



NEWSLETTER DU COLLECTIF INTER-HÔPITAUX

AVRIL 2023



©crédit photo : Philippe Bizouarn

RENTREE DES
LUTTES...
ON OUBLIE
PAS
L'HOPITAL!

UN EDITO FAIT PAS LE PRINTEMPS... MAIS...

A. Armand (CIH Angers) et V. Poindron (CIH Strasbourg)

Après 20 années de sous financement de l'hôpital public, la réduction encore plus drastique de l'offre de soins ces 5 dernières années (moins 17500 lits en 5 ans, plusieurs dizaines de milliers d'IDE manquants) a précipité l'affaiblissement de l'hôpital. La dégradation des conditions de travail et d'accueil des patients, la perte de sens ressentie par les soignants devant la dégradation des soins de qualité, les retards diagnostiques et thérapeutiques contribuent chaque jour au naufrage du service public hospitalier.

C'est ce que raconte la revue de presse quotidienne du CIH alimentée depuis près de trois ans. La psychiatrie, la pédiatrie, les urgences, l'obstétrique, les services de haute spécialité souffrent d'un désinvestissement du système public (article Isabelle Simon et Laurence Gembara).

Depuis 2019, le CIU puis le CIH tirent la sonnette d'alarme et incitent à lutter contre cette dérive et cette résignation, pour maintenir un système de soins solidaire, de qualité, accessible pour qui en a besoin au moment où il le nécessite.

Les avancées sont rares mais elles arrivent. La question de la gouvernance, un des piliers du CIH, a surgi dans le débat mais mérite toute notre vigilance (article Agnes Hartemann et François Salachas). Localement, le CIH Beaujon et Bichat organise la lutte contre la réduction des lits et le sacrifice de la maternité dans le projet hôpital nord (article Olivier Milleron). A l'échelle nationale, le sénateur Jomier s'est saisi de la question des ratios soignants/patients qui est une revendication ancienne du CIH (article Anne Gervais).

Malheureusement des pans entiers du service public hospitalier vacillent et la France entière a découvert avec stupeur la fragilité de la pédiatrie hospitalière, qui est entièrement assurée par l'hôpital public à travers les transferts d'enfants pendant l'épidémie de bronchiolite. Les assises de la pédiatrie trouveront-elles une issue (Article Isabelle Desguerre) ?

Il y a la dure réalité que chacun constate dans cette nécessaire news letter et il y a aussi de l'espoir et quelques succès. Pour continuer à s'interroger, à réfléchir et à rêver, dans la rubrique littéraire, on pourra découvrir deux bouquins (Philippe Bizouarn et Margot Smirdec) avant une conclusion poétique pour souffler sur les braises de la lutte.

Des soins de qualité pour les patients et des conditions dignes pour les soignants...



©crédit photo : Anne Gervais

NEWSLETTER DU COLLECTIF INTER-HÔPITAUX



©crédit photo : Salvatore Catalano

TABLE DES MATIÈRES

3 FAIRE UNE REVUE DE PRESSE
Ne jamais s'habituer

6 GOUVERNANCE
Comment détourner une bonne idée

7 BEAUJON BICHAT ÇA BOUGE

9 LES RATIOS AU SENAT
PPL Jomier sur les ratios soignants/patients

11 ASSISES DE LA PEDIATRIE

12 BOUQUINS DES CAMARADES

14 FAUX MOTS
Poésie de la lutte

16 DERNIER CP DU CIH
Intérim médical : l'arbre qui cache la forêt





CIH-Revue de presse

Groupe

LA REVUE DE PRESSE POUR NE JAMAIS S'HABITUER : COMMENT ? POURQUOI ? POUR QUI ?

Isabelle Simon et Laurence Gembara

A l'été 2021, Google actualités propose des articles sur l'hôpital qui viennent abonder le fil WhatsApp. La liste récapitulative de fin d'été inquiète avec 22 centres hospitaliers en difficulté et début novembre 2021 déjà, la fermeture d'un service d'Urgences, celui du CH départemental de Laval. L'idée s'impose de googliser par mots clefs, matin et soir la presse locale, régionale et nationale. La revue de presse est vite orientée vers un fil WhatsApp « Presse » pour ne pas inonder le fil national tant la production est abondante et parfois désespérante, tout en conservant une base d'information utile à tous.

Devant le volume de publications il devient nécessaire d'archiver ces articles, pour la mise en perspective de ce qui advient au système public hospitalier, pour la mémoire de ce mouvement. Un tableau Excel est laborieusement rempli.

Difficile de remonter le cours du temps avec près de 6 500 articles répertoriés en 17 mois. Quelques faits marquants pour rafraichir la mémoire militante :

Novembre 2021 : Fermeture Urgences Laval puis fermeture totale, partielle des urgences de la Sarthe et de la Mayenne. Rennes bout. Les sages-femmes se mettent en grève.

Décembre 2021 : La fermeture des urgences ne se limite plus au Pays de la Loire : Saint Chamond, Avranches, Senlis, Voiron. Manifestation nationale (04/12). Premier décès faute d'anesthésiste dans la Sarthe. Minute de silence à Strasbourg.

Janvier 2022 : Pour la première fois des urgences pédiatriques ferment : Delafontaine (93) puis vient Lisieux. Les services d'urgences sont partout saturés !

Mars 2022 : première alerte sur une fermeture d'urgences dans un CHU ... Amiens (02/03). Un mort sur brancard au CHU de Strasbourg (31 mars 2022).

Avril 2022 : la HAS s'inquiète de l'état de santé des hôpitaux. Un département entier, la Nièvre, est privé de maternité. Déclenchement du Plan blanc à peu près partout en France pour pallier la pénurie de personnel. Le CIH de Saint Louis APHP manifeste contre la fermeture du service d'hémato-immunologie. La liste des services partiellement ou totalement fermés recensés dans le tableau est énumérée devant les caméras : les esprits sont frappés.

la revue de presse
c'est...

UNE VEILLE QUOTIDIENNE

UN FIL WHATSAPP

PRESSE LOCALE,
RÉGIONALE ET NATIONALE

6500 ARTICLES EN 17 MOIS

UN OUTILS POUR LE CIH
ET AU DELÀ

DÉBATS - CRISE DE L'HÔPITAL

« Patients, aidants et professionnels de santé, unissons nos voix pour défendre les principes de qualité et de sécurité des soins, ainsi que les conditions de travail des soignants »

Tribune

Collectif

Une proposition de loi relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé doit être discutée le 1er février en séance publique au Sénat. Les représentants de dizaines d'associations de patients et de soignants appellent, dans une tribune au « Monde », à son adoption.

Publié le 01 février 2023, modifié le 02 février 2023 à 09h54

Mai 2022 : L'accès aux urgences du CHU Bordeaux est régulé. Samu Urgence de France décompte au moins 120 services d'urgences en détresse (20 mai). Lancement de la mission flash du Dr Braun (31/05).

Juin 2022 : plainte pour carence fautive de l'état.

Carte créée ACTUS Hôpital public depuis 04/22 : https://bit.ly/Actu_Hopital

Juillet 2022 : La liste des urgences régulées s'allonge. Carte : URGENCES FRANCE ETE 2022; <https://bit.ly/Urgencesregulees>

Août 2022 : Le Ministre de la santé admet que des services d'urgence sont fermés (10/08).

Septembre 2022 : Tribune de pédiatres « Nous ne pouvons plus exercer notre travail et soigner nos enfants correctement ». (Le Monde) 4 300 lits supprimés en 2021 (Ouest France 28 /09).

Octobre 2022 : Lettre de 4000 pédiatres à Emmanuel Macron : « Des enfants quotidiennement en danger » (Le Parisien 21/10). Les urgences de Nantes en grève. Urgences pédiatriques : lancement d'un plan d'action par le gouvernement (24/10/2022).

Novembre 2022 : Une enveloppe de 400 Millions est annoncée. Le PLFSS passe au 49.3. Trois associations d'usagers et deux collectifs soignants assignent l'Etat pour carence fautive Le Comité National consultatif d'Ethique alerte sur l'effondrement de l'hôpital.

Décembre 2022 : Huit Français sur 10 très sévères sur l'action du gouvernement face à la crise de l'Hôpital. Multiples annonces de fermetures temporaires des SAU dans toutes les régions.

Janvier 2023 : Vœux du président : « on n'est même pas au niveau de la rustine ». Les urgences de Pontoise en arrêt maladie. Un octogénaire décède aux urgences après 18 heures sur un brancard. F Braun annonce l'application de la loi Rist/Intérim

Février 2023 : Proposition de loi pour l'instauration de ratio soignants/patient adoptée au Sénat. 150 « décès inattendus » estimés par SaUF entre le 1/12/22 et le 31/01/23 aux urgences.

Mars 2023 : Le rapport Ville préconise la fermeture de 111 petites maternités. Nombreux hôpitaux inquiets du manque annoncé d'intérimaires

Carte : ACTUS Hôpital Public:



CARTE URGENCES FRANCE ETE 2022:





Cette revue de presse fournit un état des lieux quotidien de l'hôpital public sur le territoire français.

Au fait de l'actualité, elle a permis au CIH d'alerter les journalistes sur la réalité sanitaire de notre pays. La collecte des données a contribué à l'élaboration de cartes, diffusées sur les réseaux sociaux, venant témoigner de la gravité de la situation pour les services d'urgences.

Le tableau Excel a lancé l'alerte auprès des élus, des chambres parlementaires lors des commissions d'enquête. Il a été versé au dossier de plainte pour carence fautive de l'état. Ces données collectées ont également diffusées auprès des associations de patients représentant des usagers, collectifs, syndicats.

En l'espace de dix-huit mois, les difficultés des services d'urgence pédiatriques ou adultes et des maternités, initialement cantonnées à quelques départements, se sont généralisées à tout le territoire national. Survenant initialement en période de congés, elles sont devenues per annuelles. Les annonces de fermeture totale, partielle, permanente ou transitoire, de régulation des urgences s'enchaînent. La durée de séjour aux urgences qui nous faisait nous cabrer au-delà de 8 heures s'est allongée parfois jusqu'à 9 jours ! Les décès sur brancards tant redoutés sont maintenant énoncés sans émoi général : 150 morts en décembre 2022 selon le « No Dead Challenge » du syndicat Samu Urgence de France. Les annonces de fermetures de services et de drames singuliers sont égrenées dans la presse locale, régionale en toute discrétion.

Ne pas s'y habituer, dénoncer, alerter, s'indigner....

UNE AFFICHE DE SYLVIE PECARD, LÀ





©crédit photo : Vincent Poindron

GOVERNANCE: COMMENT DÉTOURNER UNE BONNE IDÉE.

Agnes Hartemann et François Salachas CIH APHP

Les hôpitaux publics sont actuellement dirigés par un directeur administratif qui gère dans un contexte de budget national (ONDAM) limité et déficitaire, avec l'objectif absurde de faire des bénéficiaires, donc sur le dos de ses voisins. Le CIH comme d'autres, réclame une direction partagée entre un directeur administratif, un représentant de la communauté médicale élu (président de la CME ou CMEL) et un représentant de la communauté paramédicale élu (président de la SCIRMT), en lien étroit avec un représentant des usagers élu, et un doyen élu de l'UFR de médecine en CHU. Cette codirection n'a de sens que si l'on sort d'un budget d'austérité, et que les objectifs fixés aux hôpitaux publics soient de répondre aux besoins de la population, et plus des objectifs purement gestionnaires. Le président Macron lors de ses vœux en janvier 2023 a annoncé la mise en place d'un binôme administration/médecin à la direction des hôpitaux. La 1ère proposition qui a circulé est celle d'un médecin qui serait nommé par l'ARS. Cette idée a soulevé un tollé. Quelle serait la mission de ce médecin nommé, qui plus est dans un contexte qui est toujours celui d'un ONDAM sous-doté et donc déficitaire ? Peu de chance qu'elle soit différente de celle du directeur administratif... Et que deviendrait le rôle du président de la CME (ou CMEL) représentatif de la communauté médicale locale, et légitime puisqu'élu ? Disparaîtrait-il ? La bonne idée d'une direction partagée est dévoyée. Le risque est grand de voir se renforcer une direction en apparence médicalisée mais qui resterait purement gestionnaire, avec le risque que la communauté médicale perde le peu de pouvoir qui lui restait. L'hypothèse d'une nomination du directeur médical par l'ARS semble également peu prise en compte par l'intersyndicale des directeurs et cadres hospitaliers dans leur communiqué du 31 mars dernier. Pour autant ce communiqué ne reconnaît aucun problème de gouvernance, qualifiant la réouverture de ce sujet « d'inopportune et incongrue ». Le problème à résoudre selon eux se situe ailleurs: dans la crise d'attractivité des personnels soignants. Certes, mais c'est oublier un peu vite leur silence assourdissant ces dernières années face au gel de la masse salariale qui a généré cette crise des ressources humaines et la perte de sens de ces métiers du soin. Est-ce que ce silence traduisait une adhésion à cette gestion de la pénurie ? Ou découlait-il d'un « devoir de réserve » ? Chercher à comprendre paraît aujourd'hui dérisoire: le mal est fait. Il n'y a plus, en effet, qu'à s'en occuper. Comment faire autrement ? Mais est-ce une raison pour ne pas parler de la gouvernance, et de fait rester seuls aux manettes ?

Quelle gouvernance ?

PILIER 3 DU CIH

L'INTÉGRATION ET
L'ASSOCIATION DES
USAGERS ET DES
SOIGNANTS, TOUTE
CATÉGORIE CONFONDUE
AUX DÉCISIONS ET
PROJETS DE SOINS.



BEAUJON BICHAT, ÇA BOUGE

Olivier Milleron CIH APHP

Le projet Campus Hôpital Nord : un projet emblématique

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris va construire un nouvel hôpital et un campus universitaire. C'est, à priori, une bonne nouvelle car le projet est de remplacer deux hôpitaux universitaires, Bichat et Beaujon, qui sont vieillots et qui ne sont plus aux normes incendies.

Ce projet, qui est sur les rails depuis 2012, a un budget estimé à plus de 1.2 milliards d'euros. Les personnels ont été, dans un premier temps, associés au projet pour rédiger le cahier des charges pour les architectes. Nous avons donc participé à des commissions dans lesquelles nous avons décrit notre travail, nos services, nos activités et nous avons essayé d'expliquer nos besoins spécifiques par activités. Bien sûr, rien de tout ça n'a été pris en compte. Mais cela nous a permis de nous intéresser au projet et à son capacitaire. Et là, énorme surprise ! Alors que le projet médical fait le constat que l'hôpital va être construit dans une zone déficitaire en offre de soins publics et privés et à forte croissance démographique à Saint-Ouen, en Seine Saint Denis, il était prévu initialement de fermer 389 lits d'hospitalisation conventionnelle MCO sur les 1049 existants. La justification de ces fermetures de lits est sidérante et sent le cabinet de conseil à plein nez : dans le nouvel établissement, la durée moyenne de séjours sera 30% plus courte que dans les autres CHU français, sans justification organisationnelle, et le taux d'occupation des lits de 95%, taux incompatible avec la prise en charge des patients des urgences.

Le Collectif Inter-Hôpitaux a donc fait une note sur ce sujet et l'a largement diffusée dans l'hôpital mais aussi auprès des politiques et des usagers. Notre inquiétude sur le capacitaire dans le futur hôpital a donné lieu à des tribunes dans Le Parisien, dans Le Monde, à des manifestations, à un rendez-vous à l'ARS IDF et à des votes des conseils municipaux de Paris et de Saint-Ouen qui demandent à ce qu'il n'y ait pas de baisse du capacitaire.

Le COVID est passé par là et une petite augmentation du capacitaire a été consentie et comme, dans le même temps, le capacitaire en HC MCO a baissé sur les 2 hôpitaux, la baisse prévue des lits MCO n'est plus que 987 à 797 soit 190 lits en moins (-19%). La fermeture des maternités de Bichat et Beaujon a finalement été abandonnée mais le capacitaire est pour l'instant réduit de moitié.

Il n'y a pourtant aucun rationnel médical ni sanitaire à la répartition des différents lits de spécialités dans le nouvel hôpital, les besoins de soins de la population ne sont pas pris en compte et l'hypothèse qui a été faite d'une baisse du nombre de patients ayant recours aux urgences fait craindre un sous-dimensionnement des services d'urgences dans la zone du nouvel hôpital.



©crédit photo : Olivier Milleron

Campus Hospital Nord La bataille pour l'accès aux soins

D'ailleurs, trois réserves avaient été émises par les commissaires enquêteurs dans le cadre de la Déclaration d'Utilité Publique:

1/Les conditions d'accueil capacitaire global liées au nouvel hôpital devront, a minima, être équivalentes à celles qui existent aujourd'hui dans les hôpitaux Beaujon et Bichat,
2/Les conditions d'accès de l'hôpital pour les véhicules d'urgence devront être facilitées en prévoyant des modalités d'accès prioritaire en lien avec les collectivités compétentes pour l'aménagement des voies publiques

3/L'APHP confirmera la présence d'un service de maternité dans l'hôpital.

« Celles-ci devront être impérativement levées, faute de quoi l'avis de la commission deviendrait défavorable » précisait leur rapport.

Considérant que l'APHP n'a pas levé la première réserve, le CIH, avec SUD APHP, le CIU, le Collectif de riverains « Pas ça, pas là, pas comme ça » et des représentants d'usagers auprès de l'APHP, a déposé auprès du tribunal administratif un recours en annulation de l'arrêté de Déclaration d'Utilité Publique pris par le préfet.

Le 28 février 2023, nous avons rencontré, à notre demande, le nouveau directeur général de l'APHP, Nicolas Revel, pour lui faire part de nos inquiétudes sur ce projet et lui expliquer les raisons de notre recours au tribunal administratif. Ce haut fonctionnaire, rompu aux politiques publiques de santé (directeur de la caisse nationale d'assurance maladie de 2014 à 2020) et aux cabinets ministériels (secrétaire général adjoint de la présidence de la République sous Hollande, directeur de cabinet de Castex à Matignon), nous a écouté et a répondu à nos questions pendant plus d'une heure et demi. La discussion fut franche et, probablement, avons-nous réussi à faire passer quelques messages. Mais l'information la plus intéressante est que ce proche de Macron, nous a affirmé qu'il voulait rouvrir de lits à l'APHP, qu'il pensait que l'on a été trop loin sur la politique de fermetures des lits. Concernant le projet hôpital Nord, l'APHP souhaite acquérir une parcelle mitoyenne pour construire un autre bâtiment pour ouvrir des lits de SSR. Est-ce vraiment ce qu'il pense, est-ce que la doxa de la noblesse d'Etat a changé ou a-t-il dit ce que nous souhaitions entendre ? L'avenir nous le dira...



©crédit photo : Olivier Milleron



©crédit photo : Olivier Milleron

PPL Nombre minimum de soignants par patient hospitalisé sur l'article unique constituant l'ensemble du texte



LES RATIOS AU SENAT

Anne Gervais CIH APHP

Le Sénat a voté le 1er février 2023[1], par 257 voix pour et 16 contre, la proposition de loi parlementaire (PPL) instaurant dans les établissements publics, d'ici au 1er janvier 2027, "un ratio minimal de soignants par lit ouvert ou par nombre de passages" pour chaque spécialité ou type d'activité. Une législation logique pour assurer la sécurité des soins aux patients et améliorer les conditions de travail des soignants mais qui fait défaut en France hors dialyse et réanimation, bien qu'elle soit réclamée depuis plusieurs années par le collectif interhopitaux. Cette étape législative n'est ni la première ni la dernière.

En effet, le CIH avait porté, avec le CIU, accompagnés d'associations mobilisées pour l'accès aux soins, cette mesure dans un référendum d'initiative partagé en juillet 2021[2], référendum rejeté dans sa totalité par le conseil constitutionnel pour des raisons réglementaires discutables et portant sur un seul article sans lien avec les ratios. La sensibilisation des sénateurs, lors de cette démarche transpartisane, avait contribué à ce qu'une mission sénatoriale sur l'état de l'hôpital soit réalisée[3]. Il faut souligner qu'au cours des auditions les sénateurs de tous bords (notamment Deroche, LR et Jomier, PS) ont interrogé les responsables (DGOS, sécurité sociale, cour des comptes, HAS) sur les pénuries d'effectifs et l'absence de ratio disponible. Dès lors il est apparu légitime à de nombreux sénateurs de soutenir la proposition d'un nombre minimal de soignants par patients portée par le Sénateur Bernard Jomier (apparenté socialiste, médecin généraliste). La PPL n'a pas rencontré d'hostilité, mais des craintes portant sur d'éventuelles fermetures de lits en cas d'application rapide d'un ratio. Or, actuellement les lits sont fermés faute de personnel et à défaut de prendre une mesure forte destinée à le faire revenir, le crash va s'amplifier. Mais afin de garantir la faisabilité des recrutements et de la mise aux normes, un calendrier d'application sur 4 ans a été défini (2 ans pour définir des ratios par activité à l'HAS, 2 ans pour les mettre en place).

Ces ratios adaptés aux activités, dépendant du type de soins, seront en effet définis par l'HAS, réévalués tous les 5 ans et discutés au niveau de chaque établissement (CME et commission des soins). En Californie où des ratios ont été approuvés en 1999, leur mise en place a été effective à partir de 2003 et dans 85% des établissements, alors que 2 ans étaient prévus pour la mise aux normes, celle-ci était faite dans l'année qui a suivi la promulgation de la réglementation.

Les études effectuées en Australie ou en Californie ont montré que l'application de ratios entraînait une amélioration des indicateurs de qualité des soins pour les patients et de qualité de vie au travail pour les soignants : baisse des réhospitalisations, du nombre de complications et du turn-over infirmier. L'investissement consenti pour amener à un ratio acceptable entraîne des économies sur les durées d'hospitalisation, et la baisse des complications. Dans l'étude Australienne pour 27 hôpitaux avec ratios comparés à 28 sans ratios, un patient en moins par infirmière permettait de réduire la mortalité et le taux de réadmissions de 7% et réduisait la durée moyenne de séjour de 3%.

Prochainement ça se passera à l'assemblée nationale

CONTACTER SON DEPUTÉ

DISTRIBUER LES FLYERS SUR LE PPL

RAPPELER LES PILIERS DU CIH



©crédit photo : Anne Gervais

Les économies générées étaient deux fois supérieures aux dépenses dues aux embauches.

La PPL doit « suivre sa route parlementaire (ou son chemin démocratique comme dirait l'autre) » ... et cela passe par une étape de discussion et un vote à l'identique à l'Assemblée Nationale. C'est seulement si la PPL est votée dans les mêmes termes par les deux assemblées qu'elle pourra ensuite être promulguée (en l'absence de censure du conseil constitutionnel).

Le gouvernement ne semble pas vouloir porter à l'assemblée cette PPL, il faudra donc qu'un groupe parlementaire s'en saisisse. Chaque groupe parlementaire a une « niche » par session pour porter ses propositions de loi. Or si les groupes de gauche se sont d'ors et déjà montrés favorables, aucun ne peut le faire dans les mois qui viennent : tous ont déjà passé leur « niche » mis à part EELV qui avait prévu de porter d'autres textes. Par ailleurs, il serait souhaitable d'obtenir un abord transpartisan, comme au Sénat, afin d'en permettre le vote. Message clair à nos lecteurs : si vous connaissez un député LIOT, si votre cousine en est membre, si votre frère de lait est collaborateur parlementaire, n'hésitez pas à la contacter, des documents complémentaires sont à disposition[4].

Proposition parlementaire de LIOT sur les ratios : work in progress...

[1] <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl22-105.html>

[2] https://www.liberation.fr/societe/le-rip-a-la-rescousse-de-lhopital-20210707_S5UZWQLPVBBINBRXQY3JDEJLZQ/

[3] http://www.senat.fr/commission/enquete/2021_sante_et_hopital.html

[4] https://static1.squarespace.com/static/5e356e21fb55d365939c3deb/t/642349348ab8843a016fe104/1680034102690/L%C3%A9gif%C3%A9rer+sur+les+ratios+de+patient+s+par+personnel+soignant.pdf%20et%20https://static1.squarespace.com/static/5e356e21fb55d365939c3deb/t/6422692765520e14231c6e6f/1679976743955/Flyer_PPL_ratios-3.pdf

LES DOCS A DISTRIBUER
SONT LÀ...

SUIVEZ LES LIENS



©crédit photo: Floriane Zeyons

ASSISES DE LA PEDIATRIE

Isabelle Desguerres CICH APHP

Pour rappel, la coordination a été confiée à Christèle Gras Le Guen, professeure des Universités en pédiatrie, cheffe du service de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques au CHU de Nantes, présidente de la Société Française de Pédiatrie et Adrien Taquet, ancien secrétaire d'État chargé de l'Enfance et des Familles. Certains membres du collectif de pédiatrie sont soit responsables d'un axe comme Vincent Gajdos pour l'enseignement, Loïc de Pontual pour les PMI et le réseau Ville Hôpital, Olivier Brissaud pour les urgences réanimations, Christophe Libert pour la pédo-psychiatrie dans l'axe 2.

Nous avons tous été sollicités soignants et médecins impliqués dans la santé de l'enfant, sociétés savantes etc, pour des contributions sur une plateforme. Nous avons participé pour certains à des réunions teams sur les sujets ciblés correspondant aux grands axes définis par le ministère. Nous avons porté un texte comme contribution CICH pédiatrique en février 2023 que nous avons fait circuler sur le groupe WhatsApp dont voici l'introduction et les grandes idées : « Les fortes préoccupations sur la santé des enfants, dont témoigne l'évolution de la mortalité infantile rejoint celle sur la dégradation globale de la prévention et de la qualité des soins en pédiatrie et périnatalogie. Celle-ci relève d'une reconnaissance et valorisation insuffisantes de l'expertise en soin de l'enfant et d'effectifs insuffisants en experts des différentes spécialités en santé de l'enfant (pédiatres dont spécialisés et chirurgiens, radiologues pédiatriques, infirmières expertes en pédiatrie, puéricultrices, auxiliaire de puériculture spécialisées et expérimentées). La dégradation des soins de l'enfant relève aussi d'un défaut de formation des soignants à la pédiatrie de manière plus générale (second cycle des études médicales, 3ème cycle de médecine générale, IFSI, formations paramédicales). De plus le parcours de soin de l'enfant, la gradation des soins et la répartition des missions de chacun (ville/hôpital/CHU, médecine générale/pédiatrie générale/pédiatrie spécialisée) ne sont plus adaptés aux besoins actuels. Enfin, soulignons que c'est l'hôpital public qui assure quasi exclusivement la permanence des soins comme l'expertise des maladies rares et complexes, l'alternative du recours à l'hospitalisation privée (ESPIC ou privé à but lucratif) étant très faible en pédiatrie (8% des pédiatres en milieu hospitalier exerce en hospitalisation privée ». Nos propositions visaient le PARCOURS DE SOIN, la coordination des soins pédiatriques, les SPECIFICITES DES SPECIALITES MEDICALES ET CHIRURGICALES A ORIENTATION PEDIATRIQUE, le HANDICAP DE L'ENFANT : moteur, sensoriels, mentaux et psychiatriques, la SANTE SCOLAIRE MEDECINE PREVENTIVE PMI-santé sexuelle, les PRATIQUES DU SOIN INFIRMIER EN PEDIATRIE et FORMATION, la PEDOPSYCHIATRIE et SANTE MENTALE, la FORMATION, INNOVATION en PEDIATRIE

En attendant les services de pédiatrie restent en grand danger, des lits toujours fermés faute de personnels soignants et pédiatres en sous effectifs pour les urgences. Ces assises de pédiatrie restent pour l'instant en terme d'ambition un peu vague sur leur contenu réel et les applications qui en découleront. Après le rapport de l'IGAS et les recommandations, nous craignons que ce grand rassemblement ne reste un nouvelle fois qu'un texte de plus et une lettre morte.

Traiter bien ses
enfants



©crédit photo : Joëlle Laugier

LES BOUQUINS DES CAMARADES



PHILIPPE BIZOUARN

Avec les contributions de Benjamin Coriat, Fabienne Orsi et André Grimaldi

SANTÉ PUBLIQUE, BIEN COMMUN

Printemps 2023



14 x 21 | 176 pages illustrées

ISBN 978-2-37701-161-2

Diffusion Cédif

Distribution Pollen

16 €



9 782377 011612

La santé publique, un bien commun ? S'il s'agit, en revendiquant l'accès à des soins de qualité, de défendre un service public au service du public, hors marché, la lente dégradation de l'hôpital, que les acteurs du soin constatent et dénoncent depuis tant d'années, conduit nécessairement à se poser cette question cruciale.

Les tribunes ici réunies ont été publiées à partir de 2020, au début de la pandémie de Covid-19, et jusque fin 2022, alors que sévissait une triple épidémie. Elles témoignent de ce que fut l'espoir des soignants de pouvoir poursuivre leur mission de soin pour toutes et tous, quelles que soient leurs conditions. Mais, en dépit des promesses présidentielles, la situation ne s'est pas améliorée. L'hôpital public, au cœur de la cité, serait-il devenu une entreprise, déconstruisant la maison commune ? Comment, dès lors, poursuivre le travail si les valeurs professionnelles fondant les métiers du soin ne peuvent être respectées ?

En 2020, un collectif de soignants, le Collectif inter-hôpitaux, avait publié chez Hémisphères éditions *Déclarons notre amour à l'hôpital public. 2020, défense et illustration d'un service public*. Mais rien n'est plus à démontrer ; reste à agir et, encore et toujours, à témoigner et informer : tel est le propos de ce nouvel ouvrage.

Philippe Bizouarn est docteur en médecine, praticien hospitalier, service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Guillaume-et-René-Laennec, CHU de Nantes, et docteur en philosophie, chercheur associé au laboratoire Sphere, Université de Paris Cité.

Benjamin Coriat est professeur émérite d'économie à l'université Sorbonne Paris Nord et membre du collectif des Économistes atterrés. Il est notamment l'auteur de *La Pandémie, l'anthropocène et le bien commun (Les Liens qui Libèrent, 2020)*.

André Grimaldi est professeur émérite au CHU Pitié Salpêtrière, cofondateur du Collectif inter-hôpitaux (CIH). Il est notamment l'auteur de *L'hôpital nous a sauvés : sauvoens-le ! (Odile Jacob, 2022)*.

Fabienne Orsi est chercheuse à l'Institut de recherche pour le développement, LPED, Aix-Marseille Université. Elle a codirigé avec Marie Cornu et Judith Rochfeld le Dictionnaire des biens communs, 2^e éd. (PUF, 2021).

PRESSE & COMMUNICATION Cécile Nguyen | 06 14 40 49 16 | cecilenguyen92@gmail.com

WEB & RÉSEAUX SOCIAUX Leslie Brébion | 06 79 12 01 84 | lesliebrebion@gmail.com

Hémisphères éditions 3, quai de la Tourneille 75005 Paris • www.hemisphereseditions.com • hemispheres.editions@frec.fr



©crédit photo : Philippe Bizouarn

mon blanc de travail

UN CRI DU CARE

margot smirdec



Lauréat - Récits de vie

Prix des
ÉTOILES
— Librinova —

À travers son journal de bord, Margot nous invite à une réflexion sur notre société à la fois lucide, précise et sans détour, et aussi pleine de douceur et de poésie. Avocate d'une voie nouvelle : celle de la nuance, elle nous laisse entrevoir l'espoir d'un monde meilleur, où l'intelligence collective et l'ouverture aux autres auront toute leur place. Margot s'empare de sa voix de médecin anesthésiste-réanimatrice, au cœur de la crise Covid, pour nous livrer ici un véritable manifeste politique et philosophique, comme un éloge à la grâce de l'humain inscrite en chacun de nous



FAUX MOTS CONCLUSION POETIQUE

Margot Smirdec

FAUX MOTS

FOMO

FEAR OF MISSING OUT

PEUR DE RATER QUELQUE CHOSE

FAUX MOTS

FAIRE PEUR ET DÉVOYER

FAIRE PEUR PLUS QUE GOUVERNER

FAUX MOTS

PARIS ET SON HÔPITAL NORD

DES CENTAINES DE LITS MANQUENT AU DÉCOR

DES CHAMBRES SEULES, PLÉTHORE !

ESPÉRANT DES BÉNÉFS RECORD

FAUX MOTS

DÉTOURNER UNE IDÉE

DÉMOCRATIE · COLLÉGIALITÉ

NON, UN BINÔME POUR DIRIGER,

GESTIONNAIRE DE L'AUSTÉRITÉ

FAUX MOTS

UN NOUVEAU PROJET DE LOI

DES RATIOS ET LEUR JOIE

DES SOIGNANT·ES EN ÉMOI

STOPPER EN VOL, ÉTOUFFER CETTE VOIE



©crédit photo : Vincent Poindron

FAUX MOTS

FAUX-PLAFON(NEMENT) DE L'INTÉRIM
TOURS DE PASSE-PASSE ET RIMES
PENDANT QUE CEUX QUI TRIMENT
SE RAPPROCHENT DES ABÎMES

FAUX MOTS

CONFINÉS DANS LES CONFINES,
LES ENFANTS N'ONT QU'À ALLER BIEN !
DEPUIS QUAND ONT-ILS BESOIN DE SOINS,
DE LITS DÉDIÉS ET DE DÉLICATES MAINS ?

FAUX MOTS

DES HÔPITAUX MALADES
UN MINISTRE QUI SE BALADE
DES SERVICES QUI FERMENT OU SATURENT
CETTE POLITIQUE NOUS MÈNE DANS LE MUR

LA MALADIE DES FAUX MOTS

PLUS GRAVE QUE CELLE DES GROS MOTS
ELLE RATE LE PLUS GROS (MALGRÉ SON FOMO)
PRENDRE SOIN DE NOS MAUX

A TROP DÉVOYER ET APEURER

ELLE POURRAIT BIEN FINIR FOSSOYÉE
HALTE AUX FOSSOYEURS ET LEURS (PRODUITS) DÉRIVÉS



Communiqué de presse du 30 mars 2023

Le 3 avril 2023, le plafonnement des rémunérations des médecins intérimaires exerçant à l'hôpital public sera mis en œuvre.

Le Collectif Inter-Hôpitaux se félicite d'une telle mesure car l'intérim est contraire à l'esprit du service public. En lieu et place d'équipes pluridisciplinaires, bien formées et stables, condition de soins de qualité pour toutes et tous au moindre coût pour la collectivité, les intérimaires qui ne connaissent ni les établissements, ni les équipes, ni les protocoles de soins vont délivrer des soins parfois de faible qualité à un coût important. Ce fonctionnement dégradé et dangereux devrait rendre le recours à l'intérim exceptionnel.

Mais la mise en œuvre de cette mesure de plafonnement des rémunérations des médecins intérimaires est symptomatique de la politique du gouvernement pour l'hôpital public : l'approche comptable ne s'intéresse qu'au coût de l'intérim et ignore les causes profondes qui conduisent à son large usage. Les spécialités déficitaires en médecins hospitaliers titulaires et pour lesquelles le recours à l'intérim est le plus massif sont celles qui assurent la permanence des soins et subissent le plus les contraintes du travail la nuit, le week-end et les jours fériés : médecine d'urgence, pédiatrie, radiologie, obstétrique, psychiatrie, anesthésie... Pourtant les causes sont connues : les postes sont vacants et de nombreux services sont devenus dépendants des médecins intérimaires parce que les spécialistes ont quitté l'hôpital public. Les contraintes de la continuité des soins sont devenues insupportables du fait de la dégradation des conditions de travail, de l'absence d'écoute des directions et de la perte de sens que vivent les soignants au sein de « l'hôpital-entreprise ». Et le recours à l'intérim touche aussi des spécialités comme la gériatrie ou les soins de suite-réadaptation soient les services d'aval de l'hôpital qui prennent en charge les patients les plus fragiles.

En 2013, Olivier Veran, alors député socialiste, mentionnait, dans son rapport parlementaire sur l'intérim médical une "forte pénibilité", des "tensions démographiques" et/ou un "fort différentiel de rémunération public/privé" comme caractérisant les spécialités qui avaient massivement recours à l'intérim. Le diagnostic semble toujours d'actualité dix ans plus tard, mais le manque de moyens, la faillite de la gouvernance comptable et la perte de sens viennent grossir la liste des symptômes qui conduisent à cette dérive injustifiable dans l'utilisation de l'argent public.

Pire, l'absence de mesure pérenne permettant de restaurer l'attractivité des spécialités en cause et de rémunérer à un juste niveau tous les soignant.e.s sur qui repose la permanence des soins laisse craindre une accélération de la dégradation du système public hospitalier. Ne traiter que le symptôme en cas de maladie grave ne permet pas la guérison.

Le CIH s'inquiète que la rédactrice de la loi, Stéphanie Rist, ait demandé le 28 mars 2023 au gouvernement de "confirmer que la mise en place de cette loi peut se faire en toute sécurité pour nos concitoyens." Et comment interpréter la majoration de 200 euros du plafond de rémunération de l'intérim médical annoncée par le ministre de la santé à quelques jours de l'entrée en vigueur de la mesure ?

Au-delà des nécessaires mesures de reconnaissance et de revalorisation de la permanence des soins, il n'y aura pas de solution sans un changement de paradigme dans la gestion de l'hôpital public : une gouvernance, au service des soignants et des patients, dans l'objectif du juste soin au moindre coût, c'est à dire la fin de l'hôpital-entreprise.

Selon l'OMS, « le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable ». Notre système public de santé est notre richesse : le gouvernement ne peut plus se contenter de demi-mesures, le droit à la santé est sa responsabilité.