

L'hôpital de Ploërmel, notre Bien Commun en danger

Collectif santé du Pays de Ploërmel. Août 2021



- *Mais pourquoi est ce ainsi que cela se passe?* Page 4
- *Indicateurs de la dégradation du fonctionnement* Page 6
- *Ce que nous demandons* Page 8
- *Les lois de 2009 à 2019 et leurs conséquences* Page 10
- *Hôpitaux de proximité?* Page 15
- *Etat des lieux (lits et places): 2012, 2015, 2020.* Page 17

Préambule

Voilà 15 Ans que la situation des hôpitaux en France ne cesse de se dégrader. Celui de Ploërmel ne fait pas exception. Ici, en milieu rural, plusieurs hôpitaux Bretons ont déjà été transformés en EHPAD et Maison de soins, ont perdu leur maternité, ou luttent pour la conserver. La centralisation des services hospitaliers sur les grandes villes fait rage, pour des raisons de rationalisation économique, au détriment du service rendu aux usagers des campagnes.

La clinique de **Malestroit**, participant au service public, a perdu sa maternité. A **Carhaix**, une « union sacrée » entre soignants, élus et citoyens a dû se constituer pour entamer une longue lutte, afin de refuser la décision administrative de fermer la maternité. Ceci a dû aller jusqu'à un procès en justice. A **Dinan**, la suppression de la maternité a eu lieu sans concertation. A **Guingamp** une lutte est en cours pour préserver la maternité...

Le contexte...Hier

En 2014, l'hôpital de Ploërmel compte près de 700 personnes salariées, qui y travaillent, pour le service public. C'est le plus gros employeur du secteur (Pays de Ploërmel). Il est autonome dans sa gestion et tous les services d'un hôpital traditionnel de ville moyenne y sont assurés. Seules les interventions chirurgicales les plus lourdes sont orientées vers Vannes ou Rennes. Les équipements sont modernisés au fur et à mesure des progrès de la médecine. L'hôpital donne encore globalement satisfaction aux usagers et soignants.

Les différents secteurs d'activité sont étroitement liés et interdépendants.

Ainsi, pour la gynécologie et l'obstétrique, la maternité ne peut pas fonctionner sans anesthésiste-réanimateur 24h/24 en cas d'urgence (péridurales, soins de réanimation d'urgence des nouveaux nés, prise en charge des suites opératoires...). Or, aucun anesthésiste ne postulera sur Ploërmel pour n'assurer que la garde de la Maternité. Il faut donc bien maintenir la chirurgie (viscérale, et orthopédique, notamment pour les accidentés). Enfin la possibilité de recourir à une surveillance continue après césarienne ou accouchement difficile doit être conservée. Un environnement médical est également indispensable à plein temps (pathologies intercurrentes, diabète gestationnel, cholestase gravidique, avis diététiques...).

Enfin une couverture chirurgicale viscérale spécifique, certes de contribution rare (hémorragies majeures non résolues par les techniques de réanimation médicale, appendicite chez la femme enceinte...) intervenant dans un contexte d'urgence extrême, reste indispensable. Généralement, la totalité des membres de l'équipe obstétricale n'est pas qualifiée en chirurgie et doit donc faire appel à une aide extérieure.

Que faire ?

Anticiper les recrutements pour s'assurer de la pérennité de la Maternité.

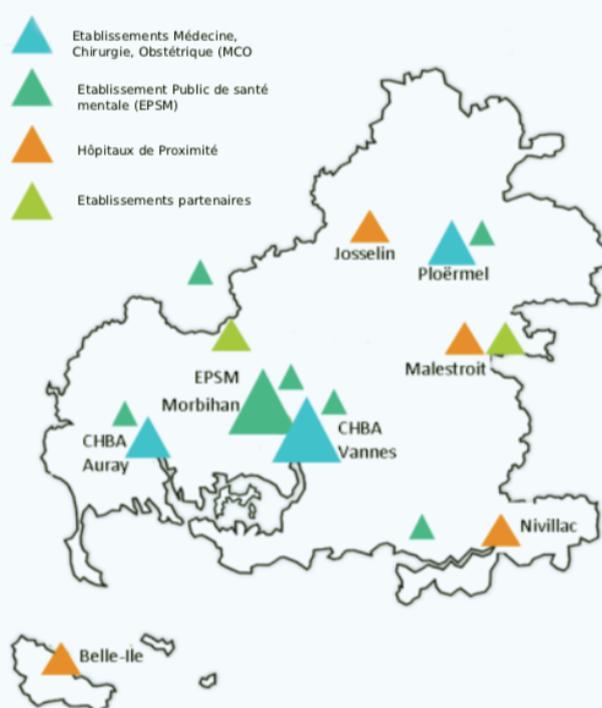
Les dates de départ à la retraite de trois des praticiens de l'équipe obstétricale sont connues. Il n'est pas certain que le fonctionnement sur le mode «praticiens à temps partagés et ou mis à disposition par Vannes » donne satisfaction ni aux médecins ni aux autres membres de l'équipe soignante. Pourquoi? Absence de réelle motivation; succession des intervenants dans une spécialité où la relation praticien-patiente est particulière «mon gynécologue». Il y a, donc, des mesures à prendre tout de suite.

Aujourd'hui ... et demain

Les raisons de nous inquiéter aujourd'hui, malgré les propos rassurants de la Direction Générale.

Un Groupement Hospitalier Territorial (GHT), qui regroupe plusieurs hôpitaux du territoire de santé a été créé en application de la loi Hôpital Santé et Territoire (H.P.S.T.). Il a été placé sous la direction administrative, centralisée à Vannes. L'hôpital de Ploërmel y est intégré. Le G.H.T. Brocéliande Atlantique a notamment pour but de mutualiser les moyens...

Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique



...ce qui s'est passé en réalité, c'est une réduction et une réorganisation progressive des moyens par la Direction Administrative, afin de mieux maîtriser les dépenses de santé.

Depuis, L'hôpital a perdu 26 lits d'hospitalisation, 44 postes ont été supprimés, dont 14 postes de personnel soignant. Plus récemment des décisions de réductions progressives des permanences, sur le site de Ploërmel, le soir en semaine et le week end ont été prises par la Direction administrative du G.H.T. qui peuvent mettre en danger des patients en situation d'urgence.

Et la démographie future de notre territoire?

Suite au COVID 19, et au développement important du télétravail, une tendance à l'exode urbain se fait jour. La démographie de notre territoire, vu le vieillissement de sa population, montre que l'accueil de personnes plus jeunes est vivement souhaitable. Il faut avoir des services pour les jeunes arrivants sur nos territoires ruraux.

Pour que de jeunes médecins, chirurgiens, anesthésistes, infirmier(e)s choisissent le Pays de Ploërmel comme nous le souhaitons, la présence d'un hôpital correctement doté en moyens humains et en matériels récents, est un atout de poids. La présence d'établissements scolaires et d'établissements de soins sont des critères majeurs d'attractivité d'un territoire.

Les dates de départ en retraite prochaine de trois gynécologues obstétriciens de notre hôpital sont connues. Un appel à candidatures, avec engagement de titularisation après période d'essai, est donc indispensable très en amont de ces dates, vu la difficulté à trouver de nouveaux médecins. Le Pays de Ploërmel a des atouts à faire valoir, et c'est l'un des rôles de nos élus; il faut donc le faire savoir aux personnes adéquates. C'est pourquoi nous les mobilisons.

Nous avons demandé à la Direction de Vannes d'être tenus informés des postes à pourvoir, de même que du maintien des postes actuels et , afin de relayer la communication. Pas de réponse à ce jour. Nous attendons l'engagement écrit.



Ce que disent des médecins:

« Il faut des anesthésistes en nombre suffisant. Actuellement ils envoient des anesthésistes de Vannes qui touchent une prime.. » ...« des anesthésistes sont parfois mobilisés pour faire le travail des urgentistes. Ce n'est pas leur compétence et c'est dangereux pour les patients. »

«Nous avons assuré toutes les astreintes de jour comme de nuit au C.H. de Ploërmel... avec un plateau technique fonctionnel 24h sur 24, 365 jours par an»...« Avec l'organisation actuelle mise en place depuis janvier 2021 il n'est pas sûr qu'on aurait pu sauver ces vies »

«Les anesthésistes de Vannes de garde à Ploërmel font transférer les patients à opérer à Vannes alors qu'il y a des chirurgiens sur place.»

«Tous les patients en urgence vitale ne sont pas forcément transportables, ex: hémorragie digestive»

Le contexte...mais pourquoi est ce ainsi que cela se passe ?

Parce que la politique de santé mise en œuvre depuis 15 ans, par les gouvernements successifs, s'est donnée pour objectif principal de réduire les dépenses de santé, en rationalisant les processus de soins. « *Priorité est mise sur la technique plutôt que sur la relation au soigné* ». * Ceci pour réduire les dépenses publiques. Une rationalité économique est mise en œuvre, « *qui fixe un prix en fonction de l'offre et de la demande* » * (tarification à l'acte). Or « *le soin n'est pas une activité industrielle, c'est une activité de service, dont la qualité tient d'abord et avant tout de la qualité de la relation et de la coopération entre le prestataire et le bénéficiaire* ». *

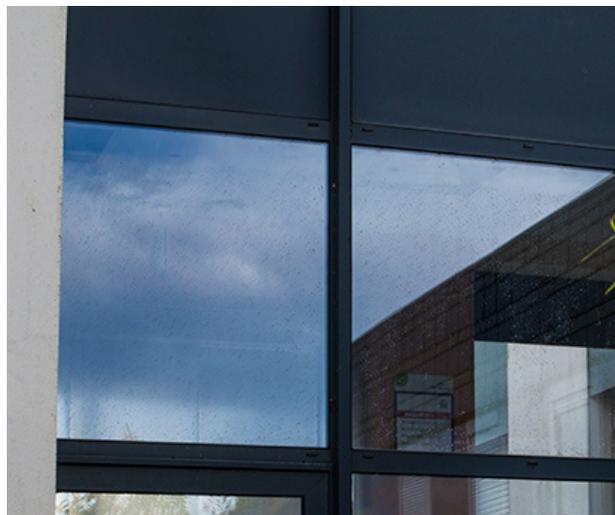
« *Le soin n'est pas une marchandise* ». * Et nous rajoutons : un hôpital public n'est pas une entreprise.

Sa standardisation est une aberration pratique, théorique et scientifique. Elle provoque une « *souffrance éthique des soignants, des pathologies mentales, des arrêts de travail, des tentatives de suicide* ». *

Certes, le bon emploi des fonds publics doit être assuré, contrôlé. Il s'agit après tout de nos impôts. Mais certainement pas réduit à sa portion congrue et reformaté pour des raisons économiques, au détriment de la sécurité des patients, de la qualité globale des soins, de la relation humaine, de l'ambiance de travail des soignants.

Est-ce que notre hôpital de Ploërmel se transformera en « hôpital de proximité » qui selon la définition de la loi n'y prévoit ni chirurgie ni obstétrique ?

Si l'administration juge un jour que la maternité n'est « plus assez rentable », et/ou manque de sécurité car il y aura eu des accidents dû à la réduction des possibilités de prises en charge d'urgence, et/ou que des candidatures de remplacement pour les départs en retraite ne sont pas trouvées, notre maternité pourrait subir la fermeture. Et notre hôpital se transformera en « hôpital de proximité », sans services chirurgicaux autre que les petites interventions en ambulatoire (pour explication voir page 15) .



Ce que disent des médecins:

« *La population de Ploërmel et autour de Ploërmel, est mise en danger... »...*

« *Un trajet de 30 minutes et beaucoup plus, pour un patient [au delà de Ploërmel]... avant d'atteindre une structure de soins, est à mon sens, une inégalité des chances de survie* ».

*La Casse du Siècle (2020), disponible en ligne:
<https://www.raisonsdagir-editions.org/catalogue/la-casse-du-siecle/>

Pourquoi un «Collectif santé» à Ploërmel?

Un mouvement social des personnels de l'hôpital en décembre 2019 reposait sur le mot d'ordre « l'hôpital en danger », et avait pour visée la mobilisation de la population concernée par l'hôpital public. Ce fut l'occasion de la première rencontre entre personnels soignants, représentants syndicaux et citoyens, qui entraînera la création du « Collectif santé du Pays de Ploërmel ».

Le Pays de Ploërmel est un pays rural en développement. Il compte 80 000 habitants, en prévoit 100 000 à échéance de 20 ans. La période que nous connaissons laisse entrevoir une migration urbaine vers le rural, de jeunes familles vont s'implanter, ce qui met l'accent sur le besoin d'une maternité et d'un bloc opératoire qui se maintiennent dans le temps. Bref le collectif participe à identifier les besoins en terme de santé et d'outils de proximité comme un plateau technique bien équipé, des personnels stables et d'équipes constituées pour un suivi régulier des patients. L'hôpital de Ploërmel ne doit pas devenir un sous hôpital. La santé ne peut reposer seulement sur l'aspect technique de l'acte mais doit prendre en compte la relation humaine dans toutes ses dimensions ce qui suppose un personnel reconnu, compétent et stable pour une qualité et la continuité des soins.

Le Contexte...Les interrogations de départ:

La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance du (G.H.B.A.) Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique dessine une redistribution des cartes du pouvoir au profit de Vannes (public et privé) : Laboratoire de biologie médicale : analyses reportées sur Vannes, perte de services de spécialités à Ploërmel, comme la cardiologie et la gastro-entérologie (HTC), perte de services de lingerie, crainte sur la restauration... La direction commune centralise les embauches de praticiens qui doivent intervenir sur ses différents établissements. Le Centre hospitalier de Ploërmel n'a plus la capacité d'employeur. Toute nouvelle embauche de médecins spécialistes est partagée avec Vannes. Cette perte d'autonomie, alliée à des départs en retraite de chirurgiens en obstétrique d'ici à 2 ans, entraîne des inquiétudes quant à l'avenir de l'hôpital. Principalement sur la M.C.O. (médecine, chirurgie, obstétrique).

Ce que disent des médecins :

« L'intérêt d'une équipe de proximité, c'est la légèreté : la réactivité est meilleure, les délais de prise en charge sont plus courts. »

« Pour le recrutement de nouveaux médecins, ils (l'administration ndlr) disent que personne ne veut des postes ici, mais ils ne les publient pas au JO. »



Liste de faits indicateurs de la dégradation du fonctionnement de l'hôpital de Ploërmel

(recueillis auprès de sources directes, internes à l'hôpital)

- **des chirurgiens de Vannes sont désormais contraints de venir opérer à Ploërmel, ceci afin de mieux rentabiliser l'utilisation des moyens matériels et humains.** Conséquence : un patient opéré par un chirurgien de Vannes, parti sitôt après l'intervention, se retrouve le lendemain chez lui avec une simple ordonnance, de fortes douleurs, et personne pour répondre à ses questions.
- **la planification des interventions chirurgicales au bloc opératoire est désormais assurée par du personnel administratif de Vannes, toujours pour des raisons d'efficacité économique.** Ce qui provoque des déprogrammations d'intervention pour les chirurgiens de Ploërmel.
- **le médecin chirurgien en urologie affecté à l'hôpital de Ploërmel est parti en retraite.** Sa charge de travail est répartie sur des chirurgiens qui viennent de Vannes.
- **le service de gardes d'urgences à Ploërmel est réorganisé par les services de Vannes :** les médecins et chirurgiens de Ploërmel ne sont plus assez nombreux pour assurer les astreintes, dont certaines sont désormais confiées à des soignants de Vannes. Cela sème de la zizanie dans les équipes.
- **les médecins et chirurgiens qui viennent faire des vacances à Ploërmel sont davantage payés (primes multisites) que le personnel soignant sur place.** Ceci contribue à dégrader l'ambiance entre le personnel des deux hôpitaux.
- **des anesthésistes sont parfois mobilisés pour faire le travail des urgentistes :** c'est dangereux, ils ne sont pas formés pour cela.
- **les chirurgiens de Vannes qui interviennent à Ploërmel ne connaissent pas les médecins de Ville** qui suivent les patients qu'ils opèrent : le lien et la passation d'informations entre eux se sont notoirement «dégradés».
- **Un dispositif codifié d'évaluation du travail des soignants, basé sur l'analyse des tâches, comme dans l'industrie, et sur des critères d'efficacité économique, a été mis en place, et s'impose aux soignants.** Il s'en suit qu'ils ne disposent plus de temps pour la dimension relationnelle du soin, qui influe fortement sur la guérison.

- **Les hôpitaux doivent désormais rechercher une partie de leur financement propre.** Or le déficit de l'hôpital de Ploërmel ne cesse d'augmenter, sans que les causes en soient connues. Le personnel s'en inquiète car cela peut servir d'argument pour fermer des services.
- **La tarification à l'acte (T2A), dont le taux de remboursement fluctue, est suspecté être responsable d'une partie du déficit.**
- Février 2021 : **déménagement de services à l'interne.** Décision non concertée avec le personnel du service concerné, raisons inconnues. La médecin référente est absente, en arrêt programmé, et pas consultée ni avertie. Le personnel soignant est mobilisé pour assurer la manutention.
- Juin 2021 : **suppression définitive de 7 lits de chirurgie sans aucune concertation avec l'équipe soignante.** Il ne reste plus que 24 lits en chirurgie : l'hôpital n'a plus de marge de manœuvre en cas de crise. Un préavis de grève est déposé.
- Mai 2021 : **4 médecins O.R.L. de Vannes sont envoyés à Ploërmel pour assurer des consultations et opérer en cas de besoin, sans concertation avec les O.R.L. Ploërmelais.** Certaines permanences ne sont pas assurées. Il existe alors des « blancs dans le planning », le service n'est plus assuré en permanence.
- Juin 2021 : **une patiente en obstétrique fait une grossesse extra utérine, et doit être opérée en urgence.** Sans la présence d'un chirurgien sur place, le pronostic vital de la patiente aurait pu être engagé.
- 2021 : **dans le cadre de réaménagements de l'hôpital, 4 déménagements sont et seront réalisés pour une unité de médecine.** L'équipe soignante de chirurgie est diminuée et éclatée.

Ce que nous demandons : nos besoins pour l'hôpital de Ploërmel

1 - GARANTIES DE PERENNITE A LONG TERME DE TOUS LES SERVICES HOSPITALIERS:

Le maintien des services chirurgicaux (viscéral et orthopédique), de la maternité et des urgences, assortis du personnel qualifié résidant sur place et en nombre suffisant pour un service de qualité, qui doit être assuré coûte que coûte, avec la garantie de leur pérennisation pour les 10 années à venir.

2 - SECURITE EN CAS D'URGENCE :

Une équipe d'astreinte 24h sur 24 comprenant au moins un chirurgien orthopédique, un chirurgien digestif et un anesthésiste, pour faire face aux interventions qui doivent être réalisées dans les minutes qui suivent (hémorragies graves, polytraumatisés,...)

3 - GESTION ET UTILISATION PARTAGEE DES MOYENS :

une co gestion du planning du bloc opératoire, avec priorité d'utilisation des équipements et matériels d'examen et de diagnostic affectés à l'hôpital par les médecins et chirurgiens résidant sur place (mobilisables en 10 minutes, soit moins de 10 km).

4 - ALLEGEMENT DE LA CHARGE DE TRAVAIL :

Un allègement conséquent des tâches administratives en général, et spécifiquement pour les soignants, au profit du temps passé aux soins. Un temps réservé à la relation humaine dans le parcours de soin, entre médecins et patients.

5 - ANTICIPATION DES RECRUTEMENTS NECESSAIRES :

Etoffer les équipes actuelles de soignants en orthopédie, en viscéral, en anesthésie, et en gynécologie. Se mobiliser collectivement dès à présent (hôpital, élus, citoyens) pour trouver dès maintenant des candidatures de médecins et chirurgiens afin de remplacer les partants et recruter des médecins spécialistes exclusivement pour Ploërmel (gastro, cardio...).

6 - GOUVERNANCE PARTAGEE :

Participer en tant qu'usagers aux instances CME, Conseil de Surveillance

7 - COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME) COMPOSÉE MAJORITAIREMENT DE MEDECINS DE PLOËRMEL (pas de Vannes).

Le pouvoir à l'échelon local, est-il démocratique?

De notre point de vue, la démocratie suppose la participation des citoyens à la gestion de la cité, en plus des élections. C'est la « démocratie participative ».

Nos institutions actuelles, en application de la constitution de la cinquième république, sont gérées depuis leur création par des systèmes de pouvoir pyramidaux. C'est la démocratie représentative, qui laisse peu ou pas de place à la participation citoyenne.

Dans le G.H.B.A. (Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique), Le Directeur Général, qui n'est pas un élu, mais un fonctionnaire d'état, se trouve au sommet de la pyramide de pouvoir à l'échelon local. Membre principal du Directoire, Il décide à la place de la plupart des membres du corps médical et des usagers, du devenir de l'hôpital. Il suit les directives de l'A.R.S. (agence régionale de santé). Bien que formé comme cadre de la fonction publique hospitalière, il ne connaît pas directement les réalités vécues par les personnels médicaux en souffrance sur le terrain, et les usagers en souffrance, ni le stress qui en fait partie. Au milieu de cette pyramide de pouvoir se trouvent les médecins, qui n'ont plus droit à la parole que via leurs représentants, basés à Vannes pour la plupart. A la base de la pyramide se trouvent le petit personnel soignant : aides soignantes, personnel de service, de restauration. Simples exécutants, Ils n'ont pas droit à la parole. Ce sont eux et elles qui sont le plus en souffrance.



Il manquerait d'argent pour la santé, qui est une priorité ?
Quelle participation des citoyens (démocratie participative) ?

En détail:

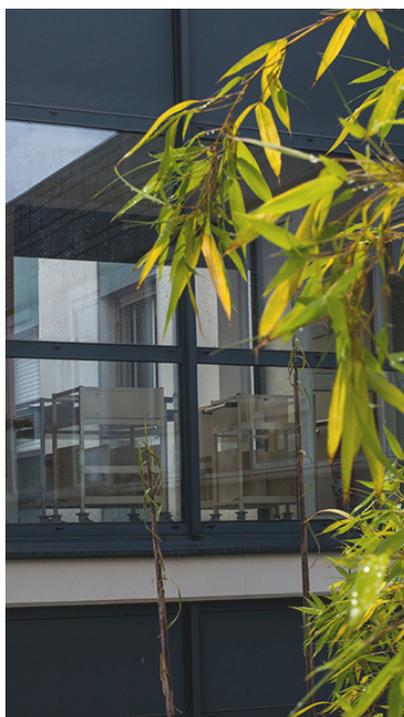
Les lois de 2009 à 2019 et leurs conséquences.

2009 Loi Bachelot - Hopital Public Santé et Territoires (H.P.S.T.)

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) modifie en profondeur l'ensemble de notre système de santé. Elle définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant l'ensemble des besoins de santé. Pour cela elle réforme le fonctionnement et l'organisation des établissements publics de santé en renforçant le rôle du directeur, en remplaçant le conseil exécutif par un directoire et le conseil d'administration par un conseil de surveillance. Elle supprime la notion de service public hospitalier et liste 14 missions de service public pour l'hôpital. Elle incite au regroupement des établissements de santé avec la mise en place de communautés hospitalières de territoire. Elle propose une nouvelle organisation territoriale du système de santé avec notamment la création des agences régionales de santé (ARS) et la régionalisation des politiques de santé.

Précision sur la Tarification à l'Acte et son histoire :

montée en charge de la tarification à l'activité. La disparité créée entre les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif d'une part, les établissements privés à but lucratif d'autre part, rendait plus complexes les dispositifs de contrôle des financements et difficile toute comparaison des coûts entre les 2 secteurs. La loi du 27 juillet 1999, portant création de la Couverture Médicale Universelle (CMU), a permis le lancement d'une expérimentation, à compter du 1er janvier 2000 et pour une durée de 5 ans. De nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés ont été mis en place basés sur une tarification à la pathologie. Cet objectif de Tarification à l'Acte a été repris en 2002 et intégré dans le plan « Hôpital 2007 ». Depuis, la T2A constitue le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics et des établissements privés.



Loi 2016 dite «Loi Touraine»

La loi de modernisation de notre système de santé entend refonder le service public hospitalier . Elle réaffirme le service public hospitalier supprimé par la loi HPST et qui l'a fortement désorganisé. La coopération entre hôpitaux publics est renforcée par la création des Groupements Hospitaliers de territoire (GHT) qui remplacent les Communautés hospitalières de territoire créés par la loi HPST : les hôpitaux proches doivent élaborer un projet médical commun et partager des missions ou des fonctionnements support (achats hospitaliers, par exemple). Elle crée les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (1) et met également en place un schéma régional de santé unique (2).

Loi 2019 dite «Loi Buzyn»

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé affirme la nécessité d'organiser des soins de façon décloisonnée et à l'échelle d'un territoire. Pour cela, elle instaure les projets territoriaux de santé, encourage le déploiement des communautés professionnelles de territoriales de Santé (CPTS), renforce l'intégration au sein des GHT et propose une organisation des établissements selon trois échelons :

- les CHU
- les établissements de recours
- les hôpitaux de proximité (voir page 15)

Pour libérer du temps médical, elle crée une nouvelle fonction d'assistant médical, la délégation des tâches, et élargit les missions des infirmiers et des pharmaciens. Elle encourage également le développement du numérique de santé, notamment grâce à la téléconsultation et à la mise en place d'un espace numérique de santé personnel. Elle réforme enfin la formation initiale et continue, en supprimant le numérus clausus et l'Examen Classant National (ECN) et en mettant en place une procédure de recertification des compétences.

(1) Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

(2) <https://www.ars.sante.fr/le-schema-regional-de-sante>

Ma santé 2022: Loi du 24 juillet 2019

Les 10 mesures phares de Ma Santé 2022

- **Création dès 2019, de financements au forfait pour la prise en charge à l'hôpital** des pathologies chroniques dont le diabète et l'insuffisance rénale chronique pour leur partie hospitalière.
- **Ces financements seront élargis à partir de 2020** à d'autres pathologies et cette démarche inclura par la suite la prise en charge en ville en vue d'une meilleure coordination ville-hôpital.
- **Pour mailler le territoire national à l'horizon 2022.** Une stratégie nationale de déploiement sera arrêtée d'ici fin 2018 et une négociation conventionnelle sera engagée dès 2019 pour donner un cadre pérenne de financement aux CPTS.
- **Soutien financier au développement des assistants médicaux** auprès des médecins libéraux à condition que ces derniers exercent en groupe, s'inscrivent dans un exercice coordonné ou une CPTS et s'engagent sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation patientèle, réduction des délais de RDV...), dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins.
- **Réforme du régime des autorisations des activités de soins**, dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins. Elle se fera en plusieurs phases et aboutira dès 2020 sur de nouvelles normes pour certaines activités particulièrement structurantes pour les territoires, notamment les services d'urgence, les maternités, les services de réanimation, l'imagerie et la chirurgie.
- **Création d'un statut unique de praticien hospitalier**, associé à la suppression du concours PH, pour faciliter l'entrée dans la carrière, diversifier les parcours professionnels (reconnaitances des valences non cliniques) et faciliter l'exercice mixte.
- **Redonner au service son rôle de « collectif » dans l'organisation des activités de soins** et le management de l'équipe soignante ; favoriser la reconnaissance collective par la création d'un dispositif d'intéressement lié aux projets d'amélioration de la qualité de service ; prise en compte des compétences en management dans la nomination des responsables médicaux.
- **Élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement** pour renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux.
- **Refonte des premiers cycles des études en santé** autour de processus d'orientation progressifs encourageant les passerelles et la diversification des profils.
- **Pour une orientation tenant mieux compte des compétences et aptitudes des élèves** et de leur projet professionnel.

Pr Cécile Vigneau : « Cheffe de service au CHU de Rennes, pourquoi j'ai démissionné »

Des extraits de l'article paru dans *la Croix Hebdo* 2020-03-08 (1)

Il y a aujourd'hui, à travers la France, plus de 1 500 médecins démissionnaires. Il s'agit d'une démission administrative. Concrètement, cela signifie qu'on poursuit le soin, l'enseignement et la recherche. Mais nous n'assumons plus les tâches non médicales. Lors des réunions, nous sortons dès que l'on commence à nous parler dépenses, recettes, activités.... La dégradation de l'hôpital public s'est faite progressivement. Comme on a le nez dans le guidon, on ne se rend pas compte. Et le corps médical est une profession qui ne se rebelle pas beaucoup. Ne pas se réveiller lorsque a été instaurée la loi HPST a été notre erreur. La loi hôpital patients santé et territoires. Votée en 2009, elle a écarté les médecins de la gouvernance de l'hôpital, pour donner tout pouvoir aux « administratifs »...

Comment cette crise se traduit-elle dans votre service, concrètement ?

Par un manque de moyens et un manque d'humains ! L'an dernier, un praticien hospitalier, présent depuis plus de vingt-cinq ans à l'hôpital et qui fait tourner le centre de dialyse, a dû être arrêté. Un arrêt long, ça allait durer. Il fallait le remplacer ! Ma direction m'a dit non. J'ai râlé. On m'a dit : prenons un interne. On ne remplace pas un praticien avec vingt-cinq ans d'ancienneté par un interne !. ... Sur 16 infirmières de dialyse, j'ai eu jusqu'à 10 absentes en même temps. Le centre de dialyse n'a pas repris d'activité pleine depuis novembre 2018. Toutes ces absences sont simplement remplacées à hauteur de 60 %. La médecine du travail avait été alertée il y a trois ans parce que j'étais inquiète pour les infirmières.... On travaille en flux tendu, on a moins de temps à leur consacrer. Les patients nous le disent. C'est la première fois depuis des années. . Des patients viennent dans le service depuis trente ans. Depuis un an, ils nous disent qu'ils ne se sentent plus en sécurité. ...là on atteint un niveau où il risque d'y avoir des catastrophes si on ne remonte pas.

L'hôpital public met-il les patients en danger ?

Pr C. V. : Disons qu'il peut y avoir, à l'heure actuelle, de vrais retards au diagnostic ou au traitement qui, oui, peuvent mettre en danger la vie des patients. On fait tout pour éviter ça ! On priorise la gravité des cas, on rappelle 15 fois les blocs, les scanners. Mais on n'est pas à l'abri de drames. Il y en a déjà eu. Ils pourraient être évités....

(1) www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sante/Pr-Cecile-Vigneau-Cheffe-service-pourquoi-jai-demissionne-2020-03-08-1201082708

Vous parlez souvent de temps...

C'est une obsession ! On court après le temps. Quand les aides-soignantes font des toilettes, elles aimeraient avoir quelques minutes de plus pour bien réinstaller le patient, parler avec lui. Mais non, il faut enchaîner. Puis, une fois les toilettes terminées, continuer avec les repas. Nous devenons maltraitants malgré nous !

A la T2A, la tarification à l'activité, est l'une des causes majeures de la crise ?

Oui, il y a eu un vrai virage à ce moment-là. Auparavant, on ne parlait pas autant aux médecins de recettes et de dépenses. On nous disait « Attention, il ne faut pas trop dépenser. » Ce qui est logique, l'hôpital n'est pas un puits sans fond. Mais après l'instauration de la T2A, on s'est mis à avoir des réunions avec des tableaux de chiffres. Tous les mois, on reçoit un « reporting » avec l'activité, le pourcentage de sorties avant midi, les recettes, les dépenses, pour notre pôle, notre service et pour tout l'hôpital. Ça impose une pression permanente. Le message envoyé est : « Il faut que vous fassiez de l'activité ! Il faut que vous fassiez du séjour ! Du séjour, du séjour, du séjour ! »

Si rien n'est fait, quelles sont vos craintes ?

Que les médecins partent dans le privé. Que les paramédicaux partent faire autre chose, deviennent infirmiers libéraux, assistants maternels. Que la qualité des soins se dégrade. Et si tout se fait dans le privé, que nous soyons confrontés à une inégalité dans l'accès aux soins encore plus flagrante que celle qui existe aujourd'hui. Avec les gens qui auront les moyens d'aller dans le privé. Et les autres qui attendront encore plus longtemps sur des brancards.

On arrive à des situations ubuesques où certains hôpitaux ont des appareils à IRM flambant neufs mais personne pour les faire fonctionner.

Il faut tout le monde autour d'une table : des gens de terrain, des gestionnaires, des politiques. Il faut partager nos expériences. La deuxième chose à faire, c'est changer la gouvernance et mettre du médical et du paramédical dans la direction. Mettre dans les décisions des gens qui sont auprès des malades. Et instaurer un vrai dialogue entre la direction et les gens du terrain. Et ça, ça ne coûte rien. D'autant que le changement de gouvernance permettrait sans doute de réaliser des économies en supprimant quelques strates administratives.

Hôpitaux de proximité ?

Est ce que Ploërmel va être un hôpital de proximité ?

Un décret du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement apporte des modifications importantes à ce type de structures, dont l'avenir est l'une des préoccupations majeures des élus des communes petites et moyennes. Ce décret met notamment en œuvre l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 du 22 décembre 2014. Ce bref article (devenu l'article L.162-22-8-2 du Code de la sécurité sociale) précise que "les activités de médecine exercées par les hôpitaux de proximité [...] bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations [...] et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat".

Qu'est-ce qu'un hôpital de proximité ?

Le premier apport du décret du 20 mai 2016 est de donner une définition précise de l'hôpital de proximité. La LFSS 2015 caractérisait certes déjà ce type d'établissement, mais dans des termes assez généraux : "Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent."

Le décret se fait plus précis en indiquant que **l'hôpital de proximité "exerce une activité de médecine autorisée par l'agence régionale de santé [...] et n'est pas autorisé à exercer une activité en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique [...]"**.

Il doit desservir un territoire présentant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : une part de la population âgée de plus de 75 ans supérieure à la moyenne nationale, une part de la population située en dessous du seuil de pauvreté supérieure à la moyenne nationale, une densité de sa population n'excédant pas un niveau plafond et un taux de médecins généralistes pour 100.000 habitants inférieur à la moyenne nationale.

Enfin, le territoire desservi par l'établissement est défini - pour l'appréciation des conditions ci-dessus - comme "l'ensemble des lieux à partir desquels il est possible de parvenir à l'établissement par un trajet routier en automobile d'une durée inférieure ou égale à vingt minutes mesurée en prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses". A vos chronomètres !...

Comme souvent, il y a bien sûr une exception. Un établissement peut ainsi être classé comme hôpital de proximité s'il ne réunit qu'une seule condition au lieu des deux exigées, mais à condition de remplir l'une des deux autres conditions suivantes : l'activité de médecine y est exercée en totalité ou en partie par un médecin assurant également le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoires, ou bien il est le seul établissement autorisé à exercer une activité de médecine sur le territoire qu'il dessert.

Astreintes territorialisées ?

Hier :

Une astreinte simple est une permanence assurée par des médecins, chirurgiens, anesthésistes, qui demeurent sur place ou à proximité immédiate (moins de 10 minutes), et se tiennent à disposition en principe 24h sur 24 pour faire face aux urgences, y compris la nuit, les week ends et jours fériés. C'est ce qui se pratiquait jusque là, et donnait satisfaction, tant qu'un nombre suffisant de médecins à Ploërmel pouvaient se relayer.

Aujourd'hui :

Une « astreinte territorialisée » veut dire que cette permanence peut être effectuée exclusivement par des spécialistes de Vannes ex : astreinte de nuit en traumatologie. Le médecin urgentiste à Ploërmel demande conseil et prend en charge ou transfère le patient. Rappelons qu'il y a au minimum 40 mn de route entre les 2 villes. A quoi on peut rajouter 10 minutes pour ceux qui habitent à 10 km de Vannes, plus le temps de se mettre en route, puis d'arriver à l'hôpital, de se mettre en tenue etc. Cela fait plus d'une heure. Si une hémorragie survient où est la sécurité? Ex hémorragie digestive le weekend !

Ce que disent des médecins :

«Pourtant, il est souvent difficile de joindre le médecin responsable des urgences. Les patients aux urgences ont souvent des retours négatifs : ils doivent beaucoup attendre. Les échographies aux urgences ne sont plus possible après une certaine heure. Il faudrait que les médecins urgentistes soient formés à l'échographie. Le protocole du dépôt des analyses aux urgences est compliqué. Après 11H30, le samedi, il est plus difficile d'avoir des résultats d'analyse»



Etat des lieux (lits et places): 2012, 2015, 2020

Centre Hospitalier de Ploërmel				
Etat des lieux capacitaires (lits et places)				
Comparatif 2012 2015 2020 perspectives selon projet				
Services	2012	2015	2020	Projet
MEDECINE	93	98	82 (-8 depuis le 1er 09)	-3
Polyvalente 1		28	24	28
Polyvalente 2		29	25	29
Gastro entérologie		24 puis 20	12	HDS 2
Médecine post-urgences		12	12	
HDJ		5+4 fauteuils	5+4 fauteuils	
Soins palliatifs		5 (non activés)	5 (non activés)	
CHIRURGIE	72	57	Programmés : 15 Post-urgences : 16 Ambulatoire : 10+6 Fauteuils (avec une double rotation permettant l'accueil de 20 patients/j max)	-7 Chir CPU + HDS 24
GYNECOLOGIE-OBSTÉTRIQUE	26	16+2	16+2	?
URGENCES/UHTCD	6	6	6	
SURVEILLANCE CONTINUE	6	6	6	
USLD	30	30	0 transféré au CH de Josselin en 2017	
EPHAD	177	177	177	
HAD	20	20	25 (objectif 40)	
SSR			30 Transfert de Josselin et MLST en 2017	
ADDICTOLOGIE			15	
TOTAL	430	410	404	

Source syndicale

Il apparaît difficile ici d'être plus précis sur l'évolution des capacités en lits du Centre hospitalier de Ploërmel (CH). Pourquoi ? La transparence n'est pas de mise.

Dans la restructuration du CH, les services de spécialités sont transformés en services de médecine polyvalente avec regroupements des lits de 3 unités dans une seule aile. Et par là les personnels doivent devenir polyvalents. Rationalisation - économie ! La comparaison devient dès lors impossible.

Stratégie pour faire passer le dossier auprès des instances, des personnels, des élus ?

Glossaire:

ARS Agence Régionale de Santé
CME - Commission Médicale d'Établissement
CNG - Centre National de Gestion
CPTS - Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
ECN – Examen Classant National
EdS - Etablissement de Soins
ESN - Etude Nationale des Coûts
GCS - Groupement de Coopération Sanitaire
GHT -Un Groupement Hospitalier Territorial
ONDAM - Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
T2A - Tarification A l'Activité

t

Sommaire:

Préambule.....	1
Les différents secteurs d'activité sont étroitement liés et interdépendants...	2
Et la démographie future de notre territoire?.....	3
Le contexte...mais pourquoi est ce ainsi que cela se passe ?.....	4
Pourquoi un «Collectif santé» à Ploërmel?.....	5
Liste de faits indicateurs de la dégradation du fonctionnement de l'hôpital de Ploërmel.....	6
Ce que nous demandons : nos besoins pour l'hôpital de Ploërmel.....	8
Le pouvoir à l'échelon local, est-il démocratique?.....	9
Les lois de 2009 à 2019 et leurs conséquences.....	10
Ma santé 2022: Loi du 24 juillet 2019.....	12
Pr Cécile Vigneau : « Cheffe de service au CHU de Rennes, pourquoi j'ai démissionné ».....	13
Hôpitaux de proximité?.....	15
Astreintes territorialisées ?.....	16
Etat des lieux (lits et places): 2012, 2015, 2020.....	17
Glossaire.....	18
En guise de conclusion provisoire.....	19

En guise de conclusion provisoire

Le thème de la Santé, et donc de la crise hospitalière, est aussi riche que complexe. Il inclut de nombreux paramètres influents : économique, culturel, psycho social, politique, écologique.

Le but de cette brochure est à la fois informatif et d'éducation populaire, afin de permettre aux lecteurs non initiés d'entrer dans le sujet, par une autre porte, un autre point de vue sur la réalité de l'hôpital en milieu rural, que celui qui prévaut actuellement dans les autorités de santé. Ce point de vue s'est construit chemin faisant depuis deux ans, dans le collectif santé, en écoutant les acteurs de l'hôpital : soignants, usagers, personnel administratifs, élus, et en nous documentant auprès de sources variées. Il est nécessairement subjectif, partial, incomplet, simplificateur, et parfois erroné. Cela ne nous dispense pas pour autant d'exercer notre sens critique, avec une prise de recul, qui nous semble salutaire. Nous n'y mettons pas en cause les personnes.

Dans son fonctionnement actuel, le système hospitalier s'éloigne de plus en plus de ses vocations initiales: soulager les êtres humains de leurs souffrances, les accueillir et les soigner avec bienveillance.

Ce système s'industrialise, se protocolise, par souci principal d'efficacité économique, et nous transforme peu à peu, nous les « patients », en objets de soins performants, et nous les soignants, en dispensateurs de gestes techniques standardisés, effectués sur des corps humains, le plus rapidement possible.

Nous sommes en désaccord avec cette évolution.

Nous réclamons une élaboration collective et coopérative d'un nouveau projet de santé pour l'hôpital et pour le Pays de Ploërmel, basée sur l'éthique de la Santé et de la Relation Humaine et visant le soutien du Bien Commun. Pour cela l'aventure ne fait que commencer.

Le collectif santé du Pays de Ploërmel. Août 2021

