

A photograph of a hospital hallway. In the foreground, a nurse in a white uniform is seen from the back, with her hand on her lower back, suggesting physical strain. In the background, other healthcare workers are visible, including one pushing a patient on a gait belt. The hallway is brightly lit with overhead lights, and the floor is a clean, light blue color. The overall atmosphere is one of a busy, professional medical environment.

Sauver l'hôpital
Le cri
d'alarme
des
soignants

TOUT LE MONDE Y PASSE.

À l'hôpital, on naît, on meurt. On y soigne une conjonctivite aiguë, une bronchiolite, un accident de la route, un cancer, un AVC... On y travaille aussi. Beaucoup. De plus en plus. Et avec le sentiment de faire de moins en moins bien. Les contraintes budgétaires sont telles que les personnels, convertis en soldats de la logique gestionnaire à l'œuvre depuis trente ans, passent de moins en moins de temps auprès des patients. Ils prennent le risque de commettre des erreurs ou de se blesser et perdent le sens de leur travail. Cette souffrance psychologique s'ajoute à la surcharge et entraîne des situations critiques qui peuvent virer au burn-out, voire au suicide. Le 2 novembre, un jeune neurochirurgien a été retrouvé mort au bloc opératoire de l'hôpital Michallon, à Grenoble. Le 8 janvier, une aide-soignante du service de médecine nucléaire du CHU Pierre-Paul-Riquet de Toulouse s'est donné la mort sur son lieu de travail. Le 10 janvier, un infirmier de l'hôpital de Denain s'est pendu à son domicile après une réunion avec sa direction. Les drames se multiplient. Des praticiens démissionnent, aux urgences ou en psychiatrie, là où 15 000 lits ont été supprimés. Le 15 janvier, une lettre, « Hôpital public : urgence ! », a été adressée à la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, cosignée par plus de mille médecins et cadres de santé, lesquels représentent aussi leurs équipes. Toute une communauté médicale se mobilise contre la logique de la tarification à l'activité (T2A), qui alourdit la charge de travail et accélère les cadences sans logique médicale. Le financement n'est pas seul en cause, c'est la réorganisation du système de santé que réclame cette communauté médicale, avec la volonté de participer à la refonte, propositions à l'appui.

Ingrid Merckx

« Ce qu'on avait prédit est en train d'arriver »

Une partie de la communauté médicale demande à la ministre Agnès Buzyn de mettre fin à la tarification à l'activité à l'hôpital et de trouver des financements adaptés aux pratiques. Les explications d'**ANDRÉ GRIMALDI**.

Ingrid Merckx

LIONEL BONAVENTURE/AFP



André Grimaldi
Professeur de diabétologie à l'hôpital parisien de la Pitié-Salpêtrière.
Dernier ouvrage paru : *Les Maladies chroniques. Vers la troisième médecine*, avec Yvanie Caillé, Frédéric Pierru et Didier Tabuteau, éd. Odile Jacob, 2017.

(1) Presses de l'EHESP, 2006.

Le 11 décembre 2017, Agnès Buzyn déclare dans *Libération* : « Sur l'hôpital, nous sommes arrivés au bout d'un système. » La ministre de la Santé remet en cause la tarification à l'activité (T2A). Elle reproche à ce mode de financement, issu du plan « Hôpital 2007 », d'avoir laissé « croire à l'hôpital public qu'il devait se concentrer sur des activités rentables ». Sonnée par les économies (1,6 milliard d'euros) réclamées à l'hôpital dans le cadre du projet de loi de finances 2018, la communauté médicale entend que la ministre, « d'abord médecin », ouvre une brèche dans l'« hôpital entreprise ». Une disposition qui leur impose toujours plus d'activités (pour être rentables), avec des tarifs de plus en plus bas (pour être compétitifs), au mépris souvent des patients, des confrères et de l'idée qu'ils se font de l'hôpital et de la médecine.

Le 15 janvier, une tribune paraît dans *Libération* accompagnée d'un millier de signatures : « Hôpital public : urgence ! ». « Nous, médecins hospitaliers et cadres de santé signataires, au-delà de toute sensibilité syndicale ou

politique, soutenons la volonté exprimée par la ministre d'améliorer la pertinence des soins en réduisant la disparité injustifiée des pratiques, en supprimant la prescription d'exams inutiles, en améliorant la coordination entre la ville et l'hôpital, en favorisant la prise en charge ambulatoire à chaque fois qu'elle ne compromet pas la qualité des soins, en aidant à la construction d'un véritable service de santé de proximité... » André Grimaldi, l'un des initiateurs de cette tribune, apporte ici des explications.

« Le privé lucratif n'a pas lieu d'être en matière de santé. »

L'hôpital est-il à un tournant ?

André Grimaldi : Notre lettre est partie d'un collectif de l'Assistance publique mobilisé depuis le rapport Larcher, qui

s'est traduit par la loi hôpital patients santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Ce qu'on avait prédit est en train d'arriver. Cela a d'ailleurs été consigné dans un livre, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé* (1). Patrick Mordelet, ancien directeur d'hôpitaux et partisan de la médecine industrielle, y analyse l'évolution de l'application à l'hôpital de l'équivalent de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) à l'Organisation mondiale du

DE PLUS EN PLUS DE TÂCHES EXTERNALISÉES

Blanchisseuse, chauffagiste, plombier, cuisinière, agent de sécurité, informaticien : eux aussi font tourner l'hôpital. Mais ils font de moins en moins partie du personnel. Les effectifs fondent. Ou les tâches sont externalisées. Services de ressources humaines, services administratifs, services à la personne : la tendance est à tout faire sortir, sauf le soin. Le cas emblématique, c'est celui de la restauration, désormais déléguée à des prestataires privés. À la cuisine centrale de l'hôpital de Morlaix (Finistère), l'externalisation de la production chaude devrait conduire à la suppression de 17 à 20 postes le 1^{er} juin. Soit un tiers des 60 agents qui préparent 800 000 repas par an. Une première étape avant la fermeture. En novembre, c'étaient les agents d'entretien du centre hospitalier de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis) qui manifestaient contre leur remplacement par un intervenant extérieur. **I. M.**

commerce (OMC). Il décrit toutes les étapes de privatisation du service public de santé en passant par celle du « privé non lucratif », lequel permet d'embaucher des professionnels en qualité de contractuels et de conditionner leur intérêt financier à l'activité, et autorise un établissement à faire faillite pour être racheté par le privé à but lucratif. C'est le modèle défendu par un certain nombre de directeurs et quelques confrères.

Nous sommes arrivés à ce tournant : l'hôpital, déjà en gestion privée, doit-il passer sous statut privé ? La France devra faire face à un déficit de 60 milliards d'euros dans les cinq ans. Comment le régler sans supprimer des dépenses publiques ? Les hôpitaux accusent déjà une dette globale de 1,5 milliard d'euros. Mais ils ne peuvent plus continuer à développer leur activité tout en baissant les tarifs. Ils sont égarés.

Une telle initiative, transdisciplinaire, c'est inédit ?

La lettre est paraphée par des médecins de tous âges et de tout grade, des présidents de commission médicale d'établissement (CME), des chefs de service, des présidents de syndicat, des cadres de santé qui représentent des équipes... Alors que la loi HPST entérinait la fin des équipes à l'hôpital, médecins, cadres et infirmiers expriment aujourd'hui une convergence de leur vécu. Les cadres, qui étaient considérés comme les courroies de transmission de l'administration, sont dans un état de souffrance terrible. La communauté médicale se mobilise dans son ensemble. La force de ce que l'on dit tient au fait que ça fait dix ans qu'on le répète.

Que reprochez-vous aux hôpitaux privés non lucratifs ?

Qu'a fait le directeur de Saint-Joseph [Paris XIV^e] en arrivant ? Il a supprimé le service sida, pas rentable. Il a « acheté » un orthopédiste à la Pitié-Salpêtrière et absorbé la clinique Arago. Il fait son « mercato » ! À l'Institut mutualiste Montsouris, dans le XIV^e arrondissement parisien, il n'y a pas de service d'urgences et les malades relevant de l'urologie sont sélectionnés en fonction de leur pathologie. Le privé non lucratif est obligé de faire le tri dans ses activités pour privilégier les plus rentables, la chirurgie ambulatoire notamment. C'est ce qui s'est passé en maternité : les accouchements par voie basse n'étant pas rentables, les maternités privées ont fermé ou augmenté leur taux de césariennes...

L'hôpital public peut être mis sous tutelle de gestion, mais il ne peut pas faire faillite. Les hospitaliers ont le sentiment de faire « comme

dans le privé », mais sans les avantages. Il faut un système mixte : public et privé non lucratif travaillant en complémentarité. Le privé lucratif n'a pas lieu d'être en matière de santé : il n'y a pas de raison que les recettes de la Sécurité sociale alimentent les dividendes d'actionnaires.

Comment en finir avec le « tout T2A » ?

Créée pour la chirurgie standardisée et programmée, la T2A a été généralisée à toutes les activités médicales. Elle n'a pas été utilisée comme une technique de financement, mais comme une politique : l'hôpital est devenu

une grande surface qui vend de l'activité. Ce projet a été mené avec l'idée que l'hôpital, en gardant ses missions publiques, devait observer une gestion privée. D'où le débat sur la convergence tarifaire avec les cliniques. Il fallait que l'hôpital reste « compétitif » et ne laisse pas « des parts de marché » aux cliniques privées... Les équipes de soins ont disparu au profit d'une gestion « rationnelle », comme sur une chaîne de production, et en développant la polyvalence et la mobilité des infirmiers et des infirmières. Or, l'un des grands intérêts de l'hôpital, c'est le travail en équipe.

Dans le privé, souvent, un chirurgien opère dans une clinique un jour et dans une autre le lendemain. Cette médecine est possible pour certaines opérations programmables : canal carpien, cataracte, hernie, petit cancer du sein, etc. Ça ne couvre qu'une faible partie de la médecine. On a certes besoin de technicité et de développer l'ambulatoire, mais, le grand défi, c'est de soigner les 20 millions de malades chroniques.

Que préconisez-vous ?

Si la santé est un bien commun, celui-ci ne doit être ni étatisé ni privatisé. C'est l'idée géniale de la Sécurité sociale à sa création en 1945 : des revenus dédiés par cotisations et gérés en dehors de l'État. Les mutuelles s'y sont ralliées un ou deux ans plus tard avec, en échange, le fameux « ticket modérateur » de 20 %, qui n'a jamais rien modéré. Le système de financement a donc très vite été mixte. Comme la coexistence public-privé. Ceci a fonctionné jusqu'à la fin des années 1970. Depuis, on régule à la godille : d'un côté, le budget hospitalier, la dotation globale, l'Ondam (2), instauré par Alain Juppé ; de l'autre, le forfait hospitalier, les franchises médicales (Nicolas Sarkozy) et la mutuelle d'entreprise obligatoire instaurée par l'Accord national interprofessionnel (François Hollande)...

Je continue à défendre un système public avec un remboursement à 100 %. Mais la Sécurité ne peut pas tout rembourser. Il faut donc se mettre d'accord sur un panier de soins et de prévention solidaire. Il y a beaucoup de gaspillage, des surprescriptions (vitamine D, par exemple) ou des prescriptions inutiles (scanner, IRM...). C'est un vrai problème de démocratie sanitaire. Il faudrait aussi interrompre la double gestion Sécu et mutuelles complémentaires, dont les frais de gestion sont identiques (7 milliards) alors que les mutuelles ne remboursent que 13,5 % des soins.

Quels modes de financement pour l'hôpital ?

Trois sont possibles : le prix de journée, comme à l'hôtel, ce qu'on a fait jusqu'en 1980. La dotation (comme pour l'Éducation nationale ou l'armée), ce qu'on a fait de 1981 à 2004. Et le paiement à l'acte ou à l'activité, de type libéral-commercial, qu'on a mis en place en 2004 en affirmant que ça ne correspondrait qu'à 50 % du mode de financement, jusqu'à ce que Nicolas Sarkozy le généralise à 100 % en septembre 2008. Pour les maladies chroniques, c'est complètement inadapté. Il faut

« Le grand défi, c'est de soigner les 20 millions de malades chroniques. »

(2) L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie.



Des institutions au ralenti

Le 4 février 1988, *Politis* consacrait une longue enquête au « Sida » (notons la majuscule, d'usage à l'époque), la plus grave crise sanitaire des années 1980. Près d'une décennie après l'apparition de la maladie, et alors qu'on comptait déjà « 250 000 porteurs du virus, dont 80 % ignorent leur état », ainsi que le rappelait Rémy Galland, rédacteur en chef, l'information et, pire encore, la prévention étaient, en France, encore très incomplètes, pour ne pas dire lacunaires. En dépit de cette « démission », et de « la lâcheté politique » sur le sujet, patente chez les ministres et les élus, mais aussi dans la presse, *Politis* tirait ainsi, dès son troisième numéro, la sonnette d'alarme de cette « démission », synonyme de politique de l'autruche. Pour ceux-là, « il était urgent d'attendre », déplorait le journaliste Fabrice Nicolino, notant que seules « les associations privées font un travail [de prévention] remarquable avec souvent des moyens trop dérisoires ». Un an plus tard, la naissance d'Act Up-Paris bousculera rudement cette inaction...



un mode de financement par dotation : un budget associé à un projet médical.

Des grands partisans de la T2A préféreraient voir rémunérer des « périodes de soins ». À savoir un système forfaitaire avec une sorte de « garantie après-vente » pour un mois ou plus. Cela peut fonctionner notamment pour la chirurgie ambulatoire, mais avec de possibles effets pervers qui pénaliseraient la prise en charge des plus pauvres ou des patients ayant des polyopathologies, car ce sont surtout eux qui sont réhospitalisés. L'arme fatale, c'est la mise sous autorisation préalable (MSAP) : pour chaque étape non prévue – un soin, un examen supplémentaire, une nuit d'hôpital –, le financeur doit donner son accord. Pour l'instant, c'est la Sécu, mais à terme ce seront les mutuelles. Enfin, pour les soins palliatifs, il n'y a que le prix de journée qui puisse vraiment convenir.

Chaque mode a ses avantages et ses inconvénients. Il doit donc être régulé et combiné avec d'autres. Mais il faut discuter avec les professionnels. Or, on laisse des managers tirer les cartes en s'inspirant du système états-unien qui continue de fasciner, même si ses résultats globaux sont très mauvais. Exemple : le paiement à la qualité, nouvelle menace. On échafaude des indices de qualité et on paie en fonction du résultat. En France, cela s'appelle « revenu sur objectifs de santé publique ». On a intégré des activités légitimes (missions de santé publique), mais, sur la qualité des soins, c'est ubuesque : prime pour la prescription d'exams, prime aux résultats ou encore à la procédure... Quelle est la logique médicale ?

Après les regroupements en grands pôles techniques, que deviennent les hôpitaux de proximité ?

Il existe trois médecines. Celle des maladies bénignes : cystites, colique néphrétique, gastro-entérite, lumbago, sciatique, entorses, grippe non sévère, etc. et la chirurgie simple. La médecine libérale y répond bien. Ensuite, la médecine des maladies aiguës graves et des gestes techniques complexes : greffe d'organes, infarctus du myocarde, AVC, chirurgie complexe... Pour celle-ci, les centres hospitalo-universitaires (CHU) et les grandes unités régionales restent très performants. Enfin, la troisième médecine concerne les maladies chroniques. Là, notre système est totalement inadapté. Je propose qu'un médecin qui suit un patient diabétique, par exemple, se voie remettre une dotation à l'année (disons 200 euros) et qu'il la gère avec son patient en fonction de ses besoins.

Il reste assez de médecins en France, mais il faudrait mieux les répartir et décider d'un mode de financement qui offre plus de temps à ceux qui en ont le plus besoin. Agnès Buzyn a déclaré qu'elle nous répondrait en février. C'est bien, car nous voulons être associés à l'élaboration d'une réforme. Que les professionnels fassent des propositions en fonction de leur discipline afin de lancer une grande concertation et de redonner le pouvoir aux soignants. ■



AMELIE-BENOIST/AFP

« Entre le marteau et l'enclume »

Cadre et interne à l'hôpital, Céline et Sabrina témoignent de la dégradation des conditions d'exercice de leur métier.

Ingrid Merckx

Elles sont tous les jours auprès des personnels, des patients et de leurs familles. Elles ne veulent plus être traitées ni traiter les autres comme des machines. Elles veulent que les effectifs collent à la charge de travail et que le temps passé auprès des malades ne rétrécisse pas comme peau de chagrin. Elles veulent retrouver le sens du métier qu'elles ont choisi pour sa dimension humaine.

médicaux et paramédicaux, mais aussi services informatiques et techniques. J'ai commencé à travailler il y a dix-sept ans : la charge de travail globale n'a cessé d'augmenter, les tâches glissant d'une fonction à une autre, ce qui nous écarte à chaque fois un peu plus du sens de notre métier. La T2A accroît le nombre d'hospitalisations, ce qui accélère les cadences. Mais, au lieu de faire coller les effectifs à la charge de travail, on crée des « process » pour « gérer le risque ».

La relation d'aide, d'accompagnement et d'écoute du patient, ainsi que la prévention secondaire (lui faire comprendre sa maladie, lui apprendre à suivre son traitement pour éviter les complications), c'est le cœur du métier des infirmières et des aides-soignants. Or, les soignants ont vu diminuer leur temps passé auprès du patient. L'infirmière qui doit se contenter d'appliquer une prescription médicale peut rentrer chez elle épuisée et avec un sentiment de dégoût de son travail.

Les situations limite, voire les burn-out, se multiplient. Il m'est arrivé de faire travailler des personnes en sachant que la surcharge de travail était trop lourde. On le fait quand même parce qu'on pense aux malades. On a souvent choisi ce métier par vocation. On donne le maximum. Dans mon hôpital, nous avons mis en place un outil d'évaluation des charges de travail pour mieux organiser le flux des patients et les répartitions en personnel, mais aussi pour faire remonter à la direction les risques engendrés : soins de moindre qualité, risque d'erreurs et d'accidents du travail, etc. Quand on travaille dans l'urgence, on se fait mal au dos en déplaçant un patient ou en manipulant une machine.

Les économies ne peuvent se faire au détriment de la qualité et de la sécurité des soins, ni de l'intégrité psychologique et physique des personnels. Il nous faut pouvoir préserver du

VERBATIM

CÉLINE
Cadre de santé

ANCIENNEMENT APPELÉES SURVEILLANTES, LES CADRES DE SANTÉ SONT DES MANAGERS DE PROXIMITÉ.

On encadre l'équipe paramédicale. On s'occupe de la gestion des plannings, de l'organisation du service, du développement des compétences et des recrutements. Nous sommes responsables de la qualité et de la sécurité des soins. On accompagne les projets médicaux et institutionnels. On prend en charge l'approvisionnement en matériel et on s'assure du travail des services techniques. Diplômés après un an d'école, nous sommes issus du terrain : filières infirmières, techniciens de laboratoires, kinés, préparateurs en pharmacie.

Aujourd'hui, nous sommes pris entre le marteau et l'enclume. Les plans managériaux arrivent d'en haut sans concertation et ne sont pas toujours adaptés aux réalités du terrain. Comme 60 % du budget des hôpitaux est consacré aux ressources humaines, la tendance des politiques hospitalières, du fait de la contrainte budgétaire, est à réduire les effectifs tout en augmentant l'activité. Tout le monde est concerné : personnels

temps en équipe pour mettre en œuvre de bonnes prises en charge. Plus ça va, plus on se détache des besoins. Si les temps d'hospitalisation se réduisent, la part aigüe de la prise en charge reste à l'hôpital, sur des temps plus courts. Il faut vraiment évaluer les charges en soin.

Q SABRINA ALI BENALI

Interne des Hôpitaux de Paris

« DE L'HÔPITAL AUX INFIRMIÈRES LIBÉRALES EN PASSANT PAR LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD), TOUTES LES STRUCTURES DE SOINS SONT EN SOUF-FRANCE. Quand une infirmière se déplace à domicile pour faire une injection d'anticoagulants, facturée six euros environ, entre son déplacement et le temps pour déshabiller une dame âgée et dépendante, cela lui prend au moins une demi-heure. Idem pour le médecin qui répond par mail à des parents concernant le traitement à l'insuline de leur enfant. Hier, j'ai reçu un mail disant : « L'administration compte sur nous pour augmenter l'activité, condition indispensable pour maintenir le Fibroskan [un examen du foie, NDLR] sur le site de l'hôpital. Merci d'y envoyer vos patients. » Cela revient à dire : si vous ne remplissez pas assez votre frigo, on vous le retire. In fine, on nous explique que nous sommes endettés.

On nous met une pression immense pour faire sortir les patients hospitalisés dès lors que les séjours sont estimés trop longs par rapport à la moyenne. Ce n'est plus l'état du patient qui prime, mais ce qu'il rapporte ou fait perdre comme argent au service. Quand il faut vider des lits occupés depuis trois semaines, on s'arrange avec d'autres services pour qu'ils « hébergent » deux jours un patient qui n'est pas en état de sortir, et il peut réintégrer le service ensuite. On manque de places partout. Aux urgences, on passe au moins 45 minutes au téléphone pour décrocher un lit ! On s'épuise. On se sent maltraitant... Il faut desserrer l'étau budgétaire ! Un usager raconte avoir dû aller chercher sa mère à l'hôpital à 2 heures du matin faute de place. Une autre a changé le pansement de son mari faute d'infirmière dans son secteur. La libération de la parole chez les soignants a fait prendre conscience que ça n'était pas de leur responsabilité. Il y a eu dix suicides d'internes en moins de douze mois, quinze chez les personnels paramédicaux ; un record d'arrêts maladie et de souffrances psychologiques déclarées.

La ministre n'a plus le choix. Nous sommes à un moment charnière. L'hôpital n'a pas vocation à être perçu sous l'angle de la rentabilité et de la productivité. Cela ne veut pas dire qu'il ne peut pas être à l'équilibre : une prise en charge à 100 % de la Sécurité sociale sur un panier de soins coûterait moins cher que le système actuel, comme l'explique l'ouvrage *L'Hôpital en réanimation* (1). Aller chez le dentiste tous les ans et se brosser les dents tous les jours coûte moins cher que d'économiser trente euros chaque année en n'y allant pas, mais avec pour conséquence de devoir faire refaire sa dentition quinze ans plus tard. ■

(1) *L'Hôpital en réanimation*, sous la direction de Bertrand Mas, Frédéric Pierru, Nicole Smolski et Richard Torrielli, Éd. du Croquant (2011).



AFP/MICHEL STOUPIAK

Souffrance professionnelle : les remèdes des soins

Suicides, harcèlement, cadences infernales, privatisation rampante... L'hôpital craque, mais la communauté médicale se mobilise pour piloter les changements qui s'imposent.

≡ Ingrid Merckx

Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les coupes budgétaires vont s'aggraver. Conséquences : maltraitance institutionnelle pour les résidents et souffrance pour les personnels, dénonce le collectif Notre santé en danger, mobilisé le 30 janvier. « On nous pressurise depuis des années, nous sommes arrivés à un point de bascule », alerte Jean-Pierre Salvarelli, membre du Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) et chef de pôle au Vinatier, à Lyon, l'un des plus gros hôpitaux psychiatriques de France. L'hôpital est à l'os. La souffrance éthique et professionnelle est à son comble. Les lettres à la ministre Agnès Buzyn se multiplient pour poser les diagnostics mais aussi proposer des traitements.

HÔPITAL DE DENAIN (NORD)

Les personnels et la direction de l'hôpital de Denain, près de Valenciennes, sont sonnés. Le 16 décembre, une infirmière a tenté de mettre fin à ses jours sur son lieu de travail. Elle venait d'être mutée. Ses collègues l'ont trouvée à temps. Mais, le 10 janvier, un de ses collègues infirmiers a été retrouvé pendu chez lui, au soir d'un entretien avec sa direction. Comme sa collègue, il avait moins de 30 ans et avait pris de l'insuline.

« Les policiers désespérés retournent leur arme contre eux, les infirmiers, c'est leurs seringues », soupire Christophe Lauwers, secrétaire général de la section CGT de l'hôpital. Il y travaille depuis 1993. Jamais il n'a connu situation aussi dramatique. « La CGT a saisi le Comité d'hygiène, de sécurité et



nnelle : nants

Manifestation pour de meilleures conditions de travail devant l'AP-HP le 4 décembre 2017.

des conditions de travail [CHSCT]. Tout le monde est très mal. Le pire, c'est de se dire que nos alertes n'ont pas été entendues. Les risques psycho-sociaux, ça n'est pas la malchance. » La direction refuse de faire le lien entre les deux drames, mais l'hôpital était en redressement depuis 2014, des postes ont été supprimés, les cadences sont devenues infernales...

« Le directeur doit faire avec les contraintes que lui impose l'Agence régionale de santé [ARS] », reconnaît Christophe Lauwers. Le plan de retour à l'équilibre prévoyait 1,2 milliard d'économies. « Mais on ne fait pas d'économies sur l'humain sans conséquences. Les collègues sont en souffrance. Parce que, quand on court d'une tâche à l'autre – administrative, logistique – sans passer de temps auprès des patients, on perd le sens de ce qu'on fait. » En Ehpad, c'est le summum : « Les aides-soignants n'ont même plus le temps de faire les soins, ils se contentent de "TMC" ["tête-main-cul"]. En psychiatrie, des sorties étaient organisées à la piscine ou en forêt. Aujourd'hui, les patients qui arrivent le matin doivent ressortir le soir. »

À ces souffrances au travail s'ajoutent celles induites à l'extérieur : « La vie familiale est lourdement impactée par nos rythmes de travail. Quand les collègues rentrent chez eux, ils sont rappelés pour des remplacements. S'ils ne peuvent pas, ils culpabilisent de laisser tomber équipes et patients. S'ils se libèrent, ils culpabilisent de laisser tomber leur famille... » Selon Christophe Lauwers, il faut revoir les cadres de fonctionnement, mais aussi soulever un problème de société : les hospitaliers sont mal considérés. « Ça se sent aux urgences, où les rapports sont parfois violents. »

Nantis ? Infirmiers et aides-soignants sont censés être aux 35 heures. Un service de l'hôpital de Denain avait dépassé les 5 000 heures supplémentaires. Un infirmier en début de carrière gagne 1 500 euros en travaillant les dimanches et les week-ends, 2 300 euros en fin de carrière. « Et les aides-soignants sont smicards en faisant matin, après-midi et soir à l'hôpital. » Comme pistes d'amélioration urgente, le syndicaliste réclame d'abord le retour des équipes de remplacement supprimées. « L'hôpital public est en plein malaise financier – la T2A [tarification à l'unité] nous a flingués – mais surtout professionnel et humain. »

CHU DE GRENOBLE (ISÈRE)

Au centre hospitalo-universitaire de Grenoble (CHU), un neurochirurgien de 36 ans a été retrouvé mort au bloc opératoire le 2 novembre au matin. Il ne faisait pas partie des cinq dossiers déjà en possession de l'Association nationale Jean-Louis Mégrien de lutte contre la maltraitance et le harcèlement. Le bloc avait été réorganisé ces derniers mois, les horaires modifiés, le planning surchargé. « Et les chirurgiens se faisaient encore engueuler parce qu'ils faisaient moins d'opérations que la clinique d'à côté !, s'indigne Laurence Bouillet, cheffe du service de médecine interne du CHU. On est arrivés au bout de cette logique infernale de rentabilité et de mainmise intolérable de la gestion sans raisonnement médical. » Les médecins n'ont plus voix au chapitre : « On s'est laissé dépouiller par les gestionnaires. Beaucoup ont pensé : ça n'est pas notre métier. Aujourd'hui, l'administration ne cesse de demander des comptes. Des entrées. Des séjours. Et 10 % d'activité en plus. Les médecins disent stop ! »

Le niveau d'alerte dans cet hôpital était tel qu'Agnès Buzyn, la ministre de la Santé, y a dépêché, le 3 novembre, le Médiateur national, Édouard Couty. Plus de 30 personnes ont été auditionnées, puis des restitutions orales ont été faites devant la gouvernance du CHU et les équipes concernées : neurochirurgie, blocs opératoires, néphrologie et réanimation. « Le docteur Laurent S., qui venait de signer, le 25 octobre, son contrat de praticien hospitalier, soit quelques jours avant son geste fatal [...], "portait la neurochirurgie" [selon ses collègues] », écrit Édouard Couty dans son

rapport du 30 novembre. Les tableaux de garde montrent un très fort investissement de sa part [...], il assurait le plus gros volume d'activité dans ce service. » Très engagé, très apprécié, ce fils d'infirmiers venait de perdre son père dans la salle de déchoquage, proche du bloc. « Le choix du lieu a une signification », poursuit le médiateur, qui constate que les équipes ont été « profondément traumatisées » par ce drame. Il note « un décalage trop important entre le discours institutionnel et la réalité du terrain », ainsi qu'un « management très orienté vers les problématiques budgétaires » et « laissant peu d'autonomie aux acteurs sur le terrain ». Ses préconisations : des départs et des embauches mieux préparées, une plus grande attention aux signaux d'alerte et un management « plus orienté sur la confiance » et la « bientraitance », « plus participatif ».

« L'hôpital craque de partout, mais toute une communauté médicale prend son destin en main », se reconforte Laurence Bouillet. Ce drame a libéré la parole dans un milieu où l'on redoute des pressions, la mise au placard, la déconsidération. « Jusquelà, on n'imaginait pas que les médecins puissent avoir recours à la médecine du travail. Il faut mieux repérer les signaux d'alerte », insiste la cheffe de service. Elle invite aussi la Commission médicale d'établissement (CME) à se redéfinir « comme une force d'opposition » et à cesser « de parler chiffres pour parler projets médicaux ». Selon elle, il faut accepter qu'un CHU – qui fait de l'enseignement, de la recherche et des soins de très haute qualité – ne soit pas « forcément rentable ».

AUBAGNE (BOUCHES-DU-RHÔNE)

« L'Agence régionale de santé Paca fait une proposition inédite en France : choisir de fermer des lits de réanimation publics et de laisser cette activité à une clinique privée », expliquent les anesthésistes-réanimateurs du centre hospitalier Edmond-Garcin (CHEG) d'Aubagne à Agnès Buzyn, dans une lettre du 18 décembre 2017. Ils sont stupéfaits. La réanimation a été agrandie et modernisée par l'ARS en 2012 (3,6 millions d'euros) ; depuis sept ans, l'activité du service est forte dans ce territoire de 230 000 habitants ; « tous les voyants étaient au vert ». Mais l'ARS, qui ne voulait maintenir qu'un seul service de réanimation dans la région, a arbitré en faveur de la clinique privée La Casamance, au détriment du CHEG, qui verra transformer sa réanimation en simple service de surveillance. « Les urgences seront assurées », garantit Ahmed El-Bahri, directeur de l'organisation des soins à l'ARS. Mais la décision interroge aussi l'utilisation des financements publics. L'équipe du CHEG réclame une table ronde, le retrait du projet et la réécriture d'un schéma régional d'organisation des soins « avec les acteurs locaux » et « en adéquation avec les besoins de santé ». ●