

**ATELIER DE TRAVAIL ET DE REFLEXION DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
POUR LA REFONDATION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

RETOUR SUR LA PREMIERE RENCONTRE

AERI - MONTREUIL, LE 10 OCTOBRE 2020, [PROGRAMME](#)

Atelier lancé dans le contexte de la crise sanitaire, par plusieurs collectifs, dont [l'appel publié le 7 juillet](#) a été rejoint par de nombreux signataires, collectifs et individuels. Le 10 octobre 2020, une centaine de personnes participaient à la première rencontre



L'objectif de l'atelier est de sortir l'hôpital de ses murs, de le placer dans la cité, c'est-à-dire d'en faire un sujet de réflexion large et démocratique qui redonne du sens et du contenu au service public hospitalier. La question de l'hôpital public est souvent l'affaire de spécialistes, le langage y est technique, technocratique et hermétique. Les soignants se trouvent souvent dépossédés de toute maîtrise et de toute réflexion collective sur leur métier, et la société dans son ensemble peut difficilement avoir prise sur un sujet pourtant aussi essentiel que celui de l'hôpital public.

*C'est pourquoi cet atelier ambitionne d'initier une dynamique de réappropriation collective du service public hospitalier en faisant en sorte que soignants, non-soignants, soignés, réfléchissent ensemble à l'hôpital public qu'ils souhaitent. Nous voulons renverser la manière d'aborder la question du service public hospitalier, c'est à dire en partant du travail concret des soignants, de leurs pratiques dans et hors de l'hôpital *, et ce faisant de réinvestir la question des collectifs de soin et à partir d'eux réfléchir à des formes de gouvernance fondée sur le soin, plus autonomes, plus horizontal et démocratique.*

*La rencontre est organisée en ateliers parallèles sur la base de témoignages à partir desquels élaborer la réflexion collective. Il fait une place importante à la première période de crise sanitaire liée au Covid 19, là où certaines initiatives ont été prises en dépassant les injonctions et le carcan managérial et où d'autres ont été empêchées. Mais disons d'emblée que l'une des questions à laquelle on se heurte très vite est celle des usagers et de la démocratie sanitaire. Le fait que nous ayons eu du mal à travailler le sujet dans la préparation de ce premier atelier en est révélateur**. La crise sanitaire actuelle montre d'ailleurs clairement à quel point la parole des patients est absente et, plus largement, la parole citoyenne. D'un autre côté, les collectifs de soignants mobilisés pour la défense de l'hôpital public expriment souvent leur difficulté à mobiliser les "usagers" à leur côté, sans que ce terme d'usagers ne soit réellement interrogé, ni encore celui de démocratie sanitaire, et sans que soit non plus forcément attendu autre chose des usagers qu'un simple soutien et non la prise en compte d'une parole autre pouvant conduire à réfléchir et à penser autrement le service public hospitalier. D'où la nécessité de ré-engager le débat sur la démocratie sanitaire en prenant en compte son histoire longue et en réinvestissant de façon critique la notion d'usager. Ce premier atelier permettra difficilement de jeter les bases de la réflexion sur ce sujet, néanmoins, il constitue l'un des piliers centraux de notre démarche et une large place lui sera consacrée dans nos ateliers à venir.*

* Lire [ici les récits de leur travail par deux médecins pendant la crise sanitaire](#)

** Nous avions prévu d'aborder le sujet dans l'atelier parallèle « Patients, usagers, aidants, démocratie sanitaire : Fin de partie ou heure de la révolte ? » qui a été annulé au dernier moment en raison de désistement d'intervenants. Michel Bourelly, prévu pour intervenir dans cet atelier parallèle, est intervenu en plénière.

Fabienne Orsi, [Collectif des économistes atterrés](#)

Refuser le fatalisme, les « c'est comme ça, il n'y a pas d'alternative ». Il y a moyen de faire autrement pour développer l'accès aux soins, à la santé et à l'hôpital public pour tous. Pas seulement pour les urgences.

Fabien Paris,
[Collectif Inter Urgences](#)

Réunir patients, usagers, familles, citoyens, professionnels de la psychiatrie pour revenir à une psychiatrie où le sujet et son histoire sont au cœur.

Delphine Glachant,
[Printemps de la psychiatrie](#)

Penser des alternatives et faire émerger des soutiens au service public sans faire disparaître la contribution des premiers concernés, des patients qui ne trouvent pas l'accès aux médias et dont les propos n'arrivent pas facilement.

Olivia,
[Association Humapsy](#)

Il n'y a pas d'alternative à trouver d'autres choix ! La question du service public hospitalier doit sortir des murs de l'hôpital.

Chérine Benzouid,
[Collectif Inter Hôpitaux](#)

Face à la destruction de l'hôpital, la question du travail – comment on l'investit, comment on pourrait mieux travailler – est un ressort pour reconstruire du collectif et du rapport de force. La refonte du système doit être conçue pour soutenir le travail plutôt que de l'entraver.

Julien Lussion,
[Ateliers Travail et Démocratie](#)

Les travaux et les témoignages sur la "crise sanitaire" confirment pour l'hôpital les effets délétères de l'application de lois imposant une logique de normalisation et d'évaluation à visée rentable. Il est nécessaire de dépasser ces récits pour inventer ensemble.

Sébastien Firpi,
[Appel des appels](#)

La crise a parfois permis une bascule du pouvoir des administratifs vers les soignants. Il est maintenant nécessaire de réaliser une coalition large associant soignants libéraux et hospitaliers avec les citoyens, en cassant la fausse distinction entre ville et hôpital, puisque les causes sont communes.

Frédéric Stambach, généraliste,
Auteur de la tribune « soignants ensemble ». Lire [ici le récit de son travail pendant la crise sanitaire](#)

Ce que nous apprend l'histoire de la création de Aides en termes de participation, de démocratie, de parole partagée, d'expériences commune par

Michel Bourrelly,
militant de [AIDES](#), lire [ici sa contribution](#).

Deux thèmes travaillés en parallèle

Atelier 1

Penser la gouvernance et l'autonomie en réinvestissant les collectifs de soin

Animé par : Fabienne Orsi, économiste, chercheuse à l'IRD et Julien Lussion, ergonomiste

Atelier 2

L'hôpital public et la santé dans la cité

Animé par Benjamin Coriat, économiste, Université Paris 13 et Julia Devianne, neurologue

Atelier 1 : Penser la gouvernance et l'autonomie en réinvestissant les collectifs de soin

Quatre témoignages d'expériences vécues lors de la crise sanitaire ...

- Avec [le comité de secteur de l'hôpital psychiatrique de la Queue en Brie](#) - Delphine Glachant, psychiatre
 - Dans [les services de réanimation du CHU de Nantes](#) – Philippe Bizouarn, anesthésiste réanimateur
 - Dans [une clinique psychiatrique en milieu carcéral](#) - Blandine Barut, psychiatre, Corentin Lebigre et Sébastien Firpi psychologues
 - Avec [la grève du codage... et après ? L'expérience de l'hôpital Robert Debré et du collectif de la pédopsychiatrie du XIX° en lutte](#) - Stéphane Dauger, médecin réanimateur - Clément Zampaglione, collectif pédopsychiatre
- ... ont introduit les échanges de cet atelier

Synthèse et mise en perspective en plénière l'après-midi par Béatrice Barthe, enseignante chercheuse et ergonome et Vincent Davy, neurologue

La crise sanitaire, le confinement, le "confernement", n'ont fait que rendre plus saillants les problèmes, les dysfonctionnements organisationnels qui préexistaient dans ces services. Il ressort des réflexions de cet atelier sur la gouvernance la nécessité de réinvestir les collectifs de soins.

Pour cela les praticiens, les soignants, les équipes doivent prendre collectivement la main sur leur travail. Or, pour pouvoir se réinventer ainsi, de façon collective, des prérequis sont nécessaires. Pour pouvoir se coordonner, gérer l'urgence, gérer l'inédit ensemble, inventer de nouvelles façons de travailler, le collectif engagé a besoin :

- D'un socle de connaissances commun sur la situation, sur les moyens, ainsi que d'un niveau de reconnaissance mutuelle suffisant entre collègues, basé sur un langage commun, un vocabulaire partagé.
- D'objectifs communs
- De marges de manœuvres organisationnelles, d'ouvertures, d'espaces, de possibles dans l'organisation des soins

Lorsque les équipes bénéficient d'autonomie, de moyens, alors elles ont pu pendant la crise trouver des astuces, des solutions innovantes. C'est ce qui a été décrit dans les 2 témoignages en psychiatrie, avec les accueils café quotidiens mis en place dans le milieu carcéral ou avec les clubs thérapeutiques du comité de secteur de l'hôpital les Murets, avec des impacts positifs sur les patients et sur les professionnels. Le terme de "parenthèse enchantée" utilisé par un participant à l'atelier souligne la force de tout ce qui a pu être fait lorsque les moyens étaient là.

Lorsque les marges de manœuvre ont été étroites, que l'organisation du travail a été rigide, imposée et que les équipes n'ont pas eu la possibilité de bouger, de bousculer, d'inventer une autre façon de faire pour soigner dans cette situation inédite, alors il y a eu des effets extrêmement délétères. Autant pour les praticiens, Philippe Bizouarn l'a bien décrit au CHU de Nantes en parlant de "maltraitance" ; que pour les patients, nous l'avons vu dans un témoignage avec l'exemple du décès d'un patient Covid-19, six heures après son transfert, suite à une décision autoritaire et descendante de fermeture d'une unité d'accueil Covid.

Pour "faire collectif" il faut pouvoir débattre, co-construire les nouvelles règles, les évaluer, les remettre en cause si nécessaire, au niveau des collectifs de soin. Le premier témoignage a bien illustré comment le confinement a été l'occasion à l'hôpital les Murets de penser et de mettre en place de nouvelles choses dans le cadre du 4^{ème} secteur. Ce qui a permis des échanges, des débats, des controverses, des "dissensus".

Mais qu'est-ce que le collectif de soin ? Est-ce le Service ? Quelle différence entre le travail collectif et le collectif de travail ? En première réponse, le travail collectif fait référence à l'équipe, au service, le collectif de travail à cette possibilité de co-construire ensemble.

En conclusion,

Il a donc été nécessaire, pour reprendre en main collectivement le travail de soin dans cette situation inédite de confinement et de crise Covid, d'avoir un niveau de connaissance partagé au sein des équipes, d'avoir des moyens temporels, décisionnels, de l'autonomie, des marges de manœuvres organisationnelles, de pouvoir débattre entre pairs, de pouvoir co-construire, déconstruire, reconstruire ensemble, de reconnaître l'autre et ses compétences dans le process de soin, de prendre en compte et de reconnaître l'expérience des équipes de terrain. Et c'est ce qui a permis de "faire collectif"

Atelier 2 : L'hôpital public et la Santé dans la cité

Quatre témoignages ...

- [L'auto-organisation d'un centre de dépistage Covid par des soignants libéraux et hospitaliers](#) – Frédéric Stambach, médecin généraliste
- [Que penser de l'idée d'IPA, Infirmier en Pratique Avancée ?](#) - Fabien Paris – infirmier aux urgences
- [Pratiquer, malgré le confinement, une psychiatrie humaniste, résistante et hors les murs](#) – Sandrine Deloche pédopsychiatre, collectif 39 Enfance, Printemps de la psychiatrie - *la crise sanitaire aura-t-elle montré la pertinence du soin psychique de secteur pour enfants ? Son approche psycho-sociale dispensée au travers de liens et lieux de proximité et de gratuité souligne son ancrage populaire. Il est nécessaire d'en témoigner ici et d'en rappeler l'histoire pour penser demain.*

- [L'expérience du Château en Santé, dans les quartiers nord de Marseille, pendant la crise Covid](#) – Élixa Bausson - conseillère conjugale et familiale, accueillante et Julien Salle - médecin généraliste *La faillite des instances gestionnaires (ARS, administrations hospitalières) pendant le COVID a mis en lumière l'abandon des services publics / du soin de proximité à quelques tiers lieux comme le Château. Ces mêmes instances avaient été des freins à la création de ce lieu et ne sont réapparues après la bataille que pour demander des comptes. La dépendance à un pouvoir plus restrictif que créatif fait de l'exercice alternatif du soin un combat*

... ont introduit les échanges de cet atelier 2.

Synthèse et mise en perspective en plénière l'après-midi par Fanny Chabrol - sociologue à l'IRD, Matthieu Le Meledo, pneumologue et Julia Devianne, neurologue

Trois mots ressortent des échanges et incitent à prolonger nos réflexions : sidération – décloisonnements vs ouvertures – désobéissances et clandestinité.

Sidérations

La Covid19 est survenu à un moment de mobilisations intenses, qui se rencontrent (monde hospitalier, monde de l'enseignement-recherche) et a coupé brutalement ces mobilisations.

La décision du confinement a empêché de soigner, avec des conséquences graves sur la santé. Dans un contexte d'absence totale, de retard et de manquements des institutions comme l'ARS, qui sont en décalage total avec la mobilisation des personnels.

Mais le confinement a été aussi du temps retrouvé, la possibilité de faire des choses et cela a permis de remettre de l'informel dans nos pratiques

Des décloisonnements ou des ouvertures

Des lieux de soin ont été ouverts sur le dehors, sur la cité, des fermetures ont été refusées, des résistances ont été créées pour ne pas abandonner des maisons de santé, des services hospitaliers. Il est nécessaire de continuer et de construire des lieux de soin alternatifs, des tiers lieux, des lieux d'expérimentation et de rencontres avec d'autres professions, vecteurs de réflexion et de transformation des pratiques, sans désertier l'hôpital-institution. Il faut pouvoir circuler de l'un aux autres, s'attaquer aux cloisons physiques (hôpital comme forteresse).

Reprendre ou instaurer de nouveaux dialogues, interrompus par les cloisons entre cité et hôpital, entre les professionnels de santé, entre eux et les soignés. Dialoguer avec des acteurs d'horizons différents (art/socio/philo/ergo/éco/anthropo...)

Si on considère plusieurs niveaux de technicité du soin (du primaire au tertiaire comme la chirurgie) : reprendre le dialogue et l'articulation entre ces niveaux, mélanger les niveaux, faire coexister plusieurs enjeux de soin au même endroit (médecine préventive et curative par exemple).

Attention, « décloisonnement » est aussi un mot du projet de loi gouvernemental « ma santé 2022 », synonyme de destruction de l'institution publique, de destruction des maillages, de relai par des acteurs privés / associatifs, sous le règne de « flexibilité – mobilité »

Désobéissances et clandestinité ?

La désobéissance a été possible pendant la crise parce qu'on n'était pas observés. Ces moments de clandestinité révèlent d'ailleurs notre servitude volontaire. Si on les rend public ils seront contrôlés et détruits. L'autonomie, l'auto-gestion ont été aussi synonymes de clandestinité. Il est nécessaire de porter un regard extérieur pour faire pression et mettre la lumière sur le risque de récupération des pratiques clandestines.

Le « New public management » promoteur de pratiques violentes mais en gardant au secret ces pratiques (clandestinité en miroir). Il y a une mise sous secret des pratiques violentes de management (ex. : décisions prises sans avis ou contre avis des équipes soignantes; menaces suite à la création par les soignants d'une pétition ou suite à une interview accordé à la presse; incitations à partir „si cela ne vous plait pas“ - „bientôt votre statut sera modifié et nous pourrions vous licencier“; chicanes financières...), en brandissant „l'obligation de réserve“ sur ce qui se passe à l'hôpital ... sinon "une démarche pénale pourrait être engagée si cette obligation de réserve" n'est pas respectée. Les "notes internes" avec cette menace circulent dans les hôpitaux ces dernières années, rédigées par les „déontologues“ autoproclamés parmi les managers. Et la maltraitance la plus répandue : **ignorer la réalité de ce que vivent les soignants**, de ce qui se passe dans l'hôpital, par la production permanente de la communication "positive", de beaux logos et cartes graphiques, ce qui entretient la fausse façade. Malheureusement, de nombreux soignants aux postes hiérarchiques succombent au pouvoir séducteur de ce faux monde...

La covid a aussi permis de se réapproprier des espaces du temps laissés libres. La question du temps est centrale, le temps ne suffit pas à l'émergence de réflexion mais en est une base nécessaire. Se créer du temps collectivement est un enjeu politique majeur.

Inventer quelque chose de nouveau, une sorte de secteur pour les spécialités médicales ou transformer les

institutions déjà existantes, leur articulation, ou les 2 ?

Formation : abordé en fin d'atelier, mais question primordiale, touchant à la réappropriation et la circulation soignants-patients, notamment à travers l'éducation populaire. Instrumentalisation/dévolement de la parole des patients mis en avant dans tous les projets de santé, tout en étant dépossédé.

En conclusion,

Entre sidération, décroissements / ouvertures, désobéissances / clandestinité, les échanges ont souligné les risques à la désobéissance qui a pourtant permis, là où elle a été possible, une prise de conscience et l'ouverture de marges de manœuvre importantes. Le confinement a remis de l'informel dans les pratiques en redonnant du pouvoir aux acteurs.

En conclusion de la rencontre de Montreuil

Les soignants, les personnels de la santé, les patients possèdent la légitimité que n'ont plus nos gouvernants après leur gestion calamiteuse de la crise sanitaire.

Ce qui a été dit durant cette journée est peu connu à l'extérieur des murs de l'hôpital et du monde des soignants. Les expériences de la période de la crise sanitaire, bien que très différentes, en apportent une vision unique et profonde. Il faut continuer à alimenter ce constat et le faire connaître très largement. Le partage de cette réalité est susceptible de mobiliser les gens, de les mener à un soutien actif, pour changer l'hôpital et le service public de la santé.

Les 3 axes dégagés par l'atelier 2 (Sidération / Décroissement : recréer du collectif et du commun / clandestinité, désobéissance) sont importants, et pourraient inspirer une déclaration et un appel à renouveler ce type de réunion en région.

L'atelier 2 montre aussi l'importance du maillage, entre médecins de ville et personnels soignants, entre soignants et élus locaux, entre soignants et soignés, avec les médias... Mais aussi le maillage entre des pratiques très comme celles des urgentistes, soignants, médecins de villes, psychiatres. Ces maillages ne préfigurent-ils pas la santé publique sur un territoire et le service public que nous appelons de nos vœux ?

Aller vers des "pratiques instituant", consolider des pratiques différentes, les faire reconnaître et les "mailler" peut-être le moyen de renforcer notre auto institution. C'est aussi un moyen de faire de la santé publique un bien commun, de faire reconnaître de nouvelles pratiques professionnelles, de construire les rapports de force permettant d'obtenir de vraies réformes.

Notre démarche demande le temps de la réflexion, alors qu'elle s'inscrit dans un contexte d'urgence sanitaire et politique.

Prochaine rencontre : les 16 et 17 janvier 2021 à Marseille

La méthode de travail et la structure de cette 2° rencontre sont en cours d'élaboration. Un des enjeux est d'aborder la question de la place laissée au soigné / patient / usager dans le soin, dans les politiques de santé...

Compte rendu réalisé par Olivier Frachon et Christine Depigny-Huet, [la Compagnie Pourquoi se lever le matin !](#)

Intervention Michel Bourrelly, militant de Aides

Nous allons parler toute la journée, de participation, de démocratie, de parole partagée, d'expériences communes. Un rappel historique à partir de la création de AIDES peut apporter un éclairage.

Dans un discours qui a fait date, Daniel Defert, fondateur de l'association en 1984 - au décès de Michel Foucault son partenaire - montrait combien ce « mouvement social » marquait un tournant dans l'histoire de la santé : « *par un lent processus qui a commencé il y a maintenant deux siècles, c'était le médecin qui avait été associé à toutes les réformes sociales. Il avait pensé l'architecture et la hiérarchie de l'hôpital. Il avait contribué à l'assainissement des villes, à l'essor de la démographie, à l'hygiène industrielle, à la conscription militaire. Le nouveau témoin des besoins, des urgences, médicales et sociales, c'est aujourd'hui la personne atteinte par le VIH et le sida. C'est lui, le révélateur des crises. Il devient un des acteurs privilégiés des transformations, il devient un nouveau réformateur social* ».

Daniel Defert dit : « *J'ai créé AIDES pour entendre des soignants la vérité !* » Et il a créé cette structure de lutte contre le sida avec sa rage. C'est sans doute une forme de préhistoire pour la démocratie sanitaire mais c'est une bonne base. Claude Évin disait que c'était « *le militantisme des associations de lutte contre le sida et les associations d'usagers pour le règlement des litiges liés aux affections nosocomiales qui ont été déterminants* ». Dans l'affaire du sang contaminé, entre 1991 et 2003, les associations ont surtout agi pour faire reconnaître le préjudice subi par les malades et obtenir réparation.

La dynamique qui a mobilisé les acteurs de la lutte contre le sida, au début des années 1980, est d'une toute autre nature. Il s'agissait d'agir pour ne pas subir. Ce choix de l'action communautaire reflète les engagements intellectuels des pionniers : « *Soit on est dans le libéralisme total, où chacun essaie d'obtenir pour lui-même le meilleur de ce qu'il peut obtenir, soit on est dans une démocratie sanitaire, dans laquelle se construit un acteur collectif qui défend les malades et dans lequel les malades doivent s'impliquer. Aides a été à l'avant-garde de ce mouvement* ».

Avant l'arrivée des tests de dépistage, alors que tombent les premières victimes de l'épidémie et que l'on ne sait pas qui est atteint ou pas, la priorité est d'accueillir et de soutenir. Ouvrir des espaces de solidarité et d'auto-support pour partager le poids de la souffrance, celle des deuils, de la peur pour soi, de la stigmatisation. « *Permettre de retrouver en soi-même un point d'appui, une familiarité de soi à soi quand le corps et le lien social se dérobent, est une des premières fonctions communautaires, et des plus complexes* ». Il s'agit d'abord de prendre soin. Pour ne plus être un paria abandonné par sa famille ou bien livré à soi-même dans la chambre d'un hôpital qui stigmatise, par peur de l'inconnu. Pour rester une personne dans le regard de l'Autre, alors que le monde s'effondre brutalement.

L'expression de cette solidarité est un geste éminemment politique. « *La solidarité se fonde sur la tolérance et la non-discrimination, sur le refus d'isoler l'état de quelques-uns du sort du plus grand nombre* » affirme Jonathan Mann en 1990. « *La charité est individuelle, la solidarité est foncièrement sociale ; elle a le souci de la justice sociale, par conséquent de la justice économique et politique. Il n'y a de solidarité que s'il existe une réelle interdépendance et que celle-ci est perçue comme telle. Cette perception est importante ; l'expérience du sida a montré qu'un lien personnel, sous une forme ou une autre, avec les personnes touchées par le sida encourage puissamment une plus grande tolérance et une plus grande compréhension humaine* ».

Le souci de soi et la solidarité sont aussi le premier pas d'une démarche d'émancipation. Au milieu des années 1980, l'arrivée des tests et la notion de séropositivité desserrent un peu l'étau face à l'inéluctabilité d'une mort rapide. Le marquage des lymphocytes T4 et le suivi de leur évolution offrent la possibilité de se mobiliser et d'agir pour essayer de faire changer les choses. Pour ne plus être assujéti à son sort, au rejet social, au pouvoir médical, à la recherche, etc.

L'une des formes de mobilisation caractéristique de la lutte contre le sida s'est traduite par l'appropriation du savoir médical sur l'infection et les traitements. « *Nous ne voulons plus être de simples patients, mais parties prenantes* » déclare Alain Vertadier, l'un des protagonistes des États généraux Vivre le sida. « *Nous ne voulons plus être des cobayes, mais des expérimentateurs et, sinon décideurs, en tout cas responsables collectivement de l'évolution de "notre sida", au même titre que les scientifiques et les soignants. (...) Car aucun des problèmes majeurs liés au sida ne sera réglé sans la présence active et sans la contribution constructive des personnes vivant avec le VIH* ».

« *Le rôle des associations a été déterminant dans la mobilisation et la prise de conscience des patients* » explique Éric Deliens, membre de l'association Actions Traitements. « *Elles ont permis de changer en profondeur l'appréhension de la maladie et de l'existence en général. C'est au sein de ces associations que se créent les nouveaux rapports entre malades et médecins* ».

En termes de formation et de prévention, ce sont aussi les acteurs de la lutte contre le sida qui prennent la main. Par exemple, « *les homosexuels ont proposé leur propre modèle de prévention en inventant la notion de "sexualité sans risques"* »

(SSR, safer sex ou safe sex) » rappelle Daniel Defert au journal Gai Pied. « Cela a permis à une communauté qui se structure ouvertement autour de sa sexualité de sauver sa peau ; mais elle permet aussi de maintenir les gens atteints au sein de la vie communautaire et de ses plaisirs. C'est la première fois que l'on s'occupe non seulement de la protection de ceux qui ne sont pas atteints, mais aussi du plaisir de ceux qui le sont. (...) Cette fois, même atteint d'un virus, on n'est pas exclu de la jouissance. »

Les actions de prévention auprès des usagers de drogue par voie intraveineuse, des travailleurs et travailleuses du sexe ou bien des personnes étrangères suivront la même démarche communautaire, c'est-à-dire avec les personnes concernées, dans une relation de proximité.

Car le développement de réponses concrètes (activités de terrain, services) n'est pas une fin en soi, ni un « business » : « Un service n'a d'intérêt que s'il permet de démontrer quelque chose, de pointer un dysfonctionnement ou une faille, ou bien s'il a valeur d'exemplarité. Faire de l'hébergement pour de l'hébergement, par exemple, cela n'a aucun intérêt ». « C'est bien ça qu'on a inventé, des formes d'intervention qui ne sont pas juste professionnelles, mais des interventions croisées qui demandent de réfléchir aux places des uns et des autres et d'avoir des réponses coordonnées ».

Une anecdote pour conclure. Récemment, un étudiant en thèse me dit « finalement à AIDES vous n'avez jamais été subversif ! ». Une fois mon infarctus écarté, je ne pouvais que lui répondre qu'en passant nos journées à arracher des pages à nos carnets d'adresse et aller aux crématoriums, nous n'avions pas vraiment le temps de conceptualiser une subversion qui aurait pu faire le buzz comme on dit maintenant. Mais sans le savoir, en se battant, en hurlant, en pleurant et en riant nous avons tout de même jeté les bases d'un changement dans les rapports entre soignants et soignés, qui, et vous le déclinez tout au long de la journée devront sans aucun doute être peaufinés et améliorés.

L'expérience du comité de secteur de l'hôpital Les murets à Queue en Brie

Présentée par Delphine Glachant, psychiatre, membre du Printemps de la Psychiatrie

Le comité de secteur est une entité démocratique créée au sein d'un service de psychiatrie. Elle a pour nom comité hospitalier dans les écrits de François Tosquelles et Jean Oury, théoriciens parmi d'autres du mouvement de la psychothérapie institutionnelle en psychiatrie.

Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle est né à St Alban grâce à François Tosquelles. S'appuyant sur la réflexion d'Hermann Simon, psychiatre allemand, qui affirmait « qu'il faut soigner l'hôpital pour soigner le malade », désignant ainsi les processus d'aliénation que produisent l'établissement, par le biais de désobjectivation et de déshumanisation des patients et des personnels. Le club thérapeutique est le principal outil de soin où chacun redevient vivant, permettant des échanges, des initiatives pour inventer le soin, partant du principe que chacun a des compétences pour faire vivre l'hôpital. Si chaque personnel accepte de remettre en cause ses préjugés à l'égard des malades, il peut permettre l'accueil et la rencontre avec l'autre, considéré comme un sujet à part entière. Tout ce dispositif conceptualisé, reconnu par tous, soignés, soignants et administration, fait institution. Il donne lieu à une analyse de la part des soignants. Car il ne s'agit pas juste d'accueillir mais aussi d'y comprendre ce qui s'y joue en terme de transferts multidirectionnels, encore appelés dissociés.

Le comité de secteur est instance décisionnelle au sein du service, composée pour moitié de professionnels du service et pour moitié de patients, les uns et les autres étant élus, sauf le chef de pôle et la cadre de pôle, membres de droit.

C'est un outil privilégié pour vitaliser le club thérapeutique, qui s'appelle Trouble(s)fête au 4^e secteur des Murets. Chacun peut en faire partie, soigné et soignant. Il permet les échanges, recueille les propositions de chacun et y répond. Un nouvel atelier, un nouveau groupe thérapeutique, une sortie, une nouvelle organisation... Tout cela se discute au club. Ensuite, certains points sont apportés au comité de secteur. Il s'agit de travailler et d'élaborer ensemble le dispositif d'accueil et de soins au niveau du secteur. Le comité de secteur est alors une interface entre le club thérapeutique et l'établissement, un lieu qui permet les échanges entre les personnes du club thérapeutique, et le traitement des conflits, entre tous, personnels et patient, mais aussi avec l'administration.

Ce qui s'y joue, c'est la manière de travailler collectivement et de développer une culture du dissensus. Faire vivre la vie quotidienne. On y débat des problèmes et soucis du 4^{ème} secteur, de l'évolution du Droit des Patients. Les « club'arts » sont des patients, des soignants, parfois des gens extérieurs au secteur. Ils ont un droit de parole, une liberté de s'exprimer, sur les sujets matériels, financiers, moraux et de la santé.

Pendant le premier confinement, le personnel a organisé des soins selon les contraintes imposées par la cellule de crise (fermeture de l'hôpital de jour et du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, quasi fermeture du CMP) et selon les besoins exprimés par les usagers. Les soignants ont fait des visites à domicile, des courses pour les patients, des sorties ensemble pour prendre l'air, des visites en appartements thérapeutiques (tremplins pour passer de l'hôpital à l'appart et

se préparer à être autonome.), ils (ils, c'est qui ?) ont aidé à respecter les précautions sanitaires, ont poursuivi les soins médicaux. La peur du Covid était telle que l'équipe a mis en place un accompagnement psychologique par une ligne téléphonique permanente, un groupe WhatsApp soignants/soignés pour que les club'arts restent en lien, repérer aussi et soutenir par le collectif ceux qui n'allaient pas bien. Il y a eu aussi la création d'une émission de radio hebdomadaire, ainsi que plusieurs réunions zoom hebdomadaires, des liens avec les personnes hospitalisées, qui s'organisaient aussi différemment avec les personnels de l'intrahospitalier, renforcés par une psychomotricienne, un psychologue et une art-thérapeute.

En conclusion, l'expérience de la crise sanitaire a montré que nous pouvions rester en lien malgré les difficultés, que nous pouvions nous auto-organiser ensemble, soignants et soignés,

L'expérience des services de réanimation du CHU de Nantes

Présenté par Philippe Bizouarn, anesthésiste réanimateur au CHU de Nantes

La crise sanitaire a vu l'organisation de comités stratégiques et de cellules de crise dans les hôpitaux. Dans les services, les soignants ont parfois repris la main par des micro-décisions locales, quand ils ont pu faire sans le poids des hiérarchies médicales et administratives.

Au CHU de Nantes, l'organisation mise en place de ces comités stratégiques et cellules de crise était très hiérarchisée, avec un comité stratégique au sommet de la hiérarchie, dont on ne savait pas qui y participait, qui décidait. L'organisation était de type militaire. Le chef de service de réanimation médicale, qui avait décidé d'accueillir les patients Covid en priorité dans son service, était en lien avec l'ARS, accompagné par un de ses collègues d'Angers, pour organiser les réanimations. Il décidait en particulier de la création de réanimations éphémères, armées pour faire face à l'afflux de patients graves, contre l'avis d'autres responsables médicaux des réanimations chirurgicales notamment, alors que les locaux étaient inadaptés pour faire le travail correctement. Clairement, les décisions étaient prises sans concertation avec le terrain et les responsables médicaux et non médicaux. Ce qui a généré colère et frustration des soignants exclus des décisions stratégiques et opérationnelles. Notamment au sein des services de réanimation chirurgicale, qui se retrouvaient sans patients du fait de la déprogrammation d'interventions chirurgicales lourdes.

Récits d'une clinique psychiatrique en milieu carcéral, Centre Hospitalier Montperrin

Présentés par Blandine Barut, Corentin Lebigre et Sebastien Firpi

La période « covid » a mis à jour un clivage des pratiques médicales à l'hôpital, ce qui a rendu complexe le travail entre les services administratifs et l'organisation des dispositifs de soin. Cependant, notre point de vue présente une particularité un peu en dehors de l'institution centrale en tant que secteur de psychiatrie publique en milieu carcéral. Historiquement ce type d'intervention s'est bâti suite aux conséquences épidémiques du SIDA où il s'est avéré nécessaire que les personnes détenues accèdent aux soins comme tout autre citoyen. C'est ainsi que la loi du 8 janvier 1994 a transféré au service public hospitalier la responsabilité du soin des personnes détenues. La psychiatrie de secteur pourra dès lors exercer en prison sa mission originelle. Pour autant, le soin présente une dissonance avec le contexte de l'enfermement judiciaire. Le nombre d'hospitalisations quotidiennes en est un témoin et un baromètre contemporain.

Quand la « Covid » est arrivée, nous avons réalisé que nous savions déjà faire avec l'angoisse du fait de notre expérience de la « folie ». Ce rapport à l'angoisse, nous essayons de le traiter collectivement au quotidien depuis longtemps. On est donc parti dans un premier temps de ce que l'on fait habituellement. Prendre des responsabilités pour composer durant ce contexte, c'était pour nous faire rempart à l'application des consignes restrictives en termes de « sécurité sanitaire », il fallait inventer. Les détenus n'avaient pas de masques, plus de parloirs, plus d'activités, un amoindrissement préoccupant de leur condition. La circulation sur l'unité de soin était limitée. Nous avons alors déployé au quotidien tout notre dispositif de soin en groupes thérapeutiques séquencé de manière encore plus soutenue et régulière, en petit nombre, parfois en individuel et parfois limités dans le temps. Toutes ces créations ont permis à nos patients d'être accueillis, contenus, écoutés et apaisés.

La « crise » a aussi révélé l'inégalité structurelle pour la personne détenue souffrant de « pathologie mentale ». Le constat en est d'autant plus clair : on incarcère les « fous ». Notre intervention en tant que dispositif de soin n'est pas là pour adoucir la peine, mais pour permettre au sujet de reprendre la parole. Il existe à ce moment-là un seuil où le détenu devient un patient dès qu'ils passent la porte de notre service.

Nous nous sommes donc appuyés sur un rassemblement déjà là pour poursuivre la clinique du quotidien. Notre collectif de soignants se réunit culturellement très régulièrement pour mettre au travail ces espaces pour penser. Lesquels nous

ont permis de nous organiser dans ce contexte en redéployant les professionnels sur les différentes typicités de suivis comme les signalements d'urgence, les premiers accueils, les entretiens médicaux, cliniques, et psychothérapeutiques. La « covid » a provoqué un « enfermement dans l'enfermement », comme le proposait un patient : « *c'est dur ce confinement* ». Les groupes de paroles ont permis de rétablir du lien social, ils ont été des lieux de médiation en permettant d'être ensemble, de pouvoir se parler, de partager des récits de vie, de les supporter et de cheminer. Ces temps de soins thérapeutiques très fréquents proposés aux patients qui venaient d'arriver, parfois complètement effondrés, sont très précieux parce qu'ils leur permettent de se relever. Nous sommes souvent témoins d'une véritable « réanimation psychique ».

Avec un peu de recul sur cette période, le compagnonnage institutionnel nous a permis d'être d'autant plus concerné par la parole de la personne que l'on accueille. C'est ce qui nous a fait inventer et tenir pour les patients en difficulté. Nous avons cultivé ce « micro-pouvoir » en tant que « micro-institution ». Ce qui a tenu : c'est l'accueil, la présence, un « contre-pouvoir » pour que la parole continue. Nous avons du faire face à une recrudescence de la violence qui a évidemment témoigné d'une souffrance importante. La clinique du quotidien c'est pour nous la création de lieux « sur mesure » au singulier pour les patients, un espace « cousu main » au un par un qui renvoie à la quotidienneté de notre artisanat. C'est ce que l'on doit à la psychothérapie institutionnelle et à la psychanalyse. Pour les patients le risque était que tout le monde « déserte ». Nous, justement, on tenait à « y être », et même les absents étaient là dans le récit du travail quotidien. La question de l'administratif, on aurait bien aimé témoigner qu'on s'en est passé, qu'on a pu inventer sans, mais en réalité on a plutôt inventé malgré elle. L'administratif et son versant bureaucratique de vérification et de contrôle n'ont peut-être jamais été aussi présents. Nous prenions l'information de la loi, ce n'était ni un ordre, ni une exigence hiérarchique, cela posait le cadre mais posait la question de ce que nous allions en faire. Le choix et l'idée a été de construire des temps nécessaires soutenant une parole structurante d'abord pour nous, et ensuite pour les patients, construire ce moment comme un « événement créatif ». On a poursuivi les inventions que le service avait engagé depuis des années, mais surtout du tissage, de l'ancrage, des espaces pour une continuité de présence pour permettre la cohabitation. De nombreuses solidarités se sont ainsi exprimées, beaucoup se sont mis à disposition. Il faut que nous puissions nommer nous-même ces solidarités et cette fabrique inventive afin de les soutenir et les diffuser par nos réseaux, avec notre langage clinique et éthique plutôt qu'elles soient captées et récupérées par les instances gestionnaires. Ceci afin de rester en éveil sur l'analyse permanente de l'aliénation sociale et souligner la distinction nécessaire et primordiale entre le champ de la pratique du soin et celui de la gestion économique.

Auto-organisation d'un centre de dépistage Covid par des soignants libéraux et hospitaliers

Présenté par Frédérick Stambach, médecin généraliste dans le Limousin

Il s'agit d'une expérience d'auto-organisation d'un centre de dépistage pour patients présentant les symptômes de la Covid afin de casser les chaînes de transmission au plus vite. Cela dans un contexte de manque total d'information et d'absence des institutions de santé publique. Très réactif, le dialogue a été extrêmement fructueux avec les élus locaux, car « tout à coup on avait le temps pour ce type d'échange puisque l'activité "classique" s'était effondrée, alors qu'auparavant n'avions jamais le temps à cause de la pénurie de soignants ». Nous nous sommes « auto-organisés », alors que l'ARS était totalement absente et n'est revenue vers nous, que tardivement, et pour brider notre action, demandant la désignation d'un responsable de centre. Il faudra quatre semaines à l'ARS et la ville de Limoges pour mettre sur pied un centre identique dans un gymnase, qui n'ouvrira finalement jamais.

Il s'est agi d'une véritable bascule du pouvoir et finalement l'ébauche d'une autre gouvernance réalisée empiriquement (combinant élus locaux et professionnels de terrain). De cette constatation est née [une tribune publiée dans Médiapart](#) : Pouvoir sanitaire aux soignants et aux usagers.

Cette mobilisation a permis de venir appuyer des revendications de collègues des urgences pédiatriques du CHU de Limoges, épuisés par deux années de conflit avec la direction. Celle-ci cédera en 48h à toutes les demandes, suite à la menace de la publication dans la presse locale d'une lettre à destination d'Olivier Véran !

Comment pérenniser ces liens entre hospitaliers et libéraux, qui souvent ne se parlent pas (aussi par manque de temps), se soutenir entre collègues, et nouer des relations étroites avec kinés, pharmaciens, infirmier(e)s, etc pour garantir l'accueil de premier recours ? L'alliance entre les soignants de premiers recours libéraux et hospitaliers est très féconde et dangereuse pour le pouvoir en place, qui joue depuis des années sur les divisions de ces secteurs afin de masquer que leurs problématiques sont communes.

Que penser de l'idée d'un statut d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) ?

Présenté par Fabien Paris, infirmier aux Urgences de St Nazaire, membre du Collectif Inter Urgences

Après un appel sur la position des urgences comme plaque tournante entre la ville et l'hôpital, Fabien Paris revient sur les revendications du CIU, notamment la revalorisation des salaires pour permettre un recrutement et une augmentation des lits d'hôpitaux, à hauteur des besoins. Pas d'avancée de la part du ministère de la Santé, malgré trois plans successifs.

Il souligne les difficultés causées par le « lean management » et le new public management, qui, en s'appuyant sur la tarification à l'activité, entraîne un taux d'occupation maximum des lits et une annihilation des activités non programmées (type Covid). Ces difficultés se retrouvent également en ville, avec des difficultés à trouver des consultations non programmées, d'où un report sur les urgences.

Parmi les pistes avancées pour faire face à ces difficultés, l'idée d'un statut d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA) en soins primaires a été élaborée petit à petit. L'objectif des soins de santé primaires est de *fournir des soins aux personnes dans leur globalité, en fonction des besoins de santé tout au long de leur vie, et non pas simplement de traiter certaines maladies données. Les soins de santé primaires garantissent que les personnes reçoivent des soins complets, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien* (définition de l'OMS). La santé primaire ne consiste pas qu'en la réalisation de soins techniques (diagnostic et traitement) mais aussi de participer à l'accès aux droits, la prévention des maladies et blessures, la promotion de la santé. Les IPA sont destinés tant à un rôle de tri en amont d'un recours au médecin lorsqu'ils sont spécialisés en soins primaires dans le cadre de maladies aiguës, qu'à des possibilités de suivi de pathologies chroniques en lien avec les médecins lorsqu'ils sont spécialisés dans le suivi des maladies chroniques courantes. Ce statut nécessite 2 ans d'étude supplémentaires, avec une reconnaissance et un élargissement des compétences ainsi qu'un meilleur salaire. Pour cela, on peut s'appuyer sur l'expérience de pays étrangers très hétérogènes (Canada, Islande, Jamaïque, Inde...) où existe ce professionnel de santé de premier recours, qui montre par des études qualitatives la pertinence de son existence. Ce professionnel doit aussi s'inscrire dans un réseau ville -hôpital pour orienter au mieux les patients qui le nécessitent vers le médecin le plus adapté à sa pathologie et enfin de les renseigner sur leurs droits à la santé et au fonctionnement de ce système.

Plusieurs limites ont été soulevées lors de la discussion, notamment sur l'instrumentalisation d'un tel statut dans la gestion de la pénurie médicale (coûte moins cher qu'un médecin), et parfois l'inadéquation des missions financées pour les IPA, ne correspondant pas aux besoins réels. Également leur utilisation comme « patch », variable d'ajustement, sans qu'ils fassent partie des effectifs de manière durable. Leur promotion par les ARS, des structures étatiques, est notamment un élément qui doit nous alerter, sans préjuger de l'idée en elle-même, mais bien de son utilisation.

Pratiquer, malgré le confinement, une psychiatrie humaniste, résistante et hors les murs : l'expérience d'une équipe de pédopsychiatrie de secteur

Présenté par Sandrine Deloche, pédopsychiatre dans le 14ème arrondissement à Paris.

Durant la période du confinement, les soignants de la pédopsychiatrie publique ont vécu un véritable paradoxe. Ils ont eu interdiction d'accueillir et de soigner en présentiel hormis les urgences mais ont dû assurer la continuité des soins via les outils numériques. Or la plupart des situations de confinement pour les enfants les plus fragiles étaient très délicates voire explosives. La colère suscitée par cette situation, comme si le soin psy n'était pas un soin indispensable, a incité une équipe de secteur à résister à cette injonction, malgré des désaccords au sein de l'équipe (une partie suit le mouvement de mise en place de téléconsultation), tandis que l'autre a résisté en créant un collectif pour inventer une continuité en chair et en os.

Les soignants sont allés au-devant des familles, faire une évaluation clinique de l'état des enfants, apporter des masques, des jeux. Nous avons aussi profité d'avoir un jardin au sein de l'hôpital pour recevoir les enfants et les familles au grand air. Le jardin représente alors un tiers lieu qui n'est tenu ni aux ordres hospitaliers, ni aux ordres de l'ARS et du gouvernement. Ces deux expériences ont été marquantes.

Ces deux moments ont remobilisé pour Sandrine l'histoire de la psychiatrie de secteur. Il est important de se rappeler l'épisode terrible des aliénés de la seconde guerre mondiale, faisant état de 40 000 disparus morts par abandon. En Lozère,

à Saint-Alban le refus d'abandonner les aliénés amorça le mouvement d'une pratique révolutionnaire, celle d'une psychiatrie humaniste, résistante et hors les murs. Ceci donnera lieu à la psychothérapie institutionnelle et à la psychiatrie de secteur, inscrite dans la cité. Prendre soin des personnes dans leur environnement, créer une expérience communautaire avec eux, rester à l'écoute de l'inventivité et de l'imprévu. Aujourd'hui aussi il faut lutter contre l'aliénation ambiante, vouloir des tiers lieux. Activer des initiatives inédites, réfléchir à un bien commun du soin en lien avec les problématiques écologiques. Pourquoi ne pas partir d'une éco-responsabilité du soin psychique ? Accueillir en circuit court, dans la singularité des personnes, dans la durée de l'engagement et de l'environnement.

L'expérience du Château en santé, dans une cité des quartiers nord de Marseille, pendant la crise Covid

Présenté par Elisa Bausson, conseillère conjugale et familiale et accueillante, et Julien Salle, médecin généraliste

Il s'agit d'un centre de santé communautaire, au milieu d'une cité des quartiers nord de Marseille, au sein d'une population reléguée, avec ses propres problématiques communautaires, culturelles et de précarité. Organisé en association de plusieurs professionnels de santé, secteur 1, tiers payant, financé à l'acte et par diverses subventions, le lieu du château en santé est une bastide au milieu d'un jardin.

Si l'idée a germé en 2010-2011, le centre n'a ouvert qu'en 2018, après un long chemin auprès d'instances multiples, dans une incompréhension du projet assez générale. Les seuls acteurs ayant aidé à sa naissance ont été les structures de terrain, proches.

Lors de la crise du Covid, auto-organisation rapide pour créer deux espaces séparés pour accueillir les patients Covid et les autres alors que tous les services sociaux, le CMP la PMI, les écoles, ferment. Comme partout, silence bruyant de l'ARS. Organisation d'un centre de dépistage Covid, avec l'aide de MSF, d'un autre centre de Santé, de l'hôpital Nord de Marseille et d'autres acteurs. Devant la difficulté des Restos du Cœur, distribution de colis alimentaires (nécessité de l'aide alimentaire estimée à 3000-4000 personnes/j dans le quartier).

L'intensité du début a été remplacée par une certaine attente du fait de la baisse du nombre de consultations et du peu de patients covid. Ce temps libéré n'a semble-t-il pas permis de construire ou d'ouvrir des liens durables, du fait de la fermeture de nombreuses structures pendant la crise et du retour à une activité quotidienne très intense. Ou alors il est trop tôt pour les voir. Difficultés à fonctionner avec l'hôpital, relations très verticales, y compris pendant le covid.

Récit de travail Frédérick Stambach

Entretien avec Frédérick Stambach, médecin généraliste, Ambazac, Haute-Vienne – 15/7/2020

Je suis médecin généraliste dans un petit groupe médical. J'exerce en campagne, dans le Limousin à Ambazac en Haute-Vienne. C'est une petite ville de 5 à 6000 habitants mais c'est conséquent pour le Limousin. Ça me permet d'avoir une activité de campagne mais il existe aussi de petits HLM avec les toutes les problématiques sociales qui y sont souvent liées, comme en ville. J'ai donc une activité assez mixte contrairement à la campagne ou la ville pure. Ça me permet d'avoir un panel large de patients : des patients ruraux purs, des patients issus des classes populaires, des classes intermédiaires, de la petite bourgeoisie locale et pas mal d'enseignants du primaire et du secondaire (il y a un collège à Ambazac). Chaque catégorie sociale a ses problématiques propres.

A côté de ma formation médicale classique, j'ai beaucoup travaillé sur les déterminants sociaux de la santé. Je dis à côté car cela ne fait malheureusement pas partie du cursus « normal ».

J'ai eu ma thèse en mai 2014, et je suis à mon compte depuis novembre 2014 mais ça faisait déjà un an que je travaillais là où j'exerce aujourd'hui, en libéral c'est-à-dire hors de l'hôpital. J'ai une fibre sociale assez marquée et j'ai toujours été étonné, lorsque je travaillais à l'hôpital, de voir que les problèmes sociaux sont prépondérants dans beaucoup de pathologies, au-delà des problèmes médicaux stricto sensu. Je me suis donc orienté vers l'épidémiologie et la sociologie notamment après avoir lu certains articles de Frédéric Pierru dans des revues spécialisés, qui m'ont fait me rendre compte que mon intuition était jet d'une recherche académique active depuis plusieurs dizaines d'années, mais que toutes ces connaissances sont en fait étanches au monde médical clinique, donc du terrain. Ce qui laisse place à de nombreux préjugés délétères aux soins. Je me suis donc intéressé à tout cela, j'en ai fait un mémoire pour mon diplôme de médecine générale et j'ai publié un article de

synthèse dans une revue médicale. Pour moi, quelque part, la médecine (en particulier la médecine générale) fait partie des sciences sociales, avec un fondement de « sciences dures » bien entendu mais les sciences humaines sont au moins aussi importante que les bases scientifiques, ce qui signifie qu'il manque 50% de connaissances aux médecins, et aux soignants en général, sauf si ceux-ci se documentent en marge de leur formation.

J'aimerais beaucoup creuser ce sillon, faire des ponts entre toutes ces disciplines (sociologie, économie, anthropologie, médecine), et je pense que je le ferai de façon plus académique lorsque je retrouverai un peu de marge de manœuvre, c'est à dire quand mes deux filles auront un peu grandi (la plus petite a 3 ans). Je vise certains diplômes universitaires, mais avec la charge de travail qui va croissant, la pénurie médicale, le temps est ce qu'il me manque le plus .

Le groupe médical où j'exerce est un groupe assez basique. On a chacun des parts. En gros, c'est comme si c'étaient 4 cabinets superposés, mais ça permet de mutualiser une secrétaire médicale correctement rémunérée plutôt de que d'avoir un secrétariat dématérialisé comme on en voit beaucoup maintenant. On mutualise du matériel et on peut tourner entre nous pour avoir chacun un jour de « repos » dans la semaine, c'est à dire un jour où nous ne consultons pas mais faisons souvent d'autres tâches que nous n'avons pas le temps de faire habituellement. Car lorsqu'on est seul ce n'est pas simple parce que, en principe, on ne doit pas fermer sans remplaçant ou sans solution pour les patients, nous avons une permanence de soins à assurer de 8h à 20h la semaine et de 8h à 12h le samedi. L'avantage du groupe, c'est de pouvoir s'appuyer sur un collègue pour prendre les urgences du jour, ou pour être sur place. Quand j'ai démarré, je n'avais pas la possibilité de faire une maison de santé et je n'étais pas sûr que ça m'intéresserait. Mais je vois bien aujourd'hui que ce sont des projets intéressants. Et les élus locaux sont actifs sur ces sujets.

Dans la crise du COVID, c'était curieux la façon dont les élus locaux ont été évincés. C'est pour moi, c'est révélateur de ce qu'est devenu notre État central, déconnecté des acteurs de terrain dont font partie les maires par exemple. Quand je suis allé les voir pour savoir ce qu'ils savaient de l'épidémie, et bien ils n'avaient aucune information de la préfecture ou des ARS. Ils étaient dans l'après élection (c'était le lendemain du 1er tour des municipales). C'était effrayant, ils étaient complètement mis de côté.

J'ai l'impression que c'est un problème plus profond. Je me souviens d 'élus locaux UMP creusois qui étaient vent debout sous Sarkozy, donc j'ai l'impression que c'est quelque chose en place depuis plusieurs années. Les élus locaux voient les dégâts, ils doivent en répondre auprès des citoyens, ce qui n'est pas le cas des agences et des ministères qui sont complètement déconnectés. Les maires ont été obligés de se débrouiller, on l'a vu pendant la crise, alors qu'ils devraient être parties prenantes de l'offre de soin de santé, qu'ils sont des acteurs importants.

Par rapport à l'exercice de ville, la question de la permanence de soins se pose différemment. Et ici, en Haute-Vienne, on a une organisation originale pour les astreintes. Il y a beaucoup d'endroits où les médecins généralistes ne prennent plus de garde, en ville comme à la campagne du fait du manque d'effectif. Du coup les gens sont obligés d'aller aux urgences ou bien d'appeler

SOS Médecins pour ceux qui sont en ville ou à la périphérie des villes. Ici a été mis en place un système efficace pour les gardes : le département est découpé en 6 secteurs avec sur chacun d'eux, un médecin qui se déplace et un médecin qui peut voir les patient à son cabinet, moyennant une rémunération fixe d'astreinte pour chacun d'eux (comme les hospitaliers, même s'ils ne voient aucun patient ils touchent quand même leur astreinte). Dans la haute-vienne, nous avons une densité médicale un peu au-dessus de la démographie nationale, mais nous ne participons pas tous aux astreintes. Cependant, ça fonctionne bien et les régulateurs du 15 sont contents car ils ont les noms des collègues qu'ils peuvent appeler et ça évite des prises en charge aux urgences inutiles. C'était une organisation-test datant du début des années 2010, avec deux autres départements dont j'ai oublié le nom, l'idée était ensuite de généraliser ce système au niveau national si cela marchait. Mais comme toujours il s'agit d'une question de coûts, ils faut savoir si c'est rentable financièrement – c'est ce qui les intéresse. Payer des astreintes et des actes pour éviter des hospitalisations, est-ce que c'est plus cher ou pas ? En cas d'hospitalisation par le médecin de généraliste de garde, cela signifie qu'en plus du coût d'hospitalisation et de transport (qui aurait été le même si la régulation avait envoyé directement une ambulance au patient) il faut ajouter le coût de l'astreinte fixe et le coût de l'acte du médecin.

Je sais seulement que depuis qu'on est passés sous la coupe de Bordeaux au niveau de la grande région, notre système n'a pas l'air de bien leur plaire. Pour l'instant, en tous cas, on a un système qui fonctionne bien avec des gardes assurées. J'ai une amie urgentiste partie à Libourne, où il n'y pas de médecin généraliste de garde, qui me disait que si là-bas une personne a un problème nécessitant un examen médical, elle est obligée de la

transférer aux urgences.

La régulation, c'est le 15, le SAMU : ce sont des professionnels qui prennent les appels et qui interrogent les personnes pour évaluer ce qu'il faut faire, s'ils auront besoin ou non d'être vus par un médecin ou d'être hospitalisés. A Libourne, la régulation n'a personne sur qui renvoyer le patient si elle considère que la personne en question devrait plutôt consulter un médecin généraliste. Alors que dans la majorité des cas, nous, on n'hospitalise pas les patients qui nous sont adressés par le 15. Au niveau de la régulation, je leur tire mon chapeau car ce n'est pas simple de faire une évaluation par téléphone sans clinique, ils se trompent rarement. Mais il y a des endroits où l'offre de soins est si dégradée que les collègues n'arrivent plus à assurer les astreintes. Il m'est arrivé de sortir 3 ou 4 fois dans la nuit, c'est un peu raide et à partir d'un certain âge c'est plus dur mais cela fait partie du métier. C'est là que l'on voit que la démographie des soignants est probablement la question principale. La crise COVID

Au début, je suivais comme tout le monde sans arriver à me faire une opinion claire sur le sujet. Ce qu'il faut savoir, c'est que les médecins n'avaient pas d'autres informations que ce qu'on trouvait dans les médias. On avait aucune information de l'ARS, nous ne savions pas si des cas étaient signalés dans la région. J'ai commencé à comprendre que c'était dangereux quelques jours avant le confinement, en regardant ce qui se passait en Italie. Juste après le premier tour des élections municipales, vu qu'on n'avait pas de tests ni de masques, il fallait que les gens restent chez eux. On a tout de suite imaginé qu'on allait devoir faire comme en Italie, avec des soins palliatifs à domicile. Le 16, j'ai donc demandé à voir le maire de ma ville. J'ai pu le faire parce qu'avec mes collègues médecins, on a tous coupé notre activité : il faut bien comprendre que notre problème, lié à celui de la démographie médicale en berne, est celui du temps disponible pour pouvoir échanger. L'ARS, de son côté, pense que si les médecins ne veulent pas se réunir et prendre une heure pour échanger entre collègues, c'est parce qu'ils ne sont pas payés. Mais non : c'est que nous n'avons pas une heure de disponible ! Comme on est en sous-effectif partout et qu'on est tous saturés, on a du mal, en pratique, à se parler. Or là, on a coupé nos activités non urgentes, en coordination avec les infirmiers et les autres professionnels. On a regardé ce qui était urgent ou pas et on a sélectionné, c'est ce qui nous a permis d'avoir du temps. Donc je suis allé voir le maire, je lui ai demandé ce qu'il avait comme information et il m'a confirmé que, comme nous d'ailleurs, il n'avait aucune information de l'ARS ou de la préfecture. La seule chose qu'il avait essayé de mettre en place avec d'autres maires alentour, c'était une permanence pour proposer une garde pour les soignants, ce qui était une super idée ; mais l'ARS a réagi dans un premier temps en leur disant de ne pas le faire avant de changer d'avis 24h plus tard.

Quoi qu'il en soit, le maire était encore plus à l'aveugle que nous sur la situation nationale. Nous avons échangé sur la situation et j'ai trouvé quelqu'un qui était soucieux de protéger la population locale, comme ses collègues alentour. Ils sortaient du 1er tour des municipales, nous voyons encore à quel point il était dangereux d'avoir maintenu ce premier tour et la responsabilité qu'a pris le gouvernement. Toute l'énergie des maires et de leurs équipes a été utilisée pour organiser l'élection alors que nous aurions pu l'utiliser pour mettre en place le confinement dès le samedi/dimanche plus sereinement.

En tout cas, l'équipe municipale voulait vraiment aider et les maires ont des moyens pour cela. Par exemple des agents municipaux ont assuré la prise en charge des courses pour les personnes isolées qui ne pouvaient plus aller faire leur course. On a aussi fait des listes de personnes fragiles et organisé des communications auprès d'elles pour qu'elles puissent appeler et être ravitaillées. Sans les mairies, je ne sais pas comment on aurait pu faire, le confinement généralisé aurait été impossible.

Nous nous sommes rendu compte aussi que sans une salle dédiée, ça allait être compliqué pour nous, médecins. Car notre objectif était de casser la chaîne de contamination. Nous ne savions pas encore que nous serions relativement préservés. Or, dans la chaîne de contamination, le cabinet médical est un point majeur : c'est ce qui fait qu'on a dû arrêter aussi nos consultations non-urgentes, parce qu'on mettait les gens en danger. Le maire nous a prêté une salle pour organiser des entrées et sorties différentes car ce n'était pas possible dans notre cabinet.

On a fait ça à 7 médecins ce qui a permis de mutualiser les moyens très faibles dont nous disposions (pas de possibilités de se ravitailler en masques, ou en gel hydro-alcoolique à ce moment). Ce sont les gens qui nous ont apporté leurs moyens, les masques qu'ils avaient, les blouses, etc. On s'est organisé avec les pharmacies aussi. Comme on avait du temps, on a pu se parler : les pharmacies centralisaient les dons et puis on partageait pour éviter qu'un seul ait tout. Et on pouvait ainsi se protéger au mieux pour aller chez les gens.

Les cantinières des services municipaux nous ont aussi aidés ; elles ont vidé leurs stocks et nous les ont donnés : des kits avec une charlotte pour la tête, des protections de chaussures, une blouse jetable et un masque chirurgical (non homologué). Ce qui nous a été hyper utile, ce sont les blouses : dans notre salle dédiée, on a pu

faire des tests avec des kits que les laboratoires nous ont donné mais qui nécessitaient obligatoirement des blouses pour éviter de contaminer les patients. Puisqu'avec l'écouvillon dans le nez, un patient peut tousser ou éternuer et alors on pouvait contaminer à notre tour le patient suivant. Tout cela a pu se faire grâce à ce que nous ont donné les cantines. Des gens nous ont aussi apporté des visières de bricolage, etc. Il y a eu un grand élan de solidarité. Il y avait des patients qui m'appelaient pour me dire « j'ai trouvé 3 FFP2 dans mon garage, ça vous intéresse ? ».

Avec la salle dédiée l'idée était de casser la chaîne de contamination et cela a joué dans le fait que la région est restée relativement épargnée, car dans le département il y a eu plusieurs initiatives similaires. En bout de chaîne, cela a permis au service de réanimation du CHU de Limoges de pouvoir prendre en charge des patients d'autres régions. Ça aurait été difficile, sinon, d'organiser les transferts des patients.

J'ai dû en avoir une dizaine de cas je pense. La moitié a été confirmée par test. Mais on ne pouvait pas tester tout le monde à ce moment-là (mi-mars). Ces 10 cas, je les ai eus dans les 15 jours qui ont suivi les municipales. Et au bout de 15 jours, on a vu les cas s'effondrer. S'en est suivie une période très étrange, car on avait coupé nos activités classiques, les gens n'appelaient plus et on n'avait pas de cas. Il y a eu plusieurs semaines un peu irréelles où on a passé beaucoup de temps au téléphone et sans plus personne en consultation. Depuis fin mars, on n'a plus eu de cas du tout. Aucun cas positif même après le confinement malgré les tests massifs.

Les maires d'ici ont vraiment l'habitude de se débrouiller. C'est ce qu'ils m'ont dit au moment où il fallait rouvrir les écoles dans des conditions hallucinantes, ils ont l'habitude de se débrouiller et souvent sans soutien de – voire contre – l'État central. Ils sont souvent obligés de ruser avec les directives, qui sont souvent déconnectées des réalités locales. Quelque part, ils n'étaient pas tellement surpris, moi si par contre. Je pensais par exemple qu'il y aurait des affiches pour la population, puisque plein de gens sont sans Internet, mais rien n'a été donné aux maires, il leur a fallu se débrouiller seuls. C'était peut-être différent dans les grandes villes. A Limoges, l'ARS a voulu créer un grand espace de consultation dédié au COVID dans un gymnase, très bien : mais un mois après le début de la crise, le gymnase n'était toujours pas ouvert (et il ne le sera jamais puisqu'à partir de fin mars il n'y avait pratiquement plus de cas dans le département et il a été décidé de ne pas l'ouvrir). Du temps perdu, donc, et un côté un peu étonnant.

Chez nous, en 48h la salle était prête et nous commençons à consulter. A peu près 3 semaines après qu'on ait commencé, on a reçu de l'ARS via l'ordre des médecins, un rapport de 17 pages. On nous demandait des trucs complètement déconnectés : il fallait qu'on ait des protections bien spécifiques, une bouteille d'oxygène, un défibrillateur, voire un accueil... Ce qui était impossible pour nous. Et surtout, il fallait qu'une personne soit désignée comme responsable de centre et signe sur l'honneur qu'on respectait bien toutes ces obligations alors même que c'était infaisable ! Pour la petite histoire, ça faisait 3 semaines que je réclamaïis de mon côté une bouteille d'oxygène sans aucune possibilité de l'avoir, et là, ils voulaient nous l'imposer... Ce qu'ils voulaient, je pense, c'était surtout un responsable juridique. Pour se couvrir. Au lieu d'aider, ils nous plombent en faisant passer le message qu'en cas de procès, ils ne nous soutiendront pas, ce sera le responsable du centre (puis le directeur d'école lors de la rentrée scolaire) qui sera mis en cause...

Tous ces gens-là avaient disparu au début de la crise. Pendant plusieurs semaines on s'est débrouillés seuls. On a donc très mal vécu qu'ils arrivent ainsi, après coup, pour nous demander en plus de désigner un responsable et de signer sur l'honneur. Donc on a fait une lettre signée par de nombreux généralistes, qui disait en substance « on s'est débrouillés depuis le départ, on a risqué notre santé par votre incapacité à prévoir, maintenant laissez-nous travailler ! ». Surtout que l'ARS et les autorités sanitaires avaient été incapables de mettre les choses en place sur Limoges. Certes, c'est bien d'avoir un protocole rigoureux, mais en situation de crise, il faut savoir s'adapter. En envoyant notre lettre à l'ARS, on a eu droit à un article dans le journal, à un passage au journal régional puis au journal national dans l'œil du 20h.

Le lendemain de mon passage au journal de 20h, le capitaine des pompiers de Limoges m'a appelé pour me dire qu'il avait du matériel (des bouteilles d'oxygène, défibrillateurs...) et que cela faisait un mois qu'il proposait à l'ARS de le distribuer aux généralistes, et qu'il se heurtait à un refus de leur part. Incompréhensible ! Du coup, avec notre coup de gueule, nous avons court-circuité l'ARS. Les pompiers nous ont prêté du matériel et nous en ont fourni ensuite pendant toute la crise. Au final, cette histoire nous a permis d'avoir tout le matériel qu'on voulait, grâce aux pompiers. Cela étant, on ne s'était pas caché et l'ARS aurait très bien pu nous appeler pour nous proposer la même chose, mais non, au lieu de cela, c'était le bâton administratif du « signez sur l'honneur » !

Après, il est vrai que l'ARS du Limousin a été dépossédée de ses moyens. C'est Bordeaux qui gère aujourd'hui. Et je reconnais que nous ne sommes pas allés à sa rencontre. En tant que médecins généralistes en « libéral », contrairement à l'hôpital, on a encore pour l'instant une certaine liberté pour s'organiser comme on veut, sans un trop grand poids hiérarchique sur nous. Notre contrôle vient surtout de la caisse de sécurité sociale, par le biais des médecins conseils. Ils ont une forme de supériorité juridique par rapport à nous, en particulier parce qu'ils peuvent casser nos arrêts de travail. S'ils cassent notre arrêt, on peut contester avec le patient mais on entre alors dans des procédures très compliquées et le patient n'a plus d'indemnités durant tout ce temps. L'ARS, on a peu de contact avec les personnes qui y travaillent. Pendant la crise, on a très peu échangé sauf par presse interposée. Ma position n'est pas anti-ARS, c'est juste que je trouve que leur fonctionnement ne va pas, ils sont imprégnés par la culture du New management public, comme tout ce qui est dans le giron de l'état. Mais d'un autre côté l'ARS n'est qu'une courroie de transmission. Quand vous n'avez pas de budget, pas de assez de soignants vous ne pouvez rien faire : c'est leur cas et on leur demande d'organiser l'offre de santé sur le territoire...

Pour ce qui me concerne, je ne pouvais pas supporter cette tutelle administrative à l'hôpital, c'est pour ça que je me suis installé ici en tant que médecin.

Je n'échappe pas à un réflexe de défiance vis-à-vis de l'administration centrale et d'une façon plus générale vis-à-vis des institutions étatiques. Spontanément, je ne les vois pas comme des partenaires, mais plus comme une instance de contrôle. Du coup je n'ai même pas eu l'idée de les contacter, ce qui m'apparaît, avec le recul, comme une nouvelle illustration de la rupture entre les citoyens et les institutions censées les « administrer ».

Il faut reconnaître que nous avons besoin d'administratif. Ce qui est embêtant, c'est quand l'administratif tourne en boucle tout seul et que les acteurs de terrains ne sont pas consultés, et surtout pas décisionnaires dans les grandes orientations du système de soins. Frédéric Pierru a publié des papiers sur la souffrance des gens qui travaillent dans ces administrations, qui s'y engagent dans un esprit de service public et qui au final, doivent fermer des lits et le vivent très mal. Je pense qu'il doit y avoir une adhésion à une autre gouvernance parmi ce personnel administratif. Ce qui est sûr c'est que quand on leur a envoyé notre lettre, avec l'écho médiatique associé, le directeur de l'ARS a répondu de façon assez penaude en fait. Il a répondu que le document n'avait aucune valeur obligatoire. Ils ont reculé car c'était intenable politiquement et médiatiquement à ce moment de la crise. Après, sur le plan juridique, je ne sais pas s'ils auraient pu réellement nous faire fermer. Mais en fait je les vois plus comme des boucs-émissaires, d'ailleurs le gouvernement commence à dire que ce sont les corps intermédiaires qui n'ont pas fait ce qu'il fallait, c'est à dire les ARS, l'état central ayant été comme chacun sait exemplaire. Alors, c'est vrai que dans le feu de la crise, ils nous ont agacé. Mais je pense que ce n'est pas en fermant les ARS qu'on va s'en sortir, le problème est ailleurs.

De mon point de vue, les responsables politiques savaient d'emblée que les ARS mises sur pied en 2009 avaient pour but de gérer la pénurie de moyens aggravées par la crise des subprimes de 2008. Ils n'avaient aucunement l'intention de s'attaquer aux causes de la pénurie, mais il fallait la gérer. Ils savaient que ça allait se crispier avec les soignants. D'ailleurs, dès le début de la crise sanitaire, l'une des premières réactions a été de geler les traités européens pour que la puissance publique puisse intervenir. En fait les problèmes majeurs sont dans la pénurie des soignants et dans le budget insuffisant.

Finalement, sur le terrain et de façon empirique nous avons réussi à ébaucher un embryon de ce que pourrait être une autre gouvernance, associant étroitement les élus locaux (représentant les citoyens) et les soignants du territoire. Plus réactive, plus centrée sur les besoins du terrain.

La tribune « Pouvoir sanitaire aux soignants et aux usagers! #SoignonsEnsemble »

La tribune qu'on a publiée avec Julien Vernaudeau, gériatre hospitalier aux hospices civils de Lyon, est venue après. Notre idée était de partir du terrain, de voir ce qu'on avait vécu pendant la crise et de faire le lien avec les causes structurelles des difficultés de l'hôpital et des professionnels de santé. Avec la tribune, on cassait la séparation habituelle entre les hospitaliers et les libéraux. A mon avis, le « conflit » entre ces deux corps n'a plus lieu d'être mais pourtant, le clivage demeure. Le gouvernement en joue. Quand les urgences sont saturées, c'est toujours, pour lui, parce que les généralistes ne font pas leur travail. Il suffit de lire le dernier rapport Mesnier... Les syndicats de généralistes montent au front en criant au scandale, en disant « on fait tant d'actes, etc. » mais il faudrait prendre les choses autrement. D'ailleurs dans mon département on a le système d'astreintes que j'évoquais tout à l'heure, et pourtant les urgences sont saturées aussi, tout simplement parce que le problème est ailleurs : on manque de lits et de personnel à l'hôpital. Mais dire cela, ce serait admettre la nullité des politiques de santé mis en place depuis au moins 15ans, c'est donc plus simple de mettre les dysfonctionnements sur le dos des généralistes, cela dédouane les politiques et évite d'assumer des décisions pourtant désastreuses.

Le gouvernement joue là-dessus parce que tant qu'on se tire dans les pattes, on n'est pas trop dangereux. Quand il voit que l'alliance prend, ça l'inquiète. Pour nous, cette alliance est très prometteuse. Quand nous avons proposé la tribune, les gens ont signé assez massivement, médecins hospitaliers et libéraux, infirmiers, kinés, pharmaciens...

Cette tribune est un point de départ, j'espère. Sur le plan pratique, j'ai toujours rêvé de faire des réunions régulières avec les professionnels du soin de ma région. L'idée, c'est qu'on a tous partie liée notamment hospitaliers et libéraux. Pas seulement au niveau des médecins, qui ont une certaine tendance, c'est vrai, à considérer que c'est à eux de décider de tout – ce n'est pas notre position.

L'originalité de notre tribune est dans ces deux dimensions : une ouverture aux soignants de terrain qui permet de décloisonner la rivalité habituelle entre hospitaliers et non hospitaliers et une démarche citoyenne où la santé doit être considérée comme un bien public relevant de la délibération collective, dans laquelle il faut certes de l'expertise mais aussi une part de décision qui proviendrait de ceux qui financent la santé, c'est-à-dire des citoyens. Ce qu'on espérait, donc, c'était créer un déclic chez les soignants et les patients/citoyens en montrant que si à l'hôpital on avait pu mieux fonctionner pendant la crise épidémique, c'est parce que le verrou budgétaire avait sauté et que les administratifs avaient pu devenir des partenaires. Le but était ensuite de monter en généralités pour mettre le doigt sur les causes structurelles, des dysfonctionnements du systèmes de santé. En particulier, d'essayer de les faire regarder vers les traités européens.

La pétition en ligne a recueilli environ 6000 signatures, et nous avons eu une couverture médiatique intéressante, locale d'abord avec notamment france 3 limousin, france bleu limousin, puis le reportage a été diffusé sur France 3 national.

Ce qui m'a le plus surpris c'est l'adhésion des journalistes à nos idées, en particulier ceux du service public avec qui j'ai pu discuter (France 2, France 3, france bleu). Ils m'ont dit la même chose, « on comprend parfaitement ce que vous vivez dans la santé (une bureaucratie tatillonne déconnectée du terrain et parfois parasitaire) car nous vivons la même chose avec la direction de France télévision ou radio France.

Cela prouve que la bureaucratie est consubstantielle au new public management. Contrairement à une idée reçue, bureaucratie et néolibéralisme sont les deux faces d'une même médaille. Ce qui explique le rejet de l'administration qui court dans la société actuellement, elle est ressentie (souvent de façon confuse) non pas comme étant au service des citoyens, mais comme la forme concrète et palpable que prennent les politiques néolibérales d'austérité et de destruction des services publics. Des administrations qu'il faudrait contourner en somme.

Le conflit gagné avec la direction du CHU de Limoges

Notre méthode a ensuite été validée empiriquement sur un cas concret juste en sortie de confinement. Suite à la tribune, le chef des urgences pédiatriques de Limoges m'a contacté car il était en conflit depuis plusieurs années avec la direction du CHU de Limoges. Notre tribune et nos démêlés avec l'ARS lui a donné envie de changer de stratégie, de passer à une attitude offensive, de créer un rapport de force en utilisant notre méthode : alliance de soignants et de citoyens avec appui médiatique. Son appel était déjà pour nous une grande victoire, nous avons réussi à provoquer quelque chose de concret.

Je l'avais vu juste avant la crise, il était au bord de l'épuisement. Il réclamait l'application d'une directive datant de 2015, pour que les médecins urgentistes, en sous effectif chronique, puissent passer progressivement à 48h par semaine. Il se heurtait à un refus pour raison budgétaire, car cela entraînerait automatiquement des embauches. Cette situation provoquait le départ des jeunes urgentistes (puisque partout ailleurs en Limousin cette directive était appliquée), et l'impossibilité de recruter. Ils étaient en gros 5 équivalent temps plein alors que l'activité en justifiait le double, c'est dire la surcharge de travail à laquelle ils devaient faire face. Depuis plusieurs semaines, 4 urgentistes, dont mon collègue chef de service, menaçaient de démissionner, ce qui signifiait une probable fermeture du service des urgences pédiatriques (le seul en Limousin) sans que cela n'émeuve le directeur du CHU. Nous avons donc eu l'idée d'écrire une lettre au ministre de la santé (comme l'avait fait le maire de Nancy et le président de la CME du CHU de Nancy pendant le confinement aboutissant au limogeage du directeur de l'ARS grand-est), pour

signaler cette situation, de la faire signer par le maximum de soignants hospitaliers et non hospitaliers puis de la publier dans la presse locale (j'avais l'accord du quotidien local). Avec mes contacts médiatiques, nul doute que la radio et la télévision locale s'en seraient emparée. Nous avons travaillé un week-end dessus puis on a recherché des signatures. A ma grande satisfaction, je constatais que la diffusion informelle du courrier très limitée (par mail et whatsapp) dans mes réseaux professionnels locaux rencontrait un grand succès, notamment auprès des généralistes, scandalisés par cette situation. En 24h j'avais une centaine de noms dont la moitié de généralistes. Mon collègue a alors fait passer le courrier au directeur général avec menace de publication.

Le directeur a alors proposé un entretien 48h après, au cours duquel il a absolument tout accepté sans mentionner de problème budgétaire !

Je n'y ai pas assisté, mais mon collègue m'a dit que l'entretien était un peu lunaire, il faisait les questions, les réponses et semblait terrorisé à l'idée de la publication. Il m'a dit également que l'implication des soignants libéraux, notamment des généralistes, l'avait impressionné. En effet à ma connaissance c'est assez inédit. Les généralistes ont pour habitude de ne pas se mêler des affaires hospitalières. C'est une grave erreur à mon avis. Ce qui prouve bien que la clé est dans l'alliance des soignants de tous bords, il faut essayer d'impliquer les hospitaliers dans les problématiques des libéraux et vice versa.

J'ai d'ailleurs dû freiner mon journaliste local car la lettre devait être publiée le lendemain, car nous étions persuadés que la publication serait nécessaire nous ne pensions pas qu'il céderait aussi facilement. Cette lettre ne sera donc jamais publiée.

Ce qui m'a le plus intrigué ce sont les réactions du directeur général puis du directeur des ressources humaines, qui ont tous deux adopté une attitude d'évitement. En disant qu'il comprenait, qu'il avait eu raison, que c'était une bonne chose pour le chu, etc...Nous nous attendions à ce qu'ils acceptent de mauvaise grâce, en critiquant notre méthode (un chantage tout de même). Mais leur attitude a été plus subtile, car je pense qu'il s'agit d'une

tactique managériale (enseignée comme telle) d'évitement d'un conflit que l'on vient de perdre. Tant qu'ils avaient le dessus, ils assumaient la confrontation. Dès qu'ils perdent la main, ils n'assument plus, se faisant presque passer pour des alliés, lissant ainsi le conflit dans un consensus mou et surtout hypocrite. Ce qui éteint une contagion potentielle à d'autres services.

J'ai réfléchi ensuite aux raisons de l'implication des généralistes que j'ai trouvée remarquable. Depuis deux ou trois ans, mon collègue chef des urgences organisait tous les ans des soirées de formation dans lesquelles il faisait intervenir des collègues spécialistes, avec des thèmes pour la médecine générale. Les confrères et consœurs le connaissaient de nom car il envoyait des courriers à tous les cabinets du département pour inviter les généralistes à cette soirée. C'était vu comme une marque de respect. Chez les médecins généralistes il y a en effet souvent un petit complexe d'infériorité vis-à-vis des spécialistes, mais ce n'est pas assumé. Beaucoup se plaignent qu'« il n'y en que pour l'hôpital », il y a toujours ce sentiment de ne pas se sentir reconnu à sa juste valeur. Mais pour le dire vite, ceux qui font de la médecine générale sont souvent ceux qui n'ont pas eu les bonnes places dans le classement de l'internat, et ont choisi médecine générale par défaut. Pour donner un exemple un peu drôle, j'ai appris que dans les universités parisiennes, certains professeurs menaçaient les étudiants de finir « généraliste à Limoges » s'ils ne travaillaient pas bien. La honte suprême pour les motiver !

Bref, les généralistes vivent un peu avec ce complexe-là. Du coup, je pense que ces formations-là ont joué un rôle dans l'établissement de bonnes relations en raison du respect éprouvé. Effectivement, mon collègue tient la médecine générale en haute estime.

Notre idée maintenant, c'est de travailler avec le chef des urgences adultes qui est un ancien généraliste et qui a donc une estime particulière pour la médecine générale. Nous avons donc la grande chance d'avoir deux chefs de service qui reconnaissent la valeur de la médecine générale, c'est un préalable indispensable pour ébaucher de nouvelles relations entre urgentistes et généralistes.

On voudrait faire une journée de réflexion avec tous les généralistes du coin pour réfléchir à ce qu'on pourrait améliorer pour travailler ensemble. Démêler les multiples dysfonctionnements qu'il peut y avoir entre nous, qui sont souvent très facilement surmontables. Car ma vision des choses c'est que les généralistes et les urgentistes forment un vaste système de soins de premier recours, le premier échelon du système de santé, donc on a intérêt à travailler ensemble. Lorsqu'un patient a un problème aigu il appelle son médecin généraliste ou il va aux urgences, on est dans le même bateau et on a envie de pérenniser cette alliance.

Dans l'idéal, je voudrais convier tout le monde. Mais si déjà dans un premier temps on arrive à casser la séparation entre médecins hospitaliers et généralistes, ensuite les infirmiers, les kinés, les orthophonistes, etc...

je pense que nous arriverons à les fédérer. J'ai l'impression que si on ouvre d'emblée à tous les professionnels, ça ne va pas marcher. Il faut procéder par étape car la route est longue, mais cette crise aura été un révélateur de cette communauté d'intérêt.

Récit de travail Julien Vernaoudon

Entretien avec Dr Julien Vernaoudon, Praticien Hospitalier Gériatre, Hospices Civils de Lyon, Centre de Recherche Clinique « Vieillesse, Cerveau, Fragilité », Centre Mémoire Ressources et Recherche de Lyon

15/7/2020

Je suis médecin hospitalier gériatre aux hospices civils de Lyon, c'est-à-dire dans le service public. Je suis dans un service hospitalier de ce CHU depuis 2017. Avant j'étais en Franche-Comté. J'ai 35 ans, j'ai toujours travaillé dans le service public. Je travaille dans un service particulier et spécialisé puisque je m'occupe de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée présentant des troubles du comportement ; ce sont des patients qui sont un peu délaissés habituellement par les autres services.

Ce sont des patients qui, en général, sont pris en charge par le service public. Il peut y en avoir dans le privé mais c'est alors souvent dans des cliniques mutualistes, des structures à but non lucratif, car ils ne sont pas rentables. Le service public, c'est un vrai engagement pour moi.

Avec la crise du COVID, j'ai dû transformer mon service en service COVID car j'avais des patients atteints. On avait un gros dilemme : soit on fermait, soit on transformait le service en unité COVID, ce qui permettait à nos patients de ne pas être attachés dans des services non adaptés à eux. Cette question, on se l'est posée dès le 16 mars, quand le confinement a démarré. C'est nous, unilatéralement, avec mon chef de service et la cadre de santé, qui avons pris la décision d'adapter l'unité. On s'attendait à des frictions avec l'administration, mais elle a donné son accord d'emblée en nous demandant de quoi on avait besoin en termes de moyens et de matériels et en nous disant « on suit ». Énorme surprise : on a pu avoir des moyens humains facilement, renforcer nos équipes de la journée et la nuit, on n'avait pas de freins. Là où, habituellement, on a besoin de monter un dossier pour toute activité nouvelle, là pas besoin. Le paradis !

Deuxième chose : être médecin hospitalier c'est prendre soin des gens, mais c'est aussi faire des démarches administratives (les démarches qualité, le codage des activités...) pour permettre à l'hôpital d'être rentable. Et là, tout cela a été suspendu. On nous a dit « notre service est à disposition », en parlant du service d'information médicale, habituellement qui vérifie seulement que nous faisons correctement le codage et qui dans ce contexte a pris en charge de A à Z ce codage. J'ai été libéré de toute cette technocratie. On s'est donc retrouvé avec plus de moyens, sans pression d'augmentation d'activité, et sans ces tâches administratives qui prennent un temps considérable en dehors du soin. Et l'administration a été un vrai partenaire, au lieu de décider tout. On avait affaire à nos interlocuteurs habituels, c'est-à-dire les cadres supérieurs et la direction de l'hôpital, mais la crise a changé nos relations.

Dès le début de l'épidémie, l'ARS a donné les pleins pouvoirs aux hospices civils de Lyon en disant : « pour le Rhône et le Nord de l'Isère, vous avez carte blanche pour organiser la prise en charge des patients COVID, pour gérer la création/fermeture des unités Covid, que ce soit pour vous ou pour les établissements du privé ». Les HCL se sont donc occupés de la gestion des flux pour cette région. Dès le départ, l'ARS s'est retirée et a demandé aux HCL d'assurer la prise en charge et la carte sanitaire. Ce sont la direction générale, les chefs de pôle et les cadres supérieurs de santé qui ont mené à bien cette activité ; ils se réunissaient trois fois par semaine pour faire le point.

Ça prouve une chose : quand il faut agir vite pour le bien des patients et hors des chemins classiques de la bureaucratie, l'ARS est incapable de faire face et laisse le terrain faire. C'est une structure inefficace voire qui fait perdre du temps. Pour moi, c'est un aveu que les soignants connaissent mieux le métier du soin qu'eux. C'est bien sûr aussi pour l'ARS une manière de se déresponsabiliser. Mais c'est un aveu d'inefficacité, d'incompétence surtout à mon avis. C'est comme ça que j'analyse le truc.

La gouvernance de l'hôpital repose aujourd'hui sur les ARS mais aussi sur les pleins pouvoirs donnés au chef

d'établissement qui décide de tout. La commission médicale d'établissement, où se trouvent des médecins, ne donne que des avis consultatifs. C'est le chef d'établissement qui décide de la nomination des chefs de service, des chefs de pôle, etc. Le milieu médical est relégué, mais aussi le milieu soignant en général. C'est même pire pour les autres soignants : les infirmiers, les aides soignants, etc., qui n'ont aucun organe décisionnel pour s'exprimer.

Nous, sur le terrain, pendant le COVID, on a tout fait en binôme avec la cadre de service. Elle avait besoin de plus de personnel, elle a pris les rênes là-dessus. On a bien vu à ce moment-là le rôle essentiel que jouent dans la gestion de l'hôpital les cadres de santé. Alors que d'habitude, ils sont dans une position inconfortable, entre le marteau et l'enclume. Avant la crise, ils étaient surtout des relais des injonctions administratives, mais sans aucun pouvoir : ils doivent mettre en place les outils qui sont imposés, expliquer qu'on supprime un poste d'infirmière... Ils peuvent résister, faire tampon pour ne pas trop détériorer la situation mais à la marge car de toutes façons on reste en sous-effectif et cela dégrade le travail. Ils n'ont pas vraiment de marges de manœuvre. Tout ça a été mis entre parenthèse dans nos services et ça été une bouffée d'oxygène pour l'équipe.

Mon service est un service de 13 lits. On a une infirmière le matin, une l'après-midi et une troisième la journée ; ainsi que deux aides-soignantes le matin, deux l'après-midi et deux autres la nuit. Pendant la crise, on a eu 2 infirmières le matin, 2 l'après-midi et une la nuit, et 2 aides-soignantes le matin, une en journée, 2 l'après-midi et une 1 la nuit. Autre chose capitale : tout le service de nettoyage est sous-traité depuis des années avec des gens payés à 3 ou 4 mn la chambre, donc qui doivent travailler très vite, au risque de ne pas pouvoir bien faire, et ne sont pas intégrés à l'équipe ; pendant la crise, on n'a plus fait appel à la sous-traitance, mais à deux agents de service à la retraite qui sont revenus et ont été payés pour cela, qui ont été intégrés à l'équipe, à la journée, avec le temps nécessaire pour faire le ménage, l'hôtellerie et pour venir en appui des aides-soignantes pour les soins. On est revenu en quelque sorte à la situation qui prévalait par le passé où on disposait d'un poste d'agent de service hospitalier (ASH) qui n'existe plus aux hospices civils de Lyon depuis le développement de la sous-traitance du nettoyage.

Je crois que la privatisation, qui concerne aussi la cuisine, a été décidée un an ou deux avant que je n'arrive. Avec la suppression des ASH, ça nous a fait des bras en moins mais surtout, on s'est retrouvé avec une hôtellerie dégradée et une qualité du ménage moins bonne, car les actuels travailleurs sous-traitants font ce qu'ils peuvent mais tout est minuté, ils doivent badger, à l'arrivée et au départ de chaque chambre, et il n'y a pas de dynamique d'équipe. Sans compter qu'ils sont moins bien payés et n'ont pas nos avantages comme les primes. D'ailleurs, je ne suis pas sûr que ces personnes aient bénéficié de la prime COVID, j'ai de sérieux doutes.

Autre initiative : on a doublé voire triplé les astreintes médicales. On a donné notre accord mais à condition d'être payé pour une astreinte normale : l'administration a accepté sans difficulté. Alors que d'habitude, par exemple les mois d'hiver où on a plus de travail et où il y aurait besoin de doubler les astreintes, c'est niet.

Chez nous, je veux dire dans mon unité, durant la crise, les liens entre paramédicaux et médecins se sont raffermis. On a fait une réunion en fin de crise, tous les témoignages parlaient de confiance, de bienveillance et de soutien. Il faut bien avoir en tête que quand il fallait revenir le week-end, pour aider, tout le monde le faisait. L'investissement de chacun a été très fort. Si on se trouve confronté à une deuxième vague, ce ne sera peut-être pas le cas parce que tout le monde a beaucoup donné et quand on voit ce qui ressort du Ségur, ce n'est pas sûr que les gens recommencent... Dans l'équipe, il y avait l'espoir, pas au début de la crise mais par la suite, que la situation à l'hôpital change une fois revenue à la normale. Donc je ne vous raconte pas la déception avec le Ségur qui se contente d'augmenter un peu les salaires sans changer le reste !

Et puis, cette augmentation risque d'être récupérée ailleurs parce que l'ONDAM est une enveloppe contrainte et il n'a pas été du tout dit qu'elle allait augmenter. Dans le journal interne de l'hôpital, on a pu commencer à lire des choses comme « la crise a coûté tant, il va falloir revenir à l'équilibre ». On a un nouveau directeur général qui vient d'arriver, Raymond Le Moign, qui est l'ancien directeur de cabinet d'Agnès Buzyn ; il a envoyé un courrier à tout le personnel finissant, en filigrane bien entendu, par « il va falloir faire des efforts », donc on sent déjà revenir le « retour à l'anormal ». Avec les collègues on le digère très mal. Moi à être perso je n'ai pas repris les tâches de codage, je vais me faire taper sur les doigts mais c'est difficile d'y revenir après ce qu'on vient de vivre.

Ma cadre, aujourd'hui, est écœurée de tout ça, elle va partir l'année prochaine, elle a postulé ailleurs. On sent que dans les équipes ça tire. Les infirmiers et aides-soignants s'accrochaient au Ségur, ça va être une douche

froide.

Dans mon service, il y a beaucoup de turn-over chez les aides-soignantes : on a des remplaçantes tous les 3 ou 4 mois qu'il faut former et qui s'en vont ensuite. Du côté des infirmiers on est en sous effectif, il doit manquer un poste et demi. Mais il y a encore plus mal loti que mon unité aux HCL... Moi, je suis responsable de l'unité, sur l'unité à mi-temps en tant que médecin, je travaille avec un collègue aussi à mi-temps dans l'unité avec qui on s'est bien organisé. On a aussi une astreinte de nuit avec un interne en première ligne et un médecin sénior s'il y a un souci.

Le turn-over chez les aides-soignantes et même chez les infirmières a en fait plusieurs causes. D'abord, pas mal n'ont pas réussi à être en CDI, d'autres ne sont pas titularisées après obtention de leur CDI. La titularisation dans la fonction publique permet de bénéficier des primes, du 13^{ème} mois et de la sécurité de l'emploi. Quand on n'accède pas au CDI et qu'on se voit renouveler son CDD sans arrêt, c'est compliqué pour avoir un appartement en location ou bénéficier d'un emprunt pour acheter un bien. Ensuite, dans mon service, on a une typologie particulière de patients chez qui il peut y avoir de l'agressivité. On a intérêt d'avoir des aides-soignantes et des infirmières bien formées car les patients arrivent lorsqu'ils sont en crise, pour 3 ou 4 semaines généralement, avec des troubles du comportement, de l'anxiété, des troubles du sommeil... Ils doivent suivre un traitement médicamenteux mais il faut l'adapter en fonction des troubles constatés et des réactions des personnes, ce qui implique une bonne compréhension de leurs rythmes. Par exemple il faut comprendre à quelle heure faire sa toilette pour que cela ne provoque pas de réaction, il faut faire des équilibres dans les traitements médicamenteux ce qui prend du temps, il faut bien observer les situations, avec un risque d'échec parfois et de l'agressivité. C'est un sacré boulot et il serait dommage de voir partir celles et ceux qui restent aiment ça et ont une riche expérience.

Les liens avec les autres services des HCL, c'est surtout pour les demandes d'hospitalisation de patients venant d'un autre service. Il arrive que ce soit des patients issus des services de post urgences parce qu'il faut libérer des lits. C'est une pression qu'on a tous les jours. Moi, comme je ne fais que des hospitalisations programmées, en général mon service est plein sur une semaine à l'avance et je ne peux donc pas répondre aux services dans l'urgence. Et puis, je fais de la pédagogie pour dire que mon unité n'est pas la bonne unité où transférer des patients depuis les urgences. Je fais aussi du conseil sur les traitements. Mais c'est un problème de tous les jours pour les services de

trouver un lit d'aval... L'administration ne m'impose pas de patients malgré un avis défavorable du médecin, ce que l'on appelle des « impositions administratives », c'est-à-dire des patients à accueillir obligatoirement, mais ça arrive dans d'autres services de gériatrie conventionnelle.

Pendant le COVID, on a goûté à l'absence d'impositions administratives, au matériel en plus, à des gens en plus, à la suppression de tâches annexes... Quand on a goûté à ça, c'est un peu triste de revenir en arrière. C'est triste de dire ça pendant cette période dramatique tout de même, mais à l'hôpital on a pu se consacrer uniquement au soin, à l'essence de nos métiers.

Éléments divers, suite à l'évocation de l'initiative de la pétition lancée avec Frédérick Stambach

Chez Frédérick, les médecins ont pris l'initiative sur le terrain de faire un dispensaire de dépistage du COVID, en lien avec les infirmiers locaux. Ils ont mis tout ça en place de façon autonome. L'ARS est arrivé 3 semaines après pour dire de faire autrement, sans que cela soit opérationnel et sans fournir de moyens, seulement des directives... De notre côté, on a transformé le service et on a demandé à l'administration des moyens qu'elle nous a donnés.

Conclusion : quand on laisse la main aux soignants, on arrive à des résultats optimaux. On peut donc remettre complètement à plat la santé et pas seulement l'hôpital.

Nous, on plaide pour une gouvernance partagée entre l'administration, les soignants et les usagers. Avec un partenariat équilibré, on voit tout de suite que ça va mieux.

J'avais donné une interview dans un journal local dont avait eu vent le directeur de l'hôpital. Mais lui n'en démord pas : « le pouvoir ne peut pas être partagé dans une structure aussi complexe avec un budget aussi complexe ». Pour lui, les soignants sont incompetents. Ce qui est contre-intuitif : toutes les études de sociologie montrent que plus c'est complexe, plus le pouvoir et les décisions majeures doivent être partagées. Mais ils sont formatés comme ça à l'école de formation. Avec Frédérick, on avait fait une tribune pour dire qu'il fallait rééquilibrer les pouvoirs et on a recueilli plus de 5000 signatures (nationale) (Pouvoir sanitaire aux soignants et

aux usagers ! #SoignonsEnsemble

- <https://blogs.mediapart.fr/frederick-stambach/blog/020520/pouvoir-sanitaire-aux-soignants-et-aux-usagers-soignonsensemble>).

Aujourd'hui, on remarque une position plutôt attentiste de pas mal de mouvements comme le CIH à Lyon par exemple. En fait, après le COVID, tout le monde a misé sur le Ségur. Avant la crise, pourtant, la grève avait été plutôt bien suivie alors même que les médecins n'ont pas habituellement une culture de grévistes.

On remarque aussi une certaine déconnexion entre la strate médicale et la strate des soignants non médecins, parce qu'il y a une grande méfiance. On peut refaire du lien à l'échelle d'un service, mais au-delà, cette déconnexion est là. Elle est renforcée par le nouveau directeur qui en joue : il ne donne aucune place aux non médecins au sein de la gouvernance de l'hôpital.

Du côté médical, il y a une part de médecins qui sont complètement désabusés et qui pensent qu'on ne peut rien faire, il y a aussi les cyniques et les ronchons. Et puis il y a une part de médecins peu politisés ou qui ne vont pas plus loin que leurs tâches quotidiennes, par découragement ou par manque de conscience politique. Nous, par exemple, on remet en cause les traités européens, c'est un lien logique qui n'arrive pas à la tête de mes collègues.

Et puis autre chose, le Ségur a fait du mal : c'est un beau coup de com' de Macron mais il a divisé les soignants et même les médecins entre eux. Parce que les deux demandaient des augmentations et les non médecins ont pu trouver indécent que les médecins demandent des augmentations alors même que ces derniers sont bien mieux payés et que ce sont eux, les soignants non médecins qui sont asphyxiés. Macron sait diviser pour mieux régner, cela a très bien marché. Et puis il a su jouer du calendrier aussi, avec l'été la temporalité est bonne. Ils l'ont joué fine. Ils ont axé l'essentiel sur la rémunération : il n'y a rien sur gouvernance, rien de concret sur l'ouverture de lit, rien sur les moyens humains. C'est la cata ! Il va y avoir une gueule de bois, c'est sûr. Surtout qu'il n'y a aucune réforme budgétaire et notamment fiscale derrière, donc on se demande comment il va financer tout cela. Ce qui a été donné d'un côté risque fort d'être repris de l'autre.

Sur le rapport aux OS, je constate une grande méfiance. D'où les collectifs. On veut quelque chose de moins hiérarchisé, de moins structuré, sans des personnes qui font leur carrière là-dedans. Le taux de participation aux élections syndicales, chez les médecins, est très bas. La méfiance est très grande. Et quand un accord est signé par des syndicats, ça représente une extrême minorité de soignants.

Atelier de travail et de réflexion démocratique et populaire pour la refondation du service public hospitalier

Première rencontre de lancement, Le 10 octobre 2020, à l'AERI - 57 rue Etienne Marcel, Montreuil

Alors que le Ségur de la santé s'achevait sur une note amère laissant sans réponses des questions essentielles sur le devenir du service public hospitalier et au moment même où le premier épisode de la crise sanitaire liée au covid 19 laissait un personnel de santé encore plus exsangue, cinq collectifs : **le Collectif Inter-Urgences, les Economistes Atterrés, le Collectif Inter-Hôpitaux, le Printemps de la Psychiatrie et les Ateliers Travail et Démocratie** s'associaient pour **lancer un Appel à la tenue d'un Atelier de travail et de réflexion démocratique et populaire pour refonder le service public hospitalier et sa gouvernance en repartant du travail et des collectifs de soin.**

Cet appel, paru le 7 juillet 2020 dans [Mediapart](#), a été suivi par plusieurs collectifs de soignants et de patients, d'associations citoyennes ainsi par des signataires individuels, chercheurs, acteurs de terrains, engagés dans la défense ou la refondation du service public en santé.

Un groupe de travail constitué de membres de plusieurs collectifs signataires s'est réuni tout au long de l'été pour concevoir et organiser ce premier atelier en partant de deux principes fondamentaux : faire une place importante à la période de crise sanitaire liée au Covid 19 et construire l'atelier sur la base de témoignages à partir desquels élaborer la réflexion collective. Nous avons fait le choix d'organiser cet atelier en sessions parallèles afin que la parole puisse circuler plus facilement parmi les participants.

La rencontre du 10 octobre constitue le premier moment d'une série d'ateliers dont la nature et la temporalité seront décidées ensemble.

Notre démarche s'inscrit dans une volonté de créer une dynamique de réappropriation collective du service public hospitalier, travailler ensemble à sa redéfinition, réfléchir à l'hôpital public et aux collectifs de soin que nous voulons ainsi qu'à leur place dans la cité.

Les collectifs signataires : Le Collectif Inter-Urgences, Les Economistes Atterrés, le Collectif Inter-Hôpitaux, Le Printemps de la psychiatrie, Les Ateliers Travail et Démocratie, L'Appel des appels, AIDES, la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternité de proximité, HumaPsy, La Criée (Reims), SoignonsEnsemble, Collectif Intersyndical CMPP86, Institut de Psychodynamique du Travail (IPDT), Collectif des 39, Association des amis de la génération Thunberg - Ars Industrialis, Le point de Capiton, Collectif National des Inter-Collèges psychologues hospitaliers, Coordination nationale Pas sans Nous, Collectif du CMP Poullain de pédopsychiatrie de Saint Denis, Pratiques, les cahiers de la médecine utopique, Association Internationale de Techniciens, Experts et Chercheurs (AITEC), Collectif Infirmiers Toulousains (Collectif ITT), ATEMIS - Laboratoire d'analyse du travail et des mutations dans l'industrie et les services, ANCIC : association nationale des centres d'IVG et de contraception, NSED : Notre Santé En Danger

Atelier conçu et organisé par : Fabien Paris, Alexandra Festch, Loriane Bellahsen, Fabienne Orsi, Cherine Benzouid, Benjamin Coriat, Delphine Glachant, Julien Lusson, Matthieu Le Mélédo, Gabrielle Hallez, Gaëlle Roig, Thomas Coutrot, Matthieu Bellahsen, Jean-Luc Jouve, Pascale Molinier, Jean-Claude Chailley, Anne Perraut Soliveres, Françoise Acker, Marie José Del Volgo, Sebastien Firpi, Caroline Izambert, Hugo Huon, Frédéric Stambach, Julien Vernaudon, Martin Pavelka, Patrick Chemla, Paule Bourret, Fabienne Hejoaka, Béatrice Barthe, Fanny Chabrol, Bruno Percebois, Karine Valade, Olivier Frachon, Julia Devianne, Vincent Davy, Christine Depigny-Huet, Sandrine Deloche, Philippe Bizouarn, Franck Drogoul.

Programme

9h : Accueil autour d'un café

9h30-10h : Introduction et présentation de l'Atelier

10h-13h : Sessions parallèles

Atelier 1 : Patients, usagers, aidants, démocratie sanitaire : Fin de partie ou heure de la révolte ?

La crise sanitaire liée au Covid 19 a été un puissant révélateur du manque de prise en compte de la parole des patients et a aussi révélé l'effroyable état de la question au sein des EHPAD. Partant du principe qu'il n'y a pas de pensée démocratique sans la parole, cette crise sanitaire doit être l'occasion d'une réflexion profonde sur là où nous en sommes en matière de démocratie sanitaire, revenir sur son histoire et son évolution, pour ensuite réfléchir aux dispositifs qui permettraient de donner une place à la parole des patients et de faire avancer l'idée de la nécessité d'un dialogue le plus équilibré possible entre soignants et soignés.

Témoignages

- Le combat pour la parole du patient : rappel historique sous le prisme de la lutte contre le VIH, Michel Bourelly
- Les EHPAD, l'arrière-cour de la démocratie sanitaire ? Témoignage d'une aidante, Fabienne Hejoaka (annulé)
- L'expérience de l'association HumaPsy

Atelier 2 : Penser la gouvernance et l'autonomie en réinvestissant les collectifs de soin.

La santé comme l'hôpital sont traversés d'enjeux et de conflits politiques. Entre les enjeux du pouvoir gestionnaire, et la hiérarchie structurelle du monde médical, la manière de soigner ne reste jamais indemne. Mars 2020, l'afflux de patients et un virus qu'on ne savait pas soigner saturèrent certains services et tout le système de santé est en alerte. Face à la gravité du moment, des soignants témoignent des brèches et des questionnements qu'ils ont pu trouver pour s'organiser hors cadre, celui-ci assumant sa défaillance au plus fort de la crise. Des prisons aux lieux d'accueil pour personnes handicapées, et bien d'autres, les équipes ont affirmé des choix importants qu'il convient de pouvoir mettre en lumière aujourd'hui.

Des soignants et des cadres témoignent aussi des formes de résistance possibles et d'alternatives au « New public management » et au financement à l'activité (T2A) alors que le passage en force de la réforme du financement de la psychiatrie est pendant.

Témoignages

- L'expérience du comité de secteur de l'hôpital Les murets à la Queue en Brie, introduit par Delphine Glachant
- Récits d'une clinique psychiatrique en milieu carcéral par un collectif soignant du Centre Hospitalier Montperrin, Blandine Barut, Corentin Lebigre, Sébastien Firpi
- L'expérience des services de réanimation du CHU de Nantes, Témoignage de Philippe Bizouarn
- La grève du codage et après? : l'expérience de l'hôpital Robert Debré et du « collectif de la pédopsychiatrie du 19ème en lutte »

Atelier 3 : L'hôpital public et la Santé dans la Cité

La médecine préventive et les services des Urgences sont les deux maillons vitaux qui touchent directement au quotidien de la cité et de chacun. Deux champs non rentables et nécessaires qui si nous les investissons, changeront la manière de penser les parcours de soin comme des fuites en avant. Aujourd'hui pourtant la Prévention est reléguée à l'oubli ou au mépris, et les Urgences sont vidées de lits et de moyens. Malgré l'expérience du covid, le cynisme gouvernemental assume de priver les territoires de leurs structures de santé, rappelant ainsi que la santé peut aussi pour certains n'être qu'un marché. Cela n'est pas nouveau, et il nous semble important de s'opposer à ce dogme mais surtout de rappeler que des initiatives multiples sont aujourd'hui déployées pour mieux soigner et garder du sens au choix de ces métiers cruciaux au service de la cité. A partir de témoignages de centres de santé communautaire, d'acteurs des services d'urgence, de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie de secteur, comme de médecins libéraux de ville, nous engagerons une réflexion sur l'état des lieux, mais surtout sur les voies nouvelles à explorer.

Témoignages

- Quelles alternatives aux urgences ? Fabien Paris
- L'émergence d'une gouvernance locale entre soignants et élus au cours de la crise du covid, Frédéric Stambach
- L'expérience du centre de santé communautaire, le Château en santé, à Marseille
- La psychiatrie de secteur : rappeler son histoire pour réfléchir ensemble à demain, Sandrine Deloche

Le découpage en ateliers parallèles n'implique pas de séparations entre les thèmes. Les discussions qui auront lieu dans chaque atelier se chevaucheront probablement et permettront de faire émerger des pistes communes vues de plusieurs angles au moment de la discussion en plénière.

13h-14h30 Pause repas, temps de discussions informelles

14h30-17h : Plénière : restitution des différents ateliers et programmation des ateliers suivants

17h30 : point sur les mobilisations à venir