

# LE MAG DE L'INPH

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

N°28

AVRIL  
2024

QUADRIMESTRIEL  
GRATUIT



## L'ENGAGEMENT DES HOSPITALIERS

[WWW.INPH.ORG](http://WWW.INPH.ORG)

## 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 AUMAÏTRE**  
 (SNMInf - Perpignan)

**Vice-Président chargé de la Médecine (Médecine Interne)**  
**Pr Pascal ROBLLOT**  
 (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**  
 (SynNPH - Toulouse)

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

## 16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

<b>SyNPH</b> Syndicat National des Praticiens Hospitaliers <b>Président</b> : Dr Pierre RUMEAU	<b>FPS</b> Fédération des Praticiens de Santé <b>Président</b> : Dr Slim BRAMLI
<b>SNMInf</b> Syndicat National des Maladies Infectieuses <b>Président</b> : Dr Hugues AUMAÏTRE	<b>SYNPREFH</b> Syndicat National des Pharmaciens des Établissement Publics de Santé <b>Président</b> : Dr Cyril BORONAD
<b>SPEP</b> Syndicats des Psychiatres d'Exercice Public <b>Président</b> : Dr Michel TRIANTAFYLOU	<b>SNHG</b> Syndicat National des Hôpitaux Généraux <b>Président</b> : Dr Alain JACOB
<b>SPHPF</b> Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française <b>Président</b> : Dr Marc LEVY	<b>SHU</b> Syndicat des Hospitalo-Universitaire <b>Président</b> : Pr Guillaume CAPTIER
<b>SCPF</b> Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français <b>Présidente</b> : Dr Hélène LE HORS	<b>SNOHP</b> Syndicat National des Odontologistes des Hôpitaux Publics <b>Président</b> : Dr Bernard SARRY
<b>SYNDIF</b> Syndicat National des Internistes Français <b>Président</b> : Pr Pascal ROBLLOT	<b>SPH</b> Syndicat du Service Public Hospitalier <b>Présidente</b> : Dr Érica MANCÉL SALINO
<b>ONSSF</b> Organisation Nationale des Syndicats des Sages-Femmes <b>Présidente</b> : Mme Caroline COMBOT	<b>SYFMER</b> Syndicat Français de Médecine Physique et Réadaptation <b>Président</b> : Dr Jean-Pascal DEVAILLY
<b>SNMBCHU</b> Syndicat National des Médecins Biologistes des CHU <b>Président</b> : Pr Jean-Paul FEUGEAS	<b>SNSP</b> Syndicat National des Médecins de Santé Publique <b>Président</b> : Dr Nicolas LEBLANC

# SOMMAIRE N°28

## 04 ÉDITORIAL

### L'ENGAGEMENT DES HOSPITALIERS

**06** L'engagement hospitalier... l'engagement syndical  
 Dr Eric OZIOL

**09** Le conseil du développement professionnel continu médical hospitalier (CDPCMH) : Un engagement au service de la formation des praticiens hospitaliers  
 Dr Michèle AKIERMAN

**12** L'engagement de l'Université et des CHU pour une territorialisation de l'enseignement et de la recherche : Une réponse nécessaire pour l'attractivité médicale !  
 Interview du Pr Isabelle LAFFONT

**18** L'engagement des HU à l'hôpital : Les dindons de la « FAQ »  
 Pr Guillaume CAPTIER

**22** PADHUE, réalités passées et futur à venir : Un engagement d'excellence mais également humain  
 Dr Rachel BOCHER & Dr Slim BRAMLI

**24** L'engagement hospitalier... dès la première année d'internat !  
 Interview de Mathis JACQUET

## INFO J. O.

**27** Actualité des textes officiels  
 Dr Patrick LÉGLISE

**JE L'AI LU ET JE LES AI ÉCOUTÉS... VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE AUSSI...**

**30** Livre  
 Courts-Circuits d'Etienne KLEIN

**31** Podcast  
 Pentobarbital

**35** ANNONCES DE RECRUTEMENT

## LE MAG DE L'INPH

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

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

**Directeur de Publication** D<sup>r</sup> RACHEL BOCHER

**Rédacteurs en chef** D<sup>r</sup> JÉRÔME FRENKIEL  
 D<sup>r</sup> ERIC OZIOL

**Comité de lecture** D<sup>r</sup> JEAN MICHEL BADET  
 D<sup>r</sup> MICHEL TRYANTAFILLOU  
 D<sup>r</sup> ALEXANDRE ORGIBET  
 D<sup>r</sup> MAUD WILLIAMSON  
 D<sup>r</sup> PATRICK LÉGLISE  
 D<sup>r</sup> ANNIE SERFATY  
 D<sup>r</sup> ERICA MANCÉL-SALINO



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

### Editeur & Régie publicitaire

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

Email : [contact@reseauuprosante.fr](mailto:contact@reseauuprosante.fr)  
 Web : [www.reseauuprosante.fr](http://www.reseauuprosante.fr)

### Maquette & Mise en page

We Atipik - [www.weatipik.com](http://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.



## ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES MAJEURES DU 11 AU 18 JUIN 2024

### MOBILISONS-NOUS VOTEZ ET FAITES VOTER POUR LES LISTES DE L'INPH

REMÉDICALISATION DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE  
RÉFORME PROFONDE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ  
RESPONSABILISATION DES ACTEURS MÉDICAUX

2024 marque le terme d'une période quinquennale, et par conséquent l'organisation de nos élections professionnelles nationales qui se dérouleront du 11 au 18 juin 2024.

#### Deux votes pour le Collège HU :

Un vote pour les Élections au CSPM.  
Un vote pour les Élections paritaires.

#### Trois votes pour le Collège H :

Un vote pour les Élections au CSPM.  
Un vote pour les Élections paritaires.  
Un vote pour le Conseil de Discipline.

#### Un seul vote pour le Collège Contractuel :

Un vote pour les Élections au CSPM.

Ces trois collèges ouvrent la nécessité de voter plusieurs fois.

Ces élections sont marquantes à plus d'un titre :

1. Tout d'abord la période qui vient de s'écouler n'est pas banale : l'élection du plus jeune Président de la

République devait être le gage de nouvelles pratiques, méthodes, projets, objectifs avec une ténacité jamais vue.

Mais une pandémie est venue rebattre les cartes et remettre à plus tard ce qui déjà ne pouvait pas attendre.

2. Ce fut une série assez inédite de Ministres de la Santé, pas moins de 7 depuis 7 ans comme une sorte de succession d'échecs actés par avance sur des feuilles de route peu claires qui n'ont pas manqué de produire ce vide sidéral inévitable, contrastant par ailleurs avec les propos et les engagements du Président de la République.
3. À l'INPH nous avons gardé le cap, fait adopter des accords professionnels que chacun reconnaît aujourd'hui comme de réelles avancées.
4. Depuis 2023 un stop total des négociations, comme on l'observe par ailleurs dans bien d'autres secteurs d'activité.

Le prochain mandat enjambrera la prochaine élection présidentielle. Raison supplémentaire pour ne pas manquer ce rendez-vous et peser sur les futurs programmes, avec vous.

Pour l'INPH l'épanouissement professionnel est la condition sine qua non d'attractivité de nos métiers en grandes

« Vivre ce  
n'est pas se  
résigner »

Camus

difficultés à l'Hôpital : c'est la condition nécessaire du juste soin.

Pour l'INPH la revalorisation significative de notre rémunération est un élément incontournable bien que ce ne soit pas le seul facteur d'attractivité.

Pour l'INPH la liberté de penser et de soigner à la recherche de solutions innovantes et adaptées.

Pour l'INPH aussi, « vivre ce n'est pas se résigner » (Camus).

Comme par le passé, pour être toujours plus solides, fidèles à nos idées, et actifs, nous faisons cette fois-ci encore le choix de l'union.

Ce sont des listes communes que l'INPH présentera à vos suffrages, ce qui ne signifie pas bien entendu des listes par fusion, mais bien au contraire la constitution d'un socle solide, tout en sauvegardant nos spécificités.

L'INPH INFO : vous trouverez toutes les informations utiles et pratiques nécessaires pour voter.

L'Équipe de notre Magazine a fourni une fois encore un travail remarquable et par votre vote vous accompagnerez leurs actions, et renforcerez le poids et la place de l'INPH dans le paysage français du syndicalisme médical.

### Portez haut nos listes par vos votes !

Le plus grand nombre de collègues élus par vos suffrages, c'est autant d'assurance de trouver dans 7 spécialités, H, HU et Contractuels(les), des hommes et des femmes engagé(es), déterminé(es), à faire aboutir vos revendications pro-

fessionnelles dans les Hôpitaux publics.

La lecture de ce magazine vous permettra de vous y retrouver et nous restons à votre écoute par tous moyens de communication.

« L'avenir, tu  
n'as pas à le  
prévoir mais à  
le permettre »

Saint-Exupéry

Vos questions et vos propositions sont les bienvenues.

Du 11 au 18 juin 2024

L'INPH compte sur vous pour continuer à lui reconnaître la légitimité qui le rend audible et acteur majeur.

Afin qu'il en soit de même dans la future période qui s'ouvre.

VOTEZ !

Et faites VOTER pour nos listes !

« L'avenir, tu n'as pas à le prévoir mais à le permettre » (Saint-Exupéry).

Bonne lecture à toutes et à tous !

Présidente de l'INPH  
Dr Rachel BOCHER



# L'ENGAGEMENT HOSPITALIER... L'ENGAGEMENT SYNDICAL



Dr Eric OZIOL  
Rédacteur en chef

**Il est prêté à Albert Camus la citation suivante : « Mal nommer les choses c'est ajouter au malheur du Monde ». Comme l'un des rôles essentiels de la médecine est celui de tenter de comprendre les maladies, par conséquent (« du coup » pour les lecteurs les plus jeunes) la rigueur sémantique, sémiologique, signifiante et nosologique est une valeur cardinale de nos professions médicales. Amorçons donc la lecture de ce MAG en faisant cet exercice sémantique, voire étymologique pour bien capter le sens des mots.**

Commençons par l'engagement et par nous engager, ce qui signifie étymologiquement mettre en gage et correspond à l'action de se lier par un contrat ou une promesse. L'engagement représente donc le fait de participer à une œuvre en échange d'un paiement (les gages). Cependant en anglais (*commitment*) ou en italien (*compromisso*), le sens de l'engagement fait plutôt référence étymologiquement à la notion de promesse, mais également de mission.

L'engagement, la promesse, mais alors pour quelle mission ? L'Hôpital bien sûr, car nous sommes hospitaliers, mais qu'est-ce qu'être « Hospitalier » ?

Cela vient de l'ancien français *hospital* dérivé du latin *hospitalia*, soit une chambre pour les hôtes, puis un refuge pour les indigents. Le mot est donc surtout lié au concept d'hospitalité, d'accueil des malades, des indigents et des mou-

rants, tâche longtemps réservée aux ordres religieux hospitaliers dans des locaux appelés hôtel (Hôtel-Dieu), hospices ou hôpitaux.

Les hospitaliers modernes ne relèvent bien sûr pas de l'ordre de Saint-Jean de Jérusalem, mais leur mission pour la population a-t-elle vraiment changé ? L'activité clinique, du latin *clanicus*, dérivé du grec *klínô* qui veut dire couché/penché et qui est relatif à l'activité

du médecin penché sur le malade lui-même couché, s'exerce bien dans tous les établissements de soins. Cependant l'hôpital et donc l'hospitalier, y rajoute tout particulièrement une mission quasi miséricordieuse d'accueil permanent (24H/24, 7 jours/7) pour toutes les personnes en mauvaise santé, quels que soient leurs maladies ou handicaps. Ceux-là même, qui selon la définition OMS de la santé, ont un mauvais « état de bien-être physique, psychique, social, ou environnemental, indépendamment du fait de leur maladie ou de leur handicap ». En raison de cette mission très particulière, il est tout à fait compréhensible que l'Hôpital soit une des préoccupations essentielles et complexes du Ministère de LA Santé, où les ministres se suivent, mais où le traitement hospitalier reste finalement très palliatif tant que nous n'aurons pas compris que les déterminants de LA Santé sont ailleurs, l'hôpital ne faisant qu'accueillir les conséquences de leurs insuffisances. Pour exemple, je rappellerai ici l'urgence d'un plan national de santé mentale.

## L'ENGAGEMENT HOSPITALIER... mais aussi L'ENGAGEMENT SYNDICAL

**Syndical** : Dérivé de **syndic** avec le suffixe -al., substantif signifiant initialement « procès-verbal ».

**Syndic** : Personne, qui est élue ou désignée pour gérer les affaires d'une collectivité dont elle fait partie. Étymologiquement construit avec la racine grecque *sún*, avec, qui marque l'idée de réunion comme dans *sympathie* ou *symphonie*, et le suffixe *dikê* qui signifie règle, droit, justice.

**Les élections professionnelles pour les praticiens médecins, pharmaciens, odontologistes, mais également les hospitalo-universitaires, de l'hôpital public auront lieu du 11 au 18 juin 2024.**

**Il s'agira donc d'élire vos représentants (vos « syndicats ») :**

- ☒ Au **CSPM (Conseil Supérieur des Personnels Médicaux, Pharmaceutiques et Odontologiques des hôpitaux publics de santé)**. Qui est composé de 25 membres titulaires, dont **15 représentants élus des personnels**, 7 représentants des établissements publics de santé désignés par les organisations les plus représentatives des établissements (ex : la FHF, Fédération Hospitalière de France) et 3 représentants des ministères concernés. Il est présidé par une personnalité qualifiée, nommée par arrêté du Ministre chargé de la Santé. Le secrétariat du CSPM est assuré par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Il y a 3 collèges pour les représentants élus des personnels : le **collège 1 des Hospitalo-Universitaires (HU)**, le **collège 2 des Praticiens Hospitaliers (PH) titulaires**, le **collège 3 des praticiens non titulaires et contractuels**. Chaque collège a 5 membres élus.
- ☒ Au **CNG (Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, placé sous tutelle du Ministère chargé de la Santé)**.
- Pour les **Commissions Statutaires Nationales (CSN) des PH et des HU**, soit 7 CSN pour les

PH et 7 CSN pour les HU correspondant aux 7 disciplines suivantes : médecine, chirurgie-odontologie, pharmacie, biologie, radiologie, anesthésie-réanimation et psychiatrie.

- Pour les **Commissions Discipline (CD), uniquement pour les PH**, car les HU relèvent disciplinairement du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et là aussi pour les 7 disciplines sus-citées.

**Pour résumer :**

- ☒ Si vous êtes HU (2 scrutins) vous aurez à voter pour vos représentants au collège 1 du CSPM et au CSS du CNG dans votre discipline (une seule des 7 sus-citées).
- ☒ Si vous êtes PH titulaire (3 scrutins) vous aurez à voter pour vos représentants au collège 2 du CSPM, au CSN et au CD du CNG dans votre discipline (une seule des 7 sus-citées).
- ☒ Si vous êtes praticien non titulaire ou contractuel (1 seul scrutin) vous n'aurez à voter que pour vos représentants au collège 3 du CSPM.

**Nos représentants élus seront donc légitimes, mais le poids de leur parole dépendant aussi symboliquement du taux de participation aux scrutins, alors du 11 au 18 JUIN 2024 VOTEZ MASSIVEMENT aux élections professionnelles !!!!**

**L'INPH s'engage pour vous représenter, votez INPH !**





ASSEMBLÉE NATIONALE



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

## Colloque de l'INPH le 15 mai 2024 de 13h à 17h, Salle Colbert à l'Assemblée Nationale

Ouverture du colloque par Monsieur le Ministre délégué à la Santé, **Frédéric Valletoux** et la **Dr Rachel Bocher**, présidente de l'INPH

Trois tables rondes sur les Statuts des PH, la Gouvernance et le Financement des hôpitaux

**Inscription gratuite mais obligatoire (nombre de places limité) à [bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr](mailto:bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr)**

(Se munir d'une pièce d'identité pour accéder à l'Assemblée Nationale)

## LE CONSEIL DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU MÉDICAL HOSPITALIER (CDPCMH)

# UN ENGAGEMENT AU SERVICE DE LA FORMATION DES PRATICIENS HOSPITALIERS



Dr Michèle AKIERMAN  
SyNPH et vice-présidente  
du CDPCMH au nom de  
l'INPH

*La recertification périodique maintenant obligatoire pour chaque médecin rend impérative une formation continue structurée et de qualité. Se pose donc la question de son organisation, de son financement et de sa gestion, notamment pour les praticiens hospitaliers.*

Pour ces derniers, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) est l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la fonction publique hospitalière. Elle est agréée par le Ministère de la Santé pour collecter et gérer les fonds consacrés au financement de la formation continue des agents de la fonction publique (2,9 % de la masse salariale) du développement professionnel continu (DPC) médical des personnels médicaux.



Depuis 2013, l'ANFH assure la gestion paritaire des fonds pour les DPC des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes des établissements publics de santé. Les CHU et les autres établissements publics de santé consacrent au

financement du DPC un pourcentage minimum de :

- ☑ 0,5 % du montant des rémunérations des personnels médicaux pour les CHU ;
- ☑ 0,75 % du même montant pour les autres établissements.



Les établissements doivent cotiser pour la totalité ou 4/5<sup>e</sup> de leur obligation à l'ANFH.

La politique de gestion du DPC Médical est définie au plan national par une instance paritaire, le Conseil du DPC Médical Hospitalier (CDPCMH) qui réunit à parité des représentants des inter syndicats de praticiens hospitaliers (PH) et des représentants de la fédération hospitalière de France (FHF), dont trois présidents de CME (PCME).

En début d'année 2024, j'ai donc été élue vice-présidente du CDPCMH au titre de l'INPH, pour la représentation tournante des inter-syndicats de PH. Le Dr Jean-Marie WOEHLE, PCME, au titre de la FHF présidera le CDPCMH pour 2024.

Le CDPCMH veille notamment à la collecte des fonds, définit les règles de gestion et de mutualisation des fonds collectés et les

règles de prise en charge et de remboursement des frais liés au suivi des actions ou programmes s'inscrivant dans le cadre des parcours de DPC.

Chaque établissement est libre de gérer, en lien avec sa CME ou la sous-commission DPC de la CME, son enveloppe de formation. Les établissements adhérents à l'ANFH bénéficient par ailleurs d'une offre de formation mise à disposition gratuitement par l'ANFH sur des crédits mutualisés (notamment des actions de formation nationales) et d'un outil de gestion de la formation (Gesform Evolution).

L'Agence Nationale du DPC contribue par une convention via l'ANFH, au financement des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires pluri-annuelles concernant les professionnels de santé salariés.

**Les établissements adhérents à l'ANFH bénéficient par ailleurs d'une offre de formation mise à disposition gratuitement par l'ANFH sur des crédits mutualisés...**

Compte tenu des coûts de la formation et de la nécessité à une recertification périodique (voire de requalification) des PH depuis janvier 2023, il est essentiel que nous soyons attentifs au respect de règles solidaires et égalitaires de répartition de ces financements.

**Le MAG de la rentrée d'automne 2024 abordera très largement ces thèmes, notamment de la formation continue et de la recertification périodique. Préparez vos questions !!!**

# 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](https://www.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

# L'ENGAGEMENT DE L'UNIVERSITÉ ET DES CHU POUR UNE TERRITORIALISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE

## UNE RÉPONSE NÉCESSAIRE POUR L'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE !



Pr Isabelle LAFFONT

Doyenne de la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes



Entrevue réalisée par Dr Eric OZIOL

Président de la CME du Centre Hospitalier de Béziers

**Eric Oziol (E. O.)-** En 2023 la Conférence Nationale des Présidents de CME (PCME) de Centres Hospitaliers (CH) a réalisé une enquête auprès des CH non universitaires sur justement leur rôle dans l'universitarisation des territoires (UdT), ainsi que sur leur engagement dans l'enseignement et la recherche. Quelle est votre analyse de cette enquête et l'apport de l'UdT pour l'attractivité médicale ?

**Isabelle Laffont (I. L.)-** Cette enquête très complète présentée par la Conférence Nationale des PCME est impressionnante quant à la précision des résultats, par l'appétence que je perçois des équipes à s'engager dans des actions d'enseignement et de recherche. Elle est également impressionnante par l'existant, en particulier à travers la façon dont elle décrit le nombre

d'étudiants du deuxième ou du troisième cycle des études de médecine en formation actuellement dans les CH, ainsi que le nombre d'activités de recherche en cours dans ces établissements. Ces résultats confortent l'idée que la volonté des CH de s'engager dans des actions d'enseignement et de recherche est déjà importante.

**E. O.-** En ce qui concerne l'UdT, est-ce un enjeu pour l'attractivité médicale, surtout afin que tous les médecins formés ne se concentrent pas uniquement dans les villes universitaires ?

**I. L.-** Ce n'est pas un sujet d'attractivité médicale au sens strict du terme, c'est un sujet d'attractivité des territoires et de répartition harmonieuse des médecins sur les territoires. Et plus généralement, c'est un sujet d'équité d'accès aux

soins sur les territoires. Il y a déjà beaucoup de choses qui ont été essayées pour améliorer cela. En premier l'incitation financière, dont on sait qu'elle n'a pas beaucoup d'effet lorsqu'elle est utilisée de façon isolée. La régulation ou bien la

contrainte des médecins à s'installer quelque part ne semble pas une réponse ni durable, ni efficace. On connaît en revanche l'utilité et l'importance des dispositifs de soutien à l'installation médicale : les facilités organisationnelles, l'accueil du conjoint, l'accueil des enfants, les services disponibles, les activités de loisir ou l'animation culturelle. Jusqu'à présent la grande majorité des médecins généralistes exerçaient seuls, mais cet exercice tend à être remplacé par des pratiques collectives. L'organisation collective de la contrainte de la Permanence

Des Soins (PDS) et les facilités pour se faire remplacer, sont aussi des points très importants. Mais le rôle de la formation a également une grande importance. Le sujet de l'UdT à travers la mise en place d'une organisation de formation qui soit plus territoriale qu'elle ne l'est actuellement et d'une structuration de la recherche en territoires à travers, entre autres les CH, mais



également les structures de soins primaires, en lien avec les CHU, est à mon avis un levier très important pour « repeupler les territoires » en médecins.

**E. O.-** Comment envisager et organiser cette universitarisation ou ré-universitarisation des territoires ?

**I. L.-** Il y a plusieurs pistes. Si on parle des médecins, le numerus apertus est la première. Le nombre de médecins formés a été à un maximum à la fin des années 70 / début des années 80. À cette période, il y en avait autour de 8500/9000 qui sortaient par an. Il a chuté de façon rapide jusqu'à un creux dans les années 90 pour remonter actuellement à peu près au niveau de 1980. Ce chiffre va augmenter très rapidement dans les 10 ans qui viennent grâce à la suppression du numerus Clausus en 2019. La deuxième piste c'est la sélection des étudiants, avec l'idée d'inciter des jeunes qui viennent des « territoires » à choisir des études de santé. On sait qu'il existe des mécanismes d'auto-inhibition chez les lycéens loin des grandes villes qui se disent parfois « moi je ne peux pas faire médecine ». Pour favoriser l'entrée de ces étudiants dans les études de santé, il faut qu'il y ait un processus de première année délocalisée (en Occitanie-Est, nous avons plusieurs LAS délocalisées), c'est ce qu'ont fait pas mal de régions pour aller capter les lycéens

qui sont un peu à distance. Soulignons également la place des initiatives originales de certains lycées avec la création d'« options santé » qui peuvent permettre d'inciter ces lycéens et de les inciter à s'engager dans des études de santé. Une autre façon de décentraliser la formation, ce sont les stages. Aller mettre des étudiants dans les territoires c'est important, mais ce n'est pas suffisant, il faut aussi pouvoir y déployer une partie des enseignements théoriques ou pratiques. Pour autant, il est très important que les facultés de Médecine restent intégrées à des grandes universités, ce qui permet de garantir un environnement pluridisciplinaire indispensable à l'enseignement de la médecine. En effet, former un médecin, c'est lui offrir à la fois une formation professionnelle et une formation scientifique d'excellent niveau. À cet égard, multiplier les facultés de médecine serait à mon sens une grave erreur. Une solution est de créer en territoire des « antennes universitaires » qui projettent les actions de formation et de recherche dans les terri-

**Il est très important que les facultés de Médecine restent intégrées à des grandes universités, ce qui permet de garantir un environnement pluridisciplinaire indispensable à l'enseignement de la médecine.**

toires en lien avec le ou les campus facultaires situés à proximité des autres composantes de l'Université. Ces « antennes » doivent être en appui sur les centres hospitaliers, les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) universitaires ou non universitaires, les cabinets de médecine libérale, et pourquoi pas de pharmacies accueillant déjà des étudiants en santé, qui permettent de structurer l'accueil des étudiants en deuxième cycle, mais aussi des internes.



**Je pense qu'une reconnaissance universitaire de l'engagement des PH dans des actions d'enseignement et/ou de recherche doit être réfléchie, à la lumière de ce qui a été fait pour la médecine générale.**

titre de maître de stage universitaire et une gratification financière. Les maîtrises de stage universitaires ne sont actuellement possibles qu'en médecine libérale. La gratification est en effet destinée à compenser la perte de revenus liée à l'encadrement des maîtres de stage dans l'encadrement des internes ou des externes. Je pense qu'une reconnaissance universitaire de l'engagement des PH dans des actions d'enseignement et/ou de recherche doit être réfléchie, à la lumière de ce qui a été fait pour la médecine gé-

nérale. Cette reconnaissance pourrait être statutaire (aménagements de la charge en soins par exemple, avec dégagement de temps dédié) ou financière (mais il n'existe pas de levier financier actuellement), ou autre. L'expérience de la MSU en médecine générale montre que cela crée un véritable sentiment d'appartenance à la Faculté de Médecine, ce qui est très structurant sur un territoire et cela est un très bon catalyseur des relations entre les acteurs et entre les structures ou établissements.

**E. O.-** Quelles nouvelles carrières universitaires proposer pour ces UdT ? Est-ce qu'on est sur un modèle de PUPH partagés avec les CHU ? De PUPH de territoire ? De valences universitaires pour certains PH ? La labellisation des maîtres de stage et des terrains de stage ? Ou un peu de tout cela ?

**I. L.-** C'est forcément un peu de tout ça. Le levier de l'universitarisation des territoires, c'est effectivement la structuration des organisations qui vont la porter. Il faut effectivement des enseignants dont tout ou partie de la mission universitaire soit en territoire. Cela peut être soit des chefs de clinique ou des assistants universitaires « de territoire » qui exercent au moins la moitié de leur temps dans des CH et qui soient en lien avec le CHU et avec la faculté, soit de proposer à des

PH volontaires et engagés dans un projet universitaire d'accéder à des fonctions de maîtres de conférence associés (MCA) ou de professeurs associés (PA) de la faculté de médecine.

**E. O.-** Comme pour les médecins généralistes (MG) ?

**I. L.-** En fait les MG ont des statuts d'enseignants chercheurs mono-appartenants. Ce sont des professeurs ou des maîtres de conférence des universités qui ont une activité clinique déployée en pratique libérale. Pour les PH de CH souhaitant s'engager dans cette voie, il pourrait s'agir d'un cumul d'activité universitaire de PA ou de MCA octroyé par la faculté de médecine sous réserve d'un dossier permettant de décerner ce titre. Ce sont des postes de contractuels pour des périodes de 1 à 3 ans renouvelables. Dans la mesure où ce sont des statuts de contractuels, il est possible d'aller solliciter les financements auprès des collectivités territoriales, des ARS, ou des régions par exemple. Cela pourrait intéresser les PH des centres hos-

pitaliers souhaitant s'engager dans cette voie, et ce serait une vraie reconnaissance pour ceux ou celles qui voudraient s'engager sur ce type de parcours. Ce type de postes, nécessairement en nombre limité, permettraient de créer un vrai pont humain entre les CH et la faculté de médecine.

**E. O.-** Et peut-être au sein même des CHU, puisqu'il y a beaucoup de PH qui font de l'enseignement.

**I. L.-** Cela se fait déjà. En 2023 sur la faculté de Montpellier-Nîmes nous en avons nommé trois. Cela reste pour l'instant à la marge parce qu'il faut trouver les financements et les candidats répondant aux exigences de ces nominations, mais nous pouvons probablement faire

mieux. Après il y a aussi le sujet des maîtrises de stage universitaires (MSU) qui permettent une forme de reconnaissance à travers à la fois le

**E. O.-** C'est que certains appellent « la marque employeur ».

**I. L.-** D'une certaine façon, c'est ce qui s'appelle aussi « le sentiment d'appartenance ».

**E. O.-** Aujourd'hui les CH ont besoin de se sentir une appartenance à une université pour l'enseignement, mais peut-être plus avec un CHU sur l'aspect recherche.

**I. L.-** Pour terminer avec les « leviers », il y a aussi les modèles en France de postes de PUPH ou de MCUPH de territoire. C'est beaucoup plus difficile car ce sont des postes statutaires avec des exigences beaucoup plus élevées en matière de pré-requis universitaire.

Ce sont aussi des agents titulaires dont le poste nécessite un financement pérenne nécessairement attribué par des crédits d'État. Il existe actuellement très peu de postes de HU territoriaux. Un mode de financement en appui sur les collectivités locales, les régions ou les ARS n'est

pas facile, parce qu'autant une ARS peut s'engager à soutenir un projet sur une période de quelques années, autant s'engager sur une carrière entière est plus difficile. Il sera plus simple dans un premier temps de créer des postes de CCA/AHU de territoires, voire de PA ou de MCA.

**E. O.-** Au CH de Béziers nous avons la chance de bénéficier de l'engagement d'un PUPH territorial de psychiatrie partagé avec le CHU de Montpellier et le CHB, c'est une vraie dynamique très enrichissante, mais malheureusement une exception.

**I. L.-** Oui, le Pr Raoul Belzeaux, puisqu'il s'agit de lui, est un enseignant chercheur de psychiatrie qui a bénéficié de l'attribution d'un

poste à vocation territoriale. Il y en a quelques-uns en France mais ils sont très rares. C'est une richesse pour notre région et une vraie op-

portunité pour la faculté de médecine, le CH de Béziers et le CHU de Montpellier.

**E. O.-** Oui, il a beaucoup apporté à l'attractivité de la discipline de psychiatrie qui était en grande difficulté, mais plus globalement à notre organisation de l'enseignement et de la recherche.

**Donc globalement vous plaidez pour explorer toutes les pistes en même temps et explorer tous les financements possibles ?**

**I. L.-** Parfaitement et ce sont des vrais sujets qu'il faut que l'on partage. L'État est partie prenante, mais les régions, les ARS, les collectivités territoriales et les métro-

poles doivent l'être également. Sur le plan universitaire, il est également très important de maintenir des exigences de qualité et de niveau lors du recrutement de ces

enseignants Il faut qu'on puisse recruter ces personnes sur des critères précis qui doivent respecter la charte d'un engagement universitaire indépendant.

**E. O.-** Après les aspects de financement il y a les structures d'accueil. Vous avez parlé d'antennes universitaires de territoire, est-ce qu'on peut espérer un programme régional et aussi avec un investissement des régions, puisque c'est pour tenter de répondre aux problèmes des déséquilibres de démographie médicale dans les territoires ?

**I. L.-** Si l'on prend l'exemple de l'Occitanie, nous avons une région qui va répondre à ça. Je pense que la Région est très engagée dans ce programme avec des promesses de soutenir les territoires pour le bâti étudiant, là où il y aura des besoins et une logique à déployer une offre territoriale d'enseignement et de recherche. Pour l'instant, le concept d'antenne universitaire de territoire est l'expression purement

organisationnelle de la politique territoriale de la faculté de médecine en lien avec les acteurs locaux que sont les CH et les MSP/MSPU. Si un jour il faut demander une salle de simulation au CH de Béziers, ou s'il faut demander une salle équipée pour pouvoir faire les cours en visio, nous aurons besoin d'être aidés pour le financement de ce matériel pédagogique. Le plus difficile va être de concrétiser ces « an-

tennes universitaires de territoire » ou « antennes universitaires régionales de territoire » : à cet égard, je suis moins inquiète sur le financement des moyens matériels que sur celui des moyens humains. Le financement récemment alloué par l'ARS et la région pour déployer des postes de Chefs de clinique de territoire est un excellent signal dans lequel nous mettons tous beaucoup d'espoir.

**E. O.-** À votre avis quels seraient les autres freins ou blocages pour mettre en place cette UdT ?

**I. L.-** Dans les freins et les blocages, il y a un point que nous n'avons pas abordé, c'est le sujet de la recherche. Le sujet formation est assez facile. Le sujet de la recherche est un peu plus complexe parce quand on parle recherche en France, il y a immédiatement la question des multiples organismes financeurs, et celle de la structuration de la recherche, en particulier en biologie-santé et/ou en santé publique dans les territoires. En fait il y a cinq grands domaines : il y a la recherche en santé publique, la recherche fondamentale, la recherche translationnelle, la recherche clinique et il y a tous les sujets innovation et valorisation, qui sont le bout de la chaîne et qui nécessitent des liens avec l'industrie du médicament ou des dispositifs médicaux. Toutes ces dimensions de la recherche en santé ne peuvent pas être déployées partout, ni par tout le monde. Il est évident que la recherche fondamentale est un sujet très universitaire, en lien avec les laboratoires ou organismes de recherche et d'une certaine façon les CHU. La

recherche fondamentale dans une MSP est nécessairement limitée parce qu'elle nécessite un environnement très universitaire et que ce type de recherche n'est pas l'objectif principal des structures de santé des territoires. La recherche en santé publique concerne d'avantage les soins primaires et aura une place très importante dans les territoires. Dans ce champ, il y aura probablement des moyens alloués. Quand on parle recherche translationnelle, on peut clairement imaginer le déploiement de certaines actions dans les CH ou les MSP/MSPU. On aura des travaux qui vont se faire surtout avec les CHU, mais sur certaines cohortes de patients on aura besoin d'impliquer des structures qui touchent des malades qui ne sont pas nécessairement suivis dans les CHU et qui peuvent être concernés par la recherche translationnelle. En ce qui concerne la recherche clinique et l'innovation cela va clairement impliquer tout le monde. En fait le sujet de la recherche est complexe à cause de la grande hétérogénéité

**Le sujet de la recherche est complexe à cause de la grande hétérogénéité des modes de financement et qui nécessitent un niveau d'expertise élevé pour monter les dossiers...**



des modes de financement et qui nécessitent un niveau d'expertise élevé pour monter les dossiers et les déposer dans les bons guichets, complexe à cause de la difficulté de faire de la recherche en santé et complexe en raison de la multiplicité des acteurs. Et si on revient sur le sujet des CH, de toute évidence déployer de la recherche dans les CH ne pourra se faire que dans des CH de grosse taille et qui seront

en mesure de mettre en place des structures de soutien à la recherche en appui sur ou au moins en lien avec les DRCI du CHU de proximité. On peut imaginer plusieurs modes opératoires. Le déploiement de ce dispositif d'universitarisation des territoires, pour qu'il soit efficace, doit être pensé collectivement et travaillé avec tous les acteurs afin que cette universitarisation s'exprime à la fois à travers l'enseigne-

ment, ce qui est assez facile, mais également à travers la recherche. Il faut donc que nous ayons une convergence entre l'Université, les organismes de recherche en région (IBSERM, CNRS...), les CHU et CH, les MSP/MSPU, l'ARS, les régions, départements et collectivités territoriales sur ces sujets. C'est ce que nous appelons la politique de site.

**E. O.-** Finalement le sujet enseignement est relativement simple, le sujet recherche doit être clarifié.

**I. L.-** Oui, on peut l'exprimer comme ça. Les Universités et les CHU ont un rôle central dans le dispositif qui les rend incontournables. De la même façon, les CHU ne peuvent pas faire de recherche sans l'Université, ni sans les CH. Un CHU par

exemple qui décide de faire de la recherche en soins primaires, devra travailler avec les acteurs des territoires, les enseignants de médecine générale et les enseignants des autres spécialités. Sur le sujet de la recherche il faut qu'il y ait une al-

liance sacrée entre université, CHU, CH et le maillage territorial (MSP, CPTS, etc.). Et c'est là où le sujet de la convergence d'un projet territorial de soins, d'enseignement et de recherche prend tout son sens.

**E. O.-** Pour conclure quel serait votre message pour l'avenir ?

**I. L.-** Pour résumer et simplifier en trois points :

- 1- Ne pas multiplier les facultés de médecine.
- 2- Créer des extensions (antennes) des facultés en territoire.
- 3- Faire confiance aux territoires et aux personnes qui y travaillent en les valorisant et en travaillant le sentiment d'appartenance

Un grand merci au Professeur Isabelle LAFFONT pour ce très riche et passionnant entretien.



# ENGAGEMENTS DES HU À L'HÔPITAL

## LES DINDONS DE LA « FAQ »



Pr Guillaume CAPTIER  
Président du SHU

L'engagement des hospitalo-universitaires envers leur mission et l'hôpital public reste intact malgré la perte d'attractivité de la carrière qu'il n'est plus nécessaire de démontrer et en dépit des intentions de départ volontaire et démissions qui n'ont jamais été aussi importantes. Cela a été parfaitement montré par le baromètre HU publié fin décembre 2023 par l'école de management de Normandie, qui exprime le sentiment de près de 13 % des corps hospitalo-universitaires titulaires.

Il a mis en évidence les 4 facteurs les plus à même d'inciter à démissionner : les conditions de travail et la bureaucratisation qui les empêchent d'exercer leur compétence, puis les procédures de gestion des ressources humaines et surtout les salaires avec l'absence de prise en compte des émoluments hospitaliers dans la retraite.

Le gouvernement a choisi sans concertation d'affilier les émoluments des HU à l'IRCANTEC afin d'essayer d'améliorer leur retraite. Ce choix va à l'encontre des conclusions du rapport de la Pr Catherine Uzan et des propositions syndicales qui demandaient en priorité l'intégration des émoluments dans le système des retraites de l'État (SRE) ainsi que la validation des services auxiliaires (VSA). Le choix du gouvernement s'est fait sur une solution désavantageuse en créant un

régime spécial au rabais avec une perte salariale et bien moins attractif que le SRE.

Afin de justifier ce choix incompréhensible, injuste et inéquitable entre les générations et les grades, le gouvernement a décidé de mettre en ligne une foire aux questions (FAQ) qui se révèle largement maquillée pour mettre en avant le nouveau "produit".

Ce régime n'est pas plus homogène que l'existant. Il entraîne une dissociation des rémunérations avec deux employeurs, l'État et le CHU, pourtant fraction de l'État. De plus, il s'agit d'une caisse de retraite complémentaire pour les non-titulaires alors que les HU, fonctionnaires d'État, sont titulaires et reçoivent une pension via le SRE, dispositif fondamentalement différent d'une retraite versée par une



**Certes, il y a une avancée sur la reconnaissance de la fonction de soins et des émoluments hospitaliers comme salaire, mais il y a tromperie à affirmer que le taux de remplacement de 44 % est une mesure d'attractivité pour les carrières HU.**

« caisse » à laquelle le salarié cotiserait pendant sa période d'activité. La situation imposée par le gouvernement va à l'encontre de l'indissociabilité des rémunérations et de la mission HU, maintes fois jugée par le Conseil d'État.

Les simulations proposées dans la FAQ sont trompeuses, car elles concernent uniquement les futurs nouveaux nommés au 1<sup>er</sup> septembre 2024 et ne tiennent absolument pas compte des HU en poste qui ne verront aucun bénéfice réel, ou insignifiant, sur leur retraite, faute d'avoir cotisé. En revanche, ils seront assurés d'être immédiatement pénalisés par une baisse de leurs émoluments hospitaliers à la suite des cotisations obligatoires.

La simulation propose en effet d'uniformiser le taux de remplacement des HU avec celui des PH qui est évalué à 44 % dans la FAQ.

Cette simulation est biaisée à plusieurs titres. La revendication légitime des HU n'est pas de se comparer au taux de remplacement des PH, mais d'avoir la juste reconnaissance de l'intégralité de leur mission HU dont leur engagement hospitalier. Plutôt qu'une comparaison avec les collègues PH qui relèvent d'un régime différent non-fonctionnaire d'État, il est simplement légitime d'aspirer au même niveau que certains hauts fonctionnaires de rang similaire aux HU quoique de formation moins longue.

Le calcul de 44 % de taux de remplacement simulé pour les PH ne tient pas compte des primes, gardes et astreintes qui viennent ajouter, et cela est pleinement justifié, un nombre significatif de points IRCANTEC, ce qui de fait entraîne en réalité des taux de remplacement supérieurs à 50 % de l'ordre de 55 %. Cette complémentaire vient en ajout de la re-

traite de base de la caisse nationale d'assurance vieillesse. D'ailleurs, du point de vue réglementaire, cette caractéristique soulève pour les HU une question : comment être seulement affilié à un régime complémentaire sans retraite de base, de surcroît à un taux réduit ?

Certes, il y a une avancée sur la reconnaissance de la fonction de soins et des émoluments hospitaliers comme salaire, mais il y a tromperie à affirmer que le taux de remplacement de 44 % est une mesure d'attractivité pour les carrières HU. Ce n'est pas un progrès, mais tout au plus une ébauche de rattrapage très partiel et un risque de désengagement. Le baromètre HU rappelle que 31,4 % des HU envisagent de quitter leur poste : l'écart entre l'engagement et le salaire, notamment pour les plus jeunes, vient en premier comme cause d'insatisfaction.



**Le mépris avec lequel le gouvernement affirme solutionner le problème de la faible retraite des HU, en faisant fi de leur engagement est inadmissible.**

À ce jour, l'estimation des HU qui ont souscrit au régime d'abondement facultatif est de 50 % chez les MCU-PH et 70 % chez les PU-PH avec un taux de cotisation loin du plafond de 12 %. La suppression de ce régime va entraîner instantanément une baisse de salaire liée aux prélèvements obligatoires pour la moitié des MCU-PH et près du tiers des PU-PH qui ne cotisent pas à un PERP ou PER à points. Les HU qui y cotisent verront eux aussi une baisse de salaire, laquelle serait en partie seulement compensée par la diminution des cotisations volontaires aux PERP ou PER devenus moins attractifs. Ils subiront également une augmentation de leur fiscalité et une diminution de la possibilité de capitalisation avec la disparition de ce régime.

Dans tous les cas, il y aura donc une baisse de salaire obligatoire, ce qui, sans augmentation compensatoire simultanée des échelons, est totalement inacceptable. Il s'agit là d'un repoussoir pour l'attractivité des carrières HU, quelles que soient les générations, majorées pour les plus jeunes, posant l'inéluctable question de l'avenir de la formation des professionnels de santé en France.

Les réponses présentées dans la FAQ omettent de dire qu'il y aura aussi une diminution de la pension du SRE, suite à la loi retraite. Le recul de l'âge légal de 62 à 64 ans, couplé à l'augmentation du nombre de trimestres nécessaires va entraîner de facto une perte de la possibilité de surcote de 2 ans lorsque les départs à la retraite se font tardivement, ce qui est le cas pour la majorité des HU (66 ans et 9 mois). Les HU étant titularisés en moyenne à 37 ans pour les MCU-PH et 44 ans pour les PU-PH, il sera totalement impossible d'acquérir 172 trimestres (43 ans) pour une retraite à taux plein dans la fonction publique d'État ce qui réduit d'autant le taux de remplacement maximum de 75 % du salaire indiciaire des six derniers mois des fonctionnaires, le ramenant à un niveau de l'ordre de 40 à 50 % en fonction de l'âge de titularisation.

La Validation des Services Auxiliaires (VSA) réalisée après titularisation offrait une possibilité de compenser les carrières courtes. Cela était possible jusqu'en 2013 et fait partie des propositions du groupe d'attractivité HU de juillet 2021. Il s'agit d'une revendication majeure du SHU et c'est la mesure

priorisée en premier dans le rapport de la Pr Catherine Uzan, demande qui a été tout bonnement et sèchement refusée par le gouvernement qui l'a balayée d'un trait.

Le mépris avec lequel le gouvernement affirme solutionner le problème de la faible retraite des HU, en faisant fi de leur engagement est inadmissible. Imposer, sous la bande-annonce de savants calculs, une simpliste bascule des faibles moyens consacrés à l'abondement vers un taux réduit d'IRCANTEC sans compensation des charges sociales aggrave le sentiment d'injustice. Quant à l'attractivité, enterrée sans autre forme de procès, elle ne peut être restaurée par ce dispositif régressif.

L'émotion suscitée par cette mesure malgré les incroyables moyens de communication mis en œuvre pour désinformer les HU entraîne plus que jamais le maintien de leur revendication d'une affiliation au SRE sur la totalité de leurs rémunérations, au vu de leur engagement au sein des établissements de santé et des UFR et de l'indissociabilité de leurs fonctions. Le dossier de la retraite HU n'est pas clos !



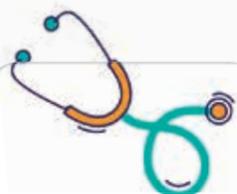
**LES CONTRATS**  
**APPA**  
Internes, Praticiens Hospitaliers et Libéraux

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**

Document non contractuel - Les contrats sont souscrits par l'APPA auprès de Generali et sont diffusés par BZAF commercialement dénommé « Besse », SAS au capital de 43 024 € - 135 Boulevard Haussmann - 75008 Paris - RCS Paris B 414 936 740 - Conseil et courtier en assurance (exerçant conformément à l'article L520-1-2b du Code des assurances) - n°ORIAS : 07002753, www.orias.fr - soumis au contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - 75009 Paris. Liste des fournisseurs actifs disponible sur simple demande.

# PADHUE

## RÉALITÉS PASSÉES ET FUTUR À VENIR

### UN ENGAGEMENT D'EXCELLENCE

### MAIS ÉGALEMENT HUMAIN

(Communiqué de presse FPS / INPH du 19.02.24)



Dr Rachel BOCHER  
Présidente de l'INPH



Dr Slim BRAMLI  
Président FPS  
Secrétaire général INPH

Les PADHUE aux formations et aux parcours différents en fonction de leur pays d'origine sont prisés par tous les pays de l'OCDE. Leur titularisation dans leur pays d'accueil obéit à des règles qui permettent une harmonisation du niveau des connaissances et une adaptation à l'exercice de leur art selon les normes françaises et européennes.

“  
**En raison de l'emballage médiatique autour des PADHUE faisant suite aux déclarations du président de la république ainsi que du premier ministre, la FPS premier représentant historique des PADHUE membre de l'INPH et de la FEMS, sort de son silence afin d'apporter un éclairage sur la situation des médecins à diplôme hors Union Européenne loin de toute mouvance politique ou de certains syndicats non habitués à la complexité de la profession médicale et surtout celle des PADHUE.**  
”

En 1995 avec l'aide de Simone Veil, la FPS a été le seul syndicat qui a réussi à obtenir pour les médecins étrangers, une possibilité de prouver leur compétence en passant un concours PAE et à s'inscrire au conseil de l'Ordre sur un statut de PAC (Praticien Associé Contractuel) (La loi n° 95-116 du 4 février 1995).

Ce concours (PAC) amélioré une première fois par Loi dite « CMU » du 27 juillet 1999 avec 3 listes A, B, C a permis aux 800 premiers PADHUE de passer par la suite le concours PH et de poursuivre d'excellentes carrières avec des postes à responsabilité pour nombre d'entre eux.

La PAE a été malheureusement arrêtée par le gouvernement suivant qui a laissé les établissements de santé, en manque de main d'œuvre, contourner la loi, et recruter de gré à gré des PADHUE sur des postes précaires et sous-payés.

Les membres de la FPS soutenus par l'INPH n'ont jamais cessé les négociations avec la tutelle afin d'apporter une solution pérenne dans le but d'améliorer le statut des PADHUE devenus indispensables au système de santé.

Ce fut Loi OTSS n° 2019-774 du 24 juillet 2019 Agnès Buzin, Décret n° 2020-672 du 3 juin 2020 PAE modifiée (Liste A, Liste B) 1000 postes/an,

ainsi que le Décret n° 2020-1017 du 7 août 2020 commission ad hoc permettant de qualifier le stock de 3000 PADHUE.

Les PADHUE qualifiés et titulaires en France constituent actuellement 11 % de l'effectif médical français global (28000 source CNOM, CNG).

Une 4<sup>ème</sup> version de la PAE n'a fait qu'aggraver la complexité de la procédure surtout sur le plan administratif.

Les lauréats du concours classant EVC choisissent leur poste en vue de leur parcours de consolidation des connaissances (2 ans) dans des services dits agréés, puis passent devant la commission nationale d'autorisation d'exercice siégeant au CNO et présidée par le CNG.

Ceci n'est pas sans des difficultés administratives multiples : lieu de stage (service agréé non précisé par le décret), discordance des postes entre le CNG et les ARS respectives, stage en ambulatoire exigé par la nouvelle version, non budgétisé et refus des doyens et des maîtres de stage en ville de prendre en charge les PADHUE qui se retrouvent encore piégés (environ 300 adhérents FPS), difficultés de renouvellement de carte de séjour pour des lauréats d'un concours inscrits sur un choix de postes classant, ceux qui ont échoué au concours se sont retrouvés sans carte de séjour ni autorisation de travail, voire renouvelés de justesse après les alertes des syndicats représentatifs.

#### Les nouvelles lois

Suite à la nouvelle loi immigration et la loi VALLETOUX publiée au JO n°2023-1268 du 27 décembre 2023, les médecins étrangers obtiennent

une carte de séjour talent (profession médecin pharmaciens chirurgiens-dentistes et sage-femme) de 13 mois avec une attestation permettant un exercice provisoire, durée nécessaire pour passer l'EVC à laquelle ils s'engagent. La durée de validité de cette attestation, octroyée par une commission régionale des professionnels de santé, dont des représentants de l'ordre compétent (ARS), renouvelable une fois, ne peut excéder treize mois (commission nationale pour les dentistes et les pharmaciens).

Les lauréats de l'EVC pourront renouveler leur titre de séjour pour 4 ans et doivent, en outre, justifier d'un parcours de consolidation de compétences (PCC) de deux ans dans leur spécialité, accompli après leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances (1 an pour les chirurgiens-dentistes et les sages femmes).

Nul ne peut être candidat plus de quatre fois à l'EVC et à la Commission d'autorisation.

La commission émet un avis sur la poursuite du parcours de consolidation des compétences et peut décider de la réalisation d'un stage complémentaire.

Dérogation Outre-Mer : une seule commission territoriale d'autorisation d'exercice est constituée pour la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe, Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Les candidats justifiant de cinq années d'exercice dans les territoires mentionnés, à condition d'être lauréats de l'EVC peuvent être dispensés du PCC.

La FPS et l'INPH poursuivent les négociations avec la tutelle (DGOS,

**Nos propositions demeurent objectives et pertinentes afin de corriger les erreurs et les dysfonctionnements des procédures précédentes.**

CNOM, CNG) loin de toutes les polémiques émanant de certaines parties complètement ignorantes de la complexité du problème des PADHUE.

Nos propositions demeurent objectives et pertinentes afin de corriger les erreurs et les dysfonctionnements des procédures précédentes.

La procédure de qualification pérenne des PADHUE doit être cohérente avec nos principes d'exigence que nécessitent le système de soins en France avec moins de complications administratives et un nombre de postes ouverts au prorata du nombre des étudiants en 2<sup>ème</sup> année de médecine qu'il faudra également augmenter en raison de la crise démographique que nous subissons. Par nos alertes et nos propositions nous avons sensibilisé nos politiques à tous les niveaux. Les concertations avant la publication des décrets d'application de la nouvelle loi sont en cours pour un statut digne et juste pour tous les PADHUE. Ceci nécessite une collaboration étroite avec la tutelle et une coordination avec les ARS, les CTS, le conseil de l'Ordre, nos élus et nos parlementaires, mais à laquelle nous sommes maintenant rodés.



# L'ENGAGEMENT HOSPITALIER... DÈS LA PREMIÈRE ANNÉE D'INTERNAT !



**Mathis JACQUET**

Interne DES de maladies infectieuses  
Major de la promotion ECN 2023

Entrevue pour le MAG par



**Dr Eric OZIOL**

Secrétaire Général du SYNDIF

**Eric OZIOL (E. O.)-** Cher Mathis, vous êtes le major des derniers ECN 2023 selon l'ancien format et avez choisi une spécialité très hospitalière, l'infectiologie, pourquoi ce choix alors que le trio de tête des spécialités choisies est plutôt chirurgie plastique, dermatologie ou ophtalmologie ?

**Mathis JACQUET (M. J.)-** Pourquoi sommes confrontés à des pathologies infectieuses ? Alors que les maladies infectieuses sont socialement en difficulté et on doit tout d'abord parce que c'est une spécialité qui aborde le corps en entier, car je n'ai pas envie d'être spécialiste d'un seul organe, mais au-delà de prendre le corps dans son entièreté, on aborde la personne globalement. Souvent en maladies infectieuses nous sommes confrontés à des pathologies qui sont socialement en difficulté et on doit allier un point de vue médical avec un point de vue social. La porte d'entrée vers le « social » est assez souvent la maladie et plus particulièrement les maladies infectieuses, voire les épidémies.

**On doit allier un point de vue médical avec un point de vue social.**

**E. O.-** Les maladies infectieuses comme indicateur de santé de la société. De « l'infectiologie sociale », en définitive ?

**M. J.-** Exactement.

**E. O.-** Concept intéressant. Donc tu as toujours voulu faire ça et qu'est-ce qui a influencé ce choix ?

**M. J.-** Depuis que je suis en médecine j'y pense. En plus ce qui m'intéresse en infectiologie c'est que l'on voit des personnes de partout dans le Monde, soit qu'ils viennent de milieux et d'endroits différents

du globe ou soit que l'infectiologue voyage à leur rencontre. J'ai mis le choix de cette spécialité en balance pendant assez longtemps, jusqu'à trois mois avant les choix,

avec la médecine générale, parce que je trouvais qu'il y a beaucoup de choses qui se recoupent, dans l'approche globale de la personne et pour appréhender des situations

très différentes d'une personne à l'autre. Mais après un passage en maladies infectieuses à Rennes moi choix était conforté.

**E. O.-** Donc par goût et non par dépit de la médecine générale.

À bientôt cinq mois de votre premier semestre en centre hospitalier non universitaire (je ne sais pas si c'est votre première expérience hors CHU), quelles sont vos impressions sur le métier de praticien hospitalier (PH) et sur l'exercice hospitalier ?

**M. J.-** Aussi dans ma motivation pour faire infectiologue, j'avais fait un stage très court de trois jours à l'hôpital de Saint-Brieuc pour voir comment se passait l'exercice d'infectiologue en CH. Cela m'avait énormément plu

et cela a beaucoup contribué à mon choix et qui est confirmé par ce que j'observe dans mon stage actuel. J'aime bien l'exercice en CH. Tout en restant un hôpital assez grand, l'ambiance y est plus familiale qu'au CHU. On y ren-

contre mieux les collègues, avec des rapports plus directs et c'est plus facile de travailler avec des personnes avec lesquelles on peut créer des affinités, plutôt que des gens dont on n'a pas vu la tête.

**E. O.-** Donc un effet taille du CH, qui est plus à taille humaine. Est-ce que cela exclut toute velléité de carrière universitaire, à savoir d'enseignement et/ou de recherche ?

**M. J.-** C'est dur à dire car je ne suis pas passé en CHU, il faudra que je me fasse une idée après le CHU. Mais clairement là, après ce premier stage, je me verrais bien travailler en CH.

**E. O.-** Donc votre mode d'exercice, sera très clairement praticien hospitalier ?

**M. J.-** PH en CH ou en CHU, en tous cas je veux travailler à l'hôpital. CHU ou CH, c'est un peu trop tôt pour le dire, mais je n'élimine pas du tout le fait de travailler en CH.

**E. O.-** Donc la grande question suivante, c'est : soit « la » carrière universitaire, ou bien être PH et faire quand même de l'enseignement et de la recherche ?

**M. J.-** Pour répondre à ça j'attends de voir mon prochain stage en service de maladies infectieuses au CHU de Nîmes, pour me faire une idée plus claire.

**E. O.-** Vous allez donc faire cinq ans d'internat, année de docteur junior comprise.

**M. J.-** Cinq ans plus une année de Master 2.

**E. O.-** Master 2, donc vous avez un intérêt pour approfondir et faire de la recherche voire de l'enseignement. En tous cas, ce serait dommage de ne pas en faire, quel que soit votre futur statut, PH ou HU. En ce qui concerne la carrière hospitalière, que savez-vous de celle-ci ? Du statut de PH ?

**M. J.-** En fait je ne sais pas très bien. Pour moi un PH, il fait toute sa vie en tant que PH. Je vois que sur le nombre d'heures cela à l'air assez flexible, puisqu'il y a beaucoup de PH dans l'équipe qui sont

à 80 %. En infectiologie ce qui me fait envie c'est plutôt de pouvoir avoir une activité variée, voire alternée en fonction des semaines, comme « tenir la salle », faire de la consultation, donner des avis. Un

exercice assez varié, même dans la façon de le faire, je trouve cela intéressant. Sinon est-ce qu'on est bien payés ? Bon, on est médecins, donc je pense qu'on n'est pas trop mal payés.

**E. O.-** Surtout depuis juillet 2020 et le SÉGUR de la santé, qui a permis de revaloriser les premiers échelons de PH, ce qui est une avancée pour les jeunes en début de carrière comme vous allez l'être.

**M. J.-** Merci, c'est sympa !

**E.O.-** Qu'est-ce qui vous plaît dans la vie hospitalière ?

**M.J.-** Tout d'abord travailler en équipe, même si je ne connais pas encore le CHU en tant qu'interne, mais en tant qu'interne en CH, je trouve ça très agréable de travailler avec des collègues, des équipes soignantes qu'on connaît. Avoir à demander un avis à quelqu'un qu'on connaît, c'est peut-être plus sympathique qu'au CHU.

**E.O.-** Pour finir notre entretien, en tant que major des derniers ECN que pensez-vous de la réforme de l'ECN et plus particulièrement des ECOS ?

**M.J.-** Tout d'abord en ce qui concerne les ECOS, je pense que cela nous forme beaucoup mieux sur l'exercice pratique que ne le faisaient la préparation à l'ECN avec les QCM ou les CROQ. Cependant d'un point de vue purement appliqué, les ECOS avec des examinateurs différents pour chaque étudiant, avec une variabilité en fonction des facultés, c'est beaucoup trop subjectif et la subjectivité dans ce concours qui est trop important pour l'avenir de chaque futur interne, je comprends que cela puisse être difficilement viable pour les externes actuels.

**E.O.-** Si je résume, les ECOS pour la formation c'est très pertinent, pour le classement c'est l'horreur.

**M.J.-** Exactement. Ce qui serait bien, ce serait une épreuve ECOS validante, comme ça nous aurions le bénéfice sur la formation, et puis un EDN classant, comme ça on a le caractère objectif sur le classement.

**E.O.-** Un grand merci pour cet entretien et bienvenue dans la famille hospitalière... et peut-être un jour dans l'action syndicale à l'INPH, que ce soit par le biais du syndicat des infectiologues (SNMinf), voire par celui des hospitalo-universitaires (SHU).



# ACTUALITÉ DES TEXTES OFFICIELS



**Dr Patrick LÉGLISE**  
Vice-président du SYNPREFH  
Délégué général de l'INPH



## DEUXIÈME DES : CONGÉ DE CHANGEMENT DE SPÉCIALITÉ

Le décret n°2023-1009 du 31 octobre 2023 prévoit les conditions dans lesquelles les médecins exerçant dans les établissements publics de santé sont placés en congé de changement de spécialité pour suivre une formation de troisième cycle dans une nouvelle spécialité. Il prévoit également les modalités de mise à disposition des praticiens pour le suivi d'une option ou d'une formation spécialisée transversale.

Pendant la durée du congé de changement de spécialité, le praticien hospitalier perçoit une indemnité

mensuelle forfaitaire égale à 85 % du montant total des émoluments bruts mensuels perçus au moment de sa mise en congé et, le cas échéant, du montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif. Pour les praticiens exerçant à temps réduit, le montant de cette indemnité est calculé sur la base des émoluments perçus à temps plein.

Le praticien hospitalier qui bénéficie d'un congé de changement de spécialité s'engage auprès de l'ARS à exercer dans sa nouvelle spécialité dans les établissements pu-

blics de santé, les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier ou dans un EHPAD public pendant une durée égale à celle pendant laquelle il a perçu l'indemnité, dans la limite de six ans.

Le congé de changement de spécialité est également ouvert aux praticiens contractuels.

**Nous attendons avec impatience les textes législatifs pour la R3C en pharmacie et les possibilités aux pharmaciens d'acquiescer aussi un deuxième DES dans les mêmes conditions.**

## IVG INSTRUMENTALE : NOUVELLE EXTENSION DE COMPÉTENCE POUR LES SAGES-FEMMES

Le décret n°2023-1194 du 16 décembre 2023 précise les conditions requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé,

relatives à l'organisation des établissements de santé, à la formation exigée et aux expériences attendues des sages-femmes, ainsi que les conditions de leur rémunération pour l'exercice de cette compétence.

Elles devront justifier d'une expérience professionnelle préalable et suivre des formations universitaire et pratique en orthogénie.

## ONDAM, ENCORE ET TOUJOURS : PROGRAMME POUR 5 ANS

La loi n°2023-1195 du 18 décembre 2023 fixe la programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

Elle précise notamment que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) :  
(En milliards d'euros courants)

2023	2024	2025	2026	2027
247,6	254,0	262,5	270,1	278,0

Après une hausse de 4,8 % en 2023 (hors COVID), la progression de l'objectif national de dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) serait de 3,2 % en 2024, de 3,0 % en 2025, puis de 2,9 % en 2026 et 2027. Cette évolution très faible au vu de l'évolution des besoins en santé serait permise en partie par la maîtrise de certaines typologies de dépenses de soins de ville et de produits de santé ainsi que par

le développement de la politique de prévention. Renforcer la prévention constitue en effet un levier d'efficience de la dépense et d'amélioration de l'état de santé de la population.

Concernant les établissements des santé l'évolution du taux annuel des dépenses est fixée à 5,2 % en 2023, 3,2 % en 2024, 2,6 % en 2025, 2,7 % en 2026 et 2,8 % en 2027.

**On ne peut que déplorer cette obstination dans une politique d'enveloppe fermée de l'ONDAM qui conduit d'année en année à une dégradation de notre système de santé dont le financement n'est pas adapté aux réels besoins populationnels, seule voie permettant une amélioration de l'état de santé de la population qui permettrait in fine une baisse des dépenses.**

## LOI VALLETOUX : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS ?

La loi n°2023-1268 portant sur l'amélioration de l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels dites « Valletoux » a été publiée le 27 décembre 2023.

**Il n'est pas sûr que cela améliore l'attractivité du métier de médecin coordonnateur.**

L'article 12 étend les fonctions du médecin coordonnateur en EHPAD, ainsi il devra assurer, sous la responsabilité du directeur de l'établissement, l'encadrement de l'équipe soignante de l'établissement et pourra, pour les résidents qui le souhaitent, assurer le suivi médical des résidents de l'établissement, pour lesquels il pourra réaliser des prescriptions médicales. Il pourra même être déclaré médecin traitant du résident.

L'article 17 attribue désormais aux établissements de santé la responsabilité collective de la permanence des soins en établissement dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé et de l'organisation territoriale de la permanence des soins. Le directeur général de l'ARS est le garant de la cohérence de l'organisation de la permanence des soins au regard des impératifs de continuité, de qualité et de sécurité des soins.

Cela s'applique donc à tous les établissements de santé publics ou privé, même aux titulaires d'autorisation visée par l'article L.6122-1 (création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds), ainsi qu'aux professionnels de santé qui y exercent.

**Attendons de voir la réelle participation collective des établissements privés à la PDS.**

Petite précision : lorsque les professionnels de santé exerçant au sein d'un établissement de santé décident de contribuer à la mission de permanence des soins assurée par un autre établissement que celui au sein duquel ils exercent, leur activité à ce titre est couverte par le régime de la responsabilité qui s'applique aux médecins et aux agents de l'établissement d'accueil.

L'article 25 permet aux GHT d'être doté d'une personnalité morale soit sous forme de fusion des établissements parties au GHT soit sous forme de constitution d'un GCS comprenant l'ensemble des établissements parties au GHT.

**Auparavant, les établissements pouvaient fusionner ou se constituer en GCS, mais maintenant ils pourront encore plus fusionner. C'est un peu comme le nouvel OMO du sketch de notre regretté Coluche "C'est nouveau ça vient de sortir".**

L'article 29 vise à encadrer l'intérim des personnels médicaux et paramédicaux en l'interdisant aux jeunes diplômés.

**Mesure discriminatoire envers des jeunes qui peuvent remplacer en libéral et qui ne fait que diminuer l'attractivité de l'exercice public.**

L'article 33 vise à améliorer la retraite des personnels enseignants et hospitaliers en affiliant leurs émoluments hospitaliers au régime de l'IRCANTEC.

**Mesure qui n'atteint pas son objectif puisqu'en réalité le dispositif proposé est moins favorable que l'ancien dispositif. Et encore une fois, comme aurait dit Coluche, « Circulez il n'y a rien à voir ».**

L'article 35 vise à améliorer les conditions d'accueil des PADHUE en leur permettant d'avoir une attestation leur permettant un exercice provisoire pendant 13 mois s'ils s'engagent à passer les épreuves de vérification des connaissances (EVC).

**Outre l'aspect louable d'une telle mesure, si elle n'est pas accompagnée d'une augmentation significative du nombre de postes ouverts aux EVC et d'une augmentation tout aussi significative des capacités d'encadrement universitaire et non universitaire pour leur parcours de consolidation, cette mesure risque d'emmener des milliers de PADHUE dans une impasse et de reconstituer un stock de Praticiens sous-rémunérés à qui nous ne pourrions offrir aucune perspective sur le territoire Français.**

**En bref, cette Loi Valletoux, non concertée avec les organisations syndicales de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires est un florilège incohérent de fausses nouveautés et de fausses bonnes idées qui n'amélioreront certainement pas ni l'attractivité, ni l'accès aux soins.**

## NOUS L'ATTENDIONS, LA VOILÀ : AUGMENTATION PÉRENNNE DE 50 % DES INDEMNITÉS DE GARDE

L'arrêté du 22 décembre 2023 augmente significativement les montants de l'indemnisation de la permanence des soins de l'arrêté du 30 avril 2003 et de l'arrêté du 20 mai 2016 modifié relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne.

## AUGMENTATION DU PLAFOND JOURNALIER POUR L'INTÉRIM MÉDICAL

L'arrêté du 22 décembre 2023 modifie l'arrêté du 24 novembre 2017 fixant ce montant qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Ainsi le montant plafond journalier mentionné à l'article R. 6146-26 est fixé, pour une journée de vingt-quatre heures de travail effectif, à 1 410,69 € contre 1 210,99 €.

**Le gouvernement lutte contre l'intérim médical en augmentant de 16,5 % leur plafond de rémunération, cherchez l'erreur.**



# JE L'AI LU ET JE LES AI ÉCOUTÉS... VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE AUSSI



**Dr Eric OZIOL**  
Lecteur égalitaire, solidaire et libre...car responsable.

Tout d'abord commençons par un livre qui fera des étincelles dans nos réseaux neuronaux : « Courts-Circuits », le dernier livre d'Etienne Klein. Pour le plaisir je vous présente l'auteur que vous devez déjà certainement connaître : physicien quantique et par conséquent directe philosophe des sciences, mais également historien des sciences. Il dirige le laboratoire de recherche sur les sciences de la matière au Commissariat à l'Energie Atomique et aux énergies alternatives. Il mène également une carrière de vulgarisation sur les questions soulevées par la physique quantique et celle des particules, pour laquelle il est également producteur de radio (écoutez ses podcast, ils rendent toujours plus intelligent... même brièvement). Cependant il a une approche de la vie pas simple-

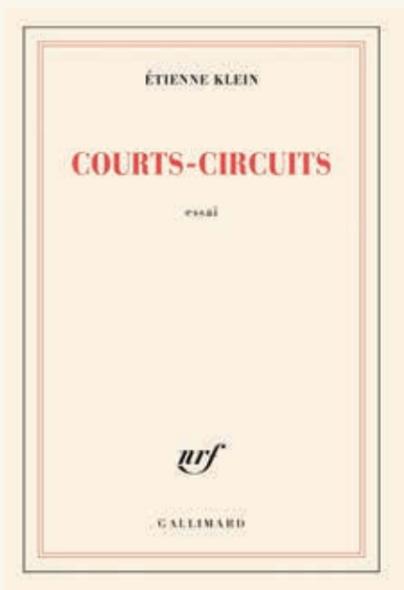
ment philosophique ou quantique, mais également bien « physique » en pratiquant l'alpinisme et l'ultra-trail.

La quatrième de couverture ci-dessous résume parfaitement cet essai dont l'écrit est fluide, intelligent (on a même l'impression de l'être en le lisant) et dont la lecture est un vrai régal.

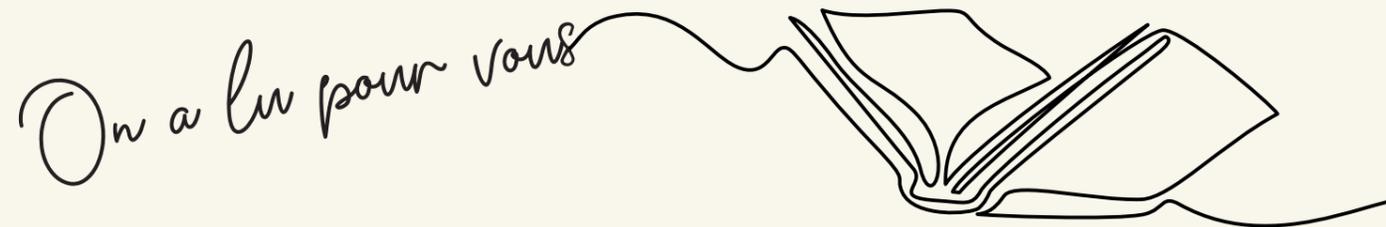
*« Par habitude, par nécessité ou en raison de la faiblesse de notre intelligence dépassée par le tsunami des savoirs et des informations, nos façons ordinaires de nourrir la vie des idées consistent à la découper en secteurs, à la compartimenter en disciplines, à l'atomiser en petites spécialités étiquetées bien comme il faut. Il s'agira ici de suivre le chemin inverse, de briser les enclos, s'encanailler, provoquer des courts-circuits au petit bonheur la chance et, si possible, des étincelles.*

*D'associer des éléments trop souvent séparés dans les analyses : physique et philosophie, pensée et action, réalité et imagination, hasard et destin, infini mathématique et engagement existentiel, intelligence analytique et courage physique, Einstein et Rolling Stones, image et mirage, langage et impesanteur, raison et déraison... Mettons le nez dehors, inventons une chimie nouvelle, bâtissons des molécules littéraires à partir d'atomes disciplinaires ! ».*

Je rajouterais que dès le premier chapitre intitulé « Faire et penser. Le parti pris de Pascal », Etienne Klein crée les premières étincelles en dénudant les fils de son histoire personnelle pour rendre hommage à l'intelligence de Pascal, son frère décédé (et non pas Blaise Pascal), « un génie du concret », en rappelant que l'intelligence des mains est tout aussi importante et indissociable de celle de l'esprit.



**Courts-Circuits**  
Auteur : Etienne Klein  
Collection Blanche, Gallimard  
Parution : 13-04-2023  
224 pages, 140 x 205 mm  
Achevé d'imprimer : 01-03-2023  
ISBN : 9782072988882



Alors tirons la même langue rebelle d' « Einstein, des Stones » (titre aussi malicieux du troisième chapitre, comme l'est celui de chaque chapitre) et amusons-nous de ces courts-circuits de la pensée, pour approcher par petits pas de côté, par petits rapprochements pas si incongrus que cela, de la véritable intelligence, non pas artificielle, mais

humaine au-delà de tous nos fractionnements ultra-spécialisés qui, en découpant la complexité en de minuscules petits fragments maîtrisables mais dans des « gaines bien trop isolantes », nous empêchent souvent d'envisager la cohérence globale, sans la lumière brève des étincelles de courts-circuits que nous aurions provoqué en « dénu-

dant » certains de nos fils et en les frottant à ceux de nos voisins. Et « Pour ne pas conclure » (titre du dernier chapitre), Etienne Klein nous engage à nous délester de tout préjugé ou certitude et à froter toutes nos idées, nos pensées, nos thèses, à ce qui peut les provoquer ou les contester, afin de les faire mûrir.

Pour faire suite (car je n'ai pas que des courts-circuits dans les idées), aux deux livres sur l'aide médicale à mourir et l'euthanasie, présentés dans le précédent MAG 27, je vous propose l'écoute de PENTOBARBITAL, une série de podcast (baladodiffusion in french) de réflexions et d'interview de points de vues ou de thèses très différents sur le sujet au combien complexe, délicat, voire parfois clivant de l'aide active à mourir.

Ci-dessous le propos introductif que vous trouverez par le lien en fin de texte ou tout simplement en tapant « Pentobarbital podcast » sur votre moteur de recherche.



### « À propos de Pentobarbital : le podcast sur l'aide active à mourir »

*Dans Pentobarbital, Julien Auriach, professeur de philosophie lyonnais, discute du suicide assisté et de l'euthanasie : bref, des fins de vie un peu originales. Sont invités au micro artisanal de Pentobarbital tous ceux qui, de près ou de loin, touchent à la fin de vie. Médecins, politiques, journalistes, philosophes... Après avoir été prévu pour l'été 2023, puis pour décembre 2023, la présentation du projet de loi légalisant l'euthanasie est prévue pour février 2024 au parlement. Lancé en novembre 2023, Pentobarbital est donc une méditation d'actualité, tout à la fois philosophique et politique, sur la mort.*

Attention : les thèmes traités sont particulièrement éprouvants.

*« Quand il faut de la rapidité dans l'action, le cyanure remplit parfaitement l'affaire. Cependant, [s'il faut de] la tranquillité et de la fiabilité, le produit qu'il faut est le barbiturique nembutal (sodium pentobarbital). »*

(Extrait du guide du suicide de l'association Exit International)

Mail : [pentobarbicast@gmail.com](mailto:pentobarbicast@gmail.com)

Instagram : [@pentobarbicast](https://www.instagram.com/pentobarbicast) »

Vous trouverez ci-dessous le détail des thèmes et durées de chacun des épisodes, après l'épisode initial de présentation (4 min) le 31 octobre 2023, puis les 23 épisodes dont le dernier en date du 26 mars 2024.

- #23 : Soigner le lexique (Elsa Walter) 26 min
- #22 : Un si vivant militant de l'aide active à mourir (Loïc Résibois) 57 min
- #21 : Aide active à mourir : qui deviendrons-nous ? (Pierre Dharréville) 14 min
- #20 : Vivre et mourir avec Charcot (P.-F. Pradat 2/2) 32 min
- #19 : Qu'est-ce que la SLA ou maladie de Charcot ? (P.-F. Pradat 1/2) 41 min
- #18 : Deuil Blanc 32 min
- #17 : À problème technique, solution technique 34 min
- #16 : Point d'étape politique 35 min
- #15 : Euthanasie sociale (Sarah Piazza) 35 min
- #14 : Tétrapharmakon (quadruple remède) 25 min
- #13 : SPCD : s'endormir et puis mourir (Geneviève Gridel 2/2) 34 min
- #12 : Lutter contre la douleur (Geneviève Gridel 1/2) 33 min
- #11 : Fraternité ou Liberté (Jean Léonetti) 38 min
- #10 : L'ADMD : ma mort, mon choix (Jonathan Denis 2/2)
- #9 : L'esprit de l'ADMD (Jonathan Denis 1/2) 28 min
- #8 : Les combats de la SFAP (Claire Fourcade 2/2) 27 min
- #7 : L'esprit des soins palliatifs français (Claire Fourcade 1/2) 26 min
- #6 : Une dérive Belge (Pierre Jova 2/2) 29 min
- #5 : Le « Modèle » Belge (Pierre Jova 1/2) 27 min
- #4 : Orégon ou Belgique (Régis Aubry 2/2) 24 min
- #3 : Le CCNE (Régis Aubry 1/2) 28 min
- #2 : Avec les militants de l'ADMD 28 min
- #1 : Un lexique pour la fin de vie 17 min

Comme vous le voyez, les thèmes essentiels sont abordés, de manière il me semble non polémique, ou en tous cas sur un mode d'interview et non pas de débat d'idées ou de confrontations entre opinions divergentes. Cela permet d'avoir une information claire sur le projet de loi en cours et de participer à la nécessaire intelligence collective à mettre en œuvre pour une question qui concerne absolument tout le monde.

**Pentobarbital** : le podcast de Julien **Auriach** sur l'aide active à mourir  
<https://podcast.ausha.co/pentobarbital-2/presentation>



Je vous souhaite une bonne lecture et une bonne écoute... et surtout n'oubliez pas en juin 2024 de voter pour vos représentantes et représentants au CNG et au CSPM, car la démocratie ne s'use que lorsqu'on ne s'en sert pas !!!

**Alors pour une pluralité des idées, qu'elles soient H ou HU, votez 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