



## Quel avenir pour notre système de santé et pour l'Hôpital public ?

**D**epuis 2019, le mouvement de défense de l'Hôpital public n'a pas perdu de sa vigueur et la dernière journée d'action du 11 janvier est là pour le démontrer. Ce sont 10 organisations qui aujourd'hui coordonnent les initiatives et maintiennent la flamme : syndicats confédérés (CGT, SUD, CFE-CGC), syndicats de médecins (APH, AMUF), collectifs (Collectif Inter-Urgences, Collectif Inter-Hôpitaux, Collectif Inter-Bloc), associations citoyennes (Coordination des comités de défense des hôpitaux et des maternités de proximité, Printemps de la psychiatrie). Cette union porte trois revendications principales qui restent les mêmes depuis 3 ans : un plan massif de formation et d'embauches de personnels, de véritables revalorisations de salaires, l'arrêt des restructurations et des fermetures de lits et de structures. Dans notre diversité, nous représentons une force incontournable et si aujourd'hui les questions de santé commencent à émerger dans le débat des présidentielles, c'est bien du fait de notre constance dans le temps, malgré la crise liée au COVID. Crise qui a largement validé nos analyses et nos revendications.

Aujourd'hui, de multiples tribunes fleurissent dans la presse et sur les réseaux sociaux émanant de professionnels divers et variés. D'un premier abord, cette effervescence apparaît comme positive, mais quand on y regarde de plus près, les problématiques avancées restent trop souvent empreintes de corporatismes et de défense de prés carrés.

Notre système de santé est à bout de souffle et les vraies questions sont celles de savoir sur quels principes nous souhaitons voir des

réformes se mettre en place. Pour la CGT, le système de santé ne peut reposer que sur un grand service public associant la médecine de ville et l'Hôpital et sur une Sécurité Sociale intégrale, collecteur unique de cotisations et payeur unique des prestations. Il s'agit là de la traduction de notre slogan de manifestation : « La santé n'est pas une marchandise, l'Hôpital n'est pas une entreprise ». Nous pensons qu'aujourd'hui ces options sont largement partagées dans la population, mais aussi par une partie des professionnels de santé.

Pour nous médecins hospitaliers, l'enjeu des mois à venir est de ne pas rester passifs mais de s'engager pour que les réformes que tout le monde appelle aillent dans le sens de ces options et non pas du libéralisme et des logiques de marché chers à ceux qui nous ont gouvernés ces dernières décennies.

*Dr Christophe PRUDHOMME  
Collectif médecins*

*Fédération CGT de la santé et de l'action sociale*

### SOMMAIRE

- La souffrance au travail des personnels soignants vue par une médecin du travail en colère **p.2**
- Les nouveaux statuts de praticien à l'Hôpital public : une modification profonde de l'exercice médical, mais certainement pas au bénéfice de l'Hôpital public ! **p.3-5**
- Témoignage : petit état des lieux de la situation hospitalière en Bretagne **p.6-8**

## ► La souffrance au travail des personnels soignants vue par une médecin du travail en colère

« *Jamais je n'aurais pensé vouloir quitter l'hôpital un jour.* »

« *Je n'en peux plus.* »

« *Je suis épuisée.* »

« *Je suis à bout.* »

Tous les jours en consultation de médecine du travail, des soignantes décrivent une dégradation de leurs conditions de travail et en premier lieu, des services en sous-effectifs.

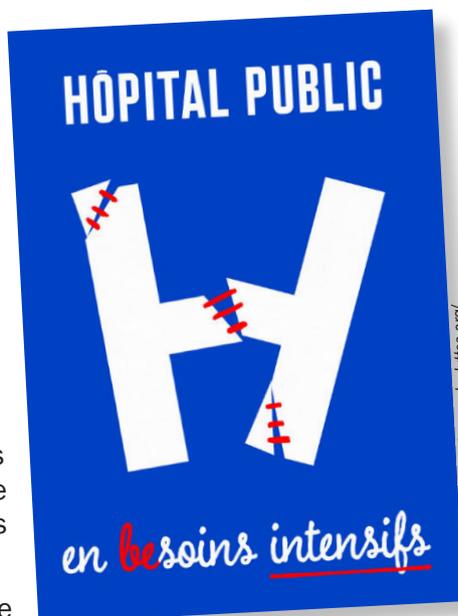
Toutes les semaines au moins, un ou une soignante en pleurs et/ou en stress.

Et depuis quelques temps, celles et ceux qui disent aller mieux, le plus souvent, c'est après avoir pris la douloureuse décision de partir.

Sur le plan clinique, on observe de plus en plus de consultations à la demande. Parfois sur les conseils d'un ou une collègue bienveillante. Epuisement, syndromes anxio-dépressifs, troubles du sommeil, troubles digestifs, troubles cardio-vasculaires (HTA +++), addictions, jusqu'au *burn-out*.

### Logique, tous les index sont là pour la mise en souffrance au travail :

- *La surcharge de travail liée aux sous-effectifs devenus chroniques, et par conséquent très souvent des objectifs inatteignables et la qualité du travail empêchée ;*
- *l'impression de mal faire, de trahir ses valeurs et son éthique ;*
- *l'intensification du travail et la déshumanisation qui l'accompagne liées à la polyvalence, les modifications d'horaires ou de plannings imposés, l'interchangeabilité cassant les collectifs déjà très fragilisés par l'embauche ponctuelle de CDD ou d'intérimaires en remplacement des départs, quand ils le sont ;*
- *le manque de reconnaissance, salariale bien sûr, mais aussi au quotidien par le rappel sur les repos ou le refus de jours de congés au dernier moment pour pallier les absences et les postes vacants, au nom de la continuité de service ;*



©Floalie Cavel. <https://formesdeslutttes.org/>

- *la perte progressive de sens du travail ;*
- *enfin, l'inquiétude grandissante liée à l'avenir de l'Hôpital, que les plus anciens perçoivent avec encore plus d'acuité associée au cercle vicieux des départs des collègues augmentant le mal-être de celles et ceux qui restent.*

Tout cela évolue depuis des années, la crise sanitaire n'a fait qu'aggraver brusquement la situation, épuisant les

ressources encore présentes, faisant naître à son début un espoir de prise de conscience, enfin, des difficultés de l'Hôpital par les pouvoirs publics, pour voir que finalement tout continuait comme avant.

Il n'est plus acceptable que les directions d'hôpitaux continuent de fermer les yeux sur ce mal-être grandissant et généralisé des personnels et de demander toujours plus d'efforts aux équipes. Trop de souffrance, trop de démotivations, de départs, trop de drames aussi.

### STOP à ce gâchis humain !



## ► Les nouveaux statuts de praticien à l'Hôpital public : une modification profonde de l'exercice médical, mais certainement pas au bénéfice de l'Hôpital public !

Bien avant la pandémie qui a mis largement en évidence la fragilisation, voire l'abandon de l'hôpital public par les politiques menées par les gouvernements successifs depuis 20 ans (quel que soit leur couleur, il faut bien le reconnaître), l'attractivité de la carrière médicale était un problème de premier plan, entamant autant les budgets hospitaliers (recrutement d'intérimaires à prix d'or) que la réponse aux besoins de santé de la population.

Le mécontentement des praticiens de l'hôpital public s'exprime dans cette désaffection progressive du service public, mais il est ancien, et résulte autant des tentatives de déconstruction de nos statuts, que du refus des évolutions nécessaires.

Les organisations de praticiens du service public revendiquent depuis des années des adaptations des statuts hospitaliers : arrêt de la multiplication des statuts, en particulier précaires ; encadrement du temps de travail ; reconnaissance et compensation de la pénibilité ; introduction de valences non cliniques ; participation du personnel médical à la gouvernance des hôpitaux et déconcentration des pouvoirs ; évolutions salariales tenant compte de celle du coût de la vie et du logement ;

La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019, dite loi OTSS (Organisation et transformation du Système de santé), puis l'ordonnance n°2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières, ont été complétées par la loi Rist du 24 juillet 2019, « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification », qui intègre les mesures du Ségur de la Santé.

Ces lois introduisent une profonde évolution dans les statuts des praticiens du service public de santé ; les nouveaux statuts qu'elles mettent en place devraient être effectifs à partir du premier trimestre 2022 ; malgré quelques avancées de façade, elles s'intègrent parfaitement dans la logique de déstructuration de l'hôpital public des politiques antérieures, et il est nécessaire de les examiner pour en comprendre tous les dangers.

### 1) Le statut de nouveau praticien contractuel (NPC)

Les statuts précaires ou de rang inférieur se sont multipliés dans les dernières décennies à l'hôpital public, avec les statuts d'attaché à géométrie variable, celui de praticien contractuel (poste d'attente parfois de longue durée avant une nomination de PH) et celui de praticien clinicien (ce statut avec salaire à part variable, destiné à couvrir des zones ou métiers déficitaires, n'a pas eu le succès escompté).

La réduction de cette multitude de statuts, et la limitation de durée pour éviter les abus, était une revendication ancienne. Le statut de NPC répond-il à cette nécessité ?

L'objectif avoué est « simplification et souplesse » ; le statut présenté a le mérite de clarifier les missions de ces praticiens, et la durée du contrat ; **4 missions sont désormais possibles** :

- Quotité de travail inférieure ou égale à 40% (dans le but de développer les coopérations ville-hôpital), sans limite de durée,
- Accroissement temporaire d'activité ou remplacement d'absence, avec une limite de deux ans,
- Couverture de spécialités ou d'établissements en tension, avec une limite de 6 ans,
- Accueil temporaire en attente de titularisation comme PH, avec une limite de 3 ans.

On ne voit au premier abord guère de « simplification » par rapport aux statuts actuels ; toutefois, il faut reconnaître deux avancées : **l'octroi de toutes les primes** aux NPC (PECH, IESPE, PET, TTA, indemnité de précarité) ; et la **limitation du contrat dans le temps**, qui en fait de vrais CDD. Seul le premier motif (quotité inférieure à 40%) est sans limitation de durée, mais devient un CDI au-delà de 3 ans.

Les choses se compliquent sur le plan rémunération : si un plancher et un plafond sont fixés de principe, en fonction de l'ancienneté (entre 39000 et 67000 euros brut), des exceptions viennent contredire les intentions affichées :

- Salaire de PH pour les praticiens en attente de poste de PH,
- Maintien du salaire de PH pour les cumuls emploi-retraite,
- **Possibilité d'une part variable négociable** lorsque le motif est la couverture de spécialités ou zones en tension, jusqu'à 120000 euros par an : on retrouve là le principe de la part variable de salaire, qui avait fait l'unanimité contre elle lors de la création du statut (peu sollicité) de praticien clinicien.

Enfin, on notera que le praticien contractuel peut désormais faire l'objet d'un licenciement ou d'une rupture anticipée, lorsque le besoin à l'origine du contrat disparaît. L'avis de la CME est alors facultatif, la décision est partagée entre le président de CME et le directeur.

## 2) Le statut « unique » de praticien hospitalier

Le statut actuel de praticien hospitalier a été créé en 1984, et prenait en compte plusieurs avancées : un **statut unique avec concours d'entrée national**, permettant une certaine transparence dans la nomination, une sécurité sur laquelle asseoir l'indépendance, et un cadre relativement égalitaire à l'hôpital ; une **grille de salaire unique** et une **séparation du grade et de la fonction**, permettant de dissocier le déroulement de carrière de l'attribution successive de responsabilités ; et un **embryon de définition du contenu et du temps de travail** (en demi-journées, avec intégration des gardes).

Un certain nombre d'insuffisances ont été relevées au fil du temps : pertinence du statut de PH temps partiel, émergence de statuts « complémentaires » (PAC, PADHUE, attaché, associé, clinicien, assistant) qui ont grignoté l'unicité ; absence de prise en compte de spécificités de métiers, en particulier de la pénibilité ; procédures de nomination de plus en plus dépendantes des pouvoirs locaux ; absence de définition claire du temps de travail ; prise en compte farfelue de la réduction du temps de travail de 2002, avec la création d'un stock de RTT ; l'absence de reconnaissance des activités non cliniques ; l'absence d'indexation du salaire sur le coût de la vie.

### Le nouveau statut de PH répond-il à ces insuffisances ?

- Il n'est plus question de « temps plein » ou « temps partiel », mais de **quotité de travail**, en fonction de missions, entre 50 et 100% ; un seul statut, mais à **géométrie variable**, donc, qui permettra sans doute de voir fonctionner des services sans aucun PH plein temps ; c'est l'accentuation de la perte de la notion d'équipe, largement pleurée déjà actuellement ;
- L'activité hospitalière pourra être **partagée entre plusieurs sites** ; ce qui pourrait être une mesure positive permettant de couvrir des sites en tension ou dépourvus, risque cependant de dériver par absence d'encadrement, et devenir la pratique la plus commune dans la définition des postes, accentuant encore le délitement du travail d'équipe ;

- L'activité hospitalière peut être **complétée par une activité libérale** (en ville ou en clinique) sur la quotité restante ; à qui fera-t-on croire que cette mesure (présentée habilement comme favorisant les liens ville-hôpital) favorisera l'attractivité de l'hôpital ? le risque est majeur pour l'hôpital public de subir une concurrence accrue du privé, dont les médecins pourront venir se former ou faire leur marché à l'hôpital ; dans la plupart des régions, la clause de non-concurrence (dans un rayon de 10 km et pendant deux ans), laissée au gré du directeur, ne sera pas un facteur de blocage.
- Les praticiens à temps plein voient reconnaître la **possibilité d'activités non cliniques**, de droit pour une demi-journée, sur un projet précis et une période définie, avec avis du chef de service et de la CME, au-delà ; cette avancée accède à minima à une revendication ancienne d'au moins deux demi-journées de droit.
- Les praticiens bénéficient d'un **entretien professionnel annuel** avec leur responsable de structure ; cet entretien, certainement nécessaire pour s'accorder sur les missions et les souhaits du praticien, et son évolution de carrière, ne doit évidemment pas dériver vers une évaluation. Il ne doit pas non plus évacuer la nécessité d'un consensus d'équipe pour la répartition des tâches et des moyens.

*Un certain nombre de sujets ont été soigneusement évacués par les négociateurs de ces statuts :*

**Le décompte et la limitation du temps de travail**, en particulier de la permanence des soins, sont un souhait de plus en plus affirmé des jeunes générations, et il est une fois de plus balayé ;

- **La formation continue** des PH, pour laquelle aucun temps et aucun financement ne sont réservés, demeure le domaine de l'opacité et de la main-mise des entreprises de santé ;
- **La prise en compte de la pénibilité** de certains métiers, en particulier les postés (qui s'ajoute à l'absence de suivi de la santé au travail des médecins), est superbement ignorée.

Il faut savoir que les négociations qui ont conduit à ces nouveaux statuts ont été menées, au ministère, par des syndicats corporatistes de PH et la FHF (représentation des directeurs d'hôpitaux) ; dans la plupart des cas, FHF, INPH, et SNAM-CMH ont voté d'une même voix en faveur des textes proposés ; l'APH (CPH et SNPHARE) ont voté contre ; la CGT n'a jamais été invitée...

Au final : quelques aménagements pour faire passer la pilule, mais surtout un statut qui s'insère parfaitement dans la vision libérale de nos actuels dirigeants ; finie la notion d'équipe médicale ou soignante, place à des médecins recrutés sur des missions spécifiques, pour un temps défini, capables de compenser un salaire jugé insuffisant à l'hôpital public par un investissement dans le privé ; fini l'hôpital public garant de la continuité et de la permanence des soins pour tous, et des missions de prévention et de santé publique, place au modèle des ESPIC et des cliniques, largement vanté dans les médias ces derniers temps, et à l'accentuation de la concurrence public/privé.

## Pour aller plus loin...

### Exigeons :

- **Un vrai statut unique de PH**, consacré entièrement au service public hospitalier ; et un vrai statut unique de contractuel, sans faux-nez permettant le recrutement de mercenaires négociant leur salaire ;

- **La suppression de la possibilité d'activité libérale, intra comme extra-hospitalière, pour les PH** ; ces activités, qui ne sont pas un facteur d'attractivité pour la carrière hospitalière, favorisent au contraire une concurrence déloyale entre le public et le privé.

- **la reconnaissance de la pénibilité**, bien sûr des services postés, mais aussi d'autres expositions diverses à des conditions de travail pénibles ou dangereuses ; en corollaire, la nécessité d'une médecine du travail adaptée aux médecins, avec des moyens suffisants permettant de la sortir du marasme actuel ; la mise en place de structures de vigilance et d'intervention sur les questions de sécurité, de conditions de travail, idéalement une participation directe des médecins aux CHSCT. Et enfin, la reconnaissance des situations de harcèlement professionnel, et la mise en place à ces occasions d'une protection fonctionnelle pour les praticiens.

- **Des engagements concrets sur la mesure et l'encadrement du temps de travail** ; les médecins

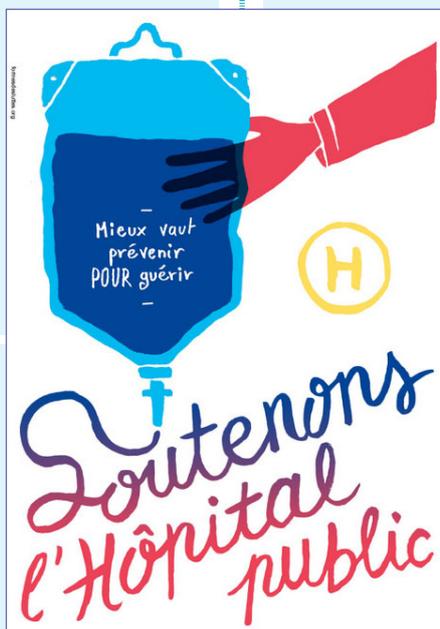
hospitaliers sont des cadres salariés, le code du travail et les directives européennes doivent s'appliquer ; le flou sur la définition du temps de travail est le meilleur moyen de pression sur les effectifs médicaux. Une définition claire du temps de travail doit permettre, d'une part une répartition des tâches entre les praticiens d'un service, d'autre part une quantification des besoins en effectifs médicaux ; un décompte horaire du temps de travail pour toutes les équipes qui le souhaitent, en demi-journées planifiées pour les autres, est le seul moyen de parvenir à cet encadrement ; le temps additionnel, reflet de l'insuffisance des effectifs, doit disparaître et ne plus être le mode de gestion habituel de certaines spécialités ; il n'y a aucune raison d'attendre ou de louvoyer sur ce sujet.

- **Une vraie reconnaissance des activités non cliniques, et leur valorisation contractuelle** dans l'organisation du service ; cela implique une modification radicale de la démocratie hospitalière, avec une participation de tous à la définition

des objectifs, du projet médical, de l'organisation du travail ; et en corollaire, l'existence de conseils de service, et d'entretiens annuels avec les responsables de service et de pôle, permettant une évaluation bilatérale des besoins et des moyens.

- **Des engagements sur la démocratie hospitalière.** La mise en place des pôles ou des départements médico-universitaires, structures de gestion par opposition aux structures de soins que sont les services, s'est évidemment accompagnée d'une concentration des pouvoirs à l'hôpital, dans les mains de quelques-uns : directeurs, présidents de CME, chefs de pôle. La

vie des services et des équipes s'est vue scléroser progressivement à mesure que les services ont été vidés de leur poids clinique. Il est nécessaire de rétablir une circulation de l'information et une participation aux décisions dans les services, en particulier par des conseils de service, et de leur redonner une autonomie de décision dans le projet médical.



©Alex Lafourcade. <https://formesdeslittes.org/>

Dr Christian GUY-COICHARD  
Hôpital Saint-Antoine, Paris.

## ► **Témoignage : petit état des lieux de la situation hospitalière en Bretagne**

La Bretagne est une région très étendue. L'Est de la région est plus proche de Paris que de la pointe bretonne, bien plus proche si l'on compte en temps de transport. Les deux axes routiers et ferroviaires Paris-Rennes-Brest et Paris-Rennes-Quimper dessinent une Bretagne du Nord et une du Sud, les liaisons nord-sud bien qu'en amélioration restent difficiles, et le centre-Bretagne est relativement isolé. Du fait de sa géographie et d'une population dispersée, la région s'est dotée d'un dense réseau d'hôpitaux généraux autour des deux CHU de Rennes et de Brest. Sa population et son âge moyen en augmentation (les plus de 60 ans en représentent 30% de la population, celle des 60-74 ans a augmenté de 50% en 10 ans) majorent les besoins de soins, et rendent indispensables ces hôpitaux de proximité dotés de services actifs et d'Urgences.

**C**omme partout ailleurs, la politique des gouvernements successifs s'est soldée par une diminution de lits et de personnels, parfois la disparition de services entiers notamment en maternité et chirurgie, et la disparition de nombreux lits dans les hôpitaux psychiatriques sans que les moyens pour une bonne prise en charge ambulatoire des patients soient donnés. La loi Buzyn qui vise à concentrer les plateaux

techniques pour ne laisser que gériatrie et SSR dans certains hôpitaux de proximité a mis un coup d'accélérateur à cette politique. Nous allons en voir les conséquences sur le département sans CHU du Morbihan (il y a déjà beaucoup à dire !) et faire un détour par le projet de nouvel hôpital de Saint Malo emblématique de cette politique et des luttes contre sa mise en œuvre, où la CGT a pris toute sa place.

Les syndicats de l'EPSM de Vannes-Saint-Avé ont été avisés en novembre dernier du projet de la direction de diminution de 20% des lits de l'hôpital, avec disparition des services de gérontopsychiatrie et d'addictologie, et diminution de moitié de la capacité de l'Unité de soins intensifs pour les patients agités hospitalisés sous contrainte (USIP). Huit psychiatres et plusieurs IDE psy qui ne pouvaient plus travailler de façon correcte et éthique ont démissionné. Il n'y aura plus de recours en addictologie sur Vannes alors que l'alcoolisme et les drogues font des ravages. Une mobilisation massive a eu lieu en décembre avec les syndicats CGT et CFDT de l'établissement, avec deux journées de grève et de manifestation et se poursuit avec la signature massive d'un appel du personnel, décidé en AG. Cette situation est d'autant plus critique que l'EPSM de Lorient-Charcot qui était un recours en



cas d'absence de place pour une hospitalisation impérative a vu fermer de nombreux lits au fil des années, et que 15 lits de pédopsychiatrie y sont « gelés » faute de psychiatres. Cela a amené une plainte pour agression sexuelle d'un patient envers une jeune fille de 17 ans hospitalisée en service adulte faute de place adaptée. L'établissement ne fonctionne plus que grâce à de nombreux infirmiers intérimaires pas toujours formés en psychiatrie.

A Vannes, 30 lits de gériatrie ont été fermés en SSR ce qui ne permet plus de délester le service aigu. La réouverture tardive mi-novembre de l'Unité saisonnière (médecine polyvalente) a amené une bouffée d'oxygène. Cette unité de 23 lits, créée en 2020 en réponse à la crise sanitaire avec du personnel médical et paramédical en partie prélevé dans d'autres services, a été fermée en juin dernier alors que la population estivale augmente de façon considérable. Depuis cette date, la tension sur le SAU a augmenté à la limite de la rupture, aggravée par la fermeture temporaire des Urgences de Redon et de Pontivy, ce dernier service ne pouvant fonctionner que grâce à des intérimaires démobilisés à la suite du plafonnement de leur rémunération par la loi Rist.

Dans tous ces Centres Hospitaliers comme dans toutes les régions, le cercle vicieux de l'aggravation des conditions de travail fonctionne à plein du fait du manque de personnel et des auto-remplacements qui entraînent une nouvelle surcharge de travail, d'où d'autres *burn out*, arrêts de travail et démissions. Les jeunes professionnels paramédicaux se voient proposer des contrats précaires renouvelés parfois mois après mois, jusque 4 ou 5 ans avant leur stagiairisation, toujours au bas de l'échelle des salaires sans reconnaissance de leur ancienneté. Il y a mieux pour les fidéliser.

Le 4 décembre dernier, une manifestation monstre a déferlé dans les rues de Pontivy : près de 2 000 manifestants pour la défense de leur hôpital, le CH Centre Bretagne (Pontivy-Loudéac). Une pétition en ligne lancée par un habitant a reçu plus de 46 000 signatures pour un bassin de vie qui compte 40 000 habitants. Dès le début novembre, la CME alertait sur les difficultés croissantes à assurer la continuité des soins du fait du manque de personnel médical et paramédical. Plus de 10% des lits soit 90 lits ont été fermés en décembre, dont en tout ou partie les Urgences, la médecine de jour, la cardiologie, la maternité. La seule réponse de l'ARS a été de proposer de redéployer les équipes médicales du CH de Lorient déjà confrontées à une grande



**L'union locale CGT de Pontivy - Loudéac appelle à manifester samedi 4 décembre, 14h00, à Pontivy, pour défendre l'hôpital public en Centre Bretagne**



difficulté à assurer leurs missions, ce que refusent les syndicats, les élus et même la direction du CH.

Le Centre hospitalier de Bretagne Sud de Lorient est à la tête d'un GH regroupant 27 sites. Un nouvel hôpital a été construit à Lorient en 2013 sur le site du Scorff, pour remplacer l'ancien hôpital Bodelio dont le site a permis une opération immobilière et l'aménagement d'un parc. Le plateau technique et les services de soins aigus y sont en grande partie regroupés, le moyen séjour, la SSR et les EHPAD restant sur les autres sites. Par exemple, les hôpitaux de Riantec et de Port-Louis ont fusionné dans un établissement de 238 lits ne comprenant que 8 lits de médecine et quatre de soins palliatifs, les autres correspondant majoritairement à des places en EHPAD, de SSR et d'unités de long séjour.

A l'hôpital de Quimperlé, situé dans le Finistère mais faisant partie du même GH, un projet de regroupement des SSR est en cours, avec à la clé une privatisation par la création d'un établissement public/privé. C'est également le cas à l'hôpital de Vannes, où la Chirurgie vasculaire et la radiothérapie sont assurées par les praticiens de l'hôpital privé Océane appartenant au groupe Elsan. D'autres projets de « coopération public/privé » ont été évoqués sur le département, bien entendu toujours dans des secteurs rentables.

Dans toutes ces restructurations, on assiste à un regroupement des services aigus et des plateaux techniques, ce qui signifie la disparition de lits de CMO et de services près de chez eux pour ceux qui n'habitent pas à proximité du plateau technique central. Des PH de plus en plus nombreux sont contraints de travailler sur plusieurs sites, ce qui permet de masquer la vacance de postes médicaux, en entraînant une fatigue supplémentaire et des démissions.

La pandémie de Covid-19 a aggravé cette situation déjà très tendue. Des lits ont été bloqués dans les services accueillant des patients Covid,

sans création dans la plupart des cas, en USI et réanimation, en médecine et au service porte, ce qui a signifié encore moins de lits disponibles pour tous les autres patients. Quel contraste avec l'hôpital monté en en temps record à Wuhan en Chine dès le début de la pandémie !

Le cas du nouvel hôpital de Saint-Malo en Ille et Vilaine est exemplaire sur ce que met en chantier la politique du gouvernement à travers l'application de la loi Buzyn. L'ARS a confié à Bruno Rossetti, directeur délégué du CHU de Lille, de piloter un projet de regroupement des hôpitaux de Cancale, Dinan et Saint Malo dans un GHT unique réaménagé. Il décide de construire un nouvel hôpital à Saint-Malo, fusionné avec le CH de Dinan, et au passage il supprime 105 lits d'hospitalisation conventionnelle sur les 669 existants, remplacés par 9 lits de chirurgie ambulatoire et 31 d'hospitalisation de jour en médecine. L'essentiel du plateau technique, regroupé dans le nouvel hôpital, disparaît de Dinan, où la maternité est fermée, et les services de pneumologie, cardiologie, rhumatologie sont menacés, ainsi que l'UMO. Devant la protestation des syndicats, et de certains élus, le SMUR et l'accueil des urgences légères seraient maintenus, au moins de jour. Le privé est intégré à l'hôpital public de Dinan selon deux modalités : plateau technique de radiodiagnostic public/ privé, et projet de faire intervenir des PH de certaines spécialités sur la clinique de Dinan. Enfin, le site de l'ancien hôpital de Saint Malo en centre-ville donnera lieu à une opération immobilière avec EHPAD, vente d'appartements à des personnes âgées non dépendantes mais nécessitant des services, et appartements pour les familles de patients hospitalisés ou des patients traités en hôpital de jour. Le rapport se vente d'associer « Service public et Coopérations avec les structures Associatives, Libérales et Privées », les majuscules sont dans le texte.

Tous ces projets plongeant les hôpitaux publics dans le chaos se heurtent à la mobilisation des personnels hospitaliers avec la CGT, et de la population. Il y a urgence à restaurer les capacités hospitalières, à recréer les lits nécessaires supprimés et à recruter en masse des soignants et autres personnels. Qu'on ne nous dise pas que c'est impossible : combien de candidats pour un poste d'étudiant en soins infirmiers, ou en école d'AS ? Pourquoi n'a-t-on pas largement ouvert l'accès à ces écoles depuis 2 ans que la pandémie sévit ? L'argent existe, des milliards d'euros ont été donnés au patronat et aux banques depuis 2020 qui ont bien souvent fini dans la poche des actionnaires ou financé des licenciements, comme les 5 milliards d'euros donnés à Renault pour supprimer des milliers d'emplois, entre autres à la Fonderie de Bretagne à Caudan près de Lorient, un nom qui compte dans la mémoire des luttes ouvrières du Morbihan.

Si on ouvrait les formations, si on finançait des études contre engagement de service public, si on proposait des salaires et des conditions de travail décentes, on n'aurait aucun mal à recruter les personnels paramédicaux qui font défaut et on pourrait pallier la vacance de nombreux postes de médecins hospitaliers. L'ouverture du *numerus clausus* qui persiste de fait sinon de nom donnerait dans 6 ans des internes supplémentaires. Dès maintenant un certain nombre d'internes supplémentaires pourraient être fléchés vers les spécialités come l'infectiologie ou la réanimation médicale.

Le manque de médecins n'est pas une fatalité mais la conséquence d'une politique visant avant tout à réduire les dépenses de santé, qu'une politique vigoureuse en faveur du service public hospitalier pourrait combattre dès aujourd'hui.

Dr Paul ROBEL,  
Hôpital de Vannes.



**Bulletin de contact et de syndicalisation**  
Je souhaite prendre contact et/ou adhérer à la CGT.



Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

E-mail : .....@.....