

NEWSLETTER DU COLLECTIF INTER-HÔPITAUX

MAI-JUIN 2021

<https://www.collectif-inter-hopitaux.org/>



EDITO

La longue route

La séquence des anniversaires qui se déroule depuis le début de l'année 2021 vient rappeler au collectif inter-hopitaux qu'à l'inverse de la sinueuse trajectoire pandémique oscillant au rythme des confinements, celle qui préside aux destinées de l'hôpital public demeure désespérément rectiligne. Qu'il s'agisse des fermetures de lit, des rémunérations, de la gouvernance, du niveau et du mode de financement de l'hôpital public, aucune décision ou geste fort ne sont venus convaincre soignants et usagers d'une volonté politique renouvelée. Après un discours de Mulhouse aux accents empathiques frôlant parfois le lyrisme, le Président de la République s'est engagé envers les soignants de terrain à mettre en œuvre un plan massif et sur la durée à la mesure de la situation exsangue de l'hôpital.

Lors de l'entretien accordé à Anne Gervais et François Salachas à la Salpêtrière le 15 mai 2020, le Président de la République a admis qu'un hôpital public, piloté comme une entreprise, contrainte de tirer le meilleur profit des tarifs labiles octroyés par la sécurité sociale, passe à côté de sa mission. Au cours de cet échange d'une heure auquel assistait Olivier Véran, il a validé le changement de paradigme que nous lui proposons : faire des besoins sanitaires l'objectif de sa politique de santé. Il a annoncé que toutes ces questions seraient traitées et résolues par le futur « Ségur de la Santé ».

Nous savons ce qu'il est advenu de ce dernier : son bilan se résume à une revalorisation des personnels hospitaliers. Revalorisation laissant la France sous la moyenne de l'OCDE.

Sur les autres chantiers de ce Ségur : mode de financement de l'hôpital, modalités de fixation de l'ONDAM, rééquilibrage de la gouvernance et répartition plus équitable des moyens au sein des territoires : rien ! En dépit de l'énergie déployée par les membres du CIH au cours des différentes réunions permettant d'alimenter un débat essentiel, la plupart des questions sont restées sans réponse.

Alors que le suivi du Ségur se poursuit, le vote de la loi de financement de la sécurité sociale demande un nouveau milliard d'économie à l'hôpital public démontrant l'absence de changement de trajectoire politique.

De la même façon, la loi Rist, supposée rebattre les cartes dans le domaine de la gouvernance, n'est qu'une déclinaison timide du rapport Claris sans aucune remise en cause de la loi HPST qui depuis 10 ans a imposé le directeur comme seul maître à bord de l'établissement hospitalier.



NEWSLETTER DU COLLECTIF INTER-HÔPITAUX

MAI 2021

EDITO (SUITE)

Le choc d'attractivité et de confiance espéré par le collectif ne s'est donc pas produit. Cela explique aussi que le recrutement et la fidélisation des personnels ne se sont pas améliorés : les soignants n'ont pas l'espoir de voir leurs conditions de travail, leur capacité d'action et de décision et leurs rémunérations évoluer positivement dans les mois qui viennent. Des choix douloureux sont faits. Car renoncer à exercer le métier choisi pour faire vivre des valeurs alliant compétence technique, souci du patient et égalité d'accès aux soins est un crève-cœur. C'est sans nul doute le grief principal que l'histoire retiendra à l'encontre des décideurs successifs qui n'ont fait qu'enfoncer le clou depuis 10 ans : celui d'avoir écœuré des personnels motivés en leur infligeant des conditions d'exercice insatisfaisantes et entravant le travail.

Si en 1913 Charles Péguy dans « L'argent » dénonçait « le dégoût sans fond pour l'ouvrage mal fait », Yves Clot, psychologue du travail, dans son ouvrage récent « Le prix du travail bien fait » rend hommage à la volonté des soignants de reprendre le contrôle de l'organisation des soins dans l'objectif de redéfinir le concept de performance. Il propose que celle-ci ne soit plus jaugée à l'aune d'une tarification inepte mais de critères issus de l'expertise soignante combinée au vécu des usagers. De cette nouvelle écologie du travail doit découler une véritable satisfaction éthique générée par une capacité d'action restaurée.

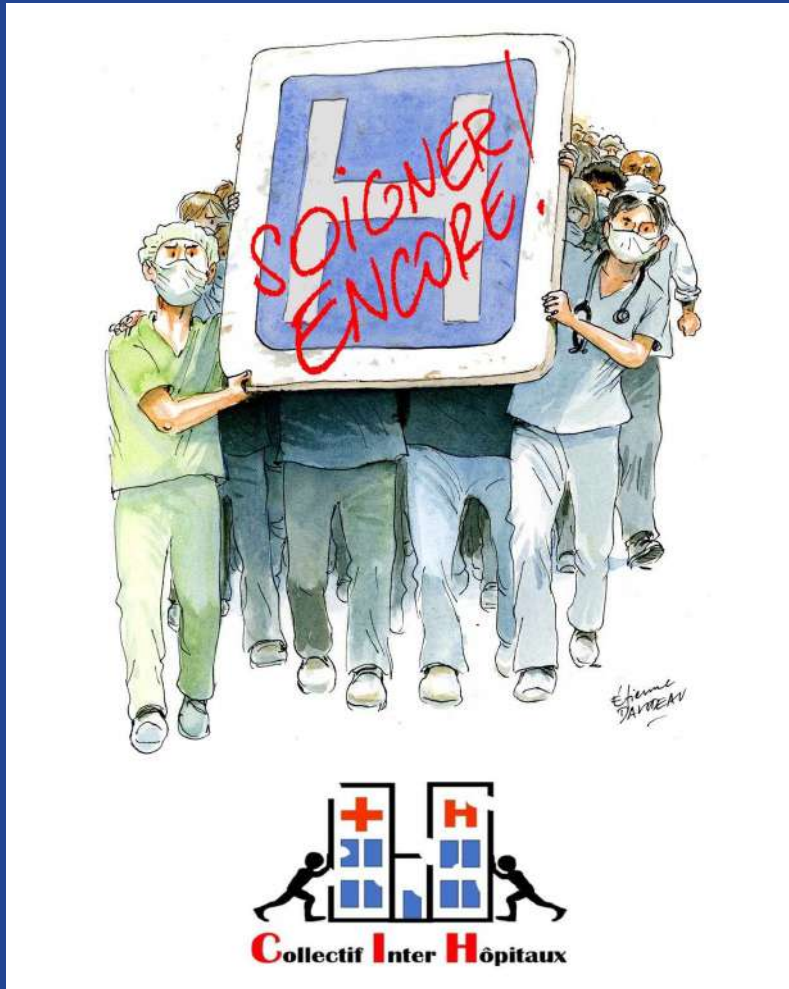
Alors que l'enchaînement des vagues rend improbable toute prévision, on attend toujours le grand coup de barre qui éviterait au navire de l'hôpital public de venir s'échouer sur la plage surpeuplée des services publics en perdition.

Alors, existe-t-il des raisons d'espérer un changement de cap ? Si l'on s'en tient au bilan actuel du Ségur, on ne peut s'attendre qu'à un impact marginal là où il faudrait inverser la vapeur. La communication outrancière et spéculative dont celui-ci a fait l'objet cache mal le déficit de vision et l'absence de courage politique qui hypothèquent toute chance de succès dans la refondation de l'hôpital public. Dans la période agitée de notre vie démocratique qui s'annonce, on peut espérer que nos concitoyens, à la lumière de la crise sanitaire passée, présente et à venir, s'emparent de la question de l'hôpital public et en fassent le thème principal des campagnes électorales à venir.

Dans ce domaine, le rôle des médias ne sera pas non plus négligeable : rappelons la place disproportionnée octroyée à la question de la sécurité pour lui comparer celle réservée à la première cause d'insécurité : l'inégalité croissante observée dans l'accès à des soins de qualité.



NEWSLETTER DU COLLECTIF INTER-HÔPITAUX



TAB^{LÉ}LE DES MATIÈRES

4 LA COVID19 ET LE
QUOIQU'IL EN COÛTE

6 LA PSY

Propositions du groupe psy du CIH

8 LOI RIST

Qu'est-ce que ça change?

10 CONFERENCE DE PRESSE DU 11 MAI

EN A-T-ON VRAIMENT FINI AVEC LE DOGME DE LA FERMETURE DES LITS ?

12 JOURNEE DE MOBILISATION DU 29 MAI

13 FORMES DES LUTTES

QU'EST LE PLAN MASSIF POUR
L'HÔPITAL ?

© CREDIT PHOTO : COLLAGESHOPITALPUBLIC

LA COVID 19 ET LE QUOIQU'IL EN COÛTE

Printemps 2020. Les « unité COVID » fleurissent dans tous les hôpitaux, presque deux fois le nombre de lits de réanimation habituel. La charge de travail explose face à un afflux de malades graves sans précédent, un week-end sur deux à l'hôpital, un nombre de nuits incalculable, des journées à rallonge. Les établissements de santé s'affairent pour faire face à cette épidémie et faire fonctionner ces nouvelles unités, « éphémères ». Malgré l'urgence les médecins évoquent très tôt l'inquiétude pour ces patients « non-COVID » qui sont « reportés » mais l'urgence est rapidement prioritaire, et ça ne durera pas pense-t-on. Et puis cette mobilisation générale spontanée nous rappelle soudain pourquoi nous sommes là. Le métier de soignant retrouve son sens, dans un travail d'équipe plaçant le patient au centre des préoccupations de tous, appuyée par ces applaudissements qui réchauffent, quoi qu'on en dise. Ce qui n'était pas encore appelé « la première vague » est éprouvant mais il y aura « le monde d'après », avec enfin des moyens pour prendre soin et une reconnaissance de nos métiers, de notre vocation. Enfin on écoute les gens de terrain. Enfin on repense la T2A, l'ONDAM, les fermetures de lits, la logique comptable... Oui, c'est dur, mais l'hôpital y gagnera. Le président de la république, solennellement, le promet. Enfin !

Mais les promesses n'engagent que ceux qui les croient. Après la prime COVID, la promesse non tenue de médaille, le Ségur de la santé fait long feu. Une augmentation de salaire pour le remonter un peu en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE. Il serait indécent de dire que ce n'est rien. Mais c'est infime au regard des besoins de l'hôpital. Et comme un refrain têtu, l'épidémie de COVID 19 nous rappelle chaque jour les difficultés. « Tension en réanimation 111 % »... manque de lits... manque de soignants. Et la crainte de ne pas soigner aussi bien qu'on le devrait.

Printemps 2021. Le système de santé est à bout de souffle. Les soignants sont épuisés d'avoir à mener deux combats de front depuis des mois : les soins habituels et la gestion de la pandémie, alors même qu'ils étaient en difficulté avant cette crise, nous avons tendance à l'oublier. Gardes et heures supplémentaires se succèdent sans jamais voir le bout. Et alors même que ce double combat s'est chronicisé, arrive une nouvelle vague. Et la même crainte du débordement du système de santé. Comment notre pays se retrouve à nouveau au bord du précipice après un an de lutte ?

Refaire l'histoire ne mène pas à grand-chose. En revanche analyser les faits et reconnaître ses erreurs peut permettre d'avancer. Les équipes médicales connaissent bien cette démarche qualité. Revue de morbi-mortalité à l'échelle d'un gouvernement.

Personne n'aurait aimé avoir à décider de l'impossible : le confinement et ses risques éducatifs, économiques et psycho-sociaux d'un côté, l'absence de confinement avec la flambée de l'épidémie et le débordement inéluctable du système de santé de l'autre. C'est peut-être ce qui a conduit au couvre-feu dans la durée. Erreur ou pas, le choix politique de ne pas confiner assume deux conséquences certaines: la surcharge des services de santé déjà éprouvés et des morts indues certaines, mais dont le nombre ne pourra être déterminé précisément qu'après la fin de l'épidémie. Pire encore aujourd'hui se profile le tri des patients et la baisse de la qualité des soins par manque de moyens.



Etienne.deleury.org

QU'EST LE PLAN MASSIF POUR
L'HÔPITAL ?

© CREDIT PHOTO COLLAGESHOPITALPUBLIC

LA COVID 19 ET LE QUOI QU'IL EN COÛTE (SUITE)

Les demi-mesures sont-elles préférables au confinement ? L'intérêt d'un non-confinement sur le plan économique devra être évalué.

Sur le plan psycho-social, nul ne sait ce qui serait advenu en cas de nouveau confinement mais une chose est sûre là aussi, malgré le choix de ne pas confiner, les adolescents, les étudiants, les personnes fragiles socialement et psychologiquement vont mal. Confinement ou pas la pandémie pèse sur le moral de tous.

L'objectif à atteindre est pourtant clair : arrêter la propagation du virus. Deux solutions à ce jour pour cela : la vaccination et le confinement. Par manque « de folie » comme le dit poétiquement le chef de l'état, mais peut-être surtout par manque de vision et d'investissement, la vaccination patine et le confinement, même s'il cache son nom, s'impose comme un échec.

Quelles pistes pour progresser avant une nouvelle vague ? D'abord vacciner, vacciner, et vacciner encore. Ensuite, tenir les promesses nées sous l'effet de la pression de la première vague, avant qu'on s'habitue aux morts de la COVID. Avant qu'on arrête de les compter chaque jour. Si le « quoi qu'il en coûte » est une politique pour sauver l'économie et donc des vies, il doit s'appliquer tout de suite au système de santé. Il faut y croire. Il faut innover, il faut investir.

Pour l'hôpital voyons loin, voyons haut. Modifions la gouvernance des hôpitaux. Écoutons les soignants qui sont les témoins impuissants des ravages de la logique comptable hospitalière. Revenons aux décisions à l'échelle des services. Écoutons et faisons confiance aux acteurs de terrain, aux soignants, aux usagers. Quoi qu'il en coûte, transformons le financement du système de santé. Quoi qu'il en coûte faisons en sorte qu'il y ait toujours un lit pour un malade qui en a besoin. Quoi qu'il en coûte rendons attractifs tous les métiers de soignants en offrant des conditions de travail et une rémunération décente. En reconnaissant la technicité et la responsabilité dans les réanimations et les blocs opératoires. En reconnaissant la pénibilité du travail de nuit et de week-end ou encore ce temps passé à écouter et discuter avec nos patients, à accompagner les mourants, à soutenir leurs proches. Quoi qu'il en coûte formons des soignants. Faisons-en sorte qu'aucun poste ne reste vacant, que toute infirmière qui s'arrête pour une maternité ou pour maladie puisse être remplacée car son rôle est indispensable. Quoi qu'il en coûte travaillons à améliorer la qualité des soins en faisant en sorte qu'un infirmier et un aide-soignant n'aient pas plus de 10 malades à leur charge dans un secteur de soins. Quoi qu'il en coûte faisons en sorte que les soignants aillent bien pour pouvoir prendre soin de ceux qui vont mal. Quoi qu'il en coûte, reconnaissons tous les métiers de la santé à leur juste valeur. Cette valeur qui fait dire aux malades épuisés et inquiets, qui confient leur santé aux mains de soignants disponibles et compétents, « merci, cela n'a pas de prix ».

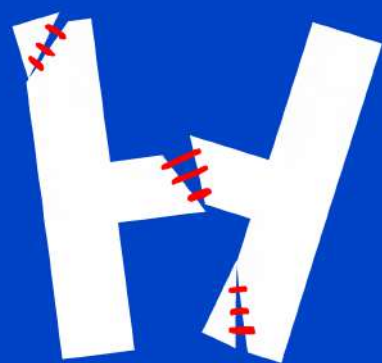
Depuis le début de la pandémie, il y a eu des inconnues, il y a eu des promesses, il y a eu des tâtonnements, il a manqué de folie. Alors aujourd'hui, à la veille d'un nouveau confinement, face à une épidémie non contrôlée il faut donner du courage à ceux qui vont tenir encore. Ceux qui jamais n'abandonnent leurs patients.

Il ne s'agit plus de promettre mais d'agir.

I HAVE A DREAM...



HÔPITAL PUBLIC



en besoins intensifs



LA PSYCHIATRIE EST EN RUINE, LE GOUVERNEMENT PROPOSE DE REPEINDRE LA FAÇADE ! RÉPONSES ET ACTIONS DU CIH

Articles de presse et déclarations se succèdent pour déplorer l'impact de la crise de la covid-19 sur la santé mentale des Français. On feint de découvrir que l'accès aux soins psychiques est difficile, voire impossible, que les délais de rendez-vous dans les CMP sont interminables, et que faute de places d'hospitalisation disponibles, les services d'urgence renvoient chez eux les enfants suicidaires.

Est-ce une prémisse de la prise de conscience qu'il est urgent de refonder une politique de santé mentale digne de ce nom, assortie des moyens humains et matériels en rapport avec les besoins en santé de la population ?

Notre société est mise face à l'abandon, délibéré et durable, de la psychiatrie publique par la collectivité nationale et ses décideurs.

Au cours de ces derniers mois le CIH a alerté sur ce désastre :

Ø par un communiqué de presse, en octobre, en réponse à l'introduction de la tarification à l'activité dans le futur modèle de financement de la psychiatrie, applicable en janvier 2022

Ø par un courrier au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, en février, pour alerter sur l'hypocrisie de l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale, qui renforce le contrôle judiciaire des procédures d'isolement et de contention en « oubliant » les moyens nécessaires à la prévention du recours à ces mesures

Ø par une tribune publiée le 8 mars dans le journal Le Monde, reprenant les termes du courrier au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

Le CIH y souligne :

Ø Le sous-financement chronique et délibéré de la psychiatrie publique, la fermeture massive des lits de psychiatrie (deux tiers, soit 70000 en 30 ans) sans redéploiement des moyens dégagés sur des structures de soins ambulatoires, l'abandon depuis 30 ans de la formation spécialisée des infirmiers en psychiatrie, la perte d'attractivité de la profession de psychiatre à l'hôpital.

Ø L'augmentation du nombre d'usagers de la psychiatrie d'1 million en 1997 à 2,3 millions en 2020 sans que les équipes de soin soient renforcées à la hauteur de cette croissance.

Ø La tension sur les lits qui contraint quotidiennement à réserver les hospitalisations aux seuls patients à haut risque médico-légal : suicide ou homicide, sans pouvoir répondre aux autres indications.

Ø La tension et l'agitation qui règnent dans les établissements que les personnels insuffisamment formés et en nombre insuffisant, peinent à contenir.

Ø La dégradation des conditions d'accueil des patients et le retour de pratiques réputées disparues : banalisation du recours aux contentions mécaniques et à l'isolement, signe de l'aggravation des situations cliniques d'entrée, du dénuement des équipes de soin et de la tension qui règnent dans les unités d'hospitalisation.





LA PSYCHIATRIE EST EN RUINE, LE GOUVERNEMENT PROPOSE DE REPEINDRE LA FAÇADE ! RÉPONSES ET ACTIONS DU CIH

Ø La progression de 15% des hospitalisations sous contrainte entre 2010 et 2015, indice de la pénurie de structures ambulatoires, indispensables pourtant à la prévention des rechutes.

Ø L'hypocrisie du législateur, qui sans aucun renforcement des moyens contribuant à les prévenir impose un contrôle accru des mesures d'isolement et de contention, détournant du temps soignant vers des tâches administratives.

Ø L'indigence, au regard des carences, des propositions gouvernementales : embauche de 160 (!) psychologues dans les CMP, remboursement de trois consultations de psychologue libéraux, « tri » inacceptable des patients les plus graves.

Le CIH rappelle que les seules dispositions susceptibles aujourd'hui de préserver l'éthique du soin en psychiatrie et le respect de la dignité et des droits des patients sont des mesures volontaristes de prévention du recours à l'hospitalisation sous contrainte et aux mesures d'isolement et de contention : donner à la psychiatrie les moyens ambulatoires et hospitaliers qui lui ont été soustraits lors de la fermeture de 70000 lits, et ainsi permettre aux patients souffrant de maladies psychiques d'avoir accès aux soins avant que l'aggravation ou la rechute conduisent à la chronicisation ou au recours à la contrainte.

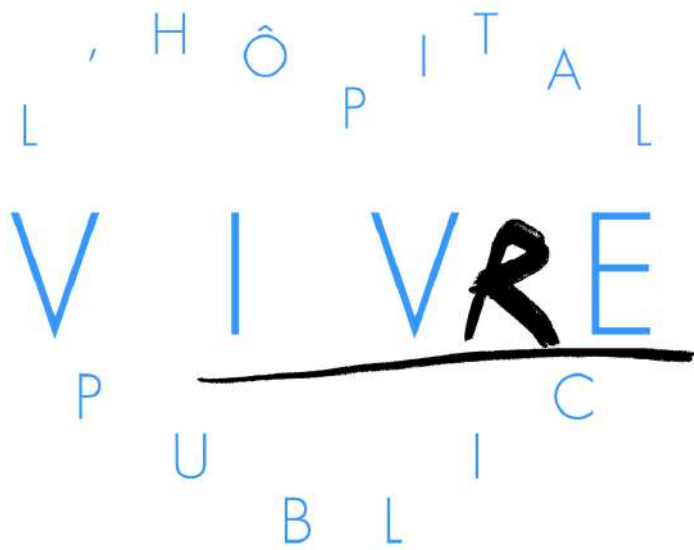
Quelques notes d'espoir :

Mme Simonnot, Contrôleure Générale des lieux de privations de liberté a reçu le 19 février en visioconférence quelques représentants de la psychiatrie du CIH, et transmis personnellement notre courrier au ministre de la Santé.

Le 25 mars 2021, le Conseil Economique Social et Environnemental, 3ème assemblée de la République publie un avis en faveur d'un plan d'urgence pour la psychiatrie, voté à l'unanimité des 179 membres présents.

Le groupe « psy » du CIH travaille actuellement à des motions sur la psychiatrie publique et sa refondation.





LOI RIST

Mirages de « la simplification radicale des organisations et du quotidien des équipes », ou comment le monde d'après Segur ressemble au monde d'avant au détriment de la démocratie.

Le Ségur de la santé a d'emblée créé un sentiment ambivalent parmi les médecins, soignants et usagers : espoir d'un changement et de prise en compte du malaise de l'hôpital public et scepticisme sur les 33 mesures présentées le 13 juillet 2020 par le ministre https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse-conclusions_segur_de_la_sante.pdf . Dans les mesures post Segur, la loi Rist était supposée répondre à l'aspiration de changement dans les organisations internes des hopitaux : débureaucratiser, permettre aux soignants et usagers de participer aux prises de décisions. Le CIH a été auditionné par des député-e-s de la commission sociale de l'Assemblée Nationale (dont Mme RIST), par la commission sociale du Sénat (présidée par Mr A. Million) et par Mr Vanheste, conseiller du Ministre. Le collectif a mis par écrit ses propositions et a interpellé tous les députés. Rien ne change, les établissements restent gouvernés par un binôme de Directeur ou Directrice général-e (DG) et de président de la commission médicale d'établissement (PCME) sans que les équipes qui font tourner l'hôpital ne soient consultées. Les soignants, usagers et médecins restent à la porte.

Les conclusions du Ségur devaient déboucher sur l'annonce du suivi de la mise en place de ces mesures par des groupes de travail. Le CIH n'a pas été invité mais il semble que seul le pilier 1 sur les rémunérations a fait et fait l'objet de négociations approfondies avec les organisations syndicales.

Le titre du projet de la Loi Rist était un mirage « **Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification** ». Ce texte, fourre-tout, était annoncé comme répondant aux mesures du Ségur, et pour le traiter, le gouvernement a engagé une procédure parlementaire accélérée le 3 Novembre 2020.

L'amélioration de l'organisation ? Mirage, elle reste inchangée. La mesure phare (l'article 5) : « *Les services mentionnés à l'article L. 6146-1 constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail* ». Mais en contrepoint, le refus d'abroger l'article L6146-1 du code de santé publique, seul point technique abordé ici, rend caduque toutes les mesures de simplification et de confiance de cette Loi. Cet article maintient les pôles comme modalité obligatoire d'organisation des établissements hospitaliers. Ainsi la liberté d'organisation des établissements (article 8, 9 et chapitre IX) devient dérogatoire au bon vouloir du DG et PCME. La commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) donnent leur avis sans être force de proposition.

PROMESSES EN LAIR :
PATIENTS AU CIMETIERE

LOI RIST (SUITE)

Démocratie participative et confiance ? Mirage : la gouvernance n'est vue que sous l'angle d'un projet managérial administratif (article 11) « *Le projet de gouvernance et de management participatif de l'établissement définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement* » et « *Il prévoit les modalités de désignation des responsables hospitaliers* », lesquels sont déjà nommés par le DG et PCME après avis des chefs de pôle dans l'article 5... Les DG et PCME n'ont donc aucun contre-pouvoir. Bien qu'elles soient élues par leurs communautés, la CME, la CSIRMST et la commission des usagers ne sont ni forces de propositions, ni de décision. La présence d'un binôme médecin/cadre dans les services « coordonnent » et sont « associés » au bon vouloir du pôle, le lien hiérarchique fonctionnel restent la norme pour les services.

Deux points positifs : la fin du mercenariat médical hors de prix (article 10) et la demande d'un rapport sur les différences de salaires public-privé (article 14)

Le troisième mirage est le titre de l'**ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) et à la médicalisation des décisions à l'hôpital** (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043261453>).

Celle-ci s'intègre dans l'article 71 de la loi « ma santé 2022 » de 2019. L'articulation de cette ordonnance avec la Loi RIST échappe. Elle « simplifie » en ajoutant trois instances au niveau territorial : un comité stratégique (dirigé par le DG de l'établissement support du GHT qui devient très puissant), une CME territoriale, une CSIRMT territoriale, lesquelles peuvent être fusionnées avec les instances des établissements. Le projet médical illustre l'œuf et la poule : il est territorial en lien avec les projets d'établissements qui sont eux-mêmes élaborés en lien avec le projet médical territorial. Les pôles sont renforcés, le PCME aussi, toujours aucun contre-pouvoir. Un seul point positif : La CME élabore au lieu de contribuer au projet médical.

Pour être complet, il n'est plus nécessaire d'être à temps plein pour exercer une activité libérale à l'hôpital. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043261466>)

En conclusion, ni simplification, ni confiance et une sacralisation de la personnalisation de la gouvernance. Le CIH en accord avec les autres voix représentatives des médecins, soignants et usagers, sont unanimement contre. Sans surprise, le syndicat des managers du service public, les présidents des conférences de CME CH et CHU censés représenter les médecins, ont exprimé leur (auto)satisfaction. L'écoute sélective de ceux qui ont déjà l'oreille du Ministre et le pouvoir, l'abandon des soignants par le parlement conduisent au maintien d'une gouvernance bureaucratique, budgétaire et infantilissante. Ce dernier concept est actuellement largement critiqué à propos de nombreuses décisions.

La démocratie ne ressort pas grandie de cette trahison, qui contrairement à ce qui est annoncé, enterre les promesses du SEGUR, le rapport Notat et celui de la CESE qui représente la société civile.

LES HEROS DOIVENT OBEIR...mais ils préfèrent s'en aller!



CORONAVIRUS PARTOUT
MOYENS POUR L'HÔPITAL
NULLE PART



EN A-T-ON VRAIMENT FINI AVEC LE DOGME DE LA FERMETURE DES LITS ?

CONF
DE
PRESSE
du CIH



11
MAI
2021
9H30

[HTTP://BIT.LY/YOU
TUBE_CIH](http://bit.ly/you_tube_cih)



MALGRÉ LA PANDÉMIE, LA POLITIQUE DE SUPPRESSION
DE LITS SE POURSUIT DANS L'HÔPITAL PUBLIC

ET À TON AVIS, EMMANUEL...
SI ON CONTINUE DE SUPPRIMER
DES LITS DANS LES HÔPITAUX,
QU'EST-CE QU'IL VA ARRIVER
À CES PAUVRES MALADES ?

OH ! OH !
MOI, JE SAIS !
JE SAIS !

ON ÉCONOMISE
DE L'ARGENT
QU'ON POURRA
REFILER AU PRIVÉ !





Collectif Inter Hôpitaux
406 abonnés

S'ABONNER

ACCUEIL VIDÉOS PLAYLISTS CHAÎNES À PROPOS

Vidéos en ligne ▶ TOUT REGARDER



Visionnez la conférence de presse:

https://www.youtube.com/channel/UC3EubJ7eBbLxP_nHV6ZWZvg



Invitation à suivre la conférence de presse du CIH du 11 mai 2021 à 09h30 sur Youtube

En a-t-on vraiment fini avec le dogme de la fermeture des lits ?

Avec la participation de Véronique Boisson-médecin réanimatrice au CHU de La Réunion ; Loïc Javaudin-représentant des usagers au CHU de Rennes ; Florian Vivrel-urgentiste au CHU de Nantes ; Eric Sartori-neurologue au CHG de Lorient ; Jacques Pontis-directeur d'hôpital retraité ; Olivier Milleron-cardiologue au CHU de Bichat.

Le Collectif Inter-Hôpitaux vous invite à suivre sa conférence de presse le mardi 11 mai à 09h30 sur le thème des fermetures de lits dans les hôpitaux publics qui aura lieu par visio.

Les personnels hospitaliers et les usagers de l'hôpital public sont mobilisés depuis maintenant plus d'un an pour défendre l'accès à des soins de qualité pour tous au sein de l'hôpital public. La pandémie COVID19 a brutalement mis en évidence les fragilités de notre système, conséquences de nombreuses années d'une politique de santé visant, avant tout, à réduire les dépenses.

Pendant la première vague de la COVID19, le Président de la République avait pris l'engagement d'« un plan massif d'investissement et de revalorisation des carrières pour l'hôpital » et ce « quoi qu'il en coûte ». Après le Ségur de la Santé, le ministre de la santé déclarait « il faut totalement sortir du dogme de la réduction des lits dans les projets architecturaux des hôpitaux ». Nous constatons l'absence de concrétisation de ces engagements dans les reconfigurations hospitalières en cours.

Nous aborderons donc les projets hospitaliers en cours du CHU de Nantes, du CHU de La Réunion, du CHU de Rennes et du CHU Grand Paris Nord. L'expérience de l'hôpital de Lorient qui a subi une réorganisation avec une forte réduction des lits sera rapportée. Enfin, le témoignage d'un directeur d'hôpital permettra d'approcher les dogmes à l'œuvre depuis des années sur le sujet et d'évaluer si les annonces récentes laissent espérer une « sortie totale du dogme de la réduction des lits ».

Les intervenants répondront ensuite aux questions des journalistes.

Vous pouvez suivre cette conférence sur

https://www.youtube.com/channel/UC3EubJ7eBbLxP_nHV6ZWZvg

Merci à formes des luttes pour leur soutien en images

Retrouvez toutes leurs images là :

<https://formesdesluttes.org/images-hopital/>

Téldchargez-les! Utilisez-les!



Oui à l'augmentation des salaires

