodes de conges, voire 1 semaine continue d'astreinte (a 3 reprises cette annee...)
-lourdeur des tâches administratives (codage, organisation des -secretariats, certification, accreditation, DPC, EPP, CME, conseil de surveillance (2 reunions du soire cette semaine...))...
-extrême difficulte a organiser le travail au bloc du fait d'un deficit de medecins anesthesistes (en nombre quand ce n'est pas en competence du fait de l'interim...) : delais de programmation a 2 mois parfois, defaut de coordination, tâches habituelles (prescription connectee informatique par exemple ou codage...) mal maitrisee par des interimaires donc surcroit de travail de correction par les titulaires...
-plethore de cadres infirmiers inefficients pour des reunions multipliees et improductives alors qu'on manque de personnels de terrain (secretaires, IBODE...) : 6 cadres infirmiers + 1 cadre sup dans mon pôle alors que nous n'avons dans le service que 4 secretaires epuisees pour hospitalisation et consultations pour 8 chirurgiens
defense du statut de PH face aux statuts "degrades": remplacement, interim ...
reconnaissance du temps de travail effectivement effectue: delta 39-48h non pris en compte,
plages additionnelles sous remunerees,
peu de temps a consacrer a l'activite non clinique
reconnaissance de la penibilite du temps de travail de nuit avec repercussion personnelle (alternance jour, nuit), repercussion sur famille ...
La "remedicalisation de la gouvernance hospitaliere" n'est qu'un engagement de plus et je ne crois plus qu'aux actions concretes puisque même les lois et les decrets existants ne sont pas toujours ou toujours pas appliques (cf arrêté du 08 nov 2013).

Ma principale motivation est la PRISE EN COMPTE DE LA PENIBILITE de certaines specialites (travail de nuit, rayonnements ionisants, exposition au bruit, taux d'hebergements croissants par fermetures de lits de chirurgie conventionnelle) agravee par la desorganisation grandissantes de certains blocs operatoires du fait du manque d'anesthesistes et/ou de personnel.

Cette prise en compte de la penibilite doit se traduire a la fois par la revalorisation de la permanence des soins (et respect de la legislation du TTA), par une surveillance de l'impact sur la sante des PH, et par une prise en compte pour la retraite et le nombre de trimestres demandes.

De reels moyens de satisfaire aux obligations de formation continue et la possibilite reelle de poser les jours de conge formation (impossible dans les petites structures), seraient egalement appreciables.

nous etions 3 anous declarer

Je me retire apres communique Convergence mais nous restons vigilant

L.BUTON

Mepris des institutions

Mauvaise consideration de la penibilite, notamment du travail de nuit en astreinte, du nombre d'heures par semaine ou des duree de plage de bloc operatoire.

Statut bancal

Manque evident de postes puisqu'il manquait de candidats jusqu'a present (donc pas ou peu de creation) alors que le nombre de sites



de garde progresse.

Absence de temps universitaire ou de formation

la non reconnaissance au travail , la penibilite et le manque de respect de nos efforts. Abrogations quotidiennes des droits acquis et retour en arriere .

Respect du Temps de travail a 39h

les heures sup debutent a partir de 39h

Decompte du temps de travail en heures...pour tous

application de la loi sur les astreintes

manque attractivite du statuts des PH

risque de voir les hopitaux en difficulte dans un futur proche
les salaires et les conditions de travail sont une cle pour cette attractivite

merci pour l investissement

- attractivite des carrieres

- revalorisation de la permanence sur place

- 2 demi journees hors clinique

reconnaissance de la penibilite

Il est inconcevable que le medecin n'ait pas son mot a dire sur le choix du personnel de son equipe; la decision de la "DS , est prise loin du terrain et ne tient pas compte de l'avis du terrain - equipe, dont medecin- quand il lui est -rarement- demande.

Il faut aussi que l'administration apprenne a gerer un budget des le niveau du terrain en ce qui concerne l'had; notre activite represente peu / MCO et nous n'avons pas les moyens de gerer notre "petite entreprise" exposee, parfois abusivement, aux revendications des differents professionnels notamment liberaux et prestataires.

Et puis je n'ai pas de successeur, c'est la consequence de ci dessus, et ai du prolonger mon activite d'un an; je pars et le service va fermer alors que nous tournons bien et que ces patient vont devoir rester a l'hospital ou pris en charge a domicile dans l'inconfort et l'insecurite, et pas forcement a moindre cout.... prise en consideration du travail de nuit et sa penibilite.

(le chu se permettant de me retirer 1 plage de travail alors que j'ai travaille 24h de suite)

prise en compte du temps de travail de jour poste de 10h/12h de suite avec pause repas parfois impossible en tous cas pas de reel pause .

salaire, conditions d'exercice

la greve n'est pas un bon moyen car prend en otage les patients

.Aquand une greve des codages ?

Penibilite du travail de nuit++++

La nuit devrait compter 3 demi journees, puisqu'elle compte 14h!!!

Comptabilisation des gardes et astreintes pour la retrtaite.Plus d'un dixieme de notre temps; donc environ quatre ans!!!!

Insecurite des textes sur la permanence des soins, pendant laquelle les equipes sont tres reduites lorsqu'il y a une maternite, notemment de plus de + de 1500 accouchements.

Rappeler la lourdeur des patients du public, qui sont regulierement refuses par nos centres prives voisins. Donc, reconnaitre la difference de patientele.Non pas sur le plan sociai, mais medical a proprement parler.Consultation plus longue, hospitalisation de



même, ambulatoire moins adapte de ce fait.

Sans parler de la difference de remuneration, qui fait qu'additionne a la demographie, il n'y aura que tres peu d'anesthesiste dans la fonction publique si on ne propose aucune attractivite.

conditions de travail (temps penibilite)

loi HPST

- manque de reconnaissance
- desorganisation des soins
- restriction des moyens

Abolition des 48h/sem.

Paielement des heures sup des 39h

Reconnaissance de la penibilite due au travail tantôt de jour tantôt de nuit, aux plages horaires, a l'engorgement des SAU et la difficulte a trouver des lits d'aval, a la violence.

-Penibilite des gardes de medecine qui font suite a une journee de travail d'une duree habituelle de 10 heures donc a 4 heures du matin quand nous repondons au nieme appel de la nuit, cela fait 20 heures de travail et a pres de 50 ans c'est dure...

-Temps de travail hebdomadaire volontairement floue (on prefere parler de 1/2 journees de ? 5 heures!!).

-Formation professionnelle soit disant obligatoire mais difficile a mettre en oeuvre sans parler du financement notamment quand on exerce dans un dom avec des billets d'avion chers.

-Revalorisation du statut et des salaires.

- augmentation du traitement des PH: en debut de carriere, par echelon, gardes et astreintes

- nomination chef de srevice et de pole par la CME et non pas par le directeur

- Mepri de l'administration hospitaliere vis a vis du corps soignant, et medical en particulier: les medecins doivent être decisionnaires, notamment concernant la gestion de leur effectif

- Augmentation de la charge de travail (horaire surtout) sans augmentation de l'effectif, sous pretexte de "permanence des soins"

- Attractivite de l'hôpital devenue quasiment nulle!

sauvegarde RTT

PH en anesthesie reanimation depuis plus de 20 ans, je ne peux que constater la degradation de nos conditions d'exercice...

- journees de plus en plus longues, pour faire tourner les blocs de plus en plus longtemps (on parle maintenant de plages de 12h jusque 20h...)

- augmentation d'activite, augmentation d'activite, augmentation d'activite...on n'entend plus que ça..

- astreintes operationnelles payees une misere... deplacements non pris en compte dans le temps de travail, ne donnant pas droit a des plages additionnelles...

Je travaille dans un CHU qui n'est plus attractif, le temps consacre au versant "U" (recherche, formation...) n'etant plus envisageable...

Bref, c'est dur...

Même si je suis d'accord avec les justifications de cette greve, il ne me semble pas que la greve soit un bon moyen d'action.

On sait que les salaires des ASH et des autres agents de la fonction publique n'ont pas ete revalorises depuis 5 ans.



Alors la greve appara^trait comme une manifestation des nantis, une peu comme celle des pilotes d'Air France.

Cordialement

Degoût des pressions exercees sur les pediatres (quid des autres medecins?) pour rentabiliser l'exercice sur la base d'une T2A defavorable et anti-medicale. Pour exemple, si j'intube un bebe en quelques secondes en salle de naissance, je rapporte des sous a mon service, si je passe 1 heure en salle de naissance a soutenir et cocoonner le même bebe pour lui eviter d'être intube et d'être separe de sa mere, pas de sou.

Degoût des disparites de valorisation entre specialites: pourquoi le geste d'un chirurgien vasculaire est-il si bien remunere, sur la base de la technicite de l'acte: n'est-ce pas sa formation? Qui s'ebahit de la pose d'une voie centrale chez un nourrisson grassouillet, non compliant et en detresse medicale????? Ou de la parole d'un psychiatre qui evitera a un ado de se jeter sous le tram? Tous medecins avec nos talents et nos competences durement acquises!

Degoût du mepris de nos directeurs, qui se permettent de nous dire comment nous devons faire notre travail (c'est la derniere nouveaute en date) pour être rentables.

Degoût de notre directrice qui monte les services les uns contre les autres (Regardez, cette specialite rapporte moins / plus que les autres: pas bien! ou bons eleves! (sur quelle base? medicale?) et des medecins qui rentrent dans son jeu.

l'hopital est devenu un milieu hostile et agressif

rentabilite, decoupage des patients en T2a (des "play mobile")

une direction sourde et aggressive ne parlant que de fric

trop d'intermediaire, trop de cadre et de moins en moins de "rameur"

une medecine "carrefour" : plus cher et de moins bonne qualite

Gouvernance

paiement des heures supp

revalorisation de carriere, j'ai 53 ans au 13eme echelon et plus aucune perspective d'evolution...

surcharge permanente de travail, plus de 50 h de travail hebdomadaire non reconnu, pression permanente des generalistes et patients pour des consultations urgentes ou considerees comme telles, travail multisite au sein de l'hôpital (chimio, endoscopie, sante publique, service, SSR, ...)

Contre la perte du contre pouvoir medical avec une toute puissance administrative . Le president de CME a la botte du directeur ne represente pas les medecins . Ils ne sont plus defendus . Les chefs de service et de pôle devraient être élus democratiquement au sein du service et du pôle .

Contre l'abus du decompote horaire avec l'annualisation du temps de travail sur une base de 48 h .

Je suis un chef de pôle destituee de tout car je n'ai pas obei a un ordre de mutation illegal selon le bon vouloir du directeur . Je n'ai en rien faute ni demerite et mon equipe demande mon retour car plus rien ne marche . Je ne suis sans doute pas la seule mais je denonce et ai porte plainte .

Merci aux syndicats. Pour la 1ere fois depuis 25 ans je ferai greve

.

je comprends et accompagne les revendications mais je ne crois plus a la greve comme moyen d'action efficace et legitime.



Tout le monde fait greve pour tout et n'importe quoi et surtout pour garder des avantages acquis (greve des pilotes) . A quand d'autres actions (demission des PH des instances, demissions des CME, arrêt du codage, excès de zèle, consultations gratuites.....) L'absence de reconnaissance du temps de travail (pas de reconnaissance professionnelle ni financière)
Avec les gardes: 55 a 60h/sem en moy

Des conditions de travail en periode de garde difficiles
Lutte contre la degradation des conditions de travail et souhait d'une vision pour l'avenir, meilleur attractivite sur le terrain pour garder nos jeunes.

compte de penibilite

carrier

emoulement

les memes revendications que celles portees par notre syndicat
SNPHAR

Je ne suis pas au courant des raisons de cette greve.

- Mepris des medecins par l'administration
- temps de travail
- salaire
- penibilite
- recul de tous les acquis depuis 1984

Gouvernance hospitaliere et rôle pratiquement inexistant des CME

Interêt non prouvé des pôles dans les petits établissements

Nomination des chefs de pôles , des PH et des responsables de structure sans consultation des CME

Temps de travail reel tres superieur a celui pris en compte par administration multiplie regulierement par 2. Remuneration tres peu valorisante au regard des responsabilites et disponibilites demandees.

Conditions de travail par restrictions permanentes : en personnel, en materiel, en documents et moyens de communication.

Ces conditions de travail alterent la qualite des soins et generent des incomprehensions (justifiees) des patients et donc des conflits qui abiment eux aussi les soins.

Sous financement de la formation continue necessitant investissement financier personnel alors que niveau de remuneration non adaptee, plus temps personnel egalement a mettre a disposition pour se former au vu de la charge de travail. Et des indemnisations de formation gelees depuis mise en place du DPC.

Pression et charge de travail administrative tres importante par delegation des directions hospitalieres et des ARS, sans visibilite ni concertation des projets finalement mis en uvre.

Reconsideration des conditions de travail : penibilite du travail de nuit

Revalorisation du salaire

rendre attractif le travail en service public pour les jeunes

pour les plus jeunes car moi, je pars bientôt a la retraite, mais eux, on ne leur donne pas les moyens d'avoir envie de nous succeder : c'est un echec total pour l'hôpital public qui doit maintenant fonctionner avec des interimaires, y compris dans des specialites pivot et de recours regional. Quand finiront-ils par comprendre ?

Quant aux collegues chirurgiens : pourquoi ne sont-ils pas solidaire d'un mouvement qui les concerne eux aussi ?

Desolant !

je souhaitais me declarer greviste mais je ne l'ai pas fait car je suis a mi temps et le mardi, je ne travaille pas = un jour m'aurait ete decouvert et avec mon salaire mi temps, je ne le voulais



pas.....

je soutiens le mouvement pour les revendications concernant les conditions de travail essentiellement mais je crains que les points positifs beneficent encore une fois aux mêmes privileges..... Aucune aujourd'hui, la negociation semble faire aancer les choses, il faut attendre ...

Manque d'attractivite des carrieres.

Charge de travail sans reelle reconnaissance des efforts realises.

Maintien des RTT

Revalorisation et attractivite de la carriere notemment pour les jeunes

ne sais pas

Salaires, penibilite, decompte du temps de travail en astreintes

place des medecins par rapport a l'administration

penibilite plus de 48hs hebdo salaire insuffisant manque de consideration

Trop peu d'intelligence dans la gouvernance des hôpitaux, trop peu de visibilite de l'avenir.

Trop de place a l'administratif et pas assez aux competences medicales et recyclage

- je cris au rapport couty et m'y reconnais

- je souffre des pôles actuels

conditions de travail

temps poste au bloc operatoire. pas de possibilite de se remplacer pour la pause repas : 1 mar pour 2 salles

depassement regulier du programme dans certains specialites : source de tensions...

lourdeur du programme dans certaines specialites

- manque d'effectifs

- penibilite accrue d'annee en annee ainsi que sa non

reconnaissance

burn out confirme pas de prise en compte de la charge de travail et des difficultes de fonctionnement et lourdeurs des structures hospitalieres ; medecins simples pions pressures au nom de l'economie pas de l'efficience vis a vis des patients

redonner un role aux medecins dans la gouvernance des hopitaux.

diminution du temps de travail avec une definition de la journee de travail

temps de travail hebdomadaire entre 40 et 48 H et non comptabilise 48H minimum

39/48h a payer en heure sup

statut tps partiel

redonner un statut correct aux PH

- remuneration augmentee notamment pour les premiers echelons

- indemnite revalorisee pour les gardes (une aide soignante qui fait une mission de 12h dans mon service gagne la meme somme que moi en garde) au taux des chefs de clinique

- garde = 3 x 1/2 journee

- temps de travail hebdomadaire = 8 x 1/2 journee comme dans les PSPH

- presence medicale au CHSCT

Le respect et la consideration pour les medecins ne se decretent pas helas

pourtant les seules choses importantes dans un hopital sont les patients et ceux qui les soignent (PM et PNM), le reste c'est l'intendance, importante et indispensable, mais au second plan.

Hors c'est cette derniere (qui croit sans cesse sans aucune justification et coute tres chere) qui a tous les pouvoirs entrainant les catastrophes auxquelles nous assistons depuis



plusieurs annees

- Pas de moyens financiers pour l'accreditation des laboratoires
- Pas de reconnaissance de la fonction, du travail effectue, des heures passees au travail et en dehors
- Des plans de restructuration successifs sans penser a la reglementation (des exigences et pas de moyens correspondants) et a l'humain
- Generation de differences de remuneration entre PH dues a la diminution de l'attractivite dans certaines specialites entre public et prive mais pas les memes contraintes sur la continuite des soins !!!

conditions de travail,
penibilite
consideration
pouvoir decisionnel
remuneration
degradation service public

insuffisance effectifs soignants

conditions de travail

loi HPST

manque attractivite carriere/ remuneration

...

Je suis medecin urgentiste depuis 8 ans, en cours de reorientation.
Je suis sensee être a temps partiel et je ne supporte plus:

- le travail de week end , 2 a 3 week end par mois a temps partiel , d'ou aucune vie epanouissante possible en dehors de l'hospital.
- les departes repetes du personnel medical et paramedical
- la sensation de solitude face au flux de patient et au manque de place recurrent dans l'hospital. Aucun engagement des administratifs pour ameliorer la prise en charge des patients, qui restent souvent plus de 24 heures dans des situations d'inconfort extrême sur un brancard. Situations denoncees a X reprises, l'ensemble des ameliorations apportees viennent des l'effort commun des urgentistes a doubler les lignes de gardes , les week end , les vacances sur l'UHCD.
- les nuits , seul avec plus de 30 patients presents parfois a gerer et la necessite de negocier tout avis , toutes imageries et toutes places au sein de l'hospital.
- la sensation de gueule de bois le lendemain des gardes , penibilites non reconnues et pourtant devastatrice pour la sante i aucune consideration des patients des urgences de la parts des medecins de specialites : pour eux , les patients du SAU sont les patients des urgences qu'ils viennent pour hemorragie digestives, douleur thoracique ou maintient a domicile difficile.

6

AMELIORER L ACTRACTIVITE DU METIER DE PH
FAVORISER L ACTIVITE LIBERALE A L HOPITAL
SUPPRIMER LES TACHES SOCIALES ET REDUIRE L ADMINISTRATIF

Role plu important des medecins dans la gouvernance hospitaliere
Diminution de la penibilite(amplitude hraires trop importantes)
Defintion de la journee de travail(8H ou 10H)

1°) attractivite de la carriere hospitaliere.

Difference de salaire public/prive majeure en debut/milieu de carriere. Je suis pour la suppression et/ou la revalorisation des 4



premiers echelons. Le secteur public peine a recruter les jeunes anesthesistes.

2°) recuperation des astreintes

dans notre etablissement la mise en oeuvre du repos de securite en astreinte se fait au depend d'une ou d'une demi plage additionnelle. Ce qui penalise les PH qui font des astreintes et des palges additionnelles.

3°) prise en compte de la penibilite du travail de nuit (en garde ou en astreinte) dans le calcul de l'age de depart a la retraite.

temps de travail et le respect necessaire de la reglementation
Reconnaissance de la penibilites du travail de nuit et jour ferries
revalorisation de la permanence des soins

- l'arrêt de la gabegie hospitaliere qui consiste a faire des economies de bouts de chandelles pincipalement sur les effectifs soignants alors que sont gaspillees par ailleurs des sommes folles pour entretenir un mille feuille administratif et technocratique

- le retour a un hopital public ou l'on parle soins , patients , sciences , formation , recherche , ethique et non plus uniquement finances

- une definition claire des roles manageriaux des medecins qui ne sont pas la simplement pour assumer les responsabilites des decisions que d'autres ont pris a leur place

- une CME veritable lieu de concertation et de propositions medicales et non une reunion de directeurs a laquelle les PH sont convies pour ecouter

- un financement de la formation medicale continue a la hauteur des enjeux et non un DPC illisible , suradministre et inaccessible , constituant pour beaucoup une regression

- une application de la circulaire temps de travail qui ne considere pas que 48h hebdo est le temps de travail normal d'un PH , ce qui passe forcemment par une definition en heures de la demi journee

pas de revendication salariale ni de temps de travail même si je comprends que cela peut mettre l'attractivite de nos carrieres en cause.

remettre le patient au centre des prises de decision et pas la soit disant rentabilite economique, remplacer la T2A pour coter les actes d'examen clinique, de prevention et d'ecoute au même niveau que des actes purement techniques

evaluer reellement la qualite des soins non pas par les actes faits mais par les malades gueris ou ameliores et la concordance du parcours du patient par rapport a des referentiels nationaux re-former et hierarchiser "comme avant" la complementarite medecin-ide.

revoir la nomination a vie des PUPH comme chefs de service au profit d'une nomination sur un projet de soins et sa concretisation sur 5 a 10 ans par exemple.

revoir la formation continue non fonctionnelle actuellement

Etre en greve,c'est signifier un desaccord qui est de plus en plus important et que le vote est devenu impuissant a exprimer par rapport a la marchandisation a outrance des services publics.

temps de travail

conditions de travail



relation avec la direction

bonjour, je ne fais pas greve mais cela ne m'empêche pas de m'exprimer

Mepris permanent de notre travail et meconnaissance des textes par certains directeurs

Il n'y a plus que les budgets qui les preoccupent le reste on a la sensation que cela ne les interesse plus

Je soutiens cette greve bien entendu

1 - Augmentation de la charge de travail

2 - Contraintes budgetaires importantes pouvant aboutir a ne pas exercer correctement son travail

Mepris des instances dirigeantes et destructuration complete des champs d'activite aboutissant a un travail couteux, inutile et peu efficace non au service des patients

Representation des PH au CHST

Prise en compte de la penibilite de notre travail (garde et astreintes).

Favoriser attractivite pour permettre recrutement et adaptation des conditions de travail avec l'âge (possibilite de ne plus prendre de garde a partir d'un certain âge).

Revalorisation de notre salaire (y compris pour les echelons > 4) et des primes de garde (indecentes pour un PH, en particulier le samedi)surtout apres imposition. Que la prime puisse au moins nous permettre de disposer de facilites personnelles pour ne pas subir notre manque de disponibilite personnelle (lendemain de garde au lit! a partir d'un certain âge).

Prendre en compte notre travail qui ne fait pas l'objet de cotation (visite de service en particulier, courriers,) afin d'adapter nos effectifs sur la realite de notre travail clinique.

Merci pour vos actions.

J'ai un quotidien qui me satisfait pleinement et une evolution de carriere qui m'a donne l'occasion de partager mon temps entre deux passions: la chirrugie et la recherche. Beaucoup de trtavail? Oui mais je pense aussi a ceux qui n'en ont pas du tout pour le memoment.

Pierre Goudet.

Conditions de travail degradees, encore plus depuis la loi HPST. Manque d'effectif medical en radiologie (particulierement), insuffisamment compensees par des remplaçants, manque de dialogue et de reconnaissance de la direction. Dans notre service, pas de chef de service, mais un chef de pôle (reanimateur)qui ne comprend pas nos problemes, et se contente de repeter ce que dit la direction. Surcharge de travail non reconnue par la direction, qui ne prend même pas la peine de repondre a mes demandes de paiement de plages additionnelles, alors qu'on recrute des remplaçants. Plus d'internes a former (1er ou 2eme semestre en peripherie), alors qu'on a moins le temps. Manque de valorisation de la radiologie interventionnelle. Manque de valorisation du fait qu'on essaie de proner la pertinence des actes.

Report des investissements (scanner et IRM ont 8 ans, un echographe dedie sein et interventionnel a 10 ans)en raison d'une situation financiere mauvaise dans laquelle nous ne sommes pour rien (nouvel hôpital depuis moins de 10ans, ancien hôpital brade par l'Agglomeration, problemes de malfaçon du nouvel hôpital en cours de procedure, emprûnts toxiques...).

Il faudrait rendre la carriere de PH plus attractive, autant pour attirer les jeunes que pour garder les PH experimentes en milieu de carriere. Faute d'avoir assez de medecins hospitaliers, il faudrait rendre possible les cooperations public/prive (donc reprendre le



projet professionnel commun), et obliger les liberaux a prendre des gardes, ce qui allegerait la charge de tout le monde et rendrait la carriere liberale moins attractive.

Nous aurions tous souhaite dans notre service soutenir cette greve. mais nous n'avons pas souhaite decommander des plannings pleins depuis de nombreux mois et penaliser nos patients...meme si nous estimons que les enjeux sont importants et que nos conditions de travail ainsi que les rapports avec l'administration se degradent de jour en jour.

D'autre part, nous aurions vraiment souhaite que des representants syndicaux locaux puissent organiser une reunion reunissant les PH pour exposer au mieux et de vive voix les enjeux, repondre aux eventuelles questions. Dans les CHG, les representants syndicaux des medecins sont beaucoup trop discrets, du moins dans notre etablissement. Beaucoup plus de PH se mobiliseraient pour la greve si des reunions locales etaient organisees.

La penibilite non reconnue, des heures supplementaires non comptabilisees, absence de commission qui s'occupe des conditions de travail des PH (comme la CHSCT qui est ouverte a tout le personnel hosp^talier sauf les PH,..

Etre une variable d'ajustement ou une croix dans une case n est pas la conception que j ai de mon exercice professionnel

Bonjour

J'etais jusqu'a aujourd'hui greviste, mais suite aux avancees obtenues sur la "remedicalisation" de la gouvernance j'ai fait part a ma DIRAM de ma presence demain.

En effet, il ne me semble plus tenable de confondre recette hospitaliere et depense de l'assurance maladie, on en arrive a demander a des praticiens de garder des malades pour ameliorer le taux d'occupation des lits ce qui va parfois a l'encontre de l'interet du patient.

Concernant, l'attractivite de la carriere hospitaliere, ce sujet est particulierement preoccupant en medecine et j'y suis sensible, mais pas suffisamment pour justifier une journee de greve dans l'etat actuel des finances publics. Cependant, en cas de regression de la situation je ne manquerai pas de m'associer a un futur appel a la greve.

Conditions de travail et attractivite hospitaliere, decalage institutionnel par rapport aux besoins. Necessite de "rendement" et productivite" avant meme le fondement de notre metier.

Neanmoins necessite de voir au dela de revendications categorielles dans un systeme de sante depasse. Decalage prive/public devenu completement deletere. On en arrive au paradoxe de voir partir beaucoup de ceux qui defendaient le public, mais se sont vus decourages de travailler en dehors de ceux pourquoi ils se mobilisaient.

Main mise administrative.

Mepris des instances de direction

Absence de reconnaissance du travail fourni

Lourdeur accrue des p^les et abus de pouvoir des cadres de p^le.

Espoir d'une amelioration des conditions de travail qui puisse rendre les postes attrayants pour la future generation. Ici, de moins en moins nombreux, de plus en plus de travail (je sais, pas original), ede plus en plus meprise par les instances de direction (helas, ce n'est la encore pas original). Taillable et corveable a merci. Ras le bol.

Penibilite

Aucune reconnaissance de notre travail par l'administration



Temps de travail et charge de travail
Meilleure remuneration des gardes
Valorisation du temps medical continu
Paieement des indemnites de sujexion pour les gardes portees sur le CET
Limiter la pression administrative
Ligne d'objectifs claire: peut-on soigner tout le monde ?
Aide psychologique banalisee
Recrutement de PH
et il y en aurait tant...

temps de travaille
salaire non motivant
suivre l'appel d'Avenir hospitalier
faire reconnaitre la penibilite de la permanence des soins, en particulier 5 demi-journees pour la garde de 24 heures; paieement des plages additionnelles au même tarif que l'interim; prise en compte du delta 39-48 heures
negociations sur le temps de travail effectif
dispositions pour rendre plus d attractivite de la fonction de PH par rapport au liberal
remise de medecins dans les circuits decisionnels par rapport a la toute puissance administrative
une formation medicale digne de ce nom et moins opaque que le DPC
MANQUE DE RECONNAISSANCE DE L ACTIVITE

TROP DE GARDE
PERMANENCE DES SOINS EXIGEANT UNE PRESENCE DEPASSANT LES NORMES
PENIBILITE NON RECONNUE
J'ai renonce a faire greve suite a la levee du preavis par certaines intersyndicales au decours de la rencontre du 09/10 avec les representants du ministere.
Les motifs qui m'auraient conduit a faire grève sont a relier :
- aux conditions de travail, notamment au regard de l'amplitude horaire diurne et des gardes (nuits et WE) dans ma specialite a gardes, sachant que j'ai 42 ans, que l'activite ne cesse de croitre et que je ne vois pas comment je pourrai demeurer efficace dans les 20 ans qui viennent alors!). Quel est mon avenir, sans persepctive de reconversion mais avec un emploi du temps qui deviendra peu a peu intenable??
- aux degradations de l'attractivite du service public, notamment par rapport aux perspectives offertes par le prive; a ce titre je suis d'ailleurs plus pour limiter les emoluments du prive que pour augmenter ceux du public, dans l'etat actuel desdites finances publiques; laisser se creuser l'ecart entre les 2 modes d'exercice de la medecine est suicidaire, et la fuite de jeunes praticiens contribue a degrader la competence globale du public.
- je ne peux pas meconnaitre le fait que la situation du personnel paramedical est encore plus preciaire, et de ce fait scandaleuse

Je n'ai jamais ete greviste en 20 ans de carriere hospitaliere mais la degradation de nos conditions de travail est telle que nous devons faire entendre nos difficultes et revaloriser le statut de praticien hospitalier qui va être deserte par les nouvelles generations.

1- revoir et officialiser notre temps de travail hebdomadaire, officialiser notre participation a l'enseignement en CHU ou on nous demande a la fois de consulter plus que les PUPH mais aussi d'effectuer de l'enseignement, des publications, la formation des internes et tout cela sur 2 demi-journees par semaine non dediees a l'activite hospitaliere ce qui est impossible au vu des charges



administratives de plus en plus nombreuses que nous avons a assurer.

2- revaloriser nos salaires, aucune augmentation depuis 4 ans, alors que toutes nos charges y compris d'imposition continuent a augmenter

3-reconnaitre notre place centrale dans le fonctionnement des hôpitaux, sans les PH les hôpitaux ne peuvent fonctionner et il faudra bien finir par se rendre compte que ce sont nous qui voyons et soignons les malades. Pas d'hôpital possible sans les medecins seniors.

4- nous associer aux prise de decisions qui ne peuvent plus être que seulement administratives.

Ras le bol de la pression qui pese sur nous, au sein des services, des pôles et de la part de la direction generale...

Ma motivation pour la NON greve est qu'elle n'est pas adaptee au fonctionnement des hôpitaux, car la requisition des medecins masque la greve aux yeux de tous.

Cela dit je suis tout a fait d'accord avec les revendications des praticiens hospitaliers:la degradation des conditions de travail est rapide et aggravee d'annee en annee. Les biologistes en particulier sont pris dans un etau entre la mise en oeuvre de la norme 15189 qui determine des dates butoirs d'atteinte des objectifs, l'ordonnance de 2010 qui demande des cooperations ou plus entre laboratoirise,et les directions hospitalieres qui ne suivent pas vraiment.

En consequence c'est toujours plus de travail sans reconnaissance et sans visibilite a 5 ans: l'attractivite a disparu et ce manque de perspectives va aggraver la desertification des postes de PH

Le but de nos gouvernements est-il de creer une medecine hospitaliere low cost ? comme pour l'aviation ?

Encore une destruction annoncee d'un outil que beaucoup de pays nous envient !

Sans medecins competents et motives il n'y aura plus de medecine hospitaliere digne de ce nom.

Celles reprises dans l'argumentaire d'Avenir:

le delta d'heures entre 39 et 48h

l'attractivite par rapport aux interimaire; aux collegues du prive qui ne sont pas soumis a la permanence des soins(gardes et astreintes)

Defendre une meilleure representation medicale dans les instances decisionnaires de l'hôpital, aux depens des administratifs actuellement sur-representes.

penibilite du travail

astreintes et gardes non calculees et prises en compte pour le montant de la retraite

salaire non en rapport avec la charge de travail et les responsabilites

probleme des mercenaires embauches a 700 ou 800 euros /jour ou par nuit par les etablissements soit disant 'fauches 'par ailleurs difficultes a exercer notre metier au sein d'un hôpital phagocyte par des administratifs obnubiles par leur carriere et les chiffres



mais qui sont incompetents dans la gestion des patients.

pour un retour a une gestion tenant compte des problemes de sante publique et des patients.

un respect des praticiens hospitaliers et de leur travail.

un arrêt de cette politique de la stasi qui cherche a surveiller notre travail en nous faisant perdre un temps precieux a justifier ce que l'on fait.

une definition claire et nette du temps de travail une bonne fois pour toute. Arrêt de cet imbroglio 49 heures - 39 heures.

1: Mepris croissant de la direction quant a nos conditions d'exercice, a la securite des patients,

2: Mise en place de la nouvelle reforme des astreintes = occasion supplementaire de constater que seul le rendement dans les blocs operatoires est un enjeu. Aucun effort dans la remuneration des medecins les plus sollicités en astreinte pour etablir une remuneration "juste"

3: demenagement recent dans des bureaux indignes de docteurs pour cause de construction d'une nouvelle reanimation.

4 : risques psycho sociaux completement ignores par nos chefs des service (professeurs de CHU)et la direction du CHU malgre un cas de burn-out chez un medecin et le suicide d'une infirmiere anesthesiste.

etc....

degradation conditions de travail,gouvernance de l'argent

le statut de PH est en deliquescence :

aucune participation aux decisions concernant notre activite concrete , plus aucun pouvoir decisionnel ; remuneration des astreintes scandaleusement basse , salaire insuffisamment valorise par rapport au niveau d'etude et aux responsabilites/ risques ; pas de prise en compte de la penibilite pour la retraite; soumission complete par rapport a l'administration hospitaliere; inegalite de salaires entre PH de même echelon (ex des anesthesistes remplaçants) ;

sous effectif pour assurer la permanence des soins , aucune consideration pour la qualite du travail fourni, seule la quantite compte ; pas assez de controle sur les competences des praticiens au cours de leurs carriere;

- Conditions de travail deteriorees : destructuration de l'organisation quotidienne en termes d'horaires, non participation aux decisions et le cas echeant aucune ecoute par les instances hospitalieres, ...

Les analyses sont faites depuis tres longtemps, les consequences sont definies. Malgre cela, absolument rien n'est envisage ou propose par les instances decisionnelles pour nous faire eviter le mur... !!! On detruit d'abord et on verra ce qu'il reste pour reconstruire (Comme a Gaza ??? Cela coute cher...!)

- Demande de reconnaissance de la penibilite quotidienne et dans la permanence des soins

- Suivi de notre etat de sante / Suivi CHSCT

j'aurais souhaite faire greve mais j'ai des rendez-vous de consultation importants avec des patients



mon planning etant plein jusqu'en decembre, j'aurai du mal a les voir avant si je ne travaille pas demain

Devalorisation du statut de PH

main mise des marchands de chaussette issus des ecoles de management dans l'activite medicale

Flicage permanent par les cadres(infirmiers)de sante, collaborateurs tres zeles des professeurs agreges comme on peut voir dans l'armee des petits caporaux chefaillons sortis du rang. usurpation de titres par les cadres de sante et la direction des soins(infirmiers)dans l'organigramme hospitalier.

Absence de participation aux "resultats": les cadres de sante infirmiers ont eux la prime de fonction hospitaliere(13e mois)

le delta 39-48h et la possibilite de 2 demi-journees non clinique par semaine