



SANTÉ EN DANGER

COMPTE-RENDU

DETAILLE SEANCE INAUGURALE

**LE VRAI
SÉCUR
DE LA SANTÉ**

Le 17.02.2022

Toutes les informations sur
<https://levraisegurdelasante.fr/>



SANTÉ EN DANGER

Mots/phrases clés

Intervenants présents via Zoom

- 1/Marie Charlotte VALANDREY, comédienne et usagère du système de Santé
- 2/Pr Jean Louis TEBOUL, Médecin Intensiviste Réanimateur, Hôpital du Kremlin Bicêtre, APHP, Le Kremlin Bicêtre
- 3/Nicolas IMBERT Directeur Général ONG Green Cross
- 4/Pr Olivier JOANNES BOYAU, Médecin Anesthésiste Réanimateur, CHU Bordeaux
- 5/Pr Bruno MEGARBANE Médecin Anesthésiste Réanimateur, Hôpital Lariboisière, APHP, Paris
- 6/Dr Jean Francois Cibien, urgentiste, Syndicat Actions Praticiens Hôpital
- 7/Aurélié GROS, maire, fondatrice du mouvement citoyen "la France Vraiment"
- 8/Dr Ludovic TORO médecin généraliste, commission Santé Conseil Régional Ile de France
- 9/ Dr Frédéric PAING , médecin généraliste dans la Manche
- 10/ Alexandra VENET Infirmière Diplômée d'Etat Libérale (IDEL)
- 11/ François DUSSART directeur de clinique à Cavaillon
- 12/ Emmanuel D'ASTORG

Séance inaugurale animée en Zoom Public par le Dr Arnaud CHICHE Médecin Anesthésiste Réanimateur, fondateur du Collectif Santé en Danger,

En présence du Dr Thomas Brosset chirurgien orthopédique vice président du Collectif, Audrey Baskovec et Myriam André infirmières membres du Conseil d'Administration

1/ Marie Charlotte VALANDREY nouvelle marraine du Vrai Ségur de la Santé

-Dit avoir accepté rapidement d'être la marraine de ce Vrai Ségur car est très sensible aux problématiques des soignants en tant qu'usagère de la Santé avec de longs temps d'hospitalisation

-Problématiques en Santé abordées par MCV:

>Présence du personnel paramédical importante= PRENDRE DU TEMPS, regret des IDE qui changent trop de postes (importance des équipes++)

>Problème du manque de personnel

>Problème des urgences : prioriser le médecin traitant en cas d'urgence relative

>Exprime sa colère /interdiction des visites lors des premières vagues Covid

-AC: la remercie et lui propose de "surveiller avec bienveillance et sincérité le processus de ce Vrai Segur", elle réinterviendra donc ponctuellement

2/ Pr JEAN LOUIS TEBOUL Médecin Intensiviste Réanimateur, Hôpital Bicêtre, APHP, Le Kremlin Bicêtre

-AC: questions

2.1 Idées pour faire mieux par rapport aux problématiques des personnels paramédicaux en Soins Continus?

2.3 Comment pouvait on faire autrement par rapport aux déprogrammations lors des vagues Covid?

Question 2.2 à préciser par AC

***Réponse question 2.1**

CONSTATS= identiques entre réanimations

-Rôle des soignants de SOIGNER les patients (soignants et pas politiques)

-Pas de possibilité d'ouvrir des lits car manque de personnel paramédical (10 lits USC fermés dans son unité)

-MANQUE PERSONNEL PARAMEDICAL= pas de revalorisation salariale, personnels pas traités comme ils devraient être

-POIDS ADMINISTRATIF: chef de service/cadre avec moins de rôles sur le terrain

-REPARTITION administratifs et soignants DISPROPORTIONNEE

>> ex: directeur des mobilités

-Rapport pénibilité et valorisation

-AC: rappelle la spécificité des soignants en réanimation, leur vocation à SOIGNER avant tout, la nécessité de nouvelles revalorisations salariales (IDE rang 18/23e de l'OCDE) , problème des conditions matérielles et de logement des soignants.

***Réponse question 2.3**

-1ere et 2e vagues Covid : nécessitaient forcément des déprogrammations

-3e,4e et 5e vagues Covid: PAS une bonne concordance secteur public-privé donc trop de déprogrammations (notamment en Ile de France)

- "SOUFFLE MEILLEUR" si il y avait +1000-2000 lits en soins continus plus pérennes on éviterait "le pire" en cas de nouvelle crise sanitaire

- Importance d'une MEILLEURE CONNECTION entre secteur public et privé

3/ Nicolas IMBERT directeur général de l'ONG Green Cross

-Système de santé de demain doit être en lien avec PREOCCUPATIONS ECOLOGIQUES

>> qualité de l'eau, de l'air, des sols,...

-REPENSER les modes de vie notamment avec la crise Covid

-SITUATION D'URGENCE face à nous avec réponses des autorités PAS A LA HAUTEUR de l'enjeu

-NOUS SOMMES les décideurs COLLECTIVEMENT

-La médecine curative a pris tous les enjeux de la crise Covid

>> MEDECINE PREVENTIVE a son rôle à jouer pour ne plus être pris dans une "NASSE"

= rôle de l'alimentation en Santé avec circuits locaux, génération de revenus agricoles décents, circuits de transformation des produits primaires respectueux de l'environnement

= hôpitaux avec circuits de gestion de l'eau, des énergies, des processus de recyclage

>> résultats attendus de ce cercle vertueux: ANTICIPER les problématiques à venir en particulier en Santé = LUTTE CONTRE DECES ATTENDUS OMS

Ex: pollution de l'air avec décès anticipés et particules fines

>> OBJECTIF de prise en charge en SANTE GLOBALE

= concept ONE HEALTH

- IMPACT SUR DECIDEURS et PROPOSITION de SOLUTIONS de manière COLLECTIVE

- Se projeter dans l'aujourd'hui, demain, après demain

- Exemples de projets de médecine globale : Nouvelle Calédonie

> développement de la télémédecine notamment dans lieux géographiques isolés

> connexions médecine traditionnelle et médecine allopathique

> culture du corps en bonne santé: sport et santé, hygiène de vie

-Objectif: RESILIENCE par rapport aux phénomènes à venir notamment climatiques (canicules, cyclones,...)

- SANTE GLOBALE= PROJET ET SUJET STRUCTURANT des années à venir

-Politique de transition à mettre en oeuvre ciblée

-Politiques locales de Santé , santé humaine et des écosystèmes

-AC: binôme Santé et préoccupation écologique=LEVIER pour être force de proposition pour décideurs

-NI: ex A.Schwarzenegger et protection océans

- On parle en matière d'écologie et de protection des écosystèmes aux 15% de personnes déjà convaincues!!
- >> arrêter de parler à ceux là
- >> parler aux autres 85% pour que cela devienne une PREOCCUPATION QUOTIDIENNE

- L'ECOUTE doit changer, pas encore un DIALOGUE= DEFI à atteindre avec

TOUTES les disciplines de la Santé qui ont à infléchir

-AC: raisonner en terme de BOUCLIER SANITAIRE= "PACKAGE" GLOBAL pour alimentation, qualité de l'air, qualité de l'eau

-Etat de la santé actuel qui est à un CARREFOUR

***CONSTATS :**

- HOPITAL ENTREPRISE
- Initié fin années 70-début années 1980
- Quintessence actuelle de l'Hôpital Entreprise
>> Mais on ne vend rien à l'Hôpital!!!
- DEGRADATION MEDECINE DE VILLE et NUMERUS CLAUSUS
(Fin années 1980-1990)
- FEMINISATION professions notamment MEDICALES
=Nécessité travail plus équilibré avec vie familiale
- MOUVEMENT SOCIETAL de CHANGEMENT PLACE TRAVAIL
- CRISE COVID
- REFORMES "MILLE FEUILLES "
-Réformes "empilées les unes sur les autres" ces dernières années
= "repeindre les volets sans réparer la maison"
- ADMINISTRATION EXCESSIVE avec bureaucratie: 30 à 60% de l'activité des soignants
à l'Hôpital et en Ville est dédiée à l'administratif

***SOLUTIONS PROPOSEES**

-Etats généraux de la Santé avec réformes à étaler sur 10 ans

→ Aborder la FORMATION, le MAILLAGE TERRITORIAL, l'organisation de la médecine hospitalière et de ville

-REVALORISER le travail de nuit et de WE

-CONVERGENCE PUBLIC-PRIVE

= redéfinir les missions de chacun(e) et le maillage pour chaque territoire pour ADEQUATION des missions de chacun

-TRANSFORMER les petites structures

-EVOLUTION du soin à penser car patients plus âgés et plus comorbides

-ON NE POURRA PAS TOUT FAIRE

>> **CHALLENGE= EVEREST de la SANTE** (car pas de réforme pendant 30 ans...)

-GOUVERNANCE à redonner aux médecins

-Question AC: pourquoi ces réformes n'ont pas encore été effectuées?

-OJB: philosophie du "c'est le suivant qui paiera les pots cassés"

-Changements et réformes très complexes

-Santé "pas vendeuse"

-Attention à l'évolution de la Santé vers les mutuelles

-MAIS la marchandisation a ses limites (cf ORPEA)

5/Pr BRUNO MEGARBANE (BM) Médecin Anesthésiste Réanimateur Hôpital Lariboisière, APHP, Paris

-AC: quelles mesures prendriez vous si vous étiez président?

-BM: "C'est vous le candidat aux présidentielles"

-AC: mise au point sur sa candidature santé: objectif de parler du sujet SANTE dans la campagne aux présidentielles

= objectif de COMMUNICATION et non politique

***CONSTAT ETAT DES LIEUX HOPITAL BM**

-Crise Covid REVELATRICE de l'état de l'Hopital mais CRISE PLUS DURABLE

= INADEQUATION entre lits et besoins en Santé de la population

-Le Mal remonte à plusieurs années :

> les 35 heures

> la loi T2A sur la tarification des actes standardisés (2004)

> loi HPST: Hopital Patients Santé et Territoire (juillet 2009)

-REGROUPEMENT SERVICES dans des méga hôpitaux

-287000 lits actuellement> - 100000 lits dans les 20 ans (-5800 en 2020)

-FERMETURE LITS justifiée par VIRAGE AMBULATOIRE

> ex Lariboisière: 1/3 de lits fermés car médecine ambulatoire alors que virage ambulatoire déjà mis en place depuis 5 à 6 ans

-SOUS EFFECTIF chronique en paramédicaux:

- > 7,5% effectifs paramed manquants
- > 12% d'absentéisme (6-7% avant Covid)
- > APHP: 3600 lits vides

→ conséquences: DEPROGRAMMATION des activités et REDUCTION OFFRE DE SOINS

***PROBLEMATIQUES PRINCIPALES**

1/ GESTION COMPTABLE

- Priorisation des actes de soins rentables
- Masse salariale 1er poste de dépense
- Services gérés à flux tendus en particulier en reanimation
- >> SOINS DEGRADEES (ex patients gérés sur brancards aux urgences)

2/ CENTRALISME ADMINISTRATIF

- Normes rigides
- Structure en "MILLE FEUILLES" et en "STRATES"

- > Ex APHP: service> Département> GHU> APHP sectorisé> Grand APHP
- Avec directeurs, cadres et gestionnaires pour chaque strate et injonctions de chaque strate
- Problèmes: décisions prises sur remontées erronées d'informations
- Administration crée des "besoins pour le besoin"

*SOLUTIONS PROPOSEES

-RECONSTRUIRE= ORGANISATION à remettre à plat

-REDEFINIR les missions

-Apports financiers mais pas seulement

-PATIENT AU CENTRE de la FILIERE DE SOINS

-Revenir à l'ECHELLE DE LA STRUCTURE HOPITAL

> cf organisation lors de la 1ere vague Covid ou administration s'est effacée (besoins connus, équipes travaillant ensemble)

> moins vrai ensuite avec decisions supra hospitalières

-ADAPTER ONDAM

-T2A sur activités standardises

-RATIOS SOIGNANTS/PATIENTS

-REVALORISATION SALARIALE GLOBALE et de la PERMANENCE des SOINS

-RECONNAISSANCE COMPETENCES PRO ET VALORISATION des carrières:

ex IDE en réa

-GOUVERNANCE à modifier en déplaçant le pouvoir des administratifs vers les médecins (representation médicale biaisée en CME)

EN RESUME :

- Augmenter les budgets de l'Hôpital
- Redéfinir la "philosophie hospitalière"
- Revaloriser la fonction des soignants
- Revalorisation salariale et perspectives de carrières
- Revoir la gouvernance

6/ Dr JEAN FRANCOIS CIBIEN Médecin Urgentiste Syndicat Actions Praticiens Hôpital

-A participé aux 6 semaines de négociation du premier Segur

-Image de la MELEE comme au rugby= S'UNIR pour porter nos valeurs

-Insécurité sanitaire majeure> apporter de nouvelles bases

-Image du système de soins qui est déjà une MAISON EFFONDREE soutenue par les soignants

-Silence assourdissant du gouvernement en face

-On a le DROIT et le DEVOIR de vivre en bonne santé!!

-Constats d'un système solidaire abattu, la résilience en a pris un bon coup

-Mouvements de protestation des soignants antérieurs à la crise Covid , manifestations novembre 2019

-Gestion 1ère vague Covid: l'Hopital et la Ville se sont mis ensemble

= AUTOGOVERNANCE ou CO GESTION avec moins de strates finalement bénéfique

-DESHUMANISATION des soins: soignants eux memes "zombies" et maltraitance propre

-FINANCEMENT HOPITAL: 20 milliards/an ONDAM hospitalière, délitement des hôpitaux avec fermeture de lits

-HOPITAL USINE: hors un patient n'est jamais le même qu'un autre

-GANGUE ADMINISTRATIVE

-Patients brancards: indice délétère mortifère pour patients et leurs familles et pour soignants

-PRECARISATION des soignants

-PERTE DE SENS et de l'ESSENCE DU SOIN

-Tout devrait être normé dans le système de soins actuel

-DEFENSE du SMUR= "Hôpital au chevet du patient et de l'arbre", préfère qu'une structure d'urgence soit fermée /ligne de SMUR

-Fonctionnement en SILOS, on nous sépare dans nos pratiques

-Nécessité de revalorisation des heures supplémentaires

-Amour du métier et du travail en équipe qui tient les soignants (dont l'orateur)

7/Aurélie GROS, maire du Coudray-Montceaux, fondatrice du mouvement citoyen "la France Vraiment"

-Le fonctionnement de la Santé est en MIROIR par rapport à celui de la société et du fonctionnement du monde: forces publiques et privées, rôle des collectivités

-Cause de la Santé aussi essentielle que celle de l'éducation

-Segur: revalorisation salariales insuffisantes

-Rapport sur deserts médicaux : les médecins généralistes ne veulent pas s'installer seuls en libéral, question de la liberté d'installation

8/Ludovic TORO Maire de Coubron, Commission Santé Région Ile de France

-Ville et Hôpital travaillent ensemble

-Région Ile de France: constat de déserts médicaux particuliers (nombre de médecins par habitant faible mais densité urbaine importante)

> 1700 médecins généralistes

> 1100 spécialistes

-Changement d'exercice des médecins : 75% veulent être salariés, 25% de sont pas médecins "en soins"

-Départs à la retraite plus précoces: 64 ans en moyenne et moyenne d'âge élevée des praticiens

→ urgence au niveau de la ville

→ impact sur l'Hôpital

9/Dr Frédéric PAING Médecin Généraliste dans la Manche

-Rappelle les contraintes administratives énormes sur les professionnels du soin (30% de leur temps)

-Importance de MUTUALISER les besoins

-Fluidifier les liens entre Ville et Hôpital

10/ Alexandra VENET Infirmière Diplômée d'Etat Libérale (IDEL)

-IDEL absentes et oubliées du 1er Segur

-IDEL variables d'ajustement de la Santé

-A ses propres compétences, n'est pas une auxiliaire médicale

11/François DUSSART directeur de clinique à Cavillon

-AC: on ne peut pas se passer des administratifs

Ecoute des soignants en interface directe nécessaire

-FD: décrit son parcours atypique, a exercé comme médecin. Présent lors de la 1ere vague Covid dans l'est de la France

-Pas de nécessité de "combat" entre administratifs et soignants = mêmes intérêts

-Position compliquée des directeurs d'établissement/tutelles

12/Emmanuel D'ASTORG

-Réformes de la PACES vers la PASS L.AS avec facultés pilotes qui s'est faite dans la douleur

-Constat de base avant cette réforme: recruter plus d'étudiants en médecine avec profils plus diversifiés

-Classements avec oraux mais INEGALITES de traitements des étudiants

+2500 places l'an dernier (mais nombre de place très variable selon universités)

-AC: problème d'expertise au niveau des ARS qui décident du nombre de médecins formés par région

