LA LETTRE DU
# SNMH
mars 2023

SANTÉ FO

*Syndicat National des Médecins Hospitaliers Force Ouvrière*

Crédit photo : Frédéric BLANC

au **SOMMAIRE**

**EDITO 1**

**COMMUNIQUÉ** *(SUITE)* **2**

**DR BLANDINE BENET 2**
*SITUATION AUX URGENCES DU CHR METZ-THIONVILLE*

**DR GONZALES**
*PSYCHIATRIE : AGGRAVATION DES CONDITIONS D'EXERCICE* **3 - 5**

**DR SARA DADOUN**
*LOI RIST - OU LA DÉCRÉDIBILASTION MÉDICALE* **6**

**ODILE CEZARD**
*POUR UNE POLITIQUE LOCALE DE L'HÔPITALE* **? 7**

**SNMH FO**
*DÉFENSE DES ADHÉRENTS : UN CAS DE BURN-OUT* **8 - 9**

**SNMH FO**
*POINT PRESSE* **10 - 11**

## Quel autre choix que la grève le gouvernement nous laisse-t-il pour préserver nos retraites et la Sécurité sociale ?

Contrairement à notre ex confrère Olivier Veran (cf ses récentes déclarations), porte-parole d'un gouvernement qui continue sa politique de fermeture des lits et de l'accès aux soins, aidé par sa collègue Stéphanie RIST, à l'hôpital comme en ville, nous avons appelé les collègues à se mettre en grève et à soutenir (physiquement, financièrement) la grève à partir du 7 mars.

Le gouvernement refuse de céder car il a besoin de détourner les milliards de la Sécurité sociale pour les utiliser à d'autres fins que le soin ou les retraites. Gagner la bataille sur la réforme des retraites aujourd'hui c'est se donner la possibilité de rétablir demain l'accès aux soins en ville comme l'hôpital. Les médecins et tous les hospitaliers pourraient alors enfin retrouver des bras et des lits pour les patients. Faire reculer ce rouleau compresseur est une urgence.

Le SNMH FO appelle les collègues à s'inscrire dans les actions concrètes de grève y compris dans les hôpitaux en lien avec le front syndical et avec les patients.

***Pour le bureau national :***
Secrétaire Général,
Dr Cyrille VENET
06 68 02 80 73

# *Retour sur la situation aux urgences du CHR Metz-Thionville, Fief de M. François Braun, Ministre de la Santé.*

## *Thionville*

En toute fin d'année 2022, les épidémies hivernales créent une fois de plus le chaos au SAU de Thionville : à chaque fin de garde, ce sont 100 malades en attente d'hospitalisation sur le plateau des urgences, des malades souvent âgés de plus de 75 ans qui attendent plus de 90 heures sur des brancards faute de lits d'hospitalisation d'aval (fermetures de lits pour les vacances de Noël auxquelles s'ajoute, de l'aveu de la Direction elle-même en CME de juillet dernier, la fermeture pérenne de 150 lits sur tout le CHR depuis 2019). En quelques jours, 55 infirmiers et aides-soignants épuisés sont en arrêt maladie sur les 76 en poste. Le 30 décembre, le SAU de Thionville doit fermer ses portes. Devant une telle situation, la Direction promet le recrutement de 6 aides-soignants et 6 infirmier(es).

## *Metz*

A 30 km de là, au SAU de Metz, au même moment, la situation est la même : le nombre de passages aux urgences reste stable mais ce sont non pas 20%, comme à l'ordinaire mais 40% des patients admis aux urgences qui doivent être hospitalisés. 2 voire 3 patients meurent tous les jours au SAU. Aucun personnel n'est affecté auprès des patients laissés sur des brancards, personne pour leur donner à boire ou leur donner le bassin. L'équipe médicale du SAU de Metz dépose un préavis de grève. La direction rencontre l'équipe médicale en urgence et répond positivement à leur demande de recrutement d'un aide-soignant pour s'occuper des patients en attente d'hospitalisation, d'un brancardier pour amener les patients en radiologie ou dans le service d'hospitalisation, d'un agent administratif pour les admissions des patients et d'un médecin urgentiste (23 médecins en poste sur 40 postes).

Ainsi la Direction, mise au pied du mur a lâché. Ces postes ne sont pas des créations de poste, ILS EXISTENT mais restent vacants faute de publier les avis de vacances de postes, puis ils tombent dans l'oubli ou alors on nous explique que les départs en retraite ou les départs pour une autre raison ne sont plus automatiquement remplacés, qu'il faut absolument justifier d'une augmentation d'activité pour conserver le poste.

## *Tous ensemble avec le SNMH-FO*

**tions de tous les hôpitaux de France, ont encore des marges de manœuvres, cet exemple le prouve. Certes les candidats aux postes se font de plus en plus rares mais sans annonce de poste, les candidats potentiels iront voir ailleurs. Alors dans chaque service, organisons-nous, regroupons-nous avec le SNMH-FO, avec les collègues, battons-nous, défendons nos postes, soyons derrière les Directions, derrière les Chefs de pôle, derrière les Cadres de pôles pour qu'ils publient les avis de vacances de poste en interne, au CNG, sur les sites des sociétés savantes... C'est en maintenant nos postes, ceux des équipes soignantes ou médico-techniques qu'on maintiendra les lits, les activités de consultation, de diagnostic.**

# *Disparition de la sectorisation en psychiatrie : une aggravation des conditions d'exercice et de soins contre laquelle revendiquer pour les moyens nécessaires en personnels*

**Sur le centre hospitalier du Rouvray, nous sommes passé en 12 ans de 10 secteurs de psychiatrie adulte à 1 seul pôle de psychiatrie adulte. L'argument avancé par la Direction est la modernisation des soins et rendre plus attractif l'établissement pour les médecins.**

Le Directeur dit clairement dans un interview à APMnews le 30.12.22 :

***« Cela veut dire, qu'en intrahospitalier, la notion de secteur n'existera plus et on va travailler plutôt sur les filières. Il y aura par exemple une filière spécifique à la dépression, aux psychoses résistantes ou aux personnes âgées. On va aussi essayer de regrouper nos patients hospitalisés sous contrainte. »***

Revenons sur l'origine de ces projets. A la base, c'est avant tout le manque de médecin qui a provoqué la fragilisation du secteur de psychiatrie. Depuis plusieurs années, les services intra-hospitaliers sont à la peine pour avoir des équipes médicales complètes. A chaque retraité non remplacé, à chaque départ vers un autre établissement ou le libéral, il devient difficile d'assurer un planning complet, comprenant les gardes et les astreintes.

Ce n'est que secondairement à cette situation qu'a émergé la généralisation du projet de fusion et de filiarisation.

Un service a du fermer l'été dernier par manque de médecin. Les collègues plus anciens s'épuisent à faire tenir seuls des unités entières où ils étaient 2 ou 3 auparavant. Les jeunes collègues arrivent dans des conditions toujours plus difficiles, avec un compagnonnage réduit au minimum. Il devient compliqué de prendre ses repos de garde.

Beaucoup de services tiennent avec l'aide de médecins étrangers sous-payés, qui restent sous la responsabilité des PH titulaires. Dans ces conditions, la fusion des services en un seul pôle a pu apparaître à certains comme une solution à court terme, permettant la mutualisation des moyens médicaux. Mais cela provoque une dégradation des conditions de travail et d'exercice de la médecine, dans la mesure où la question de la démographie médicale n'est pas réglée.

D'abord parce que cela implique une augmentation exponentielle des transferts de compétences. N'étant pas plus nombreux , les PH titulaires du pôle deviennent une sorte de manager d'équipes dispersées dans le pôle, de médecins non titulaires (internes, médecins étrangers, attachés...) et de

paramédicaux qui effectueront des soins qui auparavant relevaient du PH. Certes le travail était déjà partagé avant, mais dans une logique de formation, de compagnonnage et de travail d'équipe. Mais ici il s'agit d'instaurer une hiérarchisation pour palier au manque de médecin, encourageant la mise en place de protocoles et la disparition progressive du colloque singulier patient-médecin au profit d'une approche quantitative, diluant la responsabilité individuelle et l'engagement dans les soins.

Ensuite, parce que cette disparition des secteurs est couplée à la mise en place des filières. La filiarisation des soins induit une surspécialisation. Des psychiatres et leurs unités deviendront spécialistes ici de la dépression, là de la schizophrénie. Cela existe déjà d'ailleurs sur le Rouvray, avec des unités de recours pour les schizophrénies résistantes, pour les troubles de l'humeur, pour l'autisme.

## *Donc quel intérêt à généraliser cette approche par filière ?*

En psychiatrie peut-être plus qu'ailleurs les diagnostics restent difficiles et potentiellement controversés. Rendre l'admission dans un service dépendante de la catégorie diagnostique ouvre la voie à un risque de sélection des patients. Non pas par manque de volonté des psychiatres, mais bien comme conséquence du manque de lits. On voit la pression qui s'exerce sur les services d'urgences somatiques pour mettre des filtres à l'admission, décider que tel ou tel diagnostic ne relève pas des urgences. On risque d'être confronté de manière explosive à cette problématique en psychiatrie, d'autant plus avec la difficulté du patient à reconnaître ses propres troubles !

L'accueil inconditionnel doit rester la règle à l'hôpital psychiatrique, au risque de marginaliser encore plus des patients avec déjà de nombreux facteurs de risques de défaut d'accès aux soins.

***Ne risque-t-on pas de refuser une hospitalisation car il manquera une place dans l'unité correspondant au diagnostic ?***

Si les unités sont pleines, ne risque-t-on pas d'être influencés dans nos conclusions cliniques pour justifier de ne pas accepter le patient ?

C'est une réelle remise en cause de l'indépendance médicale, du primat de la clinique et de l'obligation de moyen (pas de résultat) qui nous protégeait en tant que médecins et permettait de ne pas faire porter sur nos épaules la responsabilité qui était celle de l'administration et de nos tutelles.

Enfin, la réapparition sous forme généralisée du regroupement des patients sous contraintes me semble être un recul en terme éthique et de compréhension des troubles psychiatriques. Cela aiguise la dimension d'enfermement face à la dimension thérapeutique (même si je ne remets pas en cause la nécessité des soins sous contraintes). Cela va à l'encontre d'une approche dimensionnelle du psychisme, avec les fluctuations que cela induit. S'il faut changer de service et donc d'équipe selon qu'on est patient hospitalisé sous contrainte ou non, cela remet grandement en cause la continuité du lien aux soignants et augmente le risque de rupture du parcours de soin. A nouveau, tout projet de soin peut

se justifier. Mais dans le contexte actuel, il me semble que cette évolution vers les soins par filières et vers le regroupement des patients sous contraintes ne fait que répondre à une pression sécuritaire et diminuant fortement la dimension thérapeutique de l'hospitalisation.

## *Pour conclure* :

il est illusoire que dans ce cadre, les services extra-hospitaliers puissent rester sectorisés. Comment soigner au plus prêt du quotidien des patients si à chaque hospitalisation il faut travailler avec une équipe différente, s'il n'y a plus de soignant référent, si pour un même patient, en fonction des symptomes, il change d'unité ? A nouveau, c'était déjà la difficulté avec le manque de place et les hospitalisation hors-secteurs. Mais au moins cela était su, connu, et on pouvait travailler contre cela. Avec la généralisation, on fait disparaître la réflexion institutionnelle, on s'illusionne avec une fausse « *expertise* ».

Il ne peut y avoir de service expert que s'il y a des services « *de base* ». On l'a expérimenté en pédopsychiatrie : les centres de ressources autisme, les plates-formes sur le neuro-developpement, peuvent faire un très bon boulot, mais s'il n'y a pas de CMP, d'hôpitaux de jour, de psychiatres et d'équipes « *de base* » pour assurer les prises en charge, l'expertise ne sert pas, ou seulement à ceux qui ont les moyens d'aller chercher des structures et des intervenants extérieurs, souvent avec un coût supplémentaire.

Pour ouvrir une perspective durable, à long terme, je défends l'idée qu'il faut repartir d'en bas de la pyramide, réarmer les équipes « *de base* », donc : titulariser tous les personnels sur des postes pérennes déjà existants, pourvoir les postes médicaux et d'encadrement de proximité, qui permettront ainsi d'élargir les possibilité de compagnonnage de tous les étudiants. Et ainsi qu'on ne nous oppose plus l'argument du manque d'encadrement pour justifier de la sélection aux concours et examens en médecine et dans toutes les professions soignantes.

***Dr Basile Gonzales***
Pédopsychiatre
Praticien Hospitalier

DR SARA DADOUN

# Loi Rist - ou la décrédibilisation médicale

Présentée comme un moyen « *d'améliorer le système de santé par la confiance et la simplification* » cette loi va provoquer encore des fermetures de lits ou d'hôpitaux.

Réduire brutalement de 40% la rémunération des médecins remplaçants en plafonnant à 39,20 euros net de l'heure, va désorganiser complètement de nombreux hôpitaux rendant la situation intenable. Le secteur privé n'étant pas concerné les médecins remplaçants vont être détournés vers ce secteur ou tout simplement cesser cette activité, laissant de nombreux hôpitaux dans le désarroi. Anesthésistes, urgentistes, pédiatres, psychiatres… n'accepteront pas de se déplacer pour des tarifs souvent inférieurs à ceux d'un(e) infirmièr(e) spécialisé(e). Ainsi, loin de lutter contre les déserts médicaux c'est vers l'accélération de ce phénomène que cette loi conduit.

D'autres points tels l'élargissement des compétences des professionnels paramédicaux, revient à considérer que la longue et difficile formation médicale serait superflue. De plus dans les territoires délaissés il s'avère aussi difficile, voir plus, d'avoir accès à un(e) infirmièr(e), un(e) kiné ou un(e) orthophoniste.

Après une gestion gouvernementale de la crise covid dont les médecins ont été exclus de la prise en charge, puis contraints, dans leur pratique en bafouant la liberté de prescription, dans leur corps par l'obligation vaccinale toujours en vigueur.
Après l'iniquité d'un ségur, qui n'a revalorisé que les PH nouvellement nommés, laissant les médecins en poste sans revalorisation salariale malgré les efforts consentis depuis tant d'années.
Avec la dégradation des conditions de travail par la pression toujours plus importante d'une administration de plus en plus déconnectée du soin.
Avec la moquerie d'une proposition de « *revalorisation* » de 1,50 euros la consultation de médecine générale.

**La question se pose-t-elle encore de l'objectif ?**

**Réduire le médecin à un prescripteur docile, en finir avec la sécurité sociale, l'accès à des soins égaux pour tous !**

## Améliorer le système de santé ne peut être simple. La confiance s'acquière, ne se légifère pas !

## L'alternative ?

Faire CONFIANCE aux équipes de terrain qui ont prouvées depuis tant d'années, et particulièrement lors du covid, leur réactivité et leur efficacité.
Améliorer vraiment les conditions de travail en favorisant notamment plus d'autonomie.
SIMPLIFIER l'ouverture à des pratiques plus orientées vers la prévention, respectueuses des soignants, des patients et au-delà.

**Evidemment cela reviendrait à préserver notre système de santé…**

# Pour une politique locale de l'hôpital ?

Prise de parole d'Odile Cezard, responsable du département de gériatrie de l'hôpital de Voiron, lors de la manifestation des médecins du CHU de Grenoble, le 26/01/2023

Depuis plusieurs années et de façon exponentielle depuis 2020, un nombre important de lits d'hospitalisation sont fermés du fait de la pénurie de soignants. Plusieurs leviers ont été déjà abordés relevant de décisions nationales ministèrielle (revalorisation des salaires, proposition de parcours professionnel plus attractifs ..).

Le constat actuel est que de nombreuses Infirmières diplômée d'état préfèrent quitter l'hôpital pour se tourner vers d'autres carrières. Malgré une politique importante de recrutement des DRH et de la direction des soins, les nouveaux « *entrants* » permettent à peine de combler les « *sortants* ».

De façon basique, pour permettre l'ouverture de lits il est nécessaire de garder les soignants en poste tout en recrutant de nouveaux professionnels. Si certains changements ne peuvent venir que du Ministère, d'autres dispositions peuvent être mises en place localement.

Pour exemple, il y a quelques années, chaque service disposait d'une « *enveloppe budgétaire de remplacement pour l'été* », celle-ci permettait de boucler les plannings et d'éviter de demander à une IDE de travailler le premier WE sur ses deux uniques semaines de congés par exemple. Cette enveloppe n'existe plus, faire le choix demain de la remettre en place (même si les personnels intérim sont rares) serait un signal aux soignants de la préoccupation de nos directions sur le besoin minimum de congés des personnels. Chaque année des IDE, aide soignantes renoncent à leur poste ne pouvant dans ces conditions allier vie professionnelle et personnelle.

**Un second levier, véritable choix stratégique local, concerne les ratio patients- soignants.**

Comme le précise le rapport du Senat sur ce thème, il est urgent de réduire la charge de travail des personnels et ainsi répondre à la crise de sens constatée à l'hôpital. Cette surcharge de travail est responsable d'un stress amplifié par la crainte d'erreurs, et d'épuisement des personnels.

L'amélioration des ratios permet d'augmenter la qualité des soins, des études ont montré une baisse de la mortalité, de la durée de séjour et des réadmissions dans les services où le nombres de patients par IDE est plus faible, ceci s'accompagne aussi d'une nette diminution des burnouts des soignants.

La mise en place d'une politique locale sur les ratio soignants patients est une décision managériale. Elle implique un coût initial dont l'impact positif ne pourra être immédiat. Mais dans une réflexion plus large, au-delà d'améliorer les conditions de travail et la qualité des soins, cette diminution des ratios a démontré un impact économique positif sur le cout global des soins de santé.

Enfin cette démarche permet de diminuer l'épuisement des soignants, responsable de leur changement d'orientation professionnelle. Si l'hôpital est en capacité de garder ses soignants et d'en recruter de nouveaux, alors l'ouverture de lits de façon durable pourra être effective.

L'ensemble des professionnels des hôpitaux sont au service de la population pour répondre à leurs besoins en matière de soins de santé. Les directions ont la responsabilité d'assurer leurs missions de recours aux lits d'hospitalisation envers la population, elles sont particulièrement attentives à la réouverture des lits et au capacitaire de leur établissement. Plusieurs leviers peuvent être actionner localement, sans attendre les décisions nationales, ces choix audacieux s'intègrent dans une vision globale.

Il appartient à chacun localement de trouver tous les dispositifs permettant d'améliorer la qualité des soins et l'attractivité des personnels.

*Odile Cezard: responsable du département de gériatrie de l'hôpital de Voiron*

DRS JEAN DEVIGNES, HEINER REINER, BASILE GONZALES, CLAIRE ARA SOMOHANO, CYRILLE VENET

# Défense des adhérents : un cas de Burn-out

**Cet article a pour objet de résumer les différents éléments de la prise en charge médico-sociale d'un collègue atteint de Burn-out (syndrome d'épuisement professionnel), dans le cadre de la défense des adhérents du SNMH-FO. Un exemple concret, réel, anonymisé, facilitera la présentation de ces éléments.**

Kevin, 62 ans, a bénéficié d'un arrêt de travail en mars 2020, suite à un syndrome grippal associé à une infection des voie aériennes supérieures. Le diagnostic de COVID-19 a été confirmé par les examens biologiques.

Auparavant, en février 2020, devant une fatigue intense dans un contexte de stress au travail, sa compagne l'incita à réaliser le Test de Maslach[1] , test disponible sur le web. Ce test permet le dépistage du pré-burn-out et du burn-out, par un système de score, permettant le classement du syndrome d'épuisement. Sa compagne, chercheuse, avait bénéficié d'une formation par la médecine du travail, dans le cadre de la prévention et du dépistage des psychopathologies au travail.
A ce test, Kevin explosait tous les scores du test, qui l'orientait vers un burn-out sévère. Le COVID-19 a décompensé sa pathologie, et devant son état de fatigue et de fatigabilité, il s'est avéré incapable de reprendre le travail avant le 11 juin 2020.

Suite au résultat de ce test, il a consulté son médecin traitant, qui l'a envoyé chez un psychiatre généraliste. Celui-ci a diagnostiqué un syndrome dépressif sévère, avec idées noires suicidaires, et proposé au mois d'avril un traitement antidépresseur, qu'il n'a pas arrêté depuis.

Pour appuyer le diagnostic, un spécialiste en psychiatrie au travail, indépendant de

son employeur, a été consulté en juin 2021. Celui-ci a confirmé le syndrome dépressif sévère, avec syndrome d'épuisement au travail. De plus, ce praticien a complété le diagnostic initial par un syndrome de stress post-traumatique lié au travail. Un autre praticien indépendant, hospitalo-universitaire en médecine du travail, a aussi été consulté par Kevin : il a confirmé le diagnostic, préconisant un congé longue maladie, pour poursuivre la prise en charge.

Il a bénéficié d'un arrêt maladie de 3 mois, à plein salaire, selon le statut de PH (1984), et ses modifications, disponibles sur Legifrance[2] . Après 3 mois d'arrêt, se sentant mieux, Kevin a désiré reprendre son travail, et pour éviter une immersion totale en milieu professionnel stressant et anxiogène, l'administration de son employeur lui a permis de travailler en télétravail. Il a travaillé deux semaines, du 11 au 22 juin 2020. Cet essai s'est révélé catastrophique et son psychiatre l'a de nouveau remis en arrêt de travail.

Le médecin conseil de la CPAM a émis un avis favorable pour la prise en charge à 100% de sa maladie jusqu'en 2025 ; puis a émis un avis favorable pour un congé long maladie.

En novembre 2020, la commission d'experts indépendants, « longue maladie » nommée au journal officiel, en lien avec la CPAM, a émis un avis favorable pour un congé longue-maladie, le 16 novembre 2020, avec effet rétroactif.

La prise en charge s'est poursuivie avec un traitement antidépresseur à pleine dose, associée à des thérapeutiques comportementales (méditation en pleine conscience), à une désensibilisation EMDR (Eye-Movement Desensitization Reprocessing )[3].

En novembre 2021, la même commission d'experts a émis un avis favorable pour poursuivre le congé longue maladie en congé par un congé longue-durée.

Le médecin conseil de la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite) a émis un avis favorable pour un départ en retraite à taux plein, pour raison médicale, permettant de « valider » 13 semestres de cotisations pour la retraite et le départ à la retraite d'Kevin au 1er octobre 2021, à l'âge de 62 ans.
De plus, le médecin conseil de la CPAM a émis un avis favorable à la demande de reconnaissance en maladie professionnelle du médecin traitant, pour syndrome dépressif sévère, d'origine professionnelle avec une Incapacité Permanente Partielle (IPP) d'au moins 25%, à déterminer ultérieurement. La Commission Régionale de Reconnaissance de Maladie Professionnelle a été saisie a émis elle-même un avis favorable à la reconnaissance de maladie professionnelle de la pathologie hors tableau de Kevin, pour syndrome dépressif sévère d'origine professionnelle. Les ajustements des indemnités d'Assurance Maladie (80% du salaire) sont en cours, de même que la détermination de l'IPP, après consolidation de la maladie.

L'histoire de Kevin illustre la prise en charge complexe d'une psychopathologie au travail, qui a nécessité, à chaque étape, une coordination des avis et de la prise en charge médico-sociale par le médecin traitant et les spécialistes, mais aussi, une aide constante et vigilante de l'adhérent par le SNMH-FO, en particulier par la commission de défense des dossiers d'adhérents.
En particulier, il s'agit pour l'adhérent, dès les premiers symptômes de réaliser un auto-dépistage par le test de Maslach, et s'il y a lieu, de solliciter son médecin traitant, et un arrêt de travail pour ne pas aggraver l'impact délétère du milieu professionnel.

Ensuite, il s'agit de solliciter auprès de l'employeur, de la CPAM, via les commissions d'Experts, en lien avec les praticiens de la prise en charge médicale, les droits médico-sociaux pertinents prévus par le statut de Praticien Hospitalier, afin de bénéficier de la meilleure prise en charge sociale accompagnant la prise en charge médicale.

*Drs Jean Devignes, Heiner Reiner, Basile Gonzales, Claire Ara Somohano, Cyrille Venet,*

**Test de Maslach,**
disponible sur le Web à l'adresse suivante :
https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-maslach_burn-out.htm

**Statut des praticiens hospitaliers (1984) et ses arrêtés de modification**, disponibles sur le site Web de Légifrance, à l'adresse suivante :
https://www.legifrance.gouv.fr/

Eye Movements Desensitization Reprocessing
: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00923/full

# Rapport Ville : Menace sur les maternités de proximité

**Le rapport du Pr Y.Ville a été adopté par l'Académie de Médecine le 28 Février 2023 par 78 voix pour, 1 voix contre et 4 abstention.**

L'Académie de Médecine se prononce donc sur l'avenir des maternités. Voici les recommandations de l'Académie :

« *La mise en œuvre d'un plan de périnatalité ambitieux est une priorité et une urgence (...) Cette mise en œuvre n'est réalisable que par la gestion concomitante et réaliste des problématiques (...) Ce réalisme devrait s'appuyer, non pas sur le maintien illusoire de petites structures mais sur une réduction du nombre de maternités (...)* »

Le rapport se prononce donc pour la fermeture des maternités réalisant moins de 1000 accouchements par an.
Un des arguments phare du rapport est que « *la France est aussi l'un des rares pays de l'UE dans lesquels la mortalité néonatale n'a pas diminué depuis 2005* », passant du 4ème rang sur les 15 pays de l'UE à l'époque au 22ème rang sur les 27 pays actuels de l'UE.

Selon le rapport, le problème viendrait des difficultés des structures à recruter des personnels en nombre suffisant. Certes, comme dans tous les hôpitaux et structures de soin, le maintien depuis 40 ans de la sélection dans les études de médecine, de sages-femmes et d'infirmières provoque une pénurie terrible et un manque de moyens humains ne permettant pas de soigner les patients dans de bonnes conditions.

**Faut-il en tirer la conclusion qu'il faudrait fermer tous les hôpitaux où il n'y a pas assez de personnel ? A ce compte là, il ne risque pas de rester beaucoup d'hôpitaux ouverts en France !**

D'autant que le rapport croit bon de rappeler l'origine de la politique des 20 dernières années ayant menée à ce constat d'échec terrible du taux de mortalité périnatale. En effet, « *Les décrets de périnatalité de 1998 et de 2000 du Plan 1995-2000, visaient à sécuriser les conditions de la naissance ; ils ont eu un impact considérable sur les structures effectuant des accouchements (...) Les effets à court terme et jusqu'à aujourd'hui ont été d'accélérer la fermeture des plus petites maternités (moins de 300 naissances) et d'augmenter le nombre relatif des accouchements dans les maternités de types 2 et 3 au détriment des types 1 (8). Cette redistribution a abouti à ce jour à la fermeture de plus de 40% des maternités de type 1 sur 20 ans, et ce mouvement se poursuit d'une façon chaotique imposée par le manque de moyens humains parmi les professionnels.* »

Donc que l'on comprenne bien : depuis 20 ans, 40% des maternités de type 1 ont fermé. Et depuis 20 ans, le taux de mortalité néonatale en France stagne voire régresse, nous classant parmi les derniers pays de l'Union européenne. Et il faudrait en conclure qu'il faudrait fermer encore plus de maternité ?!!!

Il en est des maternités comme de tous les services hospitaliers : les fusions/mutualisations de service ne sont que le fruit de politiques d'économies. Les médecins qui soignent sur le terrain savent que lorsqu'on donne les moyens humains et matériels, les structures à échelle humaine, insérées dans le tissus sanitaire local, sont efficaces, appréciées des patients et permettent un travail de qualité.

Le rapport Ville voudrait nous vendre les solutions technocratiques et de réorganisation/privatisations habituelles des cabinets d'audit et de conseil type McKinsey. Citons entre autre :

## solution 1 :

*« utilisation prioritaire de leur dossier personnel médicalisé « Mon Espace Santé » comme un lien transversal et la création d'un observatoire du vécu maternel »*

## solution 2 :

*« De créer des zones physiologiques de la naissance »*

## solution 3 :

*« créer des groupements hospitaliers périnatals de territoires (GHPT). Ils regrouperont toutes les structures publiques et privées (...)ces structures n'effectuant plus d'accouchements deviendront autant de « centres de prise en charge de la femme et du nouveau-né » et d'hôtels hospitaliers. ».*

Ainsi comme on le voit, derrière des premiers arguments à priori d'amélioration pour les femmes enceintes, on voit émerger les partenariat public/privé et tous les enjeux financiers qui les accompagnent.

Pour le SNMH-FO, la seule revendication qui vaille fasse à la pénurie de personnels dans les maternités c'est : Formation en urgence et embauche de tous les personnels nécessaires pour le maintien des maternités de proximité ! Titularisations de tous les personnels, des médecins et para médicaux étrangers sous payés et précarisés. Maintien de tous les lits ouverts ! Maintien du service public, non à la privatisation des maternités publiques !

*La Rédaction*

*Sources :*

https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/03/RAPPORT-planification-de-la-périnatalité-.pdf

https://www.tf1info.fr/politique/mortalite-infantile-la-france-est-elle-passee-de-la-4eme-a-la-22eme-place-en-europe-comme-le-dit-jean-luc-melenchon-2202741.html

## Bulletin d'adhésion 2023

*retournez ce bulletin, accompagné au regiement (à l'ordre du SNMH-FORCE OUVRIERE) à :*

***Dr Julie MATEO***
***24 chemin st Germain***
***38700 Corenc***

**Tarifs**

*PH temps plein, PU-PH : 210 euros*

*PH temps partiel, assistants, attachés temps plein : 120 euros*

*Internes, Attachés temps partiel, Retraités : 95€*

*Nom - Prénom* .....

*Statut actuel et spécialité exercée* .....

*Nom et adresse de l'hôpital* .....

.....

*Adresse d'envoi des courriers syndicaux* .....

.....

*Tél perso et/ou pro* .....

*Mail* ..... @ .....