

AG CIH national du 20/10/2020

CIH RDB :

Présents : 34 participantEs

Anne Gervais (Bichat Paris), Nathalie De Castro (Saint Louis Paris), André Grimaldi (Pitié Salpêtrière Paris), Marie Lagrange-Xélot (Réunion), Christophe Marguet (Rouen), Thomas Laurent (Lyon), Florent (Annecy), Hakima Ouksel (Angers), Dorothée Degruson (Rennes), Cécile Vigneau (Rennes), Etienne Lengline (Saint Louis Paris), Joelle Laugier (Saint-Denis), Charles Zarnitsky (Le Havre), Silvia Oghina (Mondor), Michel Canis (Clermont Ferrand), Aude Danielle (Marseille), Laurence Gembara (Clermont-Ferrand), Nicolas Defoor (Saint-Denis), François Salachas (Pitié Salpêtrière Paris), Salvatore Catalano (Saint Louis), Florence Pinsard (Pau), Jean-Marc Chabannes (Marseille), Karine Bideau (Quimper), Jean-Luc Jouve (Marseille), Sandra Jauson (Saint Louis Paris), Robert Debré Paris (C Benzouid, AF Thiollier, S Dager, I Melki, G Roïg), Isabelle Guichard (Saint-Etienne), Caroline Sault (Salon de Provence), Véronique Boisson, Romain Tabary (La Rochelle)

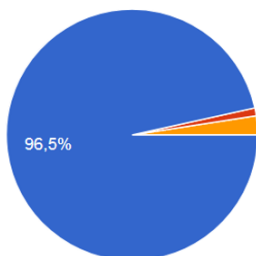
1/ Motions du CIH :

- **Résultats** présentés par Marie Lagrange-Xélot et Nathalie de Castro.

15-20 retours par motion du sondage Framavox

Retours directs via Google Form renvoyé par Nathalie De Castro

- >491 réponses : de provenances multiples
- **Motion 1 Financement** : 96.5% d'accord

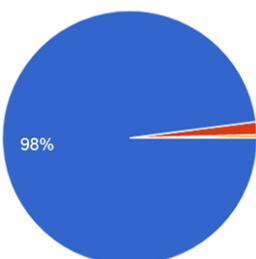


● d'accord
● pas d'accord
● sans avis

Nous demandons :

- **Un changement de logique dans le financement de l'hôpital public :**
- *L'abandon de la tarification majoritaire à l'activité. Quel que soit le mode de financement, la règle doit être le juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité et non la recherche du tarif rentable.*
- *La fixation du budget hospitalier (ONDAM) reposant sur l'évaluation sincère et transparente, par un organisme indépendant du gouvernement, des besoins sanitaires à financer dans un exercice de démocratie sanitaire comportant un débat entre la Sécurité sociale, les usagers, les citoyens et les professionnels de santé de l'hôpital et de la ville avant la discussion et l'adoption par le parlement du PLFSS.*

- **Motion 2 Attractivité** : 98% d'accord



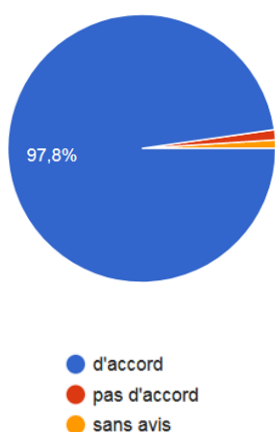
● d'accord
● pas d'accord
● sans avis

Nous demandons :

- *La mise en œuvre d'un plan d'attractivité urgent qui tienne compte des problématiques territoriales, de la pénibilité et des conditions de travail, notamment :*
- *La poursuite de l'augmentation des salaires des personnels hospitaliers avec comme objectif d'atteindre rapidement au moins la moyenne des salaires des pays de l'OCDE pour des postes équivalents.*

- *Des mesures financières/fiscales incitatives adaptées aux problématiques régionales (coût de la vie, désert médical).*
- *Une revalorisation et une réorganisation de la permanence des soins qui doit impliquer de façon équitable tous les professionnels de santé du territoire.*

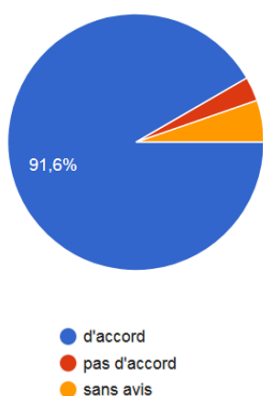
▪ **Motion 3 Conditions de travail et qualité de vie au travail : 97.8% d'accord**



Nous demandons :

- *L'arrêt des fermetures de lits d'hospitalisation et un moratoire sur les projets de restructuration hospitalière comportant une réduction du nombre de lits*
- *L'ouverture pérenne de lits dans les services où cela s'avère nécessaire avec l'attribution de moyens en équipement et en personnel :*
 - *Discussion locale et régionale sur la pertinence du type de lits selon les besoins de santé, en particulier pour l'aval des urgences et l'aval des soins aigus spécialisés*
 - *Définition de ratios minimaux soignants/ patients adaptés à la charge en soins avec embauche et formation des personnels nécessaires*
 - *Remplacement systématique de toutes les absences de courte et longue durée (formation, arrêt maladie, congé maternité, congé parental, mi-temps thérapeutique...) avec intégration de l'absentéisme dans le calcul des effectifs nécessaires aux services.*

▪ **Motion 4 Changement de Gouvernance : 91.6% d'accord**



Nous demandons :

- *L'intégration des personnels hospitaliers, toutes catégories confondues, et l'association des usagers aux décisions et projets de soins des établissements de santé.*
- *La réappropriation par les équipes soignantes (médicales et paramédicales) de leur outil de travail. Le service hospitalier est au centre de l'organisation des soins à l'hôpital. L'équipe doit être pilotée par un binôme médecin/cadre de santé sur la base d'un projet de service validé par l'équipe du service et la communauté hospitalière. Le projet de service s'inscrit dans le projet hospitalier au sein du territoire.*
- *Toute structure supplémentaire d'organisation doit se fonder sur un projet médical partagé par les équipes volontaires. Les pôles hétérogènes ne répondant pas à ces critères doivent être supprimés.*
- *La gestion financière et administrative de l'hôpital est au service du projet de soin. La co-gestion entre soignants et administratifs suppose de disposer d'un budget annuel correspondant aux besoins et évoluant en fonction de l'activité.*

- **Les discussions** ont porté principalement sur les motions 1 et surtout 4. L'AG était tiraillée entre 2 positions opposées:
 - Les motions devraient rester générales et ne pas rentrer dans les détails
 - Nécessité de préciser d'avantage la notion de gouvernance et son application

L'autre problématique est que les motions ont déjà été votées et approuvées à une grande majorité (de plus de 90% pour chacune d'entre elles. Il est donc difficile de les modifier.

- **Il a été acté** finalement, devant l'introduction de la T2A dans le financement de la psychiatrie et SSR notifiée dans le PLFSS 2021, de rajouter une sous motion dans la motion 1 pour la psychiatrie et SSR. Le groupe psy du CIH avec Aude Daniel fera une proposition.
Concernant la motion 4, Romain Tabary de La Rochelle fera des propositions de sous motion pour la gouvernance qui devront être validées par la suite.

2/ Rapport aux élus (name and shame, lettre)

- **Présentation** par Anne Gervais

Rappel : la loi PLFSS sera votée le 27/10/20 → part au Sénat jusqu'à mi-novembre (09/11 ?) → vote final à l'Assemblée mi-décembre... À pister sur le site de l'Assemblée.

Une note sur le PLFSS a été envoyée aux députés le 14/10/20. Les retours reçus :

- Jean Lassalle a rapidement contacté le CIH. Il s'en est suivi une réunion de 40 min entre Anne Gervais, Florence Pinsard et l'attachée parlementaire du député → en ont découlé 4 amendements co-signés par Charles de Courson (Libéral / centriste)
- Alain Bruneel (PC Nord) a contacté Anne Gervais. Il voulait contacter S Dauger, Renaud Chouquer... pour discuter de la réanimation car préparait une discussion générale et avait besoin d'étayer son argumentaire
- Des sénateurs écologistes ont répondu : ils prévoient de rencontrer le CIU, Anne Gervais, André Grimaldi et Marie Citrini le 26 ou 27/10/20.
- Les socialistes ont demandé des précisions sur la note qu'ils prévoyaient d'exploiter mais n'ont pas demandé de RDV avec le CIH.

La note a également été envoyée à Thomas Mesnier rapporteur général le 18/10 au soir. Olivier Véran a contacté Anne Gervais le 19/10 ne comprenant pas la note adressée aux députés malgré « les milliards » donnés par son gouvernement à l'hôpital.

Puis un second coup de fil le 20/10 pour la prévenir qu'il y aurait 2 milliards de « rallonge ».

Cette somme ne semble pas pérenne. La dépêche APM envoyée par Cécile Vigneau parle plutôt d'une augmentation transitoire en rapport avec le surcôt « COVID-19 »

Difficile de réagir sur le champ car impossible de comprendre exactement ce qui se cache sous les sommes annoncées et la com' risque de mal passer auprès de l'opinion publique. La question est de savoir si cela est pérenne mais également de savoir si cela nous permet de résoudre nos problèmes du quotidien. Pour les soignants, il faut parler de « conditions de travail » et pour les usagers « d'accès aux soins, forfait urgence » : aborder les sommes (qui semblent souvent faramineuses, sans que nous ne sachions exactement ce qu'elles représentent en pratique), ce sera certainement défavorable pour nous.

- **Discussion et échanges** : 2 visions :
 - Ne pas rentrer dans les détails des chiffres car les milliards ne peuvent pas parler à l'opinion publique ou risqueraient, si mal abordés, d'être contre-productifs. Il faut expliquer la problématique en pratique : qu'est-ce que cela représente en réalité ? La perte d'expertise des personnels soignants qui quittent le navire, le manque de personnel, le manque de lits, la « maltraitance » au quotidien des patients (ou du moins l'absence de moyens pour soigner dignement).
 - Besoin de rentrer dans le détail des chiffres car les députés LREM expliquent au reste des intervenants politiques à l'assemblée qu'ils ont mis « un pognon de dingue » contrairement aux autres partis politiques (« La santé quoi qu'il en coûte ») ; ce qui en général fait taire l'opposition. Cette discussion est complexe mais il est nécessaire de rentrer dans le détail des chiffres pour prouver leur absurdité. Il est difficile de dénoncer un manque de moyens si on ne rentre pas dans les détails. On risquerait de se faire museler. Rappel alors des 8 milliards d'euros d'économie imposés à l'hôpital public ces dernières années... (800 millions par an)

- **Il est suggéré** de manière pratique de:
 - De solliciter chaque député de circonscription avant la 1^{ère} lecture en relayant localement la lettre concernant le PLFSS à nos députés.
 - La note peut être personnalisée et adressée aux différents élus (maire, conseil général..) et aux candidats pour les élections Régionales
 - Dès que la rallonge des 2 ou 2.5 Mds se clarifie, envoyer un mail plus détaillé aux votants avant le PLFSS.
 - Name and shame : une fois le vote en 1^{ère} lecture fait, envoyer un mail avant la 2^{ème} lecture en communiqué de presse à tous les députés, sénateurs et médias pour essayer de changer la donne.

Sur le plan de la communication, il faut aborder :

1. Le forfait de 18 euros pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation*.
2. Les personnels que nous n'arrivons pas à embaucher « massivement » (pas seulement de combler les postes vacants !).

3. L'ouverture des lits... au-delà de l'arrêt des fermetures de lits !

***Forfait Urgences** : avis consensuel de l'AG contre le forfait des urgences pour les raisons qu'on connaît. Entre autres :

- ce forfait participe à augmenter l'inégalité d'accès aux soins
- il s'agit d'une privatisation d'une part des urgences
- le problème de désertification médicale dans beaucoup de régions où le SAU est souvent le seul recours possible
- les patients en ALD30 ne seront pas exonérés comme c'est le cas actuellement et auront un reste à charge (beaucoup d'entre eux n'ont pas de mutuelles)
- 3 millions de personnes en France n'ont pas de mutuelle
- la double peine pour les patients nécessitant une hospitalisation suite à leur passage aux urgences mais qui ne le sont pas par manque de place (comme en psychiatrie)
- beaucoup de soins prodigués aux urgences sont de vrais soins urgents même s'ils ne sont pas suivis d'hospitalisation
- il est demandé aux patients une expertise médicale qui n'est pas de leur ressort
- le risque d'aggravation clinique auquel seront exposés les patients les plus démunis
- mesure faussement éducative : exemple donné des crèches en Israël où les parents retardataires payaient un surplus ce qui a amené à une augmentation des retards « je paye donc j'ai droit »

Globalement très mauvaise réponse à un vrai problème (l'engorgement des urgences)

3/ CESE

- **Présentation** Stéphane Dauger et Thomas Laurent

Retour en commission parlementaire la semaine dernière

165 votant potentiels, 145 ont voté : 144 pour et 1 seule abstention.

17/18 groupes ont donné leur version (MEDEF et mutuelles aussi...) et voté pour.

Cet avis comprend 18 recommandations (Jean Grosset) qui ont été envoyés au 1^{er} ministre, qui devrait au décours transmettre normalement au président. Un signal / retour / avis sur les recommandations exprimées est attendu pour la fin du mois. Il est difficile de savoir ce qui va se passer : il est possible que le premier ministre ne réponde pas et ce sera également un signal. Ils ne sont pas obligés de répondre. Ils ont entre 8 et 10 jours pour revenir vers nous. Cela pourrait cependant avoir du poids et c'est un argument qu'il faudra rapporter dans la presse et autres communications.

Les propositions ne sont pas encore finalisées : un document final sera disponible, dont 300-400 exemplaires pour le CIH et diffusé par différents moyens. Ce rapport du CESE présente plusieurs points positifs :

- S'appuyer sur la société civile vantée par Macron.
- Soutien de taille sur lequel il faut s'appuyer.
- Idées fortes pour l'hôpital public, dont certaines sont proches des idées défendues par le CIH même si le détail de leur financement n'est pas développé

Alain Dru est d'accord en tant que rapporteur du CESE pour participer à des débats au décours.

Enfin, une idée serait de mettre le rapport du CESE entre les mains des votants avant les votes du PLFSS : Jean Grosset doit revenir vers Stéphane Dauger dans les prochains jours à ce sujet.

4/ Presse : faut-il répondre à tous les médias et comment (exemples : BFM, Cnews)

- **Présentation** Thomas Laurent

Proposition unanime que chacun fasse comme il le sent, de passer à son voisin, sans boycott de média de la part du CIH.

On peut aussi aller discuter dans un média avec lequel on n'est pas d'accord pour exposer posément et fermement nos positions.

Liberté de pensée et d'expression prévaut.

La grande richesse du CIH = horizons et pensées différents.

- **Discussion**

Concernant la réactivité dans les médias, reproches sur le fait que ce soit souvent des parisiens et médecins.

Proposition de non-parisiens et non-médecins beaucoup relayée. Compléter le petit groupe whatsapp « Presse » (avec de nombreuses personnes de toutes provenances et fonctions, surtout des non-médecins, si possible !) pour échanger rapidement et de manière réactive, pour faire passer des messages (sans forcément répondre aux questions des journalistes : exercice habile). Souvent les journalistes sont demandeurs de courtes ITW → volontaires de province et non médecins pour compléter le fil whatsapp. Il est rapporté que plus on fait des interviews, et on est médiatisé, moins on risque de se faire embêter par les supérieurs / directions. Possibilité, par ailleurs de témoignages anonymes.

Proposition de diffuser des éléments de langage à tous pour qu'on puisse répondre plus aisément :

- Travailler l'histoire des « milliards »...
- Parler « gouvernance », « conditions de travail (=ratios) »...
- Modéliser avec des économistes de la santé :
 - Nombre d'embauches à prévoir

- Exemple pour les IDE Il faut 20% d'infirmières en plus [ce qui correspond à 40 000 IDE = 40 000 x 50 000 euros (salaires bruts) → 2 milliards/an] pour :
 - avoir des ratios décents
 - remplacer les absents (congé maternité / postes vacants)
 - avoir des postes non vacants

Il faut lutter contre les mensonges de la communication du gouvernement et citer des exemples précis, y compris sur nos propres expériences locales !

Eviter les discussions techniques sur les milliards...

Proposition par Thomas Laurent de créer un listing des personnes étant parties de l'hôpital. Ces témoignages sont actuellement très demandés par les médias.

Proposition de diffuser sur les réseaux sociaux de petits témoignages filmés par les soignants et usagers : « aujourd'hui dans mon hôpital » pour éviter les longs textes que peu de gens lisent. À St Denis il est prévu de faire "une semaine à l'hôpital" avec des témoignages de différents métiers sur une semaine. Faire le buzz avec ce qu'on vit dans les services.

- **Il a été acté concernant la presse :**
 - Pas de boycott de média
 - Essayer d'être réactif
 - Pour cela il faut être plus nombreux
 - Recruter plus de personnels non médecins et non parisiens (ça participera en plus à faire taire certains détracteurs qui disent encore que le CIH est un collectif de PUPH parisiens...)
 - Revenir dans ses interventions sur ce qu'on vit dans les services avec des exemples précis du quotidien

5/ Questions et remarques diverses de CIH locaux

- A la Réunion, pas de problème de recrutements, on supprime des lits pour supprimer des emplois et faire des économies. Le problème c'est que la variable d'ajustement du budget par le directeur reste la masse salariale.
- En psychiatrie : refus des directions de fermer des lits, même si pas de médecins pour les assumer.
- En réa : affolement de la DGOS. Grosse vague covid en vue. Crainte pour les patients, dont la prise en charge a été retardée, dans les mois qui viennent... Il faut marteler qu'il va y avoir une perte de chance avec augmentation de la morbi-mortalité suite à toutes ces déprogrammations
- Annecy : les urgences cardiaques chirurgicales transférées à Lyon le WE, tri des patients en dialyse par manque d'IDE. L'hôpital étant déficitaire de 170 millions d'euros
- Le Havre : vote d'une motion en CME pour demander à l'ARS d'opérer les mêmes déprogrammations dans le public que dans le privé

- Dans le Rhône : les consignes sont de tout déprogrammer sauf l'ambulatoire et la pédiatrie
- Rouen : des démissions en grand nombre de PNM (secrétaires, IDE...). Avec un gouvernement qui ne répond pas du tout au problème d'embauche de personnels.
- Ile de France :
 - Projet : demander à l'ARS IDF et son directeur Aurélien Rousseau plus de transparence concernant la gestion de crise, la déprogrammation et la participation des cliniques privées. Lesquelles sont réticentes pour le moment à déprogrammer
 - APHP : 29% de lits fermés sur l'APHP en août. Actuellement 17% de lits fermés ce qui est une catastrophe durant cette crise sanitaire. Exemple Mondor : avec cette notion de « déprogrammer sans déprogrammer », fermeture de lits en hôpital de semaine mais sans réduction d'activité. Donc sortie prématurée des patients avec prise en charge dégradée. Plusieurs lits de soins intensifs de cardiologie fermés par manque de personnel
 - CME centrale de l'APHP : discussion de la création d'une cellule éthique avec la participation d'un Professeur agrégé en philosophie, normalien (Pr Nicolas Castaldi) et des équipes de soins palliatifs pour savoir comment doit-on trier les patients... En gros c'est la société civile qui s'occupera de trier les malades et non l'APHP...
- La participation du privé se fait attendre que ce soit à Paris ou en Province
- Marseille : le 20/10 au matin, 15 Pts au SAU sur des brancards sans lit d'aval... du jamais vu dans cet hôpital. Comment commenter ce type d'info ? (Problème des lits fermés sur lesquels on alerte depuis longtemps). Propositions de l'AG:
 - Ne pas communiquer sur la base d'un triomphalisme (on avait raison) mais sur la base du devoir d'informer les citoyens en insistant sur notre combativité et notre colère car impossibilité d'offrir un soin de qualité et un accueil digne à nos patients
 - Rester fermes : Nous sommes des personnes responsables et de terrain et nous avons la légitimité et avons une idée de la manière dont doit être gérée en pratique le quotidien des hôpitaux ; cela s'est vérifié lors de la 1^{ère} vague. Nous sommes représentatifs des personnels hospitaliers sur l'ensemble du territoire : cette 2^{nde} vague ne pourra pas être gérée comme la 1^{ère} et de nombreux problèmes n'ont pas été anticipés. Il faut le souligner.

6/ En conclusion, prochaines étapes :

- Refaire la note PLFSS dès que la rallonge de 2.5 milliards se précise
- Continuer à colliger les dysfonctionnements majeurs et communiquer dessus, ne pas hésiter à faire des communiqués de presse

- Faire des débats et table ronde avec les membres du CESE qui se sont proposés
- Conférence de Presse après lecture au Sénat (début ou pendant 2^{ème} lecture à l'assemblée nationale ce qui nous amène à fin Novembre). A rediscuter lors de la prochaine AG le 5 Novembre

Prochaine AG Zoom le 5 novembre avec de nouvelles animatrices et nouveaux animateurs