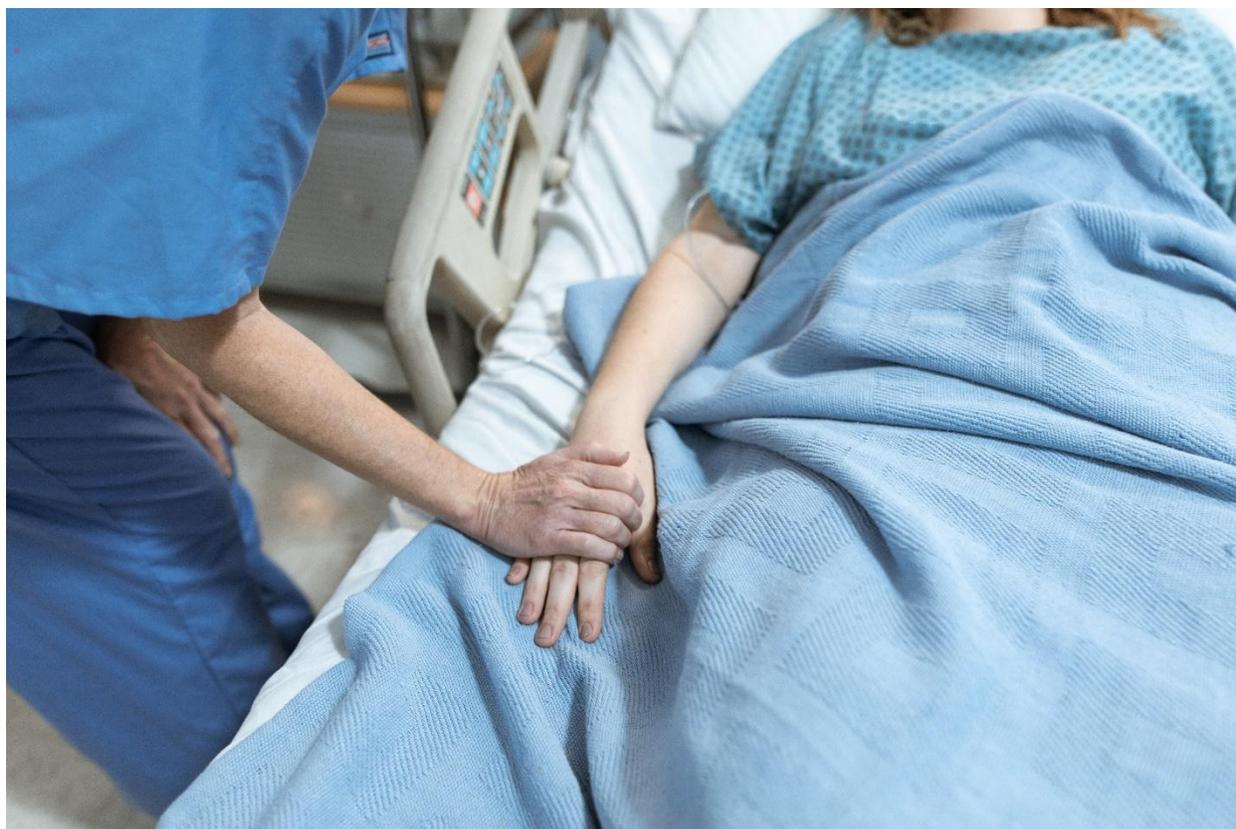


Le GHEF de Seine-et-Marne : **État des lieux - *Avril 2023***



Proposé par Ersilia Soudais, Députée de Seine-et-Marne

*Un rapport présenté dans le cadre des Assises de la Santé
de la 7^{ème} circonscription de Seine-et-Marne*

ERSILIA SOUDAIS



SOMMAIRE

Introduction	3
Un management déshumanisé	4
Des hôpitaux gérés comme des entreprises.....	4
Le personnel pressurisé	6
Le mal-être soignant	8
Le manque de considération	8
Des moyens insuffisants pour travailler dignement	10
Les risques psycho-sociaux et la sensation d'être maltraitant.....	10
Impact sur la qualité des soins	13
Conclusion	17
Annexes	19

Introduction

Le Grand Hôpital de l'Est Parisien est un établissement né le 1er janvier 2017, de l'union de trois établissements MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et Psychiatrie du Nord Seine-et-Marne : les centres hospitaliers de Coulommiers, de Meaux, et de Marne-la-Vallée. La fusion a été rendue effective en 2019 lorsque le GHEF s'est agrandi avec l'intégration du centre hospitalier gériatrique de Jouarre.

Le GHEF couvre ainsi un bassin de population d'environ 500 000 habitants. Il est composé de 2 032 lits et places, répartis sur 140 services de soins et unités médicales dans lesquels exercent 929 médecins (dont 191 internes) et 5 259 autres professionnels de santé.

Après avoir reçu plusieurs signalements de la part de patients et de leurs familles, de représentants syndicaux, de membres du personnel, plusieurs visites sur sites ont été réalisées par la députée Ersilia SOUDAIS et son équipe afin de dresser un premier état des lieux. Ces visites ont eu pour but d'appréhender dans quelle mesure le GHEF était capable d'assurer ses missions de service public, de contribuer à la continuité des soins sur le territoire et de coordonner les acteurs dans la prise en charge des patients.

Les témoignages édifiants relatés par des personnels soignants et représentants syndicaux nous amènent à alerter sur les méthodes managériales employées par la direction du GHEF. Le mal-être exprimé par les soignants et l'impact que cela engendre sur la qualité des soins en direction des patients appellent à concevoir des solutions locales et nationales à la hauteur des problématiques qui se sont accrues depuis la crise sanitaire.



Un management déshumanisé

Face aux souffrances exprimées qui occasionnent des arrêts de travail, le personnel se voit menacé d'être remplacé. Face aux absences pour "enfant malade", il se retrouve convoqué. Dans la logique du "toujours plus", le risque de privatisation est au cœur des discussions comme une épée de Damoclès au-dessus d'un service public que les soignants tentent de maintenir malgré les difficultés de recrutement, dont la direction du GHEF les estime responsables.

Le climat de défiance atteint son paroxysme lorsque les soignants font l'objet d'une surveillance accrue. Ils parlent même de traque sur les réseaux sociaux.

Des hôpitaux gérés comme des entreprises

La vision managériale technocratique décrite par les soignants souligne une forte tendance à la libéralisation basée sur une logique de rendement, d'efficacité et de chiffres. Cette logique d'en demander toujours plus pour le même salaire est une course à la productivité dans laquelle les agents ne sont plus que des variables d'ajustement. Ce fonctionnement délétère donne lieu à un rapport de force permanent entre les soignants et la direction. Le personnel poussé à bout répond par des actions de grève ou par le boycott des heures supplémentaires.

Le système pyramidal participe à cette déshumanisation dans la mesure où le lien entre les décideurs et le personnel a totalement été supprimé. Entre 2005 et 2019, la direction devient commune aux quatre centres hospitaliers. Le pôle dirigeant est constitué d'un directeur général, d'un directeur adjoint, sous l'autorité desquels exerce un directeur des soins, lui-même à la tête de douze directeurs de pôles.

Quant aux effectifs depuis la fusion, ce sont 276 postes économisés soit 4,5% de la masse salariale tandis que le nombre de patients ne s'aligne pas sur cette diminution.

Les stratégies financières se poursuivent lorsque la direction du GHEF remplace les praticiens qui décident de quitter le navire par des assistants moins coûteux. À **Jossigny**, les secrétaires médicales, classées habituellement en catégorie B sont embauchées en catégorie C, en tant qu'agents administratifs et ne sont pas rémunérées à la hauteur de leurs qualifications et du travail effectué.

À **Meaux**, les ASH nous confient qu'alors qu'elles étaient 13 auparavant, elles ne sont plus que 5 pour le même travail. Et si d'autres sont en congés, il faut répartir la charge sur 2 ou 3 ASH, avec des injonctions supplémentaires. La direction leur impose de s'occuper également des sols et des sanitaires.

À **Jouarre**, à propos du manque de personnel dans une Unité de Soins de Longue Durée (USLD), une infirmière témoigne à propos des ASH : « Ils étaient trois, mais parfois que deux. Parfois on n'en voit pas de la journée. 38 lits, c'est beaucoup à gérer, surtout quand il y a des complications. » Elle se dit très inquiète par la privatisation du bionettoyage : « Les contractuels, ils vont devenir quoi ? Au revoir, merci d'être venus ? Ils ont des familles, ces gens-là. On leur fait miroiter un CDI depuis des années. ».

À **Jossigny** comme à **Jouarre**, on menace de privatiser les services. Ces menaces apparaissent aux équipes comme des réponses arbitraires à la multiplication des arrêts maladie et révèlent une manière peu bienveillante de faire porter aux personnels la responsabilité de l'absence de recrutement.

Afin d'illustrer un des impacts de la T2A sur les orientations de la direction du GHEF, il est rapporté par un psychologue pratiquant au CMP de **Coulommiers** depuis de nombreuses années l'exemple particulièrement parlant du déroulement d'un entretien annuel. Cet entretien d'évaluation, de bilan et de définition d'objectifs se déroule en présence du nouveau chef de pôle et chef de service. Ce rendez-vous est l'occasion de présenter le dispositif mis en place avec le chef de service antérieur sur le CMP, à savoir l'accueil des patients en binôme (infirmier/psychologue) afin de réduire la liste d'attente et

La T2A (EXTRAIT DU RAPPORT ALLOSÉGUR)

Introduite en 2004, la tarification à l'activité (T2A) est le mode de fonctionnement des hôpitaux privés : chaque « acte » médical a une valeur déterminée. Avec cet outil, le Ministère de la Santé fixe le niveau de remboursement par l'Assurance maladie des actes de médecine.

Ainsi, certaines prises en charge sont rentables, et d'autres non. Par ce système, la chirurgie rapide est par exemple bien remboursée, alors que le suivi des maladies chroniques l'est bien moins. Le tout induit un système d'incitation à la sélection des malades et à celle des pathologies soignées, sans compter les dérives liées aux cotations ou à la découpe des actes pour pouvoir financer le service.

La tarification à l'acte fait entrer les hôpitaux sur le marché public. Pour rester dans la compétition, ils sont incités à augmenter leur activité et à pratiquer des actes plus intenses, au détriment de l'efficacité et d'une prise en charge globale et humaine.

d'améliorer l'orientation vers une prise en charge individualisée des patients par la transversalité d'une double expertise.

À cela, la réponse du chef de service est décrite comme glaçante : « Tout cela est très intéressant mais ça serait valable pour un CMP de riches. Votre projet semble passionnant mais ce qui m'intéresse ce sont les résultats de ce graphique ». Disant cela, il aurait dégainé ses courbes et objectifs de ratios, entre le nombre de patients, d'actes, etc... Les chefs de service demanderaient uniquement aux praticiens des temps de présence et de consultation maximisant ainsi le nombre de suivis de patients par semaine, par mois et par an, quitte à demander à se "débarrasser de patients qui seraient là depuis trop longtemps". Le but de tout cela : brasser le plus de patients pour obtenir un fléchissement de la courbe et faire du chiffre, sans aucune considération pour la nécessité d'apporter des réponses individuelles à des personnes, bien souvent en grande souffrance psychique. Une situation concrète où la vision purement arithmétique du soin oublie l'humain et où le quantitatif l'emporte sur le qualitatif.

La rentabilité de l'acte à tout prix et la similarité de la course au rendement avec le monde de l'entreprise provoque chez les soignants une vraie perte de sens et se pose comme l'origine d'un management oppressant.

Le personnel pressurisé

Lorsque l'on échange avec les différents acteurs du soin, il n'est pas rare d'entendre au détour des phrases, des mots et des expressions qui interpellent. Des mots qui n'auraient d'ordinaire pas été entendus dans un contexte relatif aux soins d'autrui et donc un espace au sein duquel la dimension éthique devrait semble-t-il prévaloir.

Le management exercé au GHEF est parfois présenté en ces termes : « politique de la terreur », « management maltraitant et inhumain », « pressurisation », « arbitraire ». Ce système hiérarchique vertical est perçu et vécu comme une autorité déshumanisée et déshumanisante par les personnels. Les convocations dont sont victimes certains agents sont relatées comme des assignations au tribunal.

À **Jossigny**, afin de résoudre une situation pour laquelle « certains agents posent problème », un chef de service n'hésite pas à annoncer qu'il va « faire le ménage ». C'est ainsi qu'une aide-

soignante est convoquée sans motif par la direction. Accusée d'être une menteuse et de mal parler à son supérieur, elle est menacée de licenciement si elle ne change pas de service. Suite à cela, cette femme sera arrêtée trois semaines pour accident du travail dû à un état psychologique très détérioré.

Cette façon de procéder est relatée par de nombreux soignants qui choisissent ainsi de ne pas céder aux intimidations, refusent de répondre aux convocations, ou demandent alors d'être accompagnés par les syndicats afin de s'assurer qu'un témoin pourra relater la teneur des échanges. En effet, ils savent qu'on peut leur demander de signer un simple document qui les contraindra à quitter le GHEF sans faire d'histoire, craignant que la vague de licenciements en cours ne les atteigne.

Il est risqué pour un membre du personnel de dénoncer la gravité de la situation au sein du GHEF car il tomberait sous le coup d'une réaffectation : « Faites cette pétition pour le Dr X, et cette salle, vous ne l'aurez plus. Tout fonctionne comme ça, au GHEF. Par l'intimidation. », confie un soignant. Les personnels assurent que leur liberté d'expression est menacée, qu'ils sont observés lorsqu'ils se montrent publiquement critiques vis-à-vis de la direction, qu'ils sont surveillés sur les réseaux sociaux. « Moins on l'ouvre, mieux c'est. Moins on réfléchit, mieux c'est », confie une soignante de **Coulommiers**.

TRAVAIL EN 12H

L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), spécialisée dans la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail, a dressé un constat critique de ces horaires, dans le public comme dans le privé. Au départ, utilisé principalement dans les services de réanimation et d'urgences, et censé n'être que dérogatoire, ce type d'organisation s'est répandu dans les autres services.

Dans un rapport de 2014, INRS dénonçait déjà les risques que les postes longs induisent : des effets négatifs sur la vigilance, avec un risque de s'endormir au travail et une augmentation du risque d'erreur, une augmentation du risque d'accident de travail au-delà de la 9e heure avec un doublement du risque à la 12e

Selon l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (Ehesp), l'organisation en 12 heures à l'hôpital permet de réduire les effectifs de 3,5% par rapport à un planning entre 7 h 30 ou 10 heures.

La question des soignants traqués numériquement se pose aussi en raison du manque de respect de leur droit à la déconnexion. Il est rapporté en effet une obligation à l'encontre de certains personnels de donner leurs coordonnées, pour être joignables en-dehors des heures d'astreinte.

Un des principaux griefs évoqués par les équipes concerne le passage en 12 heures. La direction a promis au personnel que cela leur permettrait d'avoir plus de repos, or les corps étant tellement cassés, et les jours de repos n'étant pas consécutifs, cela a aggravé la fatigue et le moral du personnel. Cela a surtout permis à la direction de diminuer les effectifs : là où il y avait trois équipes auparavant, elles ne sont désormais plus que deux, une de nuit et une de jour. L'inspection du travail a estimé que la direction se rendait coupable de travail dissimulé lorsqu'elle demandait aux soignants de réaliser leurs transmissions en dehors du temps de travail. Ce temps fait l'objet d'une récupération de 3 jours par an (21h) alors qu'il était auparavant de 15 minutes chaque jour travaillé.

La direction du GHEF se donne une bien mauvaise réputation, elle fait fuir le personnel et ne peut pas compenser son manque d'attractivité. Les représentants syndicaux sont bien souvent le seul rempart face à une direction perçue comme violente, insultante et brutale. Les deux seuls médecins du travail ne peuvent à eux-seuls assurer le suivi et ainsi prévenir les risques psychosociaux de près de 6000 agents. La violence institutionnalisée par la direction du GHEF impacte le bien-être des soignants.

Le mal-être soignant

La maltraitance systémique accable les personnels soignants qui sont de plus en plus nombreux à ne plus s'épanouir au travail et qui évoquent un sentiment de dévalorisation constante. Ils ne se sentent plus entendus et ils doivent faire face à des demandes de plus en plus contraignantes, ce qui les amène à être fortement impactés physiquement et psychologiquement.

Le manque de considération

A **Jossigny**, il est rapporté que depuis décembre 2022, l'absentéisme est en croissance constante. Les absences peinent à être comblées, et ce, même avec les heures supplémentaires. Pour une journée type de 8h00 à 17h00, la demande insidieusement imposée par la direction, ce serait

d'arriver à 7h00 et de repartir à 18h00 sous peine de convocation. Comme nous l'avions évoqué précédemment, des cadres peuvent se voir refuser des jours d'absence pour enfant malade et doivent alors se débrouiller dans l'urgence avec des voisins ou des amis pour les faire garder. Certains témoignent de menaces d'être mis en absence injustifiée sur des jours de repos où ils auraient refusé de répondre au téléphone.

Les soignants se sentent considérés comme des pions déplacés au gré du vent. C'est ainsi que les services de bionettoyage du site de **Jouarre** ont été privatisés et leurs agents dispatchés sur les autres sites à l'automne 2022 sans tenir compte des difficultés d'accessibilité par les transports que cela pouvait engendrer. Or l'hôpital de Jouarre est un petit site (280 employés environ), où les patients sont en séjours longue durée, voire en EHPAD. Les résidents sont habitués au personnel, ils les connaissent et ont confiance en elles (90% sont des femmes), mais l'importance des liens tissés avec les soignants n'est pas prise en compte. Les aides-soignantes doivent accepter des décisions arbitraires, recréer des liens, et affronter de nouvelles difficultés pour se rendre au travail.



A l'occasion d'une « Journée du Ras-le-bol » organisée sur les sites de **Jossigny** et **Coulommiers** lors du dernier trimestre 2022, le personnel est invité à exprimer des revendications sur papier et à les remettre dans une urne. Les souhaits majoritairement exprimés sont particulièrement parlants : plus de considération, de reconnaissance, un « bonjour en arrivant », la création d'une crèche, plus de communication, un planning plus stable, etc... Ce dernier point est en effet une source importante de stress car il n'est pas rare de voir des plannings changer huit fois au cours d'un même mois, ce qui prive les personnels d'une tranquillité d'esprit quant à leurs possibilités de pouvoir s'organiser et planifier sereinement leur vie personnelle.

Les orientations prises par la direction du GHEF en matière de gestion des locaux sont vivement critiquées par le personnel. À **Coulommiers**, le bâtiment réservé à l'unité psychiatrique est actuellement dans le centre-ville. Depuis près de 20 ans, son personnel prône une pratique d'ouverture. Les patients sont libres de sortir en ville, ils ont un jardin agréable et les visites sont autorisées. Or le bâtiment va être vendu au plus offrant des promoteurs immobiliers afin de

construire des logements. Les patients qui disposaient d'un petit patio vont se voir enlever cet espace ô combien important dans leur prise en charge et la stabilisation de leur état médical. Le service de psychiatrie va intégrer trois étages dans un vieux bâtiment de l'hôpital et la direction a décidé que ces étages seraient fermés. Les patients désormais mélangés entre ceux stabilisés et ceux en crise vont se retrouver du jour au lendemain enfermés entre quatre murs sans possibilité de sortir. Cette décision pose la question de la considération humaine de personnes fragilisées qui se retrouvent physiquement à l'hôpital à l'heure où il est question d'inclusion sociale et sociétale de toutes les formes de différences. La directrice du service s'oppose fermement à ce projet avec pour ligne de défense la privation de liberté. Les professionnels, quant à eux, évoquent un manque de concertation et de prise en compte des spécificités de leurs patients.

Cet exemple illustre le manque de prise en compte de l'expertise des soignants dans la gestion du GHEF et met à mal leur implication et le sens qu'ils donnent à leur travail.

Des moyens insuffisants pour travailler dignement

A **Coulommiers**, des fournitures manquent à l'appel en période de rentrée scolaire car le personnel est accusé de risques de vols. La direction décide de restreindre le matériel administratif et ne renouvelle pas non plus l'essentiel nécessaire aux patients. Ces derniers apportent leur savon et leur dentifrice. Il n'y a pas de chaises ergonomiques pour le personnel, un pied à perfusion sur deux ne fonctionne pas, il manque des ordinateurs sur les chariots de soins, il manque des draps.

Pourtant, quand on veut, on peut. Du moins, quand on reçoit la visite d'une Députée de Seine-et-Marne et qu'elle dénonce dans la presse le fait que par manque de draps, ceux-ci ne sont pas systématiquement changés entre deux patients ; à ce moment-là seulement, la direction en fournit à profusion. C'est donc principalement une question de volonté.

Les risques psycho-sociaux et la sensation d'être maltraitant

L'une des raisons du mal-être exprimé par les soignants tient au manque de reconnaissance et d'attractivité de leurs métiers, faisant ainsi reposer la charge de travail sur un nombre insuffisant pour assurer à moyens constants voire dégradés des missions de plus en plus exigeantes et déshumanisées.

L'épuisement professionnel est causé principalement par un manque criant d'effectifs. A **Jouarre**, en gériatrie, peu de temps avant notre visite, une infirmière assurait le suivi de 32 patients alors que le ratio prévoit un soignant pour six patients. Les aides-soignantes se retrouvent à gérer des actes qui dépassent leurs prérogatives, engageant ainsi leur responsabilité pénale.

Des disparités ont été observées quant aux surmajorations des heures supplémentaires accordées aux personnels de services dits « en tension » alors que les conditions de travail actuelles portent à croire que l'ensemble des services hospitaliers le sont désormais. Les aides-soignantes ont été exclues de ce dispositif. Selon les équipes, celui-ci n'est pas adapté aux réalités des besoins territoriaux.



L'épuisement professionnel pourrait conduire à l'irréparable. Plusieurs soignants ont confié des envies suicidaires à leurs collègues et auprès des représentants syndicaux.

Les soignantes du site de **Jouarre** évoquent des cadences infernales au point « d'en oublier d'aller aux toilettes ». Ces cadences également imposées par le nouveau découpage des temps de travail a eu pour conséquence des amplitudes de repos plus courtes. Elles travaillent quatre jours et se reposent une journée. Elles n'obtiennent deux jours consécutifs que tous les 45 jours.

Les aides-soignantes nous expliquent qu'elles ont récupéré de nouvelles tâches comme les commandes alimentaires, les inventaires de produits d'hygiène. Elles n'ont pas le temps de s'occuper des patients, et travaillent comme des robots. Les métiers se confondent à tel point que les agents recrutés pour le nettoyage se retrouvent à réaliser des missions d'hôtellerie. Les nouvelles recrues disent se sentir épuisées en moins d'une semaine. « J'en arrive à dire que je suis toiletologue, tellement je nettoie à la chaîne », plaisante amèrement une aide-soignante.

Les services gériatriques accueillent des patients avec des pathologies de plus en plus lourdes (cancers, insuffisances cardiaques ...). Dans les conditions précédemment décrites, le risque de décourager toute une génération de professionnels est réel. « Quand j'ai voulu faire ça, j'avais seize ans. Je voulais prendre soin de mes aînés. Là, j'ai envie de changer de boulot », nous confie une

soignante. Une ASH confirme ce sentiment, elle qui exerce depuis 1992 : « C'était ma deuxième maison. Je n'ai qu'une hâte maintenant, c'est d'arriver au bout. »

Précisons que pour le personnel vieillissant qui travaille au sein de la structure de Jouarre depuis près de 30 ans et qui rencontre à son tour des difficultés médicales, aucun reclassement n'est envisageable car il n'y a plus de poste adapté à l'invalidité. Ces personnels qui ont dédié leur vie à s'occuper des autres basculent inévitablement dans la précarité avant de pouvoir accéder à une retraite. Les soignants d'expérience s'en vont et se tournent vers le libéral, laissant des personnels désabusés, épuisés et parfois également moins expérimentés, des étudiants souvent plus nombreux que leurs encadrants. Quant aux nouvelles recrues, elles sont confrontées au décalage entre leur formation et la réalité du terrain, par manque de temps : « Tout ce que l'on nous a appris, on nous fait faire l'inverse ».

Cette fuite en avant de professionnels du soin provoquée par la maltraitance institutionnelle a de graves conséquences sur la qualité des soins.

Impact sur la qualité des soins

Le travail dans des conditions dégradées est devenu la norme là où c'était auparavant ponctuel pour pallier un manque. Le manque de draps, le manque de matériel, le manque d'effectifs. Le temporaire a laissé place au durable bien que la crise covid soit passée.

Les soignants devenus maltraitants malgré eux confient avoir dû faire des choix entre deux patients qui se présentaient au GHEF.

Le jour de notre visite sur le site de **Jouarre**, il y a deux infirmières pour trois étages qui prennent en charge 36 patients par étage. Elles illustrent les conséquences de la charge de travail avec le non-renouvellement des pansements qui devrait être fait tous les jours et qui ne l'est plus systématiquement. « Quand on rentre chez soi, on n'est pas bien [...] On a un des services les plus lourds. Ils ne s'en rendent pas compte, à nous laisser à deux. C'est du travail bâclé. » Une soignante en veut à sa direction de ne pas prendre la pleine mesure de la situation : « On tue, indirectement, mais on tue. Mais comme ce sont des personnes âgées, on s'en fout. »

A l'hôpital de jour pour enfants de **Lagny-sur-Marne** où sont accueillis 19 enfants de 5 à 12 ans souffrant de troubles autistiques et de dysharmonies psychotiques, c'est un psychologue clinicien qui décrit l'impact des orientations de la direction du GHEF. La privatisation des activités de ménage et de service cantine sur la structure a des répercussions sur les enfants. Les deux « maîtresses de maison » interviennent depuis une quinzaine d'années dans notre institution et font entièrement partie de l'équipe soignante. Elles assistent aux réunions de synthèse et aux supervisions cliniques, elles interviennent dans les groupes thérapeutiques, elles sont au contact quotidien avec les enfants et les familles. « Nos seuls leviers thérapeutiques, pour aider les enfants en grande souffrance que l'on prend en charge, relèvent des enjeux relationnels et dépendent de l'ambiance des lieux. Pour une fois qu'un lieu fonctionne, la direction de l'hôpital est sur le point de saper ce qui fait la force thérapeutique de notre équipe. Notre force repose sur la stabilité de notre collectif, sur la permanence des liens et la confiance que l'on a su construire entre membres de l'équipe. Dans notre esprit, les ASH font partie de l'équipe soignante au même titre que les infirmières, les éducatrices, la psychiatre... Nous priver de leur présence ce serait enclencher le détricotage d'un collectif qui fonctionne, sur lequel s'appuie depuis de nombreuses années des enfants en grande détresse. »

D'autres difficultés ont été dénoncées dans la prise en charge des patients, notamment en orthopédie à **Coulommiers**. Un chirurgien orthopédique explique que ce sont 1000 patients de moins qui ont été pris en charge en orthopédie de 2019 à 2021. Pour un poignet cassé par exemple : « Ce n'est pas une urgence, on les fera attendre s'il le faut. »

Les risques de mortalité sont accrus et les chances de récupérer correctement s'amenuisent lorsque certaines opérations sont réalisées trop tardivement comme les fractures de col du fémur pour lesquelles le délai de prise en charge efficace est de 48h. 4,5% de patients parmi ceux opérables immédiatement attendent cinq jours ou plus.

- En 2020, 84% de ces patients étaient opérés dans les 48h
- En 2021, 64%
- En 2022, plus que 43% des patients étaient opérés dans ce délai. Dans le pourcentage restant, 20% ont attendu plus de quatre jours leur opération, diminuant ainsi drastiquement leur espérance de vie.

Le chirurgien pointe les injonctions contradictoires de sa direction qui le pousse à réaliser des actes chirurgicaux qui ne sont pas nécessaires comme des opérations du ménisque. Or avant 45 ans, les opérations peuvent aggraver les problèmes d'arthrose plus tard. Il a donc dû s'opposer à sa direction et refuser. Dans le même temps, la direction voudrait que les séjours des patients soient de plus en plus courts.

Le chirurgien orthopédique évoque que sur le pôle de Marne la Vallée, 80% des plages de chirurgie orthopédique ont été fermées. Il ne reste plus que 8 lits sur 25, et aucune garde les week-ends. On observe une baisse de 25% des opérations orthopédiques entre 2019 et 2021. A titre personnel, son temps d'opération a été divisé par trois. Il manque des anesthésistes et des infirmières. La majorité des opérations est reportée sur le site de **Meaux**, qui se trouve surchargé. Le personnel se retrouve dispatché entre les différents sites éloignés chacun de 30km environ.

Les professionnels de psychiatrie indiquent quant à eux que lorsque leur service n'est plus en mesure d'absorber, les patients qui souffrent de pathologies psychiatriques sont orientés vers l'hospitalisation à domicile par des médecins, au risque de les mettre en danger. Quant à la pédopsychiatrie, le système semble enrayé. Il n'y a pas de lits de pédopsychiatrie dans le secteur public, et ceux qui ont les moyens financiers se tournent vers le secteur privé. Les structures IME sont saturées avec des délais d'attente de plus d'un an.

Les services des urgences ne sont pas en reste. Ils enregistrent un accroissement du nombre de décès dans les salles d'attente. Six patients sont décédés aux urgences de **Jossigny** de septembre 2022 au début de 2023. Le compteur du temps d'attente a pu monter jusqu'à 30 heures. Pour cause, on peut évoquer la désertification médicale, la grève des médecins traitants, le manque de personnel de Montfermeil qui engendre un report sur les urgences de Jossigny.

Extrait article Le Parisien, 2 novembre 2021

“Seine-et-Marne : les urgences de l’hôpital engorgées, une patiente de 96 ans passe 30 heures en zone d’attente”

« Comment est-il possible de perdre une patiente de 96 ans pendant près de trente heures ? » Alexandre est toujours scandalisé quand il énonce cette question, à laquelle il attend une réponse depuis plus de deux semaines. Le lundi 18 octobre, Gilberte, la grand-mère de ce quadragénaire habitant Ozoir-la-Ferrière (Seine-et-Marne) a été admise aux urgences du Grand Hôpital de l'Est francilien (GHEF) à Jossigny pour un épisode de décompensation cardiaque et une baisse de la saturation de son sang en oxygène. [...]

Prévenu par le personnel de l'Ehpad, ce dernier tente alors de joindre par téléphone les admissions des urgences pour prendre des nouvelles de sa grand-mère. « Je ne suis arrivé à avoir personne. Ayant été ambulancier durant douze ans, je sais que, dans le rush, le personnel n'a pas toujours le temps de répondre. »

« Elle avait la bouche desséchée avec de la mousse autour des lèvres »

Ce soir-là, Alexandre se rend à l'hôpital vers 20 heures. « Je l'ai trouvée sur un brancard en salle d'attente où elle n'avait toujours pas été prise en charge. Elle avait la bouche desséchée avec de la mousse autour des lèvres et elle m'a supplié de lui donner un verre d'eau car elle n'avait pas bu depuis son arrivée. À 21 heures, elle a passé une radio avant d'attendre de nouveau sur son brancard dans un box. Elle baignait dans son urine car sa couche n'avait toujours pas été changée. Vers une heure du matin, j'ai dû partir car je travaillais le lendemain », relate le petit-fils.

Grâce à des échanges avec les pompiers du SDIS, nous apprenons que les patients en viennent à éviter **Jossigny** par crainte des erreurs et défauts de soins. Les pompiers, ne pouvant transporter des patients vers un département voisin, sont parfois confrontés à des patients qui préfèrent se rendre par leurs propres moyens à l'hôpital Ballanger (à 15 min de Mitry-Mory), quitte à prendre un risque vital. Dans le sud de la circonscription, on privilégie la clinique privée de Brou-sur-Chantereine à l'hôpital de Jossigny.



Conclusion

A la suite de ma visite à l'hôpital de Jossigny, j'ai ressenti une impression de vide lors de mon entrée dans le grand bâtiment principal. C'était un immense espace désert, avec personne à l'intérieur. Les hommes et femmes semblaient absents du lieu. Loin de vouloir remettre en doute la présence de soignants à ce moment-là, ce constat spontané révèle un fait simple : la disparition d'une certaine humanité des lieux de soins. Les nombreux témoignages qui constituent ce rapport concourent à un même constat. Celui d'un découplage entre l'univers de la santé et de l'idée d'humanité.

Certaines décisions de santé publique, comme la fusion des hôpitaux, ont favorisé l'émergence d'un système de santé à l'image d'un « monstre froid », exerçant son pouvoir de façon calculée, maîtrisée et rationalisée. Les impératifs gestionnaires et les décisions managériales sont tenus par des individus eux-mêmes interchangeables, si bien que la responsabilité n'est plus clairement établie ; d'où l'émergence d'une forme de despotisme sans despote, une coquille vide au travers de laquelle les dysfonctionnements, les alertes et les revendications ne trouvent pas de résonance.

L'Etat, le premier, doit prendre ses responsabilités. En effet, rien ne sera possible sans un grand plan d'embauches et de titularisations massives, sans la revalorisation des salaires, sans la réouverture de lits et de services d'urgences et de maternité.

Mais il est aussi grand temps de prendre le contre-pied et commencer un vrai travail de fond pour tenter de rétablir des relations interpersonnelles entre les différents acteurs du soin et trouver des solutions durables. Les syndicats à eux-seuls ne peuvent suffire à rétablir un dialogue général apaisé. La réhumanisation de l'hôpital doit passer par une réappropriation d'un temps de (re)co-construction. La parole devrait pouvoir s'exprimer librement durant des temps consacrés exclusivement à cet effet.

« *La guerre, c'est la guerre des hommes ; la paix, c'est la guerre des idées* » disait Victor Hugo. Le dialogue n'est pas toujours pacifiste mais il est nécessaire dès lors qu'il s'agit d'éviter une situation de non-retour.

Seul un système de santé démocratique et solidaire sera en mesure de faire face aux crises et aux pandémies. Face à une résignation générale due au constat d'un arbitraire décisionnel pris dans l'intérêt des seuls dirigeants, il serait important de faire prévaloir la valorisation des acquis et du savoir-faire soignant. En un mot : redéfinir la chaîne des valeurs pour une administration au service des soignants avec une seule et unique finalité : le bien des patients.



Annexes

REVUE DE PRESSE

Le Parisien, 2 novembre 2021

Seine-et-Marne

Seine-et-Marne : les urgences de l'hôpital engorgées, une patiente de 96 ans passe 30 heures en zone d'attente

Le petits-fils de Gilberte, admise aux urgences du Grand Hôpital de l'Est francilien à Jossigny mi-octobre, dénonce une prise en charge déficiente. Après avoir multiplié les appels, on lui aurait annoncé que sa grand-mère avait été transférée dans une clinique alors qu'elle se trouvait dans une zone de transit de l'hôpital.



<https://www.leparisien.fr/seine-et-marne-77/seine-et-marne-les-urgences-de-lhopital-engorgees-une-patiente-de-96-ans-passe-30-heures-en-zone-dattente-02-11-2021-KO5GPNLW2NEHVFB7Y4VQOBSCWY.php>

La Marne, 8 août 2022

Jossigny : "on détruit l'hôpital public", la députée Ersilia Soudais au chevet des soignants

Mercredi 3 août, la députée Ersilia Soudais s'est rendue à l'hôpital de Jossigny. Elle a entendu les soignants dans le cadre d'une enquête parlementaire.



La députée Ersilia Soudais a rencontré les soignants de l'hôpital de Jossigny. @NDP

https://actu.fr/ile-de-france/jossigny_77237/jossigny-on-detruit-lhopital-public-la-deputee-ersilia-soudais-au-chevet-des-soignants_53005218.html

LE RAPPORT SÉCUR

#ÂLLOSEGUR : URGENCE À L'HÔPITAL

RAPPORT SUR LA COMMISSION D'ENQUÊTE POPULAIRE
MENÉE PAR LES DÉPUTÉ·ES LFI-NUPES



#ALLÔSÉGUR : Urgence à l'hôpital ! Rapport sur la commission d'enquête populaire menée par les député.es LFI-NUPES

19 OCTOBRE 2022 |
À LA UNE, ACTUALITÉS, LE GROUPE PARLEMENTAIRE À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

A télécharger en ligne :

<https://lafranceinsoumise.fr/2022/10/19/allo%CC%82segur-urgence-a-lhopital-rapport-sur-la-commission-denquete-populaire-menee-par-les-depute-es-lfi-nupes/>

QUESTION AU GOUVERNEMENT



Question écrite

Déposée au JO le 21/09/2022

Création d'un CHU en Seine-et-Marne

Mme Ersilia Soudais alerte M. le ministre de la santé et de la prévention sur la situation critique de la Seine-et-Marne, qui est un des plus importants déserts médicaux de France, tout comme le sont la Seine-Saint-Denis, l'Yonne ou encore la Guyane. Diversité apparente de départements frappés du même mépris au sommet de l'État.

La 7e circonscription de Seine-et-Marne compte un aéroport, de nombreuses voies rapides et l'une des plus grandes zones industrielles de la région. Selon les mots **d'un responsable du SDIS de Villeparisis**, « *en dehors de la mer et la montagne, nous avons tous les risques existants sur notre secteur : risques routiers et industriels, incendies, attentats...* ».

Pourtant, depuis que l'État a décidé de fermer le centre hospitalier public de Lagny-sur-Marne en 2012, en livrant le foncier aux promoteurs immobiliers, **il n'y a plus d'hôpital sur cette circonscription.**

Les habitants sont les premiers pénalisés par cet éloignement d'un service public pourtant dû par l'État. Quant à ceux qui sont amenés à devoir se rendre aux urgences, il leur faut souvent faire de nombreux kilomètres supplémentaires quand chaque minute compte.

Dans les hôpitaux et dans l'ensemble des métiers de la santé du département, les recrutements sont difficiles. Comme l'estimait un habitant dans **le rapport d'enquête publique relatif à la révision du SCoT** effectué en 2019 par la Communauté d'agglomération de Marne et Gondoire, « *la fermeture de l'hôpital de Lagny a créé les conditions d'un désert médical sur le territoire.* ».

Pour « *mettre un point d'arrêt à cette situation insupportable* », **les cinq principales organisations syndicales de retraités de Seine-et-Marne** avançaient en 2019 un ensemble de revendications, parmi lesquelles « *la création d'une faculté de médecine de plein exercice et d'un CHU dans le département* ».

Dans le même ordre d'idée, lors d'une récente réunion avec **l'Association des maires de France du 77**, de nombreux élus ont fait part de leur incompréhension auprès de Mme la députée à n'avoir qu'un seul CHU hors Paris en région parisienne. Ils ont formulé eux aussi la demande de création d'un CHU en Seine-et-Marne.

En effet, le département de Mme la députée représente à lui seul, du point de vue de la superficie, la moitié de la région et sa population augmente de façon particulièrement dynamique. De fait, **la création d'un CHU permettrait, pour résorber le désert médical seine-et-marnais, d'attirer et de fidéliser les praticiens.**

Madame Ersilia Soudais demande donc ce qu'il entend mettre en œuvre pour répondre à cette demande légitime.

Aucune réponse n'a encore été fournie à l'heure de l'écriture de ce rapport.

**Je tiens sincèrement à remercier toutes les personnes qui ont aidé
à la rédaction de ce rapport.**



Ersilia Soudais