

LE MAG DE L'INPH

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS
D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

N°29

JUIN
2024

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT



DU 11 AU 18 JUIN 2024

E-ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES

VOTEZ POUR LA PLURALITÉ

VOTEZ INPH !

WWW.INPH.ORG



INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

Délégué général
Dr Patrick LÉGLISE
(SYNPREFH - Draveil)

Secrétaire Général
Dr Slim BRAMLI
(FPS - Avignon)

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
(SNPH - Limoges)

Premier Vice-Président
Pr Guillaume CAPTIER
(SHU - Montpellier)

Vice-Président Chargé de la Psychiatrie
Dr Michel TRIANTAFILLOU
(SPEP - Nanterre)

Vice-Président chargé de la Médecine (Infectiologie)
Dr Hugues AUMAÎTRE
(SNMInf - Perpignan)

Vice-Président chargé de la Médecine (Médecine Interne)
Pr Pascal ROBLOT
(SYNDIF - Poitiers)

Vice-Présidente chargée de la Maïeutique
Mme Camille DUMORTIER
(ONSSF - Nancy)

Délégué Général Adjoint
Dr Éric OZIOL
(SYNDIF - Béziers)

Secrétaire Général Adjoint
Dr Patricio TRUJILLO
(FPS - Étampes)

Trésorier Adjoint
Dr Bernard SARRY
(SNOHP - Limoges)

Deuxième Vice-Présidente chargée de la Chirurgie
Dr Maud CHABAUD
(SCPF - Paris)

Vice-Présidente chargée de la Chirurgie Pédiatrique
Dr Hélène LE HORS
(SCPF - Marseille)

Vice-Président Chargé de la Pharmacie
Dr Cyril BORONAD
(SYNPREFH - Cannes)

Vice-Président chargé de l'Université et de la Recherche
Pr Bertrand DIQUET
(SHU - Angers)

Vice-Président chargé de la Qualité de Vie au Travail
Dr Pierre RUMEAU
(SynPH - Toulouse)

Membre du bureau chargé de la Santé Publique et l'Information Médicale
Dr Jérôme FRENKIEL
(SNPH - CHU - Paris)

16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SynPH

Syndicat National des Praticiens Hospitaliers
Président : Dr Pierre RUMEAU

SNMInf

Syndicat National des Maladies Infectieuses
Président : Dr Hugues AUMAÎTRE

SPEP

Syndicats des Psychiatres d'Exercice Public
Président : Dr Michel TRIANTAFYLOU

SPHPF

Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française
Président : Dr Marc LEVY

SCPF

Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français
Présidente : Dr Naziha KHEN-DUNLOP

SYNDIF

Syndicat National des Internistes Français
Président : Pr Pascal ROBLOT

ONSSF

Organisation Nationale des Syndicats des Sages-Femmes
Présidente : Mme Caroline COMBOT

SNMBCHU

Syndicat National des Médecins Biologistes des CHU
Président : Pr Jean-Paul FEUGEAS

FPS

Fédération des Praticiens de Santé
Président : Dr Slim BRAMLI

SYNPREFH

Syndicat National des Pharmaciens des Établissement Publics de Santé
Président : Dr Cyril BORONAD

SNHG

Syndicat National des Hôpitaux Généraux
Président : Dr Alain JACOB

SHU

Syndicat des Hospitalo-Universitaire
Président : Pr Guillaume CAPTIER

SNOHP

Syndicat National des Odontologistes des Hôpitaux Publics
Président : Dr Bernard SARRY

SPH

Syndicat du Service Public Hospitalier
Présidente : Dr Érica MANCIEL SALINO

SYFMER

Syndicat Français de Médecine Physique et Réadaptation
Président : Dr Jean-Pascal DEVALLEY

SNSP

Syndicat National des Médecins de Santé Publique
Président : Dr Nicolas LEBLANC

SOMMAIRE N°29

04 ÉDITORIAL

COLLOQUE DE L'INPH

06 Retour du colloque de l'INPH
du 15 mai 2024

DEUX NOUVEAUX SYNDICATS ONT REJOINT L'INPH

10 Syndicat National des médecins
spécialistes de Santé Publique
Dr Nicolas LEBLANC

11 Syndicat National des Médecins et
Biologistes des Centres Hospitalo-
Universitaires

Pr Jean-Paul FEUGEAS

LES E-ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES

14 Nos 10 exigences

15 Les listes électorales de l'INPH

20 Rappel des positions de l'INPH :
Feuille de route pour 2024-2029

27 Les propositions de l'INPH pour les trois
collèges du CSPM

JE L'AI LU... ET VOUS CONSEILLE DE LE LIRE CET ÉTÉ À LA PLAGE, À LA MONTAGNE OU À LA CAMPAGNE !

30 La molécule qui détruit l'hôpital
L'Atédesa, Conte hospitalier
de Jean-marie Brugeron

34 ANNONCES DE RECRUTEMENT



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Editeur & Régie publicitaire

Reseauprosante
M. TABTAB Kamel, Directeur
14, Rue Commines - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05

Email : contact@reseauprosante.fr
Web : www.reseauprosante.fr



Maquette & Mise en page

We Atipik - www.weatipik.com

Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



LE MAG DE L'INPH

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS
D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D^r RACHEL BOCHER

Rédacteurs en chef D^r JÉRÔME FRENKIEL
D^r ERIC OZIOL

Comité de lecture D^r JEAN MICHEL BADET
D^r MICHEL TRYANTAFILLOU
D^r ALEXANDRE ORGIBET
D^r MAUD WILLIAMSON
D^r PATRICK LÉGLISE
D^r ANNIE SERFATY
D^r ERICA MANCIEL-SALINO

À l'**INPH**, lors de nos colloques annuels nous reprenons toujours avec la force de nos énergies conjuguées, la liste de ce qui a été fait, mais aussi la liste de ce qui reste à entreprendre et à obtenir, dans une sorte de bilan intermédiaire relevant les avancées, réelles, les attentes en suspens, les espoirs déçus et donc inévitablement les interminables attentes.

À l'assemblée nationale le 15 mai dernier, en ces temps suspendus que sont toutes les campagnes pour les prochaines élections professionnelles prévues du 11 juin au 18 juin 2024, notre colloque a installé le débat et permis la confrontation des idées sur l'avenir de l'hôpital public, sur celui de notre système de santé, dans un respect démocratique mutuel qui fonde la solidité des préconisations et valide celles des solutions que nous pressentons autour de trois axes :

1. Réforme profonde du système de financement de notre système de santé.
2. Remédicalisation de la gouvernance hospitalière.
3. Responsabilisation des acteurs.

Premièrement, nous en faisons le constat chaque jour : la santé figure au premier plan des préoccupations des français dans la plupart des études d'opinions publiées.

Deuxièmement, actons le fait que fragiliser l'hôpital public c'est bien fragiliser l'accès aux soins pour tous et par tant, c'est fragiliser aussi l'avenir de la médecine.

Même si lors du précédent quinquennat, certaines choses ont été entreprises, beaucoup d'alertes ont été lancées, et pour certains dossiers comme au moment du SÉGUR 1, nous pouvons dire qu'une partie du travail a été accomplie.

Mais beaucoup de déceptions et de nombreuses attentes subsistent. Elles sont aujourd'hui fédérées autour de ces 3 questions :

- ☒ Les financements du système de santé.
- ☒ La gouvernance hospitalière.
- ☒ Les statuts de ses acteurs médicaux.

Car, et c'est bien naturel, toutes ces déceptions sont maintenant fédérées, face à des engagements politiques hélas trop timides.

Le travail n'est pas terminé, il ne l'est jamais, tant les enjeux restent colossaux face à la démographie galopante en contraste avec les pénuries professionnelles endémiques.

Les financements pour nos outils de travail manquent cruellement.

Pourtant les attentes des populations sont réelles, celles de toutes les populations, au premier rang desquelles bien entendu les plus démunis, les plus fragiles, et donc les plus impactés par ces manques d'aujourd'hui, et ceux de demain : je pense, comment ne pas les citer, notamment à la pédiatrie et à la psychiatrie qui sont dans une situation de détresse particulièrement marquée.

Malheureusement, et nombre d'études nous le confirment, les jeunes adultes en recherche d'avenir s'éloignent inexo-

EDITO

ablement des carrières médicales, soit par un non-choix soit fréquemment en cours de cursus, et c'est juste dommage.

Cette conjonction de déficit en matière de formation et de moyens, dirige vers nos hôpitaux un faisceau

construit de nombreux constats comme autant de défis :

1. Organiser une cohérence d'équipe, autour de professionnels, tous experts dans le domaine et rarement interchangeables.
2. Chacun aspire à une liberté dans la gestion du temps de travail, à conjuguer à l'aune des directives européennes et du droit français.
3. Conjuguer la satisfaction des patients qui souhaitent rester le moins longtemps à l'hôpital et donner de la souplesse aux organisations autour des temps hospitaliers courts.

Le temps reste la donnée essentielle de nos vies, de nos plaisirs et de nos satisfactions mais ce temps est aussi une donnée sur laquelle, on a le moins de contrôle notamment à l'hôpital.

La crise que nous traversons à l'hôpital n'est pas moins qu'une crise des temps, associée à une crise des organisations et à une crise des financements. Le sentiment vécu de chaque professionnel pris dans l'engrenage du temps des autres est de faire s'interroger sur le sens propre de sa mission.

D'après Emmanuel LEVINAS, philosophe du temps de la relation soi-

gnant/soigné ; il découle une forme particulière de l'éthique de la responsabilité, qui doit bien être à l'horizon de la responsabilité de tout médecin et de tout soignant.

Alors comment définir et donner les moyens pour accomplir les missions dans nos hôpitaux publics en intégrant cette question centrale et majeure celle du choc d'attractivité pour les professionnels ? Les attentes restent trop nombreuses.

Richelieu rappelait sans cesse « *Il ne faut pas tout craindre, il faut tout préparer* ».

C'est pourquoi, nous avons dit à Monsieur le Ministre VALLETOUX l'urgence de préparer, d'anticiper, de convaincre et d'agir à faire vivre notre engagement quotidien de Praticien Hospitalier au plus près de nos réalités hospitalières, avec respect et responsabilité sur les différents temps, temps du soin, temps des soignants, temps des institutions.

Car ces temps conjugués à celui de la réalité génèrent aujourd'hui incompréhensions, attentes et colère.

**Avec raison
Votez et faites Voter
INPH - CMH - SNAM-HP**

**« Il ne faut pas
tout craindre,
il faut tout
préparer »**

Richelieu

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



RETOUR DU COLLOQUE DE L'INPH DU 15 MAI 2024

Le 15 mai 2024 dans la Salle Colbert de l'Assemblée Nationale a eu lieu le Colloque de l'INPH.

« Les Raisons de la Colère »

Rachel BOCHER, Présidente de l'INPH, a introduit avec sa verve et tout son engagement **les 3 sujets de débat du jour, essentiels pour les hôpitaux et les hospitaliers : le financement, la gouvernance et les statuts** dont le sujet particulièrement d'actualité des PADUHE, mais aussi la retraite des HU et les situations particulièrement difficiles de la pédiatrie et de la psychiatrie.

Monsieur Frédéric VALLETOUX, Ministre délégué chargé de la Santé et de la Prévention nous a fait l'honneur de sa présence et de rappeler sa vision de la situation du système de santé, ses fragilités et ses perspectives.



Les débats ont été modérés avec brio et pertinence par **Pascal BEAU** de l'Espace Social Européen.



La première Table Ronde sur le financement

Aurélien SOURDILLE, du pôle offre de la FHF, a fait en préambule un rappel technique très clair de la situation des hôpitaux publics.

Frédéric BIZARD, économiste spécialiste des questions de santé a ensuite décrit les chiffres d'une « trajectoire qui n'est plus contrôlée » avec un déficit structurel et ce en 3 sujets : « on n'a jamais tant investi, on n'a jamais tant manqué de ressources et le système ne s'est jamais tant paupérisé, du fait d'une mauvaise affectation des ressources

qui ne sont pas allées sur les actifs clés (RH et investissement) ». Il a ensuite abordé les pistes d'une solution et d'une « réforme fondamentale » avec un changement de stratégie de gestion du risque, aller au bout de la territorialité, une gouvernance rééquilibrée entre le médical et l'administratif avec une stratégie nationale de santé définie par l'État et un vrai rôle pour les collectivités territoriales.

Marguerite CAZENEUVE, Directrice Générale de la CNAM délé-

guée à la gestion et l'organisation des soins, a tout de même posé la question : « que fera t'on s'il n'y a pas de croissance ? ». Elle a toutefois reconnu que nous étions mauvais en prévention et indiqué qu'il fallait économiser la dépense de soins par une bonne gouvernance. « Il faut investir en prévention et replacer le curseur de la valeur entre la ville, l'hôpital et le médico-social ». Elle a aussi reparlé de l'efficacité : actes inutiles, arrêts maladie, etc.



Deuxième Table Ronde (TR) sur la gouvernance

Cette TR a été très riche des témoignages convergents de Philippe BANYOLS (PhB), Directeur du CH de Béziers et de Jean-Jacques COIPLLET, Directeur Général de l'ARS Bourgogne-Franche Comté,

qui illustrent que le binôme (et non pas « Tandem ») Directeur - PCME peut très bien fonctionner et que lorsqu'on dépasse les postures, c'est possible (cf. la crise COVID). PhB a souligné que « ce

qui est le plus important, ce n'est pas tant qui décide, mais comment on décide ! ». Il a également été évoqué toutes des lourdeurs administratives que l'on pourrait supprimer.



Deuxième Table Ronde sur les statuts

Après l'ouverture de **Patrick LEGLISE (SYNPREPH)** qui rappelle que « *nous attendons depuis 5 ans une vraie refondation de l'hôpital* », les points catégoriels ont ensuite été soulevés par :

Guillaume BAILLY, président de l'ISNI, rappelle l'ambiguïté statutaire des internes : étudiant et professionnel de santé, mais quel

temps alloué aux internes pour faire de la recherche ? Un soutien très clair aux PADHUE a été exprimé.

Bruno RIOU, vice-président de la Conférence des Doyens de Paris, s'inquiète de la perte d'attractivité du statut de CCA avec 5 % de postes vacants en 2023, ce qui n'était jamais arrivé ! Il y

aura bientôt des spécialités sans PU-PH pour former les médecins (exemple de la dermato).

La situation des PADHUE a bien sûr été abordée, notamment par **Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, Directrice du CNG (Centre National de Gestion) et Philippe TOUZY, chef du département des concours au CNG.**





Intervention très pertinente du Dr Marie-Aude LEGUERRIER, tête de liste INPH au Collège 2 du CSPM

De nombreuses autres interventions du public ont animé ces débats très riches. À noter l'intervention des sages-femmes pour une reconnaissance d'un statut de praticien hospitalier, au même titre que les médecins, les odontologistes et les pharmaciens. Il y eu également de nombreux rappels des hospitalo-universitaires sur leur retraite.



Les débats ont été conclus par une intervention très enthousiaste et pleine d'espoir de notre **Grand Témoin de la journée, Madame Danielle TOUPILLIER, Médiatrice Nationale.**



Et un message de clôture emprunté à **Henri Dunant** « *seuls ceux qui pensent pouvoir changer le monde y parviennent* ».

La journée s'est terminée avec une information conjointe de Rachel BOCHER, présidente de l'INPH, Sadek BELOUCIF, président du SNAM-HP et de Norbert SKURNIK président de la CMH, à propos des listes d'union INPH - CMH - SNAM-HP.

Ce fût une journée très riche et un franc succès, merci à toutes et à tous... et n'oubliez pas **du 11 au 18 juin 2024 de e-voter pour les listes d'union INPH-CMH-SNAM-HP !!!**



SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DE SANTÉ PUBLIQUE



Pour le Conseil d'Administration

Dr Nicolas LEBLANC

Président du SNSP

<https://snsp.org/>

Email : president@snsp.org

Nous sommes heureux que le Syndicat National des médecins spécialistes de Santé Publique ait rejoint récemment l'Intersyndicat National des

Praticiens d'exercice Hospitalier et hospitalo-universitaire.

Bien que composé de l'ensemble des médecins spécialistes en santé publique et médecine sociale, nous comptons dans nos rangs un bon nombre de collègues qui officient au sein des établissements publics de soins. Il nous est donc apparu utile d'intégrer l'INPH pour soutenir avec d'autres ce mode d'exercice au sein d'une organisation qui pèse par son histoire, sa surface mais aussi par sa philosophie constructive.



Le SNSP a été créé en 1992 dans le prolongement de la création de la spécialité médicale en 1982 et celle du Collège de Liaison des Internes de Santé Publique (CLISP) en 1985. Ainsi cette spécialité s'inscrit résolument dans le savoir-faire médical fondé sur un corpus de connaissance et une expérience du colloque singulier. Elle allie les compétences nécessaires pour une approche populationnelle de la santé s'appuyant sur des savoirs multiples (biostatistiques, épidémiologie, économie de la santé, etc.). 40 ans après la création de la spécialité, les médecins spécialistes en santé publique et médecine sociale se situent à l'interface des cliniciens et des gestionnaires dans une grande diversité de métiers, de statuts, d'employeurs, qui la différencie des formations de médecins inspecteurs de santé publique (Fonction Publique d'État) et de celle de médecin conseil (Assurance Maladie). Pour résumer, notre rôle commun consiste à éclairer les décisions dans la pluralité des organisations de santé.

Or aujourd'hui et demain, plus qu'hier, la Santé Publique est sous les feux des projecteurs. La période de transition que nous vivons (démographique, épidémiologique, technologique et environnementale) interroge la manière de garantir la santé de nos concitoyens. La pandémie et la tension sur le système de soins sont autant d'éléments qui montrent combien notre système de santé doit s'appuyer autant sur des approches populationnelles que sur le colloque singulier. La Médecine de Santé Publique, spécialité avec 40 ans d'existence, doit s'affirmer dans ce contexte où certains laissent croire que la médecine sans médecin est possible, où la santé est l'objet d'avis et d'opinions produits par d'illustres amateurs. Au carrefour de la pratique clinique et de la gestion de la santé, la spécialité médicale de santé publique doit être défendue pour les compétences transversales fondées sur la science qu'elle apporte aux décideurs. C'est la raison d'être du Syndicat National des Médecins de Santé Publique. Elle se

traduit par la représentation auprès des instances notamment celles du Conseil National Professionnel (CNP) de Santé Publique, par l'implication nouvelle dans le processus de formation continue (DPC), par le lien avec les médecins en formation initiale (CLISP), par la défense de nos droits et de nos statuts (le droit de prescription par exemple). Selon ses statuts, il a vocation à l'étude et la défense des droits ainsi que des intérêts matériels et moraux, tant collectifs qu'individuels, des médecins spécialistes de Santé Publique dans le respect et l'exigence de leur spécificité. Il a pour but de resserrer les liens de solidarité de ces médecins. Il peut procéder à l'étude des questions sociales, économiques et professionnelles qui lui seront soumises, et la recherche de tous les moyens propres à les résoudre dans l'intérêt des médecins spécialistes de Santé Publique. Il a pour objet par tous les moyens légaux, l'amélioration des conditions professionnelles des médecins spécialistes de Santé Publique adhérents, et la promotion de leur spécialité.

SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS ET BIOLOGISTES DES CENTRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES



Pr Jean-Paul FEUGEAS
Président du SNMBCHU
Besançon

Le Syndicat National des Médecins et Biologistes des Centres Hospitalo-Universitaires (SNMBCHU) a été créé il y a un peu plus de 40 ans pour permettre aux biologistes hospitalo-universitaires de travailler dans des conditions leur permettant de développer un enseignement et une recherche translationnelle de qualité en cohérence avec une activité bioclinique tournée vers les soins.

Il regroupe le syndicat des biologistes de CHU de Paris et les biologistes de CHU de Province. Les présidents successifs et la composition du bureau du SNMBCHU reflètent la diversité des disciplines de la biologie médicale, avec des biochimistes, des hématologistes, des microbiologistes, des physiologistes... et même des médecins isotopistes (spécialité du premier président). Nous travaillons en association étroite avec les syndicats hospitalo-universitaires généralistes et en particulier le SHU avec qui nous partageons les mêmes combats pour maintenir des conditions de travail décentes, pour corriger la retraite des hospitalo-universitaires et pour préserver la formation et la recherche dans un système de soins exsangue.

C'est donc naturellement, à l'image du SHU, que nous rejoignons l'INPH pour faire cause commune sur ces points, en particulier au sein des commissions du CNG (Centre National de Gestion) qui concernent tout le personnel médical hospitalier.

Par ailleurs durant ces vingt dernières années nous avons travaillé sur bon nombre de questions plus spécifiques à la biologie hospitalière et on peut en citer ici quelques-unes :

- ☒ Les biologistes HU sont tous des enseignants dans le premier cycle des études de santé et ont été très sollicités par la R1C (le système PASS-LAS). Ce système a été mis en place il y a quatre ans et est encore aujourd'hui d'une extrême lourdeur, pour les scolarités et pour les enseignants. Nous militons pour une simplification et une meilleure uniformisation de ce système, trop complexe et trop variable suivant les régions de France pour être juste.
- ☒ Plus loin dans le cursus des étudiants, la formation des biologistes médicaux repose aujourd'hui sur le DES de Biologie Médicale qui réunit pharmaciens et médecins dans un même parcours et produit des spécialistes de haut niveau.



Toutefois la biologie médicale a perdu de son attractivité pour les internes nouvellement nommés, comparativement aux autres spécialités médicales. Nous travaillons avec les représentants des internes en biologie médicale pour valoriser cette voie de spécialisation. Toutefois l'attractivité ne dépend pas seulement d'un simple aménagement de cursus du DES de biologie médicale. L'image de la biologie médicale souffre de la financiarisation de la santé avec un risque de perte totale de la reconnaissance de l'expertise du biologiste médical. La prise en compte de cette expertise est l'un de nos chevaux de bataille.

☒ La mise en place de l'accréditation des laboratoires de biologie (accréditation COFRAC) a été et est toujours très lourde pour les biologistes hospitaliers. Cette lourdeur contribue aussi à la perte de l'attractivité de la biologie médicale pour les pharmaciens et médecins. Nous avons contribué à rendre moins complexe cette démarche d'accréditation qui n'est malgré tout pas encore aujourd'hui synonyme de qualité des soins, la partie administrative prenant le pas sur le médical.

☒ Au sein du Conseil National Professionnel de Biologie Médicale (CNP de BM) et de la Commission Nationale de Biologie Médicale (CNBM), nous sommes consultés sur le développement

professionnel continu et sur des demandes d'autorisation d'exercice. Nous participons également à l'évaluation des actes de biologie médicale et de leur passage à la nomenclature.

Dans ces différentes actions notre fil conducteur est donc de permettre un épanouissement et une reconnaissance de l'expertise des biologistes médicaux. Le contexte est très difficile, mais nous restons optimistes car il est peu probable que la biologie médicale soit mise de côté alors même que les connaissances dans ce domaine explosent et ouvrent de nouvelles possibilités thérapeutiques. L'enjeu est de permettre aux professionnels de santé d'être proactifs dans le développement de la biologie médicale pour le bénéfice des patients.

Le bureau du SNMBCHU

Président

Pr Jean-Paul Feugeas
Besançon, Biochimie

Vice-Présidente : *représentant du syndicat de Paris*

Pr Marie Pia D'Ortho
Paris, Physiologie

Vice-Président

Pr Alexis de Rougemont
Dijon, Virologie

Secrétaire général

Pr Alexandre Alanio
Paris, Mycologie - Parasitologie

Secrétaire général Adjoint

Pr Philippe Manivet
Paris, Biochimie

Trésorière

Dr Clotilde Amiot
Besançon, Histologie

Président d'honneur

Pr Jean-Luc Wautier
Paris, Hématologie

Email

snmbchu@aol.com

X (anciennement Twitter)

@SNMBCHU



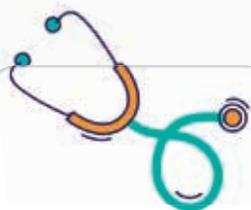
Praticien hospitalier
et hospitalo-universitaire

**VOUS PRENEZ
SOIN DES AUTRES,
L'APPA PREND
SOIN DE VOUS !**

Dédiés aux médecins et pharmaciens hospitaliers,
les contrats APPA vous protègent tout au long de votre carrière,
à l'hôpital et en libéral.



PRÉVOYANCE



SANTÉ



ASSISTANCE



RETRAITE



PLUS D'INFOS

01 75 44 95 15

UNE ÉQUIPE DE SPÉCIALISTES
RÉPOND À TOUTES VOS QUESTIONS

APPA.BESSE.FR

DEVIS PERSONNALISÉ
ET ADHÉSION EN LIGNE



@APPA1901



@APPA_ASSO



@ASSOCIATION APPA



@APPA



**+ DE 40 ANS D'EXPERTISE ET DE
SOLUTIONS INNOVANTES DÉDIÉES
AUX PRATICIENS HOSPITALIERS**



**11 000 CONFRÈRES ADHÉRENTS,
SOIT PLUS DE 26 000
BÉNÉFICIAIRES AVEC LEUR FAMILLE**



**UN FONDS
D'INTERVENTION
SOLIDAIRE**

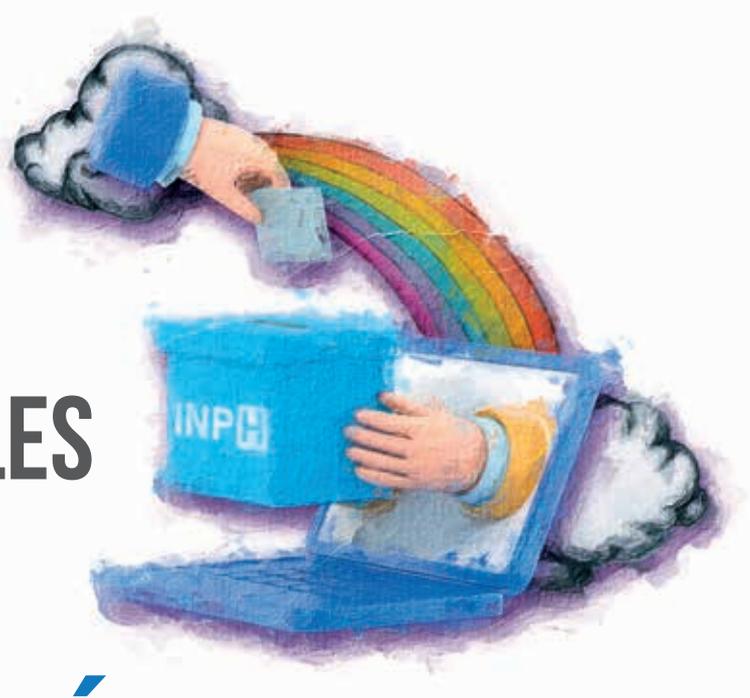


**579 CENTRES
HOSPITALIERS
PARTENAIRES**



**DES PARTENAIRES
RECONNUS**

LES E-ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES



VOTEZ AUX ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES DU 11 AU 18 JUIN 2024

UNIS, ENSEMBLE POUR DÉFENDRE L'HÔPITAL

NOS 10 EXIGENCES

- 1 Pour une **défense** intransigeante et sans exception **de toutes les disciplines et tous les statuts** (PH, HU, contractuels, praticiens associés, et statuts temporaires, CCA, AHU, PHU, assistants des hôpitaux).
- 2 Pour un **temps de travail choisi** et compatible avec la vie personnelle.
- 3 Pour une **juste rémunération de la continuité et de la permanence des soins** avec mise en place généralisée et financée de la 5^{ème} plage horaire quotidienne.
- 4 Pour une valorisation de **l'innovation, la pertinence et la qualité des soins** et pour une formation continue réelle et appropiée.
- 5 Contre les regroupements et fusions autoritaires d'hôpitaux, pôles ou services.
- 6 Pour une **valorisation des carrières médicales hospitalières et de nos retraites**, et une protection sociale justes et équitables.
- 7 Contre la financiarisation de la médecine/santé au détriment de l'offre de soins.
- 8 Pour un **plan d'urgence pluriannuel de sauvetage de l'hôpital public** en renforçant l'attractivité et fidélisant les praticiens.
- 9 Pour **redonner du sens médical à l'hôpital** : Non à l'excès de pouvoir des directions et de leurs consultants et pour un renforcement du pouvoir des instances médicales pharmaceutiques et odontologiques dans nos hôpitaux (CME, Pôles, Services, UF).
- 10 Pour raccourcir les échelons pour **ramener la carrière complète des PH à 24 ans**.

LES LISTES ÉLECTORALES DE L'INPH

LISTE COMMUNE CMH - INPH - SNAM-HP UNIS ENSEMBLE POUR LA DÉFENSE DE L'HÔPITAL



CSPM

Conseil Supérieur des Personnels Médicaux
odontologues et pharmaceutiques des établissements publics de santé

Collège 1 Enseignants Chercheurs	Collège 2 Praticiens Hospitaliers	Collège 3 Praticiens Contractuels
EDJLALI MYRIAM	LEGUERRIER MARIE-AUDE	COUDERC REMY
CAPTIER GUILLAUME	BOURCET STEPHANE	CHABAUD MAUD
BELOUCIF SADEK	DAVID STEPHANE	JAFFRE BERGERON CLAIRE
LE CORRE PASCAL	OZIOL ERIC	BOUDGHENE-STAMBOULI FRANK
LE FAOU MARIE-LAURENCE	COSTE NICOLAS	DEVAILLY JEAN-PASCAL
BOYER OLIVIER	KAYAL-BECQ MARIE-CHRISTINE	BEN AMMAR MOHAMED SALAH
PALLUD JOHAN	LEGLISE PATRICK	HANAFI RIYAD
CORNU JEAN-NICOLAS	CHAGNON JEAN-LUC	BRAMLI SLIM
GAGNEUX AMANDINE	CART PHILIPPE	MEISTELMAN CLAUDE
BAUDIN BRUNO	BOCHER RACHEL	COUDERC ANNE
CHAMPSAUR PIERRE	BERGOIN EMILIE	MACIJEWSKI CAROLINE
SHARSHAR TAREK	PAGNIEZ-MAMMERI HELEN	RUBIO MARIE-COLINE
BOYER ALEXANDRE	DUNLOP NAZIHA	ABTROUN SONIA
MOREAU CAROLINE	TOUATI SAMIA	SABIANI ROSALINA
HAMZAOUI OLFA	PETIT-SOLMAN MARIE-NOELLE	JELASSI-SOUSSI FARAH

CSN ET CD D'ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

CSN Commission Statutaire National		CD Conseil de Discipline
Collège 1 Enseignants Chercheurs	Collège 2 Praticiens Hospitaliers	Collège 2 Praticiens Hospitaliers
BELOUCIF SADEK	KAYAL-BECQ MARIE-CHRISTINE	KAYAL-BECQ MARIE-CHRISTINE
WODEY ERIC	BERTRAND PIERRE-MARIE	BERTRAND PIERRE-MARIE
AUBRUN FRÉDÉRIC	MESLEM FATNA	MESLEM FATNA
KEITA HAWA	THÉVENOT ALICE	THÉVENOT ALICE
DADURE CHRISTOPHE	LE BRIS CYRIL	LE BRIS CYRIL
LOSSER MARIE-REINE	BOUGHEZALA SAMIA	BOUGHEZALA SAMIA
ROZEC BERTRAND	DENANTES CHRISTOPHE	DENANTES CHRISTOPHE
ORLIAGUET GILLES	MONNIN MARION	MONNIN MARION
SZTARK FRANÇOIS	MERAD HICHEM	MERAD HICHEM
MEBAZAA ALEXANDRE	KARIM ABDELHAK	KARIM ABDELHAK
DURANTEAU JACQUES	TRACHE TOURIA	TRACHE TOURIA
VEBER BENOIT	MISSAOUI KHALAF	MISSAOUI KHALAF

CSN ET CD DE BIOLOGIE MÉDICALE

CSN Commission Statutaire National		CD Conseil de Discipline
Collège 1 Enseignants Chercheurs	Collège 2 Praticiens Hospitaliers	Collège 2 Praticiens Hospitaliers
KOLOPP SARDA MARIE-NATHALIE	MAMMERI PAGNIEZ HÉLÈNE	MAMMERI PAGNIEZ HÉLÈNE
FEUGEAS JEAN-PAUL	NGO SANDRINE	BIRON-ANDRÉANI CHRISTINE
PEOC'H KATELL	CHEILLAN DAVID	CHEILLAN DAVID
PILON ANTOINE	GHILLANI PASCALE	GHILLANI PASCALE
BAUDIN BRUNO	LACAILLE LOUIS	LACAILLE LOUIS
VALENTIN ALEXIS	DUPRÉ THIERRY	DUPRÉ THIERRY
BOYER OLIVIER	BIRON-ANDRÉANI CHRISTINE	NGO SANDRINE
FAVENNEC LOÏC	BERGOIN EMILIE	BERGOIN EMILIE
NICOLAOS BOURGEOIS NADÈGE	MAILLOUX AGNÈS	MAILLOUX AGNÈS
LAMAZIÈRE ANTONIN	DESMONS AURORE	DESMONS AURORE
KAPPEL NATHALIE	FELLAHI SORAYA	FELLAHI SORAYA
GOUMY CAROLE	CHANTRAN YANNICK	CHANTRAN YANNICK

CSN ET CD DE CHIRURGIE

CSN Commission Statutaire National		CD Conseil de Discipline
Collège 1 Enseignants Chercheurs	Collège 2 Praticiens Hospitaliers	Collège 2 Praticiens Hospitaliers
CAPTIER GUILLAUME	LACOSTE MARIE-HELENE	LACOSTE MARIE-HELENE
MARTINOD EMMANUEL	FAÏS PIERRE-OLIVIER	DEFORTESCU GUILLAUME
CORNU JEAN-NICOLAS	ELIE AMANDINE	TREVIDIC PATRICK
AMOURIQ YVES	TAWIL HANI	TAWIL HANI
FRIELANDER LISA	RIVOIRE CECILE	ELIE AMANDINE
XYLINAS EVANGUELOS	PECIU FLORIANU IULIA	PECIU FLORIANU IULIA
BEAUDOIN SYLVIE	TRUJILLO GUTIERREZ PATRICIO	TRUJILLO GUTIERREZ PATRICIO
FUKS DAVID	AUGIER MARC	MOIZAN HERVE
PESCHAUD FREDERIQUE	DEFORTESCU GUILLAUME	SIBERT LOUIS
TRESALLET CHRISTOPHE	AMHIS JAMIL	AMHIS JAMIL
MIGAUD HENRI	NATAF FRANCOIS	RIVOIRE CECILE
BRESSON DAMIEN	TREVIDIC PATRICK	MECHERI FARID

CSN ET CD DE MÉDECINE

CSN Commission Statutaire National		CD Conseil de Discipline
Collège 1 Enseignants Chercheurs	Collège 2 Praticiens Hospitaliers	Collège 2 Praticiens Hospitaliers
TERZI NICOLAS	CHAGNON JEAN LUC	THIRION MARINA
BOYER ALEXANDRE	ABGUEGUEN PIERRE	THORE EMMANUELLE
SHARSHAR TAREK	BELOUCIF LYNDA	TOUATI SAMIA
DIEHL JEAN-LUC	HADJEDJ LISA	HADJEDJ LISA
BRUNON-GAGNEUX AMANDINE	OZIOL ERIC	OZIOL ERIC
FARGE-BANCEL DOMINIQUE	THIRION MARINA	CHAGNON JEAN LUC
DAUGER STÉPHANE	TOUATI SAMIA	BELOUCIF LYNDA
ASLANGUL ELISABETH	RUMEAU PIERRE	ABGUEGUEN PIERRE
CHOUAÏD CHRISTOS	SEMENT ARNAUD	GOLDGRAN-TOLEDANO DANY
FUNCK BRENTANO ELISA	GOLDGRAN-TOLEDANO DANY	DAVID STÉPHANE
PELACCIA THIERRY	LE MOIGNE EMMANUELLE	RIBINIK PATRICIA
VABRES PIERRE	RULLIER PATRICIA	RUMEAU PIERRE

CSN ET CD DE RADIOLOGIE

CSN Commission Statutaire National		CD Conseil de Discipline
Collège 1 Enseignants Chercheurs	Collège 2 Praticiens Hospitaliers	Collège 2 Praticiens Hospitaliers
HELENON OLIVIER	MARTINELLI THOMAS	MARTINELLI THOMAS
EDJALI GOUJON MYRIAM	MOUNIR FOUZIA	MOUNIR FOUZIA
TASU JEAN-PIERRE	BRUN VANESSA	BRUN VANESSA
SAVOYE-COLLET CELINE	HABERLAY MARC	HABERLAY MARC
CONSTANS JEAN-MARC	CARRIER PATRICIA	CARRIER PATRICIA
PYATIGORSKAYA NADYA	SI SMAIL BELKACEM SAMIA	SI SMAIL BELKACEM SAMIA
TAOUREL PATRICE	CART PHILIPPE	CART PHILIPPE
SOUSSAN MICHAEL	BIDET CLEMENT	BIDET CLEMENT
PONTANA FRANÇOIS	BERGE JEROME	BERGE JEROME
GAUVRIT JEAN-YVES	THIBAUD JEAN-CHRISTOPHE	THIBAUD JEAN-CHRISTOPHE
FRANDON JULIEN	FINOT MATHILDE	FINOT MATHILDE
KRAINIK ALEXANDRE	LIESSE ANNE	LIESSE ANNE

LISTE COMMUNE CMH - INPH

UNIS ENSEMBLE POUR LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE

CSN ET CD DE PSYCHIATRIE

CSN Commission Statutaire National		CD Conseil de Discipline
Collège 1 Enseignants Chercheurs	Collège 2 Praticiens Hospitaliers	Collège 2 Praticiens Hospitaliers
GRANGER BERNARD	AUBRIOT BEATRICE	ALLIO GABRIELLE
BAUBET THIERRY	SARRAM SAMAN	PETIT MARIE-NOELLE
BENYAMINA AMINE	BOURCET STEPHANE	PAJOT ANNE-FRANCOISE
BONNOT OLIVIER	LINARES ISA	BOITEUX CATHERINE
HAFFEN EMMANUEL	RENER SYLVIA	BERNIER ANNE
TRIBOULET-MASSOUBRE CATHERINE	MOROZ LANDAIS ELENA	GOUREVITCH RAPHAEL
PURPER-OUAKIL DIANE	BOUMERFEG KARIM	GARD SEBASTIEN
SAUVAGET ANNE	POPA CIPRIAN-ERMIL	PONS MARTINE
THIBAUT FLORENCE	WAMBERGUE DANY	HAOUI RADOINE
VIDAILHET PIERRE	RAHIOUI HASSAN	FOULDRIN GAEL
BAYLE FRANCK	MSELATTI ANNIE	RAIMBAUD MARINE
TROJAK BENOIT	LEGUERRIER MARIE-AUDE	SALOME NATHALIE

LISTE INPH - SYNPREFH



CSN ET CD DE PHARMACIE

CSN Commission Statutaire National		CD Conseil de Discipline
Collège 1 Enseignants Chercheurs	Collège 2 Praticiens Hospitaliers	Collège 2 Praticiens Hospitaliers
CESTAC PHILIPPE	BORONAD CYRIL	BORONAD CYRIL
SAUTOU VALERIE	BEZEL CHLOE	BEZEL CHLOE
JOST JEREMY	LEGLISE PATRICK	LEGLISE PATRICK
MOUCHOUX CHRISTELLE	BOURIN DELPHINE	BOURIN DELPHINE
VARIN REMI	REMY ELISE	REMY ELISE
FERNANDEZ CHRISTINE	DEMAZIERE VERONIQUE	DEMAZIERE VERONIQUE
ALLENET BENOIT	HUE BENOIT	HUE BENOIT
CRAUSTE-MANCIET SYLVIE	BOISGONTIER MELISSA	BOISGONTIER MELISSA
ODOU PASCAL	BURDE FREDERIC	BURDE FREDERIC
PROT-LABARTE SONIA	CESARI CLEMENTINE	CESARI CLEMENTINE
GLOUET JOHANN	DUBOIS ANNE-LAURE	DUBOIS ANNE-LAURE
TERRIER-LANGLLET AURELIE	LECHEVALIER CECILE	LECHEVALIER CECILE



CHAQUE JOUR ILS VIVENT UN MARATHON AU RYTHME D'UN CENT MÈTRES.

Les hospitaliers prennent soin de tous.
Depuis plus de 60 ans la Mutuelle Nationale
des Hospitaliers prend soin d'eux.



Mutuelle Nationale des Hospitaliers
**CRÉE PAR ET POUR
LES HOSPITALIERS**

Rendez-vous sur mnh.fr

Contactez-nous
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

3031 Service & appel
gratuits



MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL - 331, AVENUE D'ANTIBES - 45213 MONTARGIS CEDEX. LA MNH ET MNH PRÉVOYANCE SONT DEUX MUTUELLES RÉGIES PAR LES DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ, IMMATRICULÉES AU RÉPERTOIRE SIRENE SOUS LES NUMÉROS SIREN 775 606 361 POUR LA MNH ET 484 436 811 POUR MNH PRÉVOYANCE. CRÉDIT PHOTO : GETTY. AGENCE : **AUSTRALIE.GAD**

RAPPEL DES POSITIONS DE L'INPH

FEUILLE DE ROUTE POUR 2024-2029

“

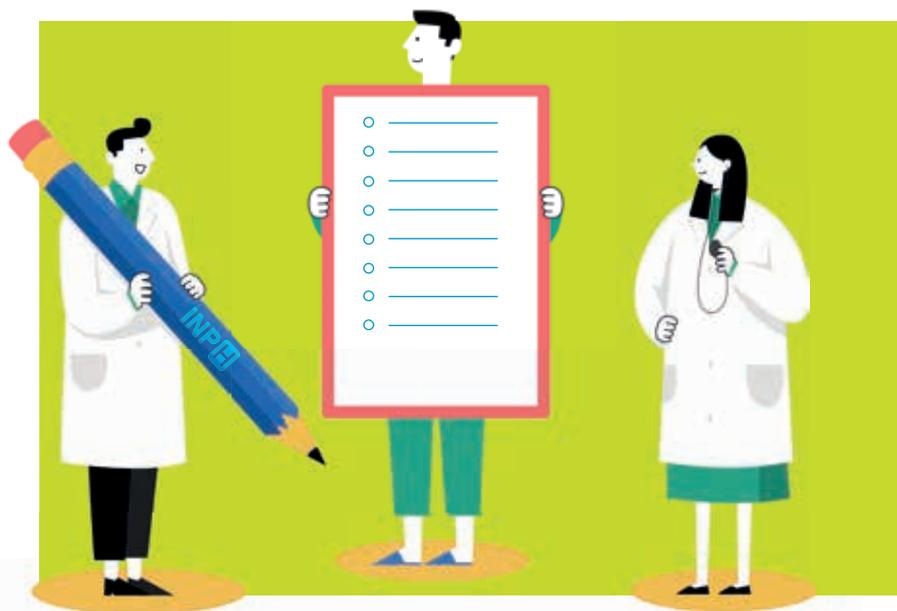
Comme notre présidente Rachel BOCHER l'avait annoncé le 13 Juillet 2020, « le Ségur de la santé n'est que le point de départ de la refondation des hôpitaux publics. » Arrivés presque au milieu de ce second mandat présidentiel, l'INPH rappelle ses positions et propose une **feuille de route au gouvernement** afin d'achever cette refondation.

”

POUR UN EXERCICE MÉDICAL À L'HÔPITAL PUBLIC ATTRACTIF, LIBRE, INDÉPENDANT, DÉONTOLOGIQUE ET JUSTEMENT RÉMUNÉRÉ

L'hôpital public est aujourd'hui confronté à une crise de démographie médicale en partie liée à la baisse d'attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires. Nos statuts doivent nous permettre de prendre soin des patients dans les conditions d'un **exercice professionnel libre, indépendant et répondant à l'obligation de moyens pertinents imposée par le code de déontologie**. Ce retour d'attractivité ne pourra pas se faire sans une revalorisation significative de l'ensemble des rémunérations, sans l'assurance d'une continuité des carrières, sans la reconnaissance de valences dites « non cliniques », de l'activité d'enseignement, de recherche et sans une amélioration significative des conditions de travail.

L'INPH propose une série de mesures et de principes visant à garantir et promouvoir les statuts de praticiens hospitaliers et hos-



pitalo-universitaires afin de recréer les conditions d'attractivité de l'hôpital public et de fidéliser le corps médical à l'hôpital :

☒ **Préserver et renforcer la nomination nationale des PH** à partir d'une liste aptitude nationale établie par une commission nationale de pairs gérée par le CNG.

☒ **Sanctuariser le cœur du statut HU** en garantissant l'indissociabilité de la fonction HU : soin, enseignement et recherche.

☒ Le Ségur de la santé a revalorisé globalement l'exercice médical hospitalier d'environ 6 % or une **revalorisation complémentaire globale de 24 % de toutes les grilles salariales (PH,**

- MCU-PH et PU-PH) est nécessaire compte tenu de l'absence d'évolution significative des revenus depuis plus de vingt ans.
- ☒ **Ramener à 24 ans la grille d'évolution salariale des PH** en la réduisant de 8 ans.
 - ☒ **Aligner les grilles des émoluments hospitaliers des PU-PH et MCU-PH** sur une grille unique.
 - ☒ **Rapprocher certaines dispositions statutaires des HU de celles des PH** pour les conditions d'exercice hospitalier (accès au temps partiel, congés, etc.) et **proposer une véritable retraite hospitalière aux HU**.
 - ☒ **Aligner les grilles de rémunération des praticiens contractuels** (Chef de clinique, assistant spécialiste, praticien attaché, nouveau praticien contractuel, ...) sur la grille de rémunération des PH.
 - ☒ **Intégrer automatiquement les praticiens attachés en CDI au corps des praticiens hospitaliers** dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste d'aptitude nationale.
 - ☒ **Revaloriser significativement l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif, 2000 € mensuels sans condition d'ancienneté dans le statut, afin de valoriser l'engagement dans le secteur public.**
 - ☒ **Reconnaître la particularité du rôle central de l'hôpital public dans la permanence des soins** en la revalorisant significativement :
 - **Revaloriser les indemnités de sujétion** en les alignant à minima sur les indemnités de garde des personnels enseignants et hospitaliers ;
 - **Décompter la période de travail de nuit comme 3 demi-journées** dans le calcul des obligations de service.
 - ☒ **Améliorer les conditions d'exercice**, en « repyramidant » la charge des gardes sur une carrière par un dispositif garantissant son allègement à partir du milieu de carrière.
 - ☒ Dans le cadre du décompte des obligations de service en demi-journées, **valoriser les 2 demi-journées de jour à 4 heures chacune et les 3 demi-journées de nuit à 5 heures chacune.**
 - ☒ **Valoriser le temps de travail additionnel à partir de la 41^{ème} heure de travail hebdomadaire** et non pas à partir de la 49^{ème} heure.
 - ☒ **Définir le temps de travail nécessaire à l'accomplissement des missions - de l'équipe - du service - de l'équipe territoriale** (soins, valences non cliniques, formation, recherche, activités d'intérêt général, activités syndicales, activité privée à l'hôpital) afin de déterminer l'effectif nécessaire cible de l'équipe médico-soignante du service.
 - ☒ **Intégrer automatiquement les MCU-PH hors classe titulaires d'une Habilitation à Diriger les Recherches** dans le corps des PU-PH.
 - ☒ **Accorder l'utilisation du titre de « professeur »** à tous les MCU-PH et aux PH détenteurs d'une HDR.
 - ☒ **Décontingenter l'accès au statut Hors-Classe des MCU-PH et à la Classe Exceptionnelle des PU-PH.**
 - ☒ **Créer des missions d'enseignement et de recherche pour les PH, (par exemple sur le modèle des PAST)** qui doivent être reconnues à plusieurs niveaux : temps (valences), rémunération et valorisation universitaire (l'institution d'enseignement ou de recherche). Ces valences permettent un exercice pluriel de la carrière de praticien hospitalier grâce un parcours diversifié et valorisant.
 - ☒ **Prendre en compte les missions d'enseignement et de recherche** dans le calcul des effectifs cibles de praticiens.
 - ☒ **Proposer aux HU volontaires la possibilité d'un exercice « hors les murs » du CHU** en créant des postes universitaires de territoire là où apparaissent des besoins et des spécificités.
 - ☒ **Faciliter la coopération entre l'hôpital et son territoire** par la mise à disposition à temps partiel ou complet, sans limite de temps, sur la base du volontariat, avec conservation des statuts, émoluments et primes, de praticiens hospitaliers pour des structures reconnues participant au service public de santé, des organisations territoriales de soins, administrations et groupements participant à l'organisation du système de santé.
 - ☒ **Faciliter la création de réseaux ville/hôpital** (staff commun, adressage facilité, participation aux astreinte ou aux gardes...).
 - ☒ **Créer des possibilités de changer de nature d'exercice en cours de carrière** en rendant possible des reconversions dans une autre spécialité, des passerelles pour intégrer la recherche ou faciliter le changement de statut H vers HU en cours de carrière.
 - ☒ **Revaloriser une Formation Médicale Continue** à hauteur de 3 % de la masse salariale.
 - ☒ **Autoriser un congé des PH pour formation/recherche/reconversion** avec maintien du salaire pour une durée d'un

trimestre par deux ans travaillés à plein temps dans la limite d'un an de congé (à l'image des HU). Ces dispositions sont déjà possibles avec la mise en recherche d'affectation mais il faudrait élargir le « quota » et permettre le retour sur l'établissement à l'issue d'une formation longue.

☒ **Mieux reconnaître le temps du dialogue social** par la création de **valences syndicales** supplémentaires.

☒ **Mettre en place un service de santé au travail** pour les praticiens hospitaliers indépendant de l'administration hospitalière et de la hiérarchie hospitalière avec prise en charge obligatoire par un médecin accédant à une équipe complète infirmière, ergonomique et rééducative de santé au travail. Les recommandations d'adaptation du poste de travail s'imposent à l'administration hospitalière.

☒ **Instaurer une Mutuelle obligatoire** aussi pour les praticiens.

☒ **Mettre à disposition des praticiens** des crèches, salles de sports, garages à vélos, des chambres de garde décentes... afin de promouvoir la santé des soignants.

☒ **Promouvoir l'égalité Femmes - Hommes dans tous les aspects des contraintes de la vie pendant la carrière, dans l'accès aux postes de responsabilité hospitalière et pour les carrières universitaires.**

POUR UNE GOUVERNANCE BIENVEILLANTE (HOSPITALIÈRE, TERRITORIALE ET RÉGIONALE) AU SERVICE DES SOIGNANTS ET DES PATIENTS

L'hôpital public est aujourd'hui confronté au défi de construire l'avenir dans un contexte de crises : crise de son financement, crise de sa gestion, crise de sa gouvernance et crise de ses valeurs. L'INPH répond à ce défi par un ensemble de propositions volontaristes et responsables, replaçant les patients comme les professionnels au centre de l'hôpital, et repositionnant l'hôpital avec ses valeurs fondamentales à sa juste place dans le système de santé. Les objectifs des propositions suivantes visent à **REMÉDICALISER** la gouvernance des hôpitaux, **RESPONSABILISER** les médecins, pharmaciens et odontologistes dans l'organisation des soins et **RESTAURER** la notion d'équipe médico-soignante ce qui existait avant la loi HPST.

La crise COVID-19 a permis de mettre en évidence que le dispositif actuel des ARS régionales recentrées sur les grandes régions s'apparentait plus à du féodalisme qu'à une gouvernance décentralisée. Les fiefs régionaux sont opu-



lents (voir leurs sièges), surdotés et ils administrent des suzerains de taille et de dotation variable, sans que ne soient considérés les besoins spécifiques des territoires. De nombreux départements n'ont plus de médecins, voire plus au-

cun personnel de santé. Ces délégations départementales sont non pertinentes, n'ayant à disposition ni les compétences que les acteurs de santé (publics, privés ou libéraux) demandent, ni la légitimité, les responsables d'Éta-

blissement de Santé s'adressant directement au siège. Seuls les acteurs de santé de terrain (libéraux et hospitaliers) disposent de la connaissance intime de leur territoire et ils doivent non seulement être associés à la politique territoriale de santé, mais aussi centraux et décisionnaires dans sa mise en œuvre et sa conception. Il convient donc de repenser en profondeur le fonctionnement des ARS afin que la notion de médecine adaptée au territoire soit une réalité de terrain et pas un simple concept technocratique.

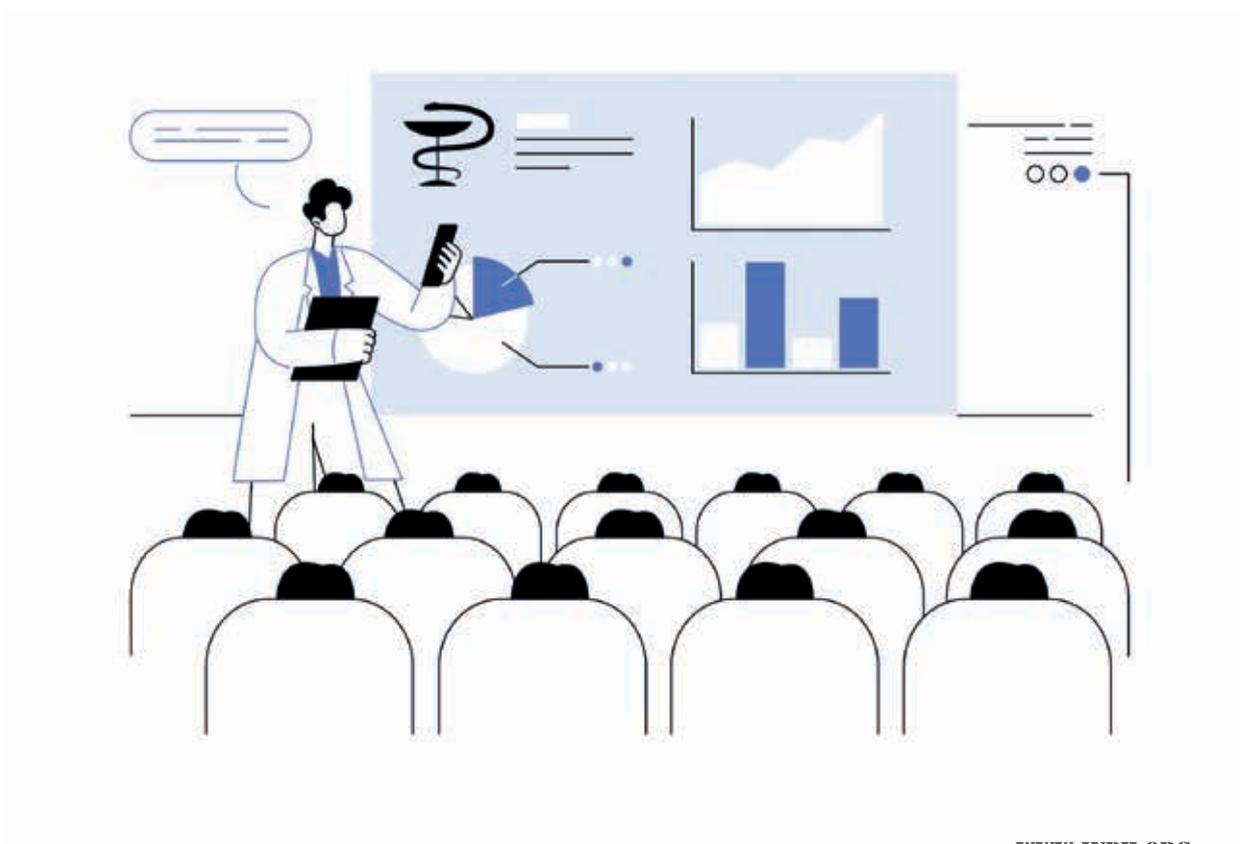
L'INPH propose une série de mesures et de principes visant à refonder une gouvernance hospitalière territoriale et régionale bienveillante au service des soignants et des patients :

- ☒ **Abroger la loi HPST.**
- ☒ **Médicaliser la gouvernance** : réinvestir la Commission Médicale d'Établissement en matière de stratégie, de gestion, de qualité des soins, de progrès médical et de gestion des personnels médicaux.

- ☒ **Démocratiser la gouvernance**, par un rééquilibrage des prérogatives entre la Commission Médicale d'Établissement et le Directoire.
- ☒ **Donner des responsabilités à la Commission Médicale d'Établissement** en matière budgétaire : objectifs, exécution et suivi, et lui garantir avec le DIM les moyens de son expertise et l'indépendance de ses décisions.
- ☒ **Inscrire la gouvernance de l'hôpital dans un projet territorial médicalisé et démocratique**, associant également les soignants et les usagers.
- ☒ **Replacer le service au centre de l'organisation médicale et soignante**, et rendre au Chef de service les moyens administratifs et matériels de ses missions.
- ☒ **Associer concrètement le service dans la préparation et l'exécution budgétaire** : préparation de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) avec le DIM et l'Administration, et exécution dans le cadre d'une large délégation de gestion en adéquation avec les objectifs du

projet médical d'établissement validés par la CME.

- ☒ **Reconnaître les fonctions médicales de gouvernance et de gestion**, pour les PH comme pour les hospitalo-universitaires, par la création de valences et de formations spécifiques. **Mettre en place des formations spécifiques**, incluses dans le temps de travail et dissociées du DPC.
- ☒ **Garantir respect et bienveillance aux patients comme aux professionnels**, par une gestion juste et transparente des situations individuelles et de la politique de prévention des risques psychosociaux.
- ☒ **Confier certaines missions** (gestion de la santé publique, de la veille et de la réponse épidémiologique sur les territoires) **au terrain** (Établissements de Santé et libéraux).
- ☒ **Recentrer les missions de l'ARS sur la régulation de l'offre de soins**, mais en concertation permanente avec les acteurs de terrain que sont les médecins (libéraux et hospitaliers).



POUR UN FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ADAPTÉ AUX BESOINS POPULATIONNELS

L'état des lieux du financement de santé montre :

- ☒ Une déconnexion des missions et des moyens, ayant abouti à un rationnement catastrophique et un endettement lié au fonctionnement et non à l'investissement.
- ☒ Une absence de rationalisation de l'offre sanitaire et de son organisation.
- ☒ Une carence de vision de santé publique.
- ☒ Une dérive des coûts de l'innovation incompatible avec le maintien d'une offre de qualité pour tous.
- ☒ Une dérive progressive du reste à charge remettant en cause le principe d'universalité d'accès aux soins.



Sur la base des principes fondamentaux suivants :

- ☒ Tout patient doit pouvoir accéder à des soins de qualité sans conditions de ressource.
- ☒ Indépendamment de toute chose, les producteurs de soins doivent avoir les moyens de leurs missions.
- ☒ Dans ses missions essentielles, le système de santé doit être un service public, incluant une proportion significative d'opérateurs publics.

L'INPH propose de :

- ☒ **Réformer profondément ou de remplacer l'ONDAM**, afin de reconnecter les financements aux besoins.
- ☒ **Maintenir la T2A, mais sur un périmètre plus restreint** (piste de réflexion : les charges variables), en complément d'un financement lié à une programmation pluriannuelle établie dans des conditions de démocratie et de transparence.

- ☒ **Reprendre l'intégralité de la dette des hôpitaux.**
- ☒ **Développer significativement le financement de la prévention**, tous secteurs confondus.
- ☒ **Converger progressivement vers un financement populationnel régional**, fondé sur les besoins objectifs des populations.
- ☒ **Renforcer très significativement la démocratie sanitaire**, dans les éléments d'orientation de la politique régionale de santé, son financement, et sa régulation.
- ☒ **Réformer profondément l'Assurance Maladie**, en incluant : la transparence des modes de décision et de la gestion, la suppression des conflits d'intérêt (externalisation des contrôles à des organismes indépendants), la simplification radicale de la tarification et de la facturation, la remise en question du reste à charge.
- ☒ **Réformer de façon volontariste l'intégration des opérateurs de santé**, publics et privés, avec pour objectif le parcours du patient dans d'une **maîtrise médicalisée de la dépense** dans un contexte économique contraint. Recentrer les différents acteurs sur leur cœur de métier. **L'efficience doit être le résultat de la rationalisation, pas du rationnement.**
- ☒ **Orienter le financement de la Psychiatrie vers un financement populationnel**, dans le cadre d'une politique territoriale.
- ☒ **Simplifier le modèle de financement des SMR.**
- ☒ **Porter une politique européenne de la santé** et de la protection sociale, dans ses dimensions sociale, économique, écologique et d'excellence.

POUR UNE ORGANISATION TERRITORIALE PERMETTANT UN ACCÈS UNIVERSEL À DES SOINS DE QUALITÉ

Voici les constats des praticiens sur les territoires de santé :

- ☒ Inégalité d'accès aux soins.
- ☒ Incohérence des organisations territoriales hospitalières et libérales.
- ☒ Insuffisance de l'offre médico-sociale.
- ☒ Inégalité de la formation des professionnels de santé.

Les objectifs identifiés par l'INPH :

- ☒ **Qualité et égalité d'accès aux soins et à la formation** des professions de santé.
- ☒ **Avoir une conception médicale** du territoire.
- ☒ **Obtenir la participation volontaire des praticiens au projet.**
- ☒ **Organiser un parcours de soins progressif et cohérent** de la CPTS et du médecin généraliste ou spécialiste vers le CH(U) : territoire de soins (GHT) - organiser un parcours de formation contractualisé de l'Université vers les structures non U : territoire de formation « GHTU » territorial.

L'INPH propose une série de mesures pour mettre en place une offre de soin et de formation territoriale de qualité accessible à tous :

- ☒ **Définir des moyens sanitaires et médico-sociaux nécessaires au sein des territoires** par les professionnels et les usagers.
- ☒ Les CPTS et les médecins généralistes ambulatoires doivent constituer un premier niveau d'accès aux soins et mettre en route le parcours de soins adapté aux malades et à leurs pathologies ; idéalement ce niveau devrait déjà tendre vers une permanence des soins.

☒ **Établir le lien hôpital – ambulatoire** : mixité d'exercice, mise à disposition des moyens (numériques mais aussi humains nécessaires à la qualité de ce lien : IDE de liaison, assistance sociale, secrétariat, moyens numériques...).

☒ **Organiser la graduation de l'offre de soin** de l'hôpital de proximité (accueil d'urgences, SMR, hébergement d'aval) vers le centre hospitalier (soins courants sur plateaux techniques, consultations avancées) « puis » le CHU (soins « ultra spécialisés », activités de recours, mais aussi soins courants et de proximité pour la population avoisinante).

☒ Les établissements privés trouvent leur place dans cette hiérarchisation de l'offre de soins, quel que soit le niveau, en fonction de leurs capacités.

☒ **Protéger les populations les plus fragiles** : petite enfance, « 4^{ème} âge », handicapés, lutter contre le refus de soins.

☒ **Adapter la territorialité** des CPTS et des GHT : "territoires de soins".

☒ **Renforcer la formation** de tous les métiers de santé et les adapter aux besoins territoriaux (toutes les structures, hospitalières ou non, publiques ou privées, peuvent trouver leur place dans la formation des différents professionnels de santé, en fonction de leurs spécificités et capacités).

☒ **Mettre en place des parcours de formation** contractualisés avec l'Université vers les structures non U : "territoires de formation".

☒ La notion d'équipe médicale universitaire peut être élargie à un territoire « universitaire » différent de la région et variable selon les besoins de chaque spécialité ; cette équipe médicale universitaire, sous la responsabilité d'universitaires titulaires, doit passer des contrats de formation et de recherche sous le contrôle de l'UFR au niveau régional et des GNU concernés au niveau national.

☒ On définit ainsi deux types de territoires :

→ **Un territoire de soins (GHT)**, de la CPTS vers le CH, voire le CHU ;

→ **Un territoire de formation (« GHTU »)**, de l'Université vers la CPTS.

☒ Ces territoires peuvent avoir un périmètre différent en fonction des structures hospitalières qui le constituent et des besoins de formation encadrée par des Maîtres de stage universitaires. Cette organisation en réseaux territoriaux permettrait aussi d'y élargir le champ des recherches et des personnels concernés par celle-ci.

☒ **Donner aux ARS un rôle non directif de coordination** entre professionnels de santé et établissements de soins et médico-sociaux de tous statuts pour définir les moyens nécessaires et adaptés aux besoins sanitaires et médico-sociaux territoriaux et non régionaux.

☒ **Donner à l'Université un rôle d'encadrement** des formateurs et de la recherche dans ces territoires.

POUR UNE REDÉFINITION DES MISSIONS DES PRATICIENS ET LEUR REDONNER DU SENS



Les missions fondamentales des médecins, pharmaciens et odontologistes à l'hôpital public qu'ils soient hospitaliers ou hospitalo-universitaires doivent être redéfinies.

Soigner, former, transmettre, accueillir, donner envie, donner confiance, prendre en charge dans le cadre d'une vision globale du soin, inventer et innover sont autant de missions qui forgent la vision de l'INPH.

L'importance de ces différentes missions permettra de garder et de promouvoir les meilleurs praticiens au sein d'un hôpital public de qualité.

Pour un Hospitalier (H) ou un Hospitalo-Universitaire (HU) l'attractivité de la mission réside dans le plaisir de s'améliorer en permanence, de transmettre et de contribuer au progrès de la médecine et de la santé dans sa globalité : accueil, soins, réhabilitation, soutien, information, éducation, aide... Elle se nourrit aussi

d'une forme de gratification liée à la reconnaissance d'une disponibilité et d'une stabilité (permanence) de la compétence, couplée

Soigner, former, transmettre, accueillir, donner envie, donner confiance, prendre en charge dans le cadre d'une vision globale du soin, inventer et innover sont autant de missions qui forgent la vision de l'INPH.

à la notoriété d'un exercice dédié au patient, indissociable de la liberté de choix des thèmes de travail et d'organisation d'une vie

professionnelle faite de contacts et de relations humaines.

Les praticiens H et HU doivent travailler en équipe dans des structures de soins soucieuses et respectueuses du facteur humain du système hospitalier.

Un exercice HU « hors les murs » avec les hôpitaux non-U, les structures privées, en France ou à l'étranger devrait être institutionnalisé.

En ce qui concerne le CHU d'aujourd'hui, il devrait accompagner l'universitarisation en cours des différentes professions liées à la Santé, en valorisant l'approche pluri-professionnelle, incluant une formation et une recherche hors les murs, ouverte sur la société, en adéquation avec les besoins médicaux et de santé de la population du bassin de vie dans lequel l'hôpital est implanté, sans discrimination ni sélection des pathologies fondées sur des critères économiques ou financiers.



LES PROPOSITIONS DE L'INPH

POUR LES TROIS COLLÈGES DU CSPM

CONSEIL SUPÉRIEUR
DES PROFESSIONS
MÉDICALES,
ODONTOLOGIQUES ET
PHARMACEUTIQUES



POUR LE COLLÈGE 1 DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (HU), L'INPH (PAR LA VOIX DU SHU SYNDICAT DE TOUS LES HU) PROPOSE

- 1. Rendre la retraite HU vraiment attractive** avec un taux de remplacement supérieur à 50 % en abrogeant la cotisation à L'IRCANTEC (article 33 de la loi Valletoux du 27 décembre 2023) et en intégrant les émoluments hospitaliers dans l'assiette de pension de retraite de l'État (SRE) comme préconisé par le rapport UZAN.
- 2. Revalorisation salariale de 10 %** à la hauteur de l'engagement des personnels HU avec la constitution d'une grille hospitalière unique des HU titulaires basée sur celle des PU-PH augmentée de trois échelons de trois ans.
- 3. Valorisation de la carrière des HU** en rétablissant la validation des services auxiliaires pour l'ensemble des HU titulaires sans condition d'ancienneté et par la bonification de la durée d'assurance en intégrant la pénibilité de la permanence des soins (1 annuité tous les 4 ans pour garde et astreinte).
- 4. Augmenter le nombre** de postes HU et le contingent de promotion en fin de carrière de classe exceptionnelle (PU-PH) et hors classe (MCU-PH) en garantissant le droit statutaire des fonctionnaires de prolonger jusqu'à 70 ans sur une base volontaire sans compromettre le recrutement des plus jeunes.
- 5. Amélioration des conditions de travail** en passant à 10 demi-journées hospitalo-universitaires hebdomadaires et en valorisant le temps additionnel au-delà du temps des obligations de service HU. Les conditions et moyens de conduire ces projets de recherche pour le HU doivent être clarifiées et simplifiées.

POUR LE COLLÈGE 2 DES PRATICIENS HOSPITALIERS TITULAIRES, L'INPH PROPOSE

1. Préserver l'indépendance professionnelle :

Renforcer la nomination nationale des PH à partir d'une liste aptitude nationale établie par une commission nationale de pairs gérée par le CNG. Préciser des règles de d'obtention des aptitudes et structurer leur vérification pour qu'aucun PH, quelle que soit l'origine de son diplôme, ne puisse faire l'objet de doute sur ses compétences et ses aptitudes.

Que les chefs de service et chefs de pôle soient nommés par la direction de l'hôpital **sur proposition de la présidence de la CME, mais après consultation des praticiens concernés et un vote de la CME** garante de l'indépendance professionnelle et de la cohérence médicale.

2. Revaloriser la grille salariale et garantir l'équité salariale et pour tous les praticiens :

Mise en place d'un reclassement dans la carrière tous les 5 ans pour gommer les effets de la date d'entrée dans la carrière.

Révision de la grille salariale des PH : réduction de la durée des 9^{ème}, 10^{ème} et 11^{ème} échelons à 2 ans ramenant ainsi l'ancienneté pour arriver au dernier échelon de 32 ans à 26 ans de carrière.

Intégrer l'année de docteur junior dans la reprise d'ancienneté des PH. **Indexation des primes d'indemnités** sur le taux directeur de la fonction publique.

Prime de service public exclusif proratisée au temps hospitalier pour tous les praticiens n'ayant pas d'activité libérale ou privée lucrative. Revaloriser significativement l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif, **2000 € mensuels sans condition d'ancienneté**

dans le statut, afin de valoriser l'engagement dans le secteur public.

Revalorisation de 11 % de la monétisation des jours épargnés sur le CET à l'instar des fonctionnaires titulaires de la fonction publique hospitalière et intégration de cette monétisation dans l'assiette des cotisations IRCANTEC.

3. Mise en place d'une reconnaissance de l'ensemble du temps de travail des praticiens dans les périodes de jour, de nuit, cliniques, non cliniques, et les périodes postées :

Décompter la période de travail de nuit comme 3 demi-journées dans le calcul des obligations de service.

Dans le cadre du décompte des obligations de service en demi-journées, valoriser les 2 demi-journées de jour à 4 heures chacune et les 3 demi-journées de nuit à 5 heures chacune.

Valoriser le temps de travail additionnel à partir de la 41^{ème} heure de travail hebdomadaire (c'est-à-dire à partir de la 11^{ème} demi-journée) et non pas à partir de la 49^{ème} heure.

Définir le temps de travail nécessaire à l'accomplissement des missions - de l'équipe - du service - de l'équipe territoriale (soins, valences non cliniques, formation re-

cherche, activités d'intérêt général, activités syndicales, activité privée à l'hôpital) afin de **déterminer l'effectif nécessaire cible** de l'équipe médico-soignante du service.

4. Améliorer les conditions d'exercice, en « repyramidant » la charge de la permanence des soins (gardes et astreintes) sur une carrière :

Mise en place d'un dispositif garantissant son allègement à partir du milieu de carrière et en le rendant optionnel sur la base du volontariat à partir de 60 ans.

5. Remettre les droits des praticiens à égalité avec celui de tous les autres salariés :

Instaurer une Mutuelle complémentaire (part patronale 50 % idem autres salariés) en plus des soins gratuits dans notre hôpital avec poursuite après la retraite.

Fournir dès la prise de fonction du praticien la totalité du matériel nécessaire à un bon exercice au profit des patients (outils numériques, dispositifs médicaux, lingerie, bureau, chambres de garde décentes).

Mettre à disposition des praticiens des crèches, centres de loisirs, salles de sports, garages à vélos, bornes de charge automobiles électriques...



POUR LE COLLÈGE 3 DES PRATICIENS CONTRACTUELS, L'INPH PROPOSE

Rappel : Les praticiens contractuels ont des statuts très hétérogènes : praticiens attachés, praticiens contractuels (avec 4 modes de recrutement différents et des rémunérations différentes), CCA, AHU, assistants spécialistes, assistants généralistes, assistants associés, praticien adjoint contractuel, praticien associé, praticien en cumul emploi retraite...



- 1. L'INPH demande d'homogénéiser ces statuts.** Certains pourraient être supprimés au profit d'un recentrage vers les postes de praticiens contractuels : le statut de praticien assistant pourrait être supprimé ou largement remanié pour se rapprocher du statut de praticien contractuel.
- 2. L'INPH demande une reconnaissance des praticiens contractuels au sein de leur service et de l'hôpital dans lequel ils travaillent, comme tout autre praticien, avec les mêmes conditions de travail :** bureau, téléphone, adresse mail et tout le matériel nécessaire à sa pratique... mais aussi une inclusion égalitaire dans le planning du service (consultations, vacations opératoires...).
- 3. Pour les Praticiens Contractuels recrutés pour compléter l'offre de soin avec le concours de la médecine de ville (motif 4),** il faut faciliter cette activité mixte dans l'organisation temporelle de cette activité (congés, continuité des soins...), ou matérielle (logiciels, déplacements...). En cas de recrutement en CDI, ils doivent rejoindre la grille salariale des PH avec des échelons identiques.

- 4. Pour les Praticiens attachés :** la grille salariale doit rejoindre celle des PH.
- 5. Pour les CCA et AHU :** reconnaissance du temps de recherche avec une sanctuarisation de ce temps et notamment la création d'un compte épargne temps recherche supplémentaire lorsqu'ils sont inscrits en thèse de science.
- 6. Pour les Praticiens associés (PADHUE) :** Il faut éviter par tous les moyens de constituer un nouveau « stock » de PADHUE en situation irrégulière... et surtout précaire. Il conviendra :
 - a. D'augmenter le nombre de postes au concours** au prorata des postes en 2^{ème} année qu'il faudra également augmenter.
 - b. D'harmoniser la remontée de la liste des terrains de stage de PCC** (Parcours de Consolidation de Compétences) entre les ARS et le CNG et définir très clairement

par décret les stages agréés pour éviter toute ambiguïté.

- c. De budgétiser les stages en ambulatoire obligatoires :** plusieurs lauréats au concours ayant terminé leur PCC attendent uniquement leur affectation au stage en ambulatoire pour clôturer leur qualification en médecine générale notamment !
- 7. Pour les praticiens en cumul emploi retraite :**
 - a. Reprise systématique au niveau du dernier échelon atteignable pour les PH avant la retraite.**
 - b. Exonération des cotisations de retraite possible pour les salariés** (Pour le moment seulement en cas de reprise d'activité libérale).
 - c. Prise en compte de nouveaux droits à la retraite :** extension possible aux régimes complémentaires (déjà en cours pour le régime de base).



JE L'AI LU... ET VOUS CONSEILLE DE LE LIRE CET ÉTÉ À LA PLAGE, À LA MONTAGNE OU À LA CAMPAGNE !



Dr Eric OZIOL

Lecteur égalitaire, solidaire et libre...car responsable.

LA MOLÉCULE QUI DÉTRUISIT L'HÔPITAL

L'ATÉDESA, CONTE HOSPITALIER

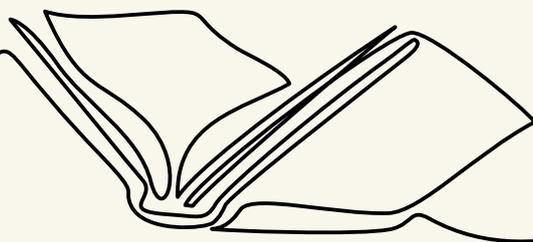
« Bruno s'est retiré en Lozère. Il vit hors du temps. Une tempête s'abat sur le hameau ; il est transposé dans un monde nouveau. Qu'est devenu l'hôpital dans cette étrange société ? Quel est le lien entre la tarification à l'activité dans les hôpitaux (T2A) et l'ATEDESA, molécule mise au point pour éradiquer tout sentiment altruiste ? L'hôpital va-t-il se reconstruire secrètement à Saint-Alban, village de Lozère où François Tosquelles, psychiatre trotskiste fuyant la dictature franquiste, refonda la psychiatrie ? Le lecteur est invité à une réflexion sur la place de l'hôpital dans la société. Nous viendrait-il à l'idée de donner une valeur monétaire à l'amour que nous avons pour nos enfants ou notre conjoint ? Avec la T2A, c'est ce que nous faisons pour l'aide aux malades, à la personne âgée. »

Lauréat pour ce livre, du prix André Soubiran (remis par L'Académie du Languedoc le 11 mars 2023 à Toulouse), l'auteur, Jean-Marie Brugeron est un directeur d'hôpital et ancien élève de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). Il a exercé ses fonctions en Centre Hospitalier, en Centre Hospitalier Universitaire, dans un Centre de Lutte Contre le Cancer et auprès du Ministère de la Santé en tant que Conseiller général de santé. Il est actuellement bénévole au Secours Catholique et enseigne à la Faculté de droit de Montpellier. En fait de « Conte hospitalier », il s'agit plus d'un essai sur les effets pervers du financement de l'hôpital

public, savamment camouflé en roman dystopique et onirique, ou plutôt cauchemardesque. Avec une écriture fluide, élégante et délicieusement provocatrice, Jean-Marie Brugeron nous entraîne dans une enquête hospitalière, en pleine période COVID, digne d'un thriller. Nous partons ainsi à la recherche du Pr Louis Enilec (toute ressemblance « anagrammique » avec l'auteur de Voyage au bout de la nuit ne me semblerait pas tout à fait fortuite), le développeur de la molécule Atédesa. Le périple commence sur les pentes des Monts Lozère, pour se poursuivre dans le Cantal, puis au CHU de Caen où Bruno, notre narrateur, Direc-

teur-Enquêteur, commence à comprendre que pendant sa « retraite lozérienne » l'hôpital qui était là pour aider ceux qui en avaient besoin, était devenu une entreprise ultra-performante pour laquelle l'allocation des moyens s'était transformée en un objectif qui se méritait, avec une sélection des « bons malades, bons citoyens » par une Intelligence Artificielle. Cependant dans ce nouveau paradigme il est néanmoins proposé aux recalés de l'I.A. une solution ultime : l'hôpital de Lourdes, dernier sanctuaire de soins charitables, où Bruno va enfin résoudre le fin mot de l'énigme et comprendre comment la mise sur le

On a lu pour vous

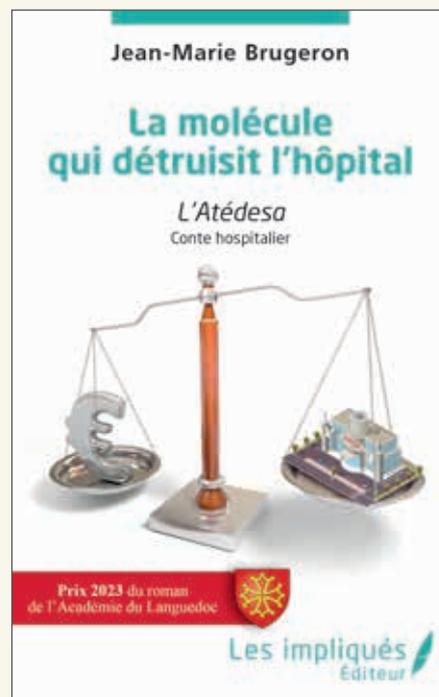


marché du soin tarifié avec comme objectif la performance financière avait détruit les plus belles valeurs de solidarité de l'hôpital public, dans une société capitaliste de la performance de l'homme parfait, rappelant étrangement comme en écho l'état nazi et autres allusions phoniques normatives.

Ce n'est donc pas par hasard que l'histoire se termine (ou se répète ?) au CHS de Saint Alban, à nouveau en Lozère (à noter que le GHT Lozère est le plus petit de France en termes de population, mais pas en termes de territoire), haut lieu à la fois de résistances, d'accueil, mais aussi de créations. C'est là que François (Francesc) Tosquelles a construit les bases de la psychiatrie institutionnelle comme une résistance à la dictature de la performance totalitaire des années 40, une résistance contre la misère, une résistance pour la différence et pour la solidarité, malgré la guerre, malgré l'hiver, malgré le dénuement, malgré la faim, mais avec tellement de joie, d'intelligence, d'humour et de créativité. Je vous conseille le visionnage de cette vidéo de 54 minutes titrée « François Tosquelles : une politique de la folie », dans laquelle en français avec un accent catalan rappelant celui de Salvador Dali, il nous explique tout sur la « Déconniatrie » (<https://vimeo.com/167991974>). En plein hiver 1955 il confie même les trois premiers enfants « arriérés mentaux » comme on disait et surtout miséreux et abandonnés, à l'abbé Lucien Oziol (un cousin germain de

mon père, beaucoup moins connu que l'Abbé Pierre), qui créa le premier institut d'accueil pour des enfants handicapés mentaux, le Clos du Nid. Bien d'autres furent créés après, en Lozère et dans d'autres départements. Cette belle œuvre psychiatrique-religieuse du Clos du Nid a donc été fondée par un prêtre catholique et par un psychiatre anarchiste, réfugié catalan. Mon aïeul disait dans un entretien avec Jacques Chancel en 1977 : "Je n'aurais jamais pu faire tout cela si je n'avais pas été prêtre". Et François Tosquelles dans la vidéo citée ci-dessus disait : « J'ai eu deux spécialités : celles de convertir les communistes en communistes et les religieuses en religieuses. Parce que la plupart des catholiques ne sont pas catholiques. Je n'ai rien contre le fait que l'on soit catholique ou communiste. Je suis contre ceux qui se disent communistes et qui sont radicaux-socialistes ou fonctionnaires publics ; et contre les religieuses qui croient l'être, alors qu'elles ne sont que des fonctionnaires de l'Église. Une partie de mon métier a donc consisté à convertir les individus en ce qu'ils sont réellement, au-delà de leur paraître, de ce qu'ils croient être, de leur moi idéal. Les malades eux-mêmes étaient confrontés à la réalité de la guerre et savaient qu'au troisième étage du château se cachaient des résistants. Ils étaient cachés comme eux. Le mot asile est très bon ! Les fous se mettaient au service des réfugiés pour leur donner de quoi vivre. ».

Je vous souhaite à la toute fin de ce roman de vous « réveiller de ce cauchemar », et avec cette lecture



**La molécule qui détruit l'hôpital
L'Atédessa, Conte hospitalier**

Auteur : Jean-Marie Brugeron
Les Impliqués Éditions. Éditions L'Harmattan
Parution : 7 juin 2021

Broché, 256 pages, 135 x 215 mm

ISBN : 978-2-343-23171-6

EAN13 : 9782343231716

EAN PDF : 9782140181375

www.linkedin.com/in/jeanmariebrugeron

estivale de commencer à envisager la performance comme très différente de la robustesse, mais nous reviendrons sur ces concepts avec des lectures tout aussi passionnantes dans le MAG 30 de la rentrée qui aura pour thème **L'HÔPITAL FACE AU DÉFIT DE LA COMPLEXITÉ.**

...En attendant, du 11 au 18 juin 2024, e-votez pour les listes soutenues par l'INPH !!!



BULLETIN D'ADHÉSION À L'INPH Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

COTISATION ANNÉE 2024

ADHÉSION DIRECTE

NOM Prénom

Fonction

Lieu d'exercice

Adresse postale personnelle :
.....
.....

Code postal Ville

Courriel

Téléphone portable

Signature :

Cotisation pour l'année 2024

Temps plein : 125 €

Temps partiel : 65 €

Paiement par chèque :

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé
avec le chèque libellé à l'ordre de l'INPH à :

Docteur Rachel BOCHER

Présidente de l'INPH
Hôpital Saint Jacques
85 rue Saint Jacques
44093 Nantes Cedex

Paiement par virement :

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé
avec la preuve de virement à
bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire
I N P H

Domiciliation
SG NANTES (03732)
8 PL ROYALE
44000 NANTES

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03732	00050817163	51

IBAN : FR76 3000 3037 3200 0508 1716 351
BIC-ADRESSE SWIFT : SOGEFRPP