



HAL
open science

Soigner : manifeste pour une reconquête de l'hôpital public et du soin

Fabienne Orsi

► **To cite this version:**

Fabienne Orsi (Dir.). Soigner : manifeste pour une reconquête de l'hôpital public et du soin. C&F, 2021, Interventions, ISBN 978-2-37662-070-9. hal-04249166

HAL Id: hal-04249166

<https://hal.science/hal-04249166>

Submitted on 20 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Soigner

**Manifeste pour une reconquête
de l'hôpital public et du soin**

INTERVENTIONS



Soigner

La collection **interventions**

Patrick Radden Keefe

Addiction sur ordonnance. La crise des antidouleurs

Traduit de l'anglais par Claire Richard

ISBN 978-2-915825-90-9 – janvier 2019

César Rendueles & Joan Subirats

La cité en communs. Des biens communs au municipalisme

Traduit de l'espagnol par Alain Ambrosi

ISBN 978-2-915825-96-1 – novembre 2019

Elinor Ostrom

Discours de Stockholm en réception du Nobel d'économie 2009

Avec une préface de Benjamin Coriat

ISBN 978-2-915825-98-5 – janvier 2020

Olivier Ertzscheid

Le monde selon Zuckerberg. Portraits et préjudices

ISBN 978-2-37662-013-6 – septembre 2020

Daniel Oppenheim

Le désir de détruire. Comprendre la destructivité pour résister à la violence terroriste

ISBN 978-2-37662-022-8 – mars 2021

Pablo Jensen

Deep earnings. Le néolibéralisme au cœur des réseaux de neurones

ISBN 978-2-37662-023-5 – avril 2021

Catalogue complet : <https://cfeditions.com>

Ouvrage publié sous licence édition équitable
(<https://edition-equitable.org>).

ISBN 978-2-37662-026-6

Collection **interventions** – ISSN 2677-9501

C&F éditions, juin 2021

35 C rue des Rosiers – 14000 Caen.

Ouvrage collectif - Les furtifs
Coordonné par Fabienne Orsi

Soigner

**Manifeste pour une reconquête
de l'hôpital public et du soin**

interventions

C&F éditions

Juin 2021

Les furtifs. Nous avons choisi ce nom pour signer notre écriture collective en hommage à l'ouvrage éponyme d'Alain Damasio, pour le souffle qu'il nous inspire. Nous remercions Alain Damasio et les Éditions La Volte pour leur accord et soutien.

Coordination : Fabienne Orsi.

Contributeurs : Cherine Benzouid, cardiologue (Collectif Inter-hôpitaux); Philippe Bizouarn, médecin réanimateur (Collectif Inter-hôpitaux); Michel Bourelly, militant de la lutte contre le sida; Sabrina Calvo, autrice; Patrick Chemla, psychiatre (La Criée); Benjamin Coriat (Économistes atterrés); Thomas Coutrot (Ateliers travail et démocratie); Sandrine Deloche, pédopsychiatre (Collectif des 39); Christine Depigny-Huet (Compagnie Pourquoi se lever le matin!), Delphine Glachant, psychiatre (Printemps de la psychiatrie); Sébastien Firpi, psychologue (Appel des appels); Olivier Frachon (Compagnie Pourquoi se lever le matin!); Julien Lusson, ergonomiste (Ateliers travail et démocratie); Fabienne Orsi (Économistes atterrés); Fabien Paris, infirmier (Collectif Inter-Urgences); Martin Pavelka, pédopsychiatre (Collectif des 39); Stuart Pluen Calvo, editrice; Gaëlle Roig, psychologue (Collectif Inter-hôpitaux); Frédéric Stambach, médecin généraliste (Soignons ensemble); Julien Vernaudon, gériatre (Soignons ensemble).

Le texte du manifeste n'engage que ses auteurs et non l'ensemble des signataires de l'Appel à la tenue d'Ateliers pour la refondation du service public hospitalier.

Table des matières

Introduction	p. 8
Respublica (e)! Manifeste pour une reconquête de l'hôpital public et du soin	p. 14
Inventer une <i>res publica</i> du soin	p. 16
Refaire langage commun, mettre en pièces la langue-machine, lui tourner le dos	p. 20
Démocratie, je crie ton nom! Réenchanter la démocratie sanitaire	p. 22
Redonner vie aux collectifs de soin	p. 24
Penser l'hôpital et le soin dans la cité	p. 26
Témoignages	p. 30
Anne Galinier Soigner dans les quartiers nord de Marseille	p. 32
Fabien Paris Soins non programmés, État d'urgence	p. 38
Olivia Pour une psychiatrie humaine	p. 46
Stéphane Dauger La grève du codage des actes	p. 52
Frédéric Stambach Écoutez notre savoir-faire de terrain	p. 62
Luna Luce Urgence	p. 71

Glossaire polyphonique

p. 78

Des mots pour le dire, des mots pour vivre, des mots pour hisser haut la reconquête de l'hôpital public et du soin

- | | |
|---|---|
| Aller vers (p. 80) | Nouveau Management |
| Biens communs (p. 81) | Public (p. 102) |
| Bifurcation (p. 82) | Novlangue |
| Cabinet de conseil (p. 83) | managériale (p. 103) |
| Carcan managérial
et financier (p. 84) | Patient (p. 103) |
| Cellule de crise (p. 85) | Perte de chance (p. 105) |
| Club thérapeutique (p. 86) | Plan blanc (p. 106) |
| Collectifs de soin (p. 87) | Prendre soin (p. 106) |
| Communs (p. 88) | Psychothérapie
institutionnelle (p. 107) |
| Continuité des soins (p. 90) | Psychiatrie de secteur (p. 109) |
| Corps (p. 91) | Reconquête (p. 110) |
| Décloisonner (p. 92) | Res publica(e) (p. 111) |
| Démocratie sanitaire (p. 93) | Santé (p. 112) |
| Désobéir (p. 94) | Ségur de la santé (p. 113) |
| Geste (p. 95) | Service public (p. 114) |
| Gouvernance (p. 96) | Soin (p. 116) |
| Hospitalité (p. 97) | Soins ambulatoires (p. 117) |
| Institution (p. 98) | Syndémie (p. 118) |
| Loi Hôpital Patients Santé | T2A (p. 119) |
| Territoire (HPST) (p. 99) | Travail (p. 120) |
| Maillage (p. 100) | Usager (p. 121) |
| Néolibéralisme (p. 101) | |

Bibliographie

p. 124

Introduction

L'hôpital public est malade. En serré dans un étau budgétaire, son fonctionnement, ses règles administratives, la place qu'il occupe dans la politique de santé ont petit à petit conduit à marginaliser le soin dans les décisions. Il est temps qu'au côté du personnel de santé, la société dans son ensemble travaille à remettre en chemin ce navire en déroute.

Nous avons écrit ce manifeste dans un élan de résistance vital, un entre-deux, en attendant de nous retrouver à Marseille, là où nous avons choisi de tenir notre seconde rencontre publique « en chair et en os », depuis que nous avons lancé notre Appel à la tenue d'Ateliers pour la refondation du service public hospitalier. Cet Appel a été initié à l'orée de l'été 2020 par cinq collectifs : le Collectif Inter-Urgences, les Économistes atterrés, le Collectif Inter-hôpitaux, le Printemps de la psychiatrie, les Ateliers travail et démocratie. Il a été suivi par de nombreux collectifs et signataires individuels.

n

Nous avons lancé notre Appel au moment où le « Ségur de la santé » s’achevait sur une note très amère. Nous souhaitons alors engager une réflexion collective sous forme d’ateliers ouverts à toutes et tous, pour recueillir la parole de celles et ceux qui ont traversé la crise sanitaire, soignant·es, soigné·es, usager·es et à partir de cette parole travailler ensemble à la refondation du service public hospitalier avec deux principales préoccupations : investir la question des collectifs de soin et à partir d’eux réfléchir à des formes de gouvernance fondées sur le soin, plus autonomes, plus horizontales et démocratiques.

Malgré l’urgence, nous voulons créer un espace pour prendre le temps de la réflexion collective. Nous voulons redonner toute sa place au débat et à la pensée sur un sujet aussi important que celui du service public hospitalier et au-delà, celui de la santé et du soin.

Nous voulons sortir l'hôpital de ses murs, le placer dans la cité. Quel hôpital public voulons-nous? L'hôpital est souvent l'affaire de spécialistes; le langage y est technique, technocratique et hermétique. Les soignantes et soignants se trouvent souvent dépossédés de toute maîtrise et de toute réflexion collective sur leurs métiers. La société dans son ensemble peut difficilement avoir prise sur un sujet aussi essentiel que celui de l'hôpital public et du soin. Il s'agit pourtant d'une affaire commune, d'une *res publica* c'est pourquoi nous appelons à sa réappropriation collective.

Ce manifeste a été écrit à plusieurs mains. Il est le résultat d'un long et beau travail collectif de personnes fort différentes qui ont appris à faire un bout de chemin ensemble et trouver les mots pour appeler à la reconquête de l'hôpital public et du soin.

Nous avons accompagné notre manifeste d'un «glossaire polyphonique» de mots utiles à la compréhension de ce qui se joue dans la crise de l'hôpital public et du soin et ainsi éclairer les raisons de notre Appel à partir à leur reconquête.

Nous avons également choisi de publier avec le manifeste une sélection de témoignages qui constituent les traces vivantes à la base de notre travail.

Fabienne Orsi
Mai 2021.



Travail en atelier à Montreuil (93) en octobre 2020.





Res publica Manifeste reconquête public et du

(e)!

pour une

de l'hôpital

soin

Redresser la tête, ne plus la garder sous l'eau, voilà le défi que nous entendons relever!

Nous appelons à faire collectif pour nous réapproprier notre liberté de penser ; nous appelons à travailler ensemble et faire « naître de tout bois » la démocratie réelle, celle du débat, dans notre pratique de tous les jours.

La santé, les services publics de santé, le « prendre soin » n'ont jamais été autant au cœur de nos vies que depuis le début de la pandémie. Aussi voulons-nous les remettre au cœur de la cité. Nous voulons en faire l'affaire de tous, une *res publica*.

Inventer une *res publica* du soin

Bien plus, il était même obligé de sentir que son existence entière, avec toute sa beauté et sa mesure, reposait en fait sur un arrière-fond, voilé de souffrance et de connaissance que le dionysiaque lui faisait redécouvrir. Et voici qu'Apollon ne pouvait vivre sans Dionysos!

Friedrich Nietzsche, *Naissance de la tragédie*

Provoquons la rencontre, réenchantons la discorde, débattons, sortons dans la cité! Saisissons-nous de ce moment sans précédent, défions l'urgence et la sidération, brisons les murs, les murs de l'hôpital, des spécialités, des silos, des hiérarchies. Rencontrons la ville, la banlieue, la campagne. Abolissons le langage managérial, réinventons l'hospitalité en santé, refaisons langage commun, réapproprions-nous nos métiers, nos corps. Prenons le temps de réfléchir ensemble, apprenons à nous connaître dans nos diversités, mettons nos expériences et nos savoirs en commun.

Lorsque l'idée a germé de lancer notre Appel à la création d'un Atelier pour la refondation du service public hospitalier, nous étions sous le choc du premier confinement, bouleversés par l'épidémie dans nos têtes et nos métiers. À ce moment-là le monde était divisé en deux : ceux qui étaient supposés applaudir aux fenêtres le soir à 20 heures et ceux qui étaient en première ligne, certains dans les tranchées de l'hôpital pour sauver nos vies. Un univers présenté comme héroïque et binaire qui pour autant n'est pas parvenu à masquer le mouvement social inédit déjà engagé depuis des mois : soignants, personnels administratifs, techniques, des secteurs du social et médico-social, tous alertaient sur l'accélération de la dégradation de leurs conditions de travail mais surtout de notre système sani-

taire et social dans son ensemble, menacé au point de mettre en danger les patients eux-mêmes.

Covid-19 : l'heure n'était plus à la contestation, ni même au débat, encore moins à la réflexion; nous aurions frôlé l'indécence!

Et puis l'hôpital public jusqu'ici a tenu! Oui, mais à quel prix? Au prix d'un engagement sans limite des travailleurs du soin, au prix de confinements successifs aux conséquences sociales, psychologiques, économiques sans précédent, au prix de reports de prises en charge d'autres pathologies et d'un risque accru de «perte de chance» de guérison, au prix donc de la rupture du principe d'égalité d'accès aux soins.

Dans ce tumulte cependant un événement s'est produit, une fenêtre s'est ouverte. Sous la violence de l'épidémie et pour y faire face nous avons assisté à un fait majeur. À plus d'un endroit le carcan managérial et financier a sauté, craqué, frappé de son inutilité. La fabrique du contrôle qui s'était installée à l'hôpital a dû céder le pas devant la nécessité, redonnant aux soignants eux-mêmes le pouvoir de s'organiser pour soigner. Quelques lueurs d'espoir ont alors surgi. Certains se sont réapproprié leur métier, en ont à nouveau perçu le sens, redécouvert le goût de l'autonomie et du collectif de soin, expérimenté l'auto-organisation, le pouvoir d'être inventifs, de désobéir aussi, parfois avec une administration qui, dans certains cas, n'a pas hésité à suivre et accompagner ces initiatives.

Cette fenêtre, nous voulons nous y arrêter, nous voulons en parler, la partager. À partir d'elle, à partir de nos vécus et de nos expériences, de ce que cette crise sanitaire a produit sur notre travail, de nos pratiques de terrain, nos savoirs intellectuels aussi, nous souhaitons produire un véritable débat visant à reconquérir le soin en posant les bases d'une autre manière d'offrir le service public de santé.

Nous refusons que la question de la santé, du service public hospitalier, et du service public de santé en général, reste l'affaire de spécialistes, d'experts, de cabinets de conseil.

Nous voulons reconquérir démocratiquement le sujet, reconquérir notre pouvoir de citoyens actifs aux savoirs légitimes, nous refusons l'idée d'une citoyenneté passive, reposant uniquement sur la délégation de notre pouvoir aux représentants élus et aux institutions d'État.

Lorsque notre Appel a paru, au début de l'été 2020, le fameux « Ségur de la santé » s'achevait sur une note bien amère. Annoncé suite aux mobilisations des secteurs sanitaires et médico-sociaux et en écho au « quoi qu'il en coûte » du président de la République, ce grand raout largement médiatisé voulait nous faire croire que seraient enfin reconues les revendications si justifiées des soignants et que nous pourrions reconstruire notre système de santé en faillite. *In fine*, ce raout n'a fait que réaffirmer la poursuite des politiques menées depuis plusieurs décennies en matière de santé publique, tout en affaiblissant le mouvement social de la santé.

Nous avons alors redoublé de rage et de colère de ne pas avoir été entendus.

Nous tînmes notre premier atelier à Montreuil en octobre, « en chair et en os ». Un acte en lui-même subversif, un tour de force en pleine épidémie, tellement épaisse était déjà la chape de peur, d'angoisse et de contraintes sanitaires.

Ce fut une fête, un vrai bonheur en somme de nous rencontrer, citoyens si différents que nous étions : femmes et hommes, psychiatres, aides-soignants, infirmiers, chirurgiens, médecins généralistes, patients et usagers militants, sociologues, économistes, ergonomes, anesthésistes, réanimateurs, psychologues, cardiologues...

L'atmosphère était essentielle à nos yeux pour cette première rencontre : le choix d'un lieu accueillant, son hospitalité, son ambiance comme l'importance de débattre en cercle, sans estrade ni hiérarchie de position ou de savoirs. *Nous y tenons.*

Ce premier moment de rencontre fut intense, déstabilisant parfois, d'une richesse vertigineuse aussi.

Nous en sommes repartis un peu perdus face à l'immensité de la tâche, mais avec la conviction d'avoir initié quelque chose d'important qu'il nous fallait faire vivre et déployer.

Car vouloir faire débat créatif, c'est d'abord écouter l'autre, celui que l'on ne connaît pas, c'est prendre le risque d'aller là où l'on ne va jamais, c'est accepter de ne pas tout comprendre tout de suite, de ne pas être compris non plus tout de suite, c'est sortir de ses balises de pratiques et de pensée, c'est accepter la discorde, accepter de douter, de s'interroger, de se livrer aussi.

Il faut du temps pour la rencontre.

Du temps pour prendre conscience par la parole de toute l'importance qu'il y a à décroquer les métiers, les disciplines, les savoirs sur le soin, à organiser la rencontre avec les sciences sociales, les savoirs et les pratiques populaires, à défaire des frontières trop souvent étanches.

Débatte de façon démocratique, c'est mettre en commun nos savoirs et nos pratiques, nos visions différentes du monde, à partir de notre place à chacune et chacun, pour ensuite imaginer, inventer, ensemble.

Nous avons appris qu'il faut du temps et un lieu propice à la rencontre, afin de faire advenir la parole de celles et ceux qui ne parlent pas, que l'on n'entend pas, que l'on n'autorise pas, qui ne s'autorisent pas.

Refaire langage commun, mettre en pièces la langue-machine, lui tourner le dos

La langue, comme performance de tout langage, n'est ni réactionnaire, ni progressiste, elle est tout simplement fasciste; car le fascisme ce n'est pas d'empêcher de dire mais d'obliger à dire.

Roland Barthes, *Leçon inaugurale au collège de France,*

7 janvier 1977

Chacun en a fait l'expérience à l'hôpital. Depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009, est apparue en simultané une réorganisation des soins indissociable d'une technostucture invasive. Elle l'est par sa langue-machine qui brouille l'assise des soignants en premier lieu par le simple fait d'entendre et de parler autrement sur le lieu même du soin. Il s'agit là de fragiliser la cohérence des équipes en leur imposant d'endosser l'expansion d'une langue nouvelle, la novlangue du nouveau management public. Celle colportée par les instances décisionnaires pour plus de rentabilité et relayée par les soignants au quotidien. À l'image du *newspeak* de George Orwell dans 1984, cette novlangue est inaudible, elle consiste en une simplification lexicale, une inversion de sens qui visent à limiter l'expression de critiques contre l'État.

Ça sort de nulle part, impossible d'y échapper puisque ça vise à dompter le cœur de l'hôpital, son capital humain.

Ça parle *dispositif-plate-forme-territorialité à toutes les sauces, organisation polaire-comité exécutif-forum de pôle, facteur humain, patient traceur.*

La diffusion d'une telle pollution du dire est d'autant plus rapide que partout l'outil numérique accélère sa dis-

persion jusqu'à l'échelon individuel du corps hospitalier, tous métiers confondus.

À nos dépens, nous avons compris que la novlangue attaque la base d'un bâti commun, celui du langage courant. Celui qui rend possible la rencontre, le dialogue donc l'altérité. Parler et se parler au travers d'une langue truffée d'acronymes, d'inversion de sens, de glissements sémantiques, de néologismes, rend fou.

Ça dispense le pouvoir de tout dialogue constructif, de tout rapport de force démocratique. On se coltine la surdité d'en face et l'incompréhension totale comme expérience partagée. Ceux qui la colportent comme ceux qui la subissent parfois dévisent.

Ça fait des trous, des torsions, des carambolages dans le ciboulot jusque dans l'inconscient collectif. Ça ouvre grand le champ des actes sans pensée, du front de la servitude jusqu'au tranchant.

Faut-il s'aligner aux ordres? Comme ceux de la *Cellule Qualité* réclamant la *traçabilité* des patients, ou encore les *REX* (*retour d'expériences de la gestion des risques*) sur des formulaires préétablis, uniquement. Ou encore en pleine pandémie, un premier message fut l'envoi de la cotation de la téléconsultation. Une cellule qualité qui demande à ses ouailles comment ça va, ça n'existe pas en novlangue!

Alors il n'est plus temps d'en examiner les contours, de la répertorier, de la disséquer, de la mettre en pièces. Il est trop tard car la langue-machine n'est plus au-dehors, elle a déjà colonisé toutes les pratiques de soin. Elle tapisse nos antres et fait avancer la machine-entreprise de l'hôpital jusqu'à destituer le sens premier de nos métiers par effet ultime de soumission, de dépossession, d'étatisation.

Il est grand temps de lui tourner le dos en gardant l'oreille aux aguets et l'esprit vif à toutes dissonances tonales des mots. Ne rien laisser passer du non-sens établi par évidence.

Se réappropriier le langage de nos métiers équivaut à préserver nos savoir-faire, à hauteur d'une zone à défendre.

Il nous faut être en nombre, en connivence et en force sur cette question du dire et du parler vrai dans les métiers du vivant. Faire front à la perversion outillée de la novlangue qui rend banal l'écrasement des mots et leur pouvoir d'émancipation.

Démocratie je crie ton nom ! Réenchanter la démocratie sanitaire

*Il faut brûler pour arriver,
consumé au dernier feu.*

Pier Paolo Pasolini, *Journal 1948-1953*

Il est aussi des mots, tel celui de « démocratie sanitaire », qui circulent ici et là, dissociés de l'histoire qui les fonde, perdant peu à peu de leur essence.

La naissance de la démocratie sanitaire prend corps dans la rage des premières victimes d'une autre pandémie, celle du sida ; des victimes stigmatisées, confrontées à la peur et au deuil, parias abandonnés par leurs familles ou livrés à eux-mêmes dans la chambre d'un hôpital par peur de l'inconnu. Une rage qui a été le moteur d'une mobilisation collective dans un geste éminemment politique – *décider d'agir pour ne pas subir* – une rage qui les a amenées à ouvrir des espaces de solidarité, à créer un rapport de force y compris avec l'industrie du médicament, à s'approprier le savoir médical concernant leur santé, à jeter les bases d'un changement de rapports entre soignants et soignés.

C'est donc là que la démocratie sanitaire plonge ses racines. Écoutons celles et ceux qui en ont été les acteurs.

L'histoire compte. Elle est indispensable pour interroger notre présent et inventer demain.

Aujourd'hui, où en sommes-nous? La pandémie de Covid-19 s'est avérée être un puissant révélateur du manque de considération pour la parole des patients et de leurs familles par le pouvoir d'État. Au sein des Ehpad elle a également révélé l'effroyable état de cette question : des « résidents » oubliés, exilés du monde, dont la parole a été anéantie, à qui on a confisqué la voix, des femmes et des hommes dont certains sont morts seuls, interdits du moindre lien affectif. Les mêmes auxquels a ensuite été demandé un « consentement éclairé » pour se faire vacciner...

Où est la rage? Les représentants d'usagers officiels, institutionnels, ceux-là mêmes qui siègent aujourd'hui dans toutes les institutions sanitaires, n'ont pas pu être entendus ou n'ont pas su s'organiser pour prendre la parole. Nulle part ne nous a été donné à voir naître cette rage, et encore moins la voir se transformer en un véritable mouvement à l'image de celui qui a émergé lors de la pandémie du sida.

Alors, où en sommes-nous? Certains collectifs de soignants appellent à une refonte de la gouvernance de l'hôpital public et demandent que cette nouvelle gouvernance soit partagée avec les usagers. Mais de quoi est-il question concrètement? De quelle « gouvernance » parle-t-on? Pour quelle redistribution des pouvoirs, avec quels usagers, représentants de qui et selon quels principes démocratiques? Sortons du débat confiné, ouvrons en grand cette question, mettons-la sur la place publique.

Car une rage sourd à l'ombre de la machine médiatique et gouvernementale.

Des initiatives citoyennes sont menées sur les territoires, ancrées dans les quartiers populaires, certaines selon des pratiques communautaires et des maillages puissants. Elles ont investi l'espace public et les vies intimes dans des mouvements de solidarité et d'entraide dès le début de la pandémie et bien avant. Que nous apprennent ces initiatives populaires, d'elles, de nous, de la démocratie en santé, de la démocratie tout court, dans notre société aujourd'hui?

Écoutons, débattons et appelons à réinventer ensemble une véritable démocratie sanitaire, à partir de laquelle pourrait être repensé l'ensemble de notre modèle de société.

Redonner vie aux collectifs de soin

Chaque action collective, chaque société supposent une discipline et l'individu, sans cette loi, n'est qu'un étranger ploquant sous le poids d'une collectivité ennemie. Mais société et discipline perdent leur direction si elles nient le « Nous sommes ».

Albert Camus, *L'homme révolté*

En même temps préserver la dimension de singularité de chacun. C'était dans cette sorte de « bifurcation » que se posait cette notion de Collectif.

Jean Oury, *Le Collectif*

Car c'est aussi de démocratie dont il est question dans les témoignages de notre atelier de Montreuil concernant le travail. Lorsque, pendant le premier pic de la pandémie, les marges de manœuvre ont été étroites, lorsque l'organisation du travail s'est montrée rigide, imposée par le haut, sur injonction de cellules de crise souvent très hiérarchisées et opaques, lorsque les équipes n'ont pas eu la possibilité de « bouger », de bousculer les lignes, d'inventer une autre façon de faire pour soigner dans cette situation inédite, alors des effets extrêmement délétères ont été observés, autant pour les praticiens que pour les patients.

A *contrario*, en l'absence d'injonctions autoritaires et descendantes ou lorsque ces dernières ont été contournées, des collectifs de soin ont pu s'inventer. Les équipes ont pu acquérir ou retrouver de l'autonomie et s'auto-organiser. En se rencontrant souvent pour la première fois entre spéciali-

tés et métiers variés, en débattant, échangeant, en créant de la controverse, en reconnaissant l'autre et ses compétences dans le processus de soin face à une maladie dont tout le monde ignorait tout au départ, elles ont pu élaborer un niveau de connaissance commune, elles ont pu co-construire, déconstruire, reconstruire ensemble des règles, développer des gestes professionnels et des pratiques parfois informelles pour « bien travailler », au plus près de la réalité du terrain, du patient.

Il nous faut poursuivre la réflexion et le débat sur les collectifs de soin. Pourtant essentiels au travail du soin, ceux-ci ont en effet été très fortement mis à mal ces dernières années par le mouvement de rationalisation managériale, lequel a déstabilisé les repères de métier et les coopérations. Des réorganisations incessantes sont ainsi imposées aux professionnels qui n'ont plus leur mot à dire, au mépris des savoirs et des expériences accumulés, au mépris des conditions nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité.

Les organisations ne donnent plus les moyens d'assurer des soins convenablement mais peu importe, ce sont les professionnels qu'on incrimine, qu'on culpabilise de ne pas y arriver, et auxquels on reproche de ne pas savoir s'organiser lorsqu'ils réclament des moyens – comme si les moyens ne faisaient pas partie de l'organisation!

Nombre de professionnels de l'hôpital se retrouvent alors à endurer un travail dégradé en termes de qualité, proprement insupportable à leurs yeux, auquel ils n'échappent parfois qu'au prix d'un gaspillage d'énergie pour esquisser les obstacles organisationnels et d'un engagement sans faille mais épuisant.

Il est essentiel de regarder avec précision comment se sont formés ces collectifs de soin avant ou durant les épisodes covid, de déterminer où ils ont plus précisément émergé dans ce moment très particulier où les hôpitaux déclenchaient les fameux plans blancs et déprogramaient

massivement la prise en charge des patients non-covid et où tous les regards étaient braqués sur les services de réanimation pour adultes. Car c'est aussi dans l'ombre de l'avant-scène que certaines de ces expériences et initiatives ont fleuri, parfois dans la clandestinité et la désobéissance.

On trouvera aussi probablement des écarts importants sur le terrain, dans les Ehpad et en psychiatrie, où des équipes ont pu ici ou là se mobiliser pour refuser les logiques d'abandon et aller au-devant des besoins des patients.

Comment dans ce cas débattre et mettre en lumière ces moments *furtifs* de bifurcation, comment continuer à les caractériser, à réfléchir à des pratiques instituant à partir de ces derniers ?

Car nous sommes convaincus qu'on ne soignera pas l'hôpital public, profondément abîmé, sans remettre sur pied de véritables collectifs de soin artisans d'un travail soigné, condition même d'une santé recouvrée – santé des patients comme des professionnels soignants eux-mêmes. Toutes ces expériences peuvent y aider.

Penser l'hôpital et le soin dans la cité

Vers le soir, il fit la connaissance d'un aide-barbier qu'il avait vu travailler à l'ombre d'une voûte [...] Il passa la nuit sur le bord du fleuve, où il dormit auprès des bateaux et, dès l'aube, avant que les premiers clients ne vinssent dans la boutique du barbier, il se fit raser la barbe et tailler les cheveux, se les fit bien peigner et oindre d'huile fine. Puis il alla se baigner dans le fleuve

Hermann Hesse, *Siddhartha*

Nous voulons penser le soin et les collectifs de soin de façon vivifiante et en mouvement, c'est-à-dire centrés non pas

uniquement sur le seul hôpital mais en circulation dans la cité, sur tout le territoire, dans une véritable continuité des soins avec tous les relais possibles de la cité. L'atelier de Montreuil a commencé à ouvrir une voie originale pour nous aider à penser dans ce sens.

S'ouvrir sur la cité, s'attaquer aux cloisons physiques de l'hôpital, sans pour autant désertier l'hôpital-institution, connaître les environs, les compétences du terrain et du terroir pour fabriquer des liens et des rhizomes, sont précisément les principes qui fondent la psychiatrie de secteur des origines. N'est-ce pas une source inspirante pour repenser la pratique du soin ?

D'aucuns pourraient y voir une idée surprenante, voire décalée à l'heure où la psychiatrie publique, et de secteur en particulier, fait l'objet d'une destruction massive. Pourtant c'est incontestablement là – pensons-nous – dans les foyers de résistance de la psychiatrie publique encore présents, dans les fondamentaux du secteur, que les pratiques de continuité de soin, de soin ambulatoire, d'inventions humanistes de collectifs de soin sont les plus riches d'enseignement.

Ainsi, témoigner de l'histoire de la psychiatrie de secteur, mettre en débat son originalité et son intérêt au-delà de la psychiatrie elle-même, est l'une des directions que nous avons choisi d'explorer contre vents et marées, à contre-courant aussi sans doute.

Ce d'autant plus que des collectifs de soin hors les murs de l'hôpital ont vu le jour, tout particulièrement pendant la première vague et le premier confinement, au sein et au-delà de la psychiatrie, sous forme souvent d'« équipes mobiles » destinées à *aller vers* des populations ciblées, souvent pauvres, exclues, dans les quartiers populaires ou sans domicile. Ces initiatives renouent peut-être avec les prémisses aujourd'hui oubliées de la politique de secteur psychiatrique, ou révèlent peut-être aussi autre chose de notre manière de prendre soin ou de son manquement.

Que nous apprennent donc ces initiatives? Quelles sont les personnes qui composent ces équipes mobiles? Comment font-elles avec les populations concernées? Que sont-elles en mesure de nous apporter sur la manière d'appréhender le «prendre soin» sur un territoire? Comment se maillent leurs liens avec les acteurs institutionnels, les élus locaux et les collectivités, associations, les soins de premiers recours? Et quelle place prend l'hôpital-institution dans ce cas? Nous voulons mettre ces initiatives en débat, en faire l'inventaire, le bilan, poser la question de leur pérennité.

Nous souhaitons penser aussi ce qui se répète et se réinvente sous le coup de la nécessité et de l'urgence vitale.

Nous savons néanmoins que toute tentative de réinvention des pratiques du soin un peu sérieuse se heurtera automatiquement aux institutions existantes, en particulier par le biais de la contrainte budgétaire, obligeant ainsi à replacer la santé et la démocratie dans un cadre structurel plus large. Pour rendre cette bifurcation crédible, il est nécessaire d'imaginer une forme d'indépendance décisionnelle afin de pouvoir investir massivement dans le prendre soin sans le chantage habituel à la dette ou aux desiderata des marchés financiers.

Nous voulons engager le travail de réflexion et de conception avec le plus grand nombre, faire de la santé un véritable bien commun. Nous voulons remettre le soin au cœur! Le «prendre soin» dans nos sociétés!

Les témoignages de terrain, tout comme notre volonté de débats en collectif, révèlent un des principes fondateurs de la démocratie, à savoir mettre en réflexion une conflictualité toujours en mouvement afin de créer de l'événement inventif.

Nous vous donnons rendez-vous ■

Témoignag

À l'occasion de la publication du manifeste, nous proposons une sélection parmi les témoignages que nous recueillons et mettons à disposition sur notre site au fil de l'eau. Ce recueil est en grande partie réalisé pour nos Ateliers par les compagnons de la Compagnie Pourquoi se lever le matin! D'une certaine façon, avec cette sélection, il s'agit de lever une partie du voile sur la richesse et la complexité de ce qui se joue dans et hors l'enceinte de l'hôpital, dans la quête du soin de l'autre. Des morceaux choisis de vie en somme pour éclairer le chemin que nous souhaitons tracer.

Avec Anne, rhumatologue qui n'a cessé d'œuvrer pour une médecine sociale et pour un hôpital hors les murs; Fabien, infirmier sous pression dans un service des urgences, empêché de prendre soin des gens comme il le souhaiterait; Olivia, qui milite pour une psychiatrie humaine chevillée au corps; Stéphane, médecin anesthésiste-réanimateur pédiatrique qui a initié la fameuse grève du codage des actes; Frédérick, médecin généraliste qui travaille d'arrache-pied pour une alliance avec les citoyens et pour une reconnaissance des savoir-faire des acteurs locaux. Et Luna, qui nous plonge dans une écriture sensible de l'urgence.

Soigner dans les quartiers nord de Marseille

Anne Galinier, rhumatologue, ancienne coordinatrice de l'Espace santé de l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille.

Parole recueillie en avril 2021, mise en texte avec **Pierre Madiot**, Compagnie Pourquoi se lever le matin !

J'ai toujours travaillé, à l'hôpital, dans des secteurs hors les murs, comme celui de la prison, puis des centres de santé. J'estime que ce n'est pas faire de la sous-médecine que de faire de la médecine sociale.

Cette femme d'une soixantaine d'années, accompagnée de son mari, de sa fille et de son petit-fils de dix ans, était arrivée à notre Espace santé des quartiers nord de Marseille avec un gros ulcère à la jambe. Le service vasculaire de l'hôpital nord nous l'avait adressée, sachant que notre infirmière avait la formation requise pour faire les pansements complexes dont cette femme avait besoin. Elle venait d'Europe de l'Est; son mari turc avait imposé le voile à sa fille de trente ans et, la famille vivant plus ou moins dans la rue, sans papiers, le petit-fils n'était pas scolarisé. Personne ne parlait le français.

Deux ou trois fois par semaine, pendant deux ans et demi, la grand-mère est venue avec son mari. De temps en temps, la fille et le petit se joignaient à eux. Parfois, nous

réussissions à refermer la plaie, parfois le chirurgien parlait d'amputation. Petit à petit, ils ont investi l'espace de soin. L'enfant a vu le pédiatre, sa mère a vu la sage-femme. Au fil du temps et de la confiance qui s'est établie, l'enfant a commencé à parler mieux le français. Au bout du compte, en plus de la grand-mère, nous avons aussi pris en charge la maman sur le plan sanitaire et on est arrivé à faire scolariser l'enfant.

Le pari de l'espace de soins pluridisciplinaire est d'amener une structure hospitalière au cœur des quartiers défavorisés, touchés de plein fouet par la désertification médicale. Il s'agit de mettre des parcours de soins coordonnés à la portée des gens et, parfois, de contribuer ainsi à une meilleure socialisation. Au départ, en 2016, l'offre de soins comportait un médecin généraliste, un gynécologue, une rhumatologue, un pédiatre, un endocrinologue et une sage-femme. Ensuite, on a renforcé l'équipe avec un pneumologue, un neuropédiatre et un cardiologue. Tous ou presque sont des praticiens de l'hôpital nord qui viennent ici en consultations avancées. Ils sont dédommagés financièrement pour la part de service qu'ils viennent effectuer chez nous. En plus de leurs compétences, nous pouvons profiter, grâce à eux, d'une porte d'entrée à l'hôpital en vue des hospitalisations et des opérations. Par ailleurs, le médecin généraliste, qui reçoit sur rendez-vous, assure un créneau sans rendez-vous de manière à prendre en charge les petites urgences qui se présentent. Nous avons également du personnel paramédical : infirmiers, diététiciens, psychologues, médiatrice à la santé, etc. Enfin, nous allons animer des ateliers de santé dans les centres sociaux des environs. Il faut souligner que le conseil régional nous a beaucoup soutenus. De même, l'ARS a sollicité, suscité et stimulé la création des maisons de santé. En 2014, quand j'ai travaillé sur le projet, il n'y en avait aucune dans les quartiers nord. Aujourd'hui, il y en a quatre. Ce qui montre que les instances régionales sont capables, pour peu qu'il y

ait une volonté politique, de se faire les relais d'un véritable souci du service public.

La condition pour que ce dispositif fonctionne est que les gens soient accueillis. Nous avons donc recruté dans le quartier une jeune femme de la communauté comorienne, Roukia. Elle est gaie, c'est elle qui reçoit les gens qui entrent ici. Elle va apporter un verre d'eau ou un petit chocolat quand on en a. Ça rigole dans la grande pièce d'accueil; on n'y affiche pas les airs renfrognés qu'on voit trop souvent entre les murs des hôpitaux. L'espace est ouvert. Les gens qui entrent sont immédiatement en contact avec une personne communicative, sans guichet, sans liste d'attente. La dame qui vient pour son ulcère, son mari turc et sa fille peuvent s'installer dans les fauteuils simples autour de petites tables de style « meubles de jardin » plutôt que sur des sièges alignés les uns derrière les autres. Il y a des étagères avec des livres, une télé qui diffuse des clips sur la santé. L'enfant peut s'attarder dans le coin aménagé pour les petits, fouiller dans les jouets collectés autour de nous. Il peut même en emporter à la maison. Dans notre premier local, l'espace épousait la forme du bâtiment en arc de cercle exposé plein sud. Au-delà de l'espace d'accueil, étaient répartis les cinq box de consultation et une grande salle de réunion. C'était très lumineux. Les locaux dans lesquels le centre de soins est maintenant installé sont un peu plus sombres mais il y a toujours au mur, comme une fresque verticale, les photos des peintures urbaines qu'une association de la cité de la Visitation avait réalisées sur les immeubles du quartier.

Mais la convivialité de notre premier local, au troisième étage d'un immeuble promis à la démolition, ne nous faisait pas oublier que nous étions en fait installés au bord d'une avenue à quatre voies, un lieu de passage sans âme, sans véritable vie de quartier. C'est pourquoi, après mon départ à la retraite, l'espace de soin a déménagé au rez-de-chaussée d'une barre HLM des années 1960. En face : un centre social;

à côté : une pharmacie ; plus loin, deux ou trois boutiques qui essaient de survivre. L'ensemble donne sur ce qu'on appelle « le Plateau de la cité », que l'architecte avait imaginé comme une Agora et qui consiste en quelques espaces verts avec des jeux pour les enfants.

Le centre de soins est vraiment au cœur d'un lieu de vie. Je sais que mes collègues vont participer au comité d'intérêt du quartier et qu'ils vont mettre en place une gestion participative avec la patientèle.

Dans ce nouveau quartier, la population est plus âgée que celle que nous voyions dans notre premier local, mais, comme auparavant, ce sont surtout les femmes qui viennent au centre de santé, en particulier celles qui ont des enfants scolarisés. Les hommes, dans les zones défavorisées, ne se soignent que quand ils sont malades, ils ne font aucune prévention. Quand vous n'avez pas d'emploi, quand vous ne savez pas comment vous allez payer votre loyer, la santé passe au second plan. De plus, il y a ici beaucoup de familles monoparentales, avec des mères qui ont plusieurs enfants de pères différents. Les femmes viennent donc à cause des visites régulières obligatoires de leur enfant chez le médecin, chez le pédiatre pour, par exemple, mettre à jour les vaccinations. Elles sont investies de ce type de prévention. Le levier principal des démarches de soins, c'est donc la scolarité et le suivi médical de la petite enfance. Cependant, l'étude que nous avions réalisée avant l'ouverture du centre en 2014, et qui s'appuyait sur un diagnostic de l'Observatoire régional de la santé (ORS-PACA), mettait en évidence d'autres problèmes sanitaires typiques des zones défavorisées. En plus des questions de prise en charge des enfants, il y avait dans les quartiers nord de nombreuses affections liées au diabète et à l'obésité. La présence d'une psychologue, d'une diététicienne et d'un médiateur à la santé était donc essentielle, ainsi que celle de l'endocrinologue, du pédiatre et du cardiologue. Nous avons donc ciblé les types de soins auxquels nous

devions nous attendre. Je pense que nous avons su faire en sorte que nous soyons attendus.

Dans ce quartier nord qui traîne sa réputation d'insécurité, notre centre de soins n'a connu aucune agression. À Marseille on trouve toutes sortes de communautés : Arméniens, Italiens, Nord-Africains, Comoriens et, maintenant, Asiatiques, qui cohabitent sans tension. La force de cette ville a été d'absorber les vagues successives de l'immigration.

S'il a pu y avoir, une fois, un propos raciste à l'égard de l'agent d'accueil, nous n'avons connu aucun cambriolage, aucune dégradation, nos voitures n'ont pas été cassées. Nous avons été vus autrement que comme les représentants d'un ordre social responsable de la précarité, ou comme les supplétifs d'un système sécuritaire, ainsi que peuvent être perçus les pompiers. Quand notre voiture se rendait dans les cités pour effectuer des visites, nos agents portaient toujours une blouse blanche afin de s'identifier. Si c'était l'après-midi, le « chouf » nous demandait où on allait, qui on était. Jamais de manière agressive. Je ne suis pas étonnée parce que ma mère, qui tenait un laboratoire d'analyses médicales dans les quartiers nord, pendant les années 1970, a constaté le même réflexe : on ne détruit pas quelque chose qui est utile à la communauté.

J'ai toujours travaillé, à l'hôpital, dans des secteurs hors les murs, comme celui de la prison, puis des centres de santé. J'estime que ce n'est pas faire de la sous-médecine que de faire de la médecine sociale. Or, comme les hôpitaux surfent plutôt sur une idée de pôles d'excellence, de techniques de pointe, il est certain que les quartiers défavorisés ne peuvent être, de ce point de vue, qu'au plus bas niveau. Mais j'ai trouvé que, plus qu'avant, les jeunes médecins qui choisissent d'exercer dans de tels milieux font preuve d'engagement. Par exemple, l'espace santé vient d'embaucher une jeune femme d'une trentaine d'années, qui travaillait dans un centre de santé de Seine Saint-Denis et qui n'envi-

sage pas d'exercer dans un autre type de structure. Il faudra imprimer dans la mentalité des soins hospitaliers que soigner les publics défavorisés fait partie du service public autant que de développer une technologie ultra-performante. C'est pourquoi je souligne aussi l'importance que chaque centre de soins soit adossé à une structure hospitalière. Dans notre cas, cela nous a permis d'entreprendre un programme de recherche opérationnelle très spécifique avec les urgences de l'hôpital nord.

Je ne sais pas si la crise du covid a permis aux soignants de prendre davantage conscience de la nécessité d'aller vers les gens. En tout cas, beaucoup de confrères de ma génération, simples praticiens ou chefs de service, sont venus donner un coup de main pour faire par exemple du dépistage. Je retrouve mes confrères de l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) dans les box de vaccination, de 8 heures à 18 heures, samedi et dimanche compris, à l'hôpital nord ou au stade. Mais, du côté des directeurs d'hôpitaux, je vois qu'il est difficile de faire comprendre que, si un médecin manifeste de l'intérêt pour venir exercer dans un centre de soins, il ne faut pas attendre quatre mois pour le recruter. J'entends parfois des directeurs dire : « Pour être salarié de l'hôpital, il faut consentir à un petit effort financier ». Je veux bien être un peu moins payée si, intégrée à une équipe de pointe, je me forme à des techniques innovantes... Mais quand vous allez au charbon, que vous êtes confronté à un tiers de patients qui ne viennent pas à leur rendez-vous et qu'une bonne moitié des autres ne comprennent pas leur traitement, il vous faut énormément d'engagement militant pour soigner, pour éduquer à la santé, pour contribuer à amener ainsi un peu de bien-être et de lien social. Soigner les plus démunis mérite la même reconnaissance et les mêmes moyens que d'exercer une fonction médicale à haute valeur ajoutée ■

Soins non programmés : état d'urgence

Fabien Paris, infirmier au service des urgences, hôpital de Saint-Nazaire.

Parole recueillie en mars 2021, mise en texte avec **Pierre Madiot**, Compagnie Pourquoi se lever le matin !

Je ne peux dédouaner le système de me rendre incapable de prendre soin des gens comme je devrais pouvoir le faire.

Ce jour-là, je suis infirmier d'accueil aux urgences de l'hôpital de Saint-Nazaire. Une femme se présente avec une demande d'échographie pour une douleur abdominale. « Mon médecin me dit que j'ai peut-être une appendicite. J'ai appelé quatre ou cinq cabinets de radiologie. Aucun ne peut me proposer un rendez-vous avant quinze jours. » L'hypothèse diagnostique du médecin traitant n'est pas anodine. De plus, même si elle n'est pas très douloureuse, cette femme est suffisamment gênée, et son état est susceptible de se dégrader rapidement. Elle est un peu désolée. Elle voit bien que sa situation n'a rien à voir avec celle des gens qui arrivent avec des traumatismes ou des crises aiguës. Elle a pourtant réellement besoin, maintenant, de déterminer quelle sera la suite pour elle.

Puisque le parcours de soins débuté en médecine de ville est arrivé dans une impasse, il lui a bien fallu, comme c'est le cas assez fréquemment, bifurquer vers les urgences.

De la même façon, il y a quelques jours, quelqu'un se présente à l'accueil en disant : « *J'ai extrêmement mal aux dents. J'ai eu des soins juste avant le week-end. J'ai appelé quinze cabinets de dentistes du secteur. Aucun ne peut me prendre : "On n'a aucune place". "On ne prend pas les urgences". Donc, je me présente ici.* » Mais nous n'avons aucun praticien spécialiste des dents. La seule chose qu'on peut faire, c'est l'accueillir et faire en sorte que ce patient voie un médecin qui lui prescrive des médicaments contre la douleur.

Il ne s'agit pas de savoir s'il y a des vraies ou des fausses « urgences ». Nous devons apporter la meilleure réponse possible à tous ceux qui en ont besoin. Le problème est que la médecine n'est pas organisée pour prendre en charge de manière efficace les soins non programmés. En 2020, par exemple, une dizaine de médecins généralistes sont partis en retraite sur le secteur de Saint-Nazaire sans être remplacés. À partir de là, il est logique que la pression de la demande de soins qui ne correspondent pas à des urgences vitales s'intensifie. Certains patients auraient juste besoin de soins légers ou de conseils comme celui que n'importe quel infirmier aurait pu donner à ce monsieur venu aux urgences parce que, la veille, il avait été piqué par une guêpe. Mais le système de santé est ainsi fait que la prise en charge des soins non programmés qui ne relèvent pas d'une intervention lourde, immédiate et impérative, est confiée aux médecins libéraux qui, eux-mêmes débordés, ne consultent que sur rendez-vous; ou à des centres d'accueil et de permanence de soins (CAPS) souvent excentrés et sous-équipés; ou à des structures associatives comme SOS Médecins dont le rayon d'action est limité. La solution la plus simple reste souvent de se rendre aux urgences hospitalières pour n'importe quel problème de santé imprévu.

À l'inverse, les urgences sont surtout engorgées par les personnes que les médecins du service estiment devoir hospitaliser et pour lesquelles il est extrêmement compliqué d'obtenir un lit. Faute de places suffisantes dans les autres

services, les patients en instance d'hospitalisation doivent donc rester entre nos murs. On les installe alors dans un espace d'attente puisque les box sont réservés à l'examen des patients qui arrivent. Quand l'espace d'attente est plein, on aligne les brancards dans les couloirs. Si, en cas d'afflux exceptionnel, les couloirs sont saturés, on envahit l'espace d'accueil. Quand ce n'est plus suffisant, on entasse les brancards dans la salle d'attente réservée aux accompagnants, alors invités à patienter dehors ou à se réfugier dans un bungalow installé sur le parking. Cette situation qui, dans le pire des cas, aboutit à ce que les gens soient hospitalisés dans une sorte de salle commune improvisée paraît inhumaine aux patients et aux accompagnants. Elle est aussi vécue très difficilement par nous, les soignants, qui n'avons aucune autre solution pour prodiguer les soins. On essaie d'installer les patients au mieux. Et il nous revient de leur expliquer ainsi qu'à leurs familles dans quelles conditions ils vont devoir rester. On est tenus de justifier l'injustifiable.

La plupart du temps, les accompagnants ne réagissent pas trop mal : « Je sais, je comprends... ». On essaie parfois de replacer les choses : « Je ne suis qu'un infirmier, je ne fais que subir moi-même les politiques qui, depuis trente ans, décident de l'organisation des soins et du budget de l'hôpital public. » Mais, quand les gens ont besoin des urgences tout de suite, maintenant, ils ne sont pas trop réceptifs à ce genre de discours. Dans les situations extrêmes, j'estime toutefois nécessaire de rappeler que si la dispense de traitement est quand même assurée, je ne peux dédouaner le système de me rendre incapable de prendre soin des gens comme je devrais pouvoir le faire.

Localement, la direction de notre hôpital a associé les soignants à une réflexion sur l'organisation du service. Il est vrai que l'espace d'accueil des patients, notamment, n'est rien d'autre qu'une zone de triage. Il y a là un guichet auquel s'adressent les malades et accompagnants qui arrivent de l'extérieur. L'infirmier ou l'aide-soignant, derrière son

hygiaphone, s'enquiert du motif de la visite aux urgences et manœuvre la porte électrique qui permet de filtrer les entrées dans le service. Le patient va alors être reçu dans l'un des deux box d'accueil – s'il est libre – dans lequel l'infirmier organisateur de l'accueil va l'interroger et recueillir les premières données médicales : tension, fréquence cardiaque, etc. Cela permettra de déterminer un ordre de priorité selon le degré d'urgence médicale. De son côté, l'accompagnant va être dirigé vers le comptoir de l'agent administratif en face des box d'accueil pour compléter le dossier administratif du patient puis être prié de rejoindre la salle d'attente du public, située dans le hall, en deçà de la porte. Entre-temps, l'un et l'autre auront vu arriver, par une entrée latérale qui donne sur le sas des véhicules de secours, le brancard d'un blessé pris en charge par les pompiers ou par le SMUR. Ils auront côtoyé quelques nouveaux arrivants un peu perdus, des patients « entreposés » ici sur leur brancard afin de désengorger les couloirs encombrés. Chacun aura assisté au ballet des entrées, des sorties, des piétinements parfois véhéments pour des petits bobos, et des angoisses muettes pour les grandes souffrances. Dès que la nature du problème dont est affecté le nouvel entrant aura été établie, ce dernier sera conduit, au bout d'un long couloir, vers l'une des deux zones de soins. À droite au fond, la traumatologie : plaies fractures, intoxications diverses dont l'alcoolisation aiguë. À gauche : les urgences médicales pour les victimes de douleurs thoraciques, de difficultés respiratoires, de douleurs abdominales, etc. En fait, l'accueil ressemble à un carrefour embouteillé où se croisent indistinctement soignants affairés, patients plus ou moins résignés, accompagnants préoccupés, agents administratifs rivés à leur écran. Ce lieu, qui cumule toutes sortes de fonctions, n'est pas clairement identifiable. Il n'a rien d'apaisant. Par ailleurs, il s'avère que la distinction entre les deux zones de soins n'est pas toujours vraiment pertinente.

Cette disposition de l'espace et la distribution des rôles qu'elle induit privilégient l'aspect technique de la prise en charge. Or, les soignants sont autant dans l'humain que dans le technique. En tant qu'infirmier, je suis certes capable de faire une prise de sang sans prononcer le moindre mot : piquer, remplir les tubes à prélèvement et m'en aller. Mais je considère la prise de sang comme une occasion d'aller à la rencontre de l'autre. Au-delà de l'information médicale que je viens chercher, j'ai besoin de prendre du temps avec le patient, de discuter avec lui puisqu'il se trouve souvent dans un état de crise plus ou moins violente. Il est alors important d'écouter, de tranquilliser, ne serait-ce que pour mettre le patient dans les conditions optimales pour recevoir les soins. Mais le personnel n'est pas suffisamment formé à cette dimension de la prise en charge même s'il est bien obligé, dans la pratique, de rassurer ceux qui ont peur des piqûres ou qui vivent le passage aux urgences comme une expérience traumatisante.

Les patients qui se trouvent dans un état de détresse sur le plan médical et vital ont d'autant plus besoin d'attention. Ces patients-là ne sont pas du tout dans la plainte. Ils n'en ont pas la force. Ils sont tellement mal qu'ils se laissent faire. Mais ils ne sont pas seulement des organismes souffrants. Il est important qu'on leur parle, qu'on leur explique qu'on est là pour essayer de les aider. Notre voix est le fil qui les rattache à la vie. Notre travail aux urgences est alors de nous rendre disponibles pour les cas les plus graves sans délaisser ceux qui semblent plus anodins. Mais, lorsque huit ou dix brancards sont parkés dans un endroit exigu, séparés par un espace juste suffisant pour laisser passer un seul soignant de profil, comment prodiguer de manière satisfaisante les soins et l'attention que réclame chacun ?

Il est bien prévu, dans chaque secteur du service, de pouvoir travailler en binôme infirmier-aide-soignant. Mais, nos conditions d'exercice nous amènent à abandonner insidieusement cette forme de collaboration. Pour fonction-

ner en binôme, il faut qu'on soit prêts en même temps. Or, si je dois aller faire une prise de sang à un patient et qu'il faut aussi installer un nouvel arrivant, mon collègue aide-soignant va s'occuper du second pendant que je m'affaire auprès du premier. Nous sommes bien obligés d'optimiser le temps qui nous est accordé. L'intérêt de travailler en binôme est pourtant évident. Cela permet d'avoir une double lecture de la situation de soin. Quand on se retrouve face à des personnes âgées qui ne sont pas très mobilisables, ou si on a affaire à un parkinsonien qui a de grosses raideurs, intervenir à deux permet de mieux accompagner le patient tout en ménageant notre dos et nos articulations. Entre les deux membres du binôme, s'installent une confiance et une complicité qui, d'un côté, rendent le travail plus efficace et plus gratifiant et, d'un autre côté, rassurent le patient. Mais, par la force des choses, les soignants se trouvent contraints de faire des concessions à une conception des urgences qui correspond à l'idée que l'hôpital n'est rien d'autre qu'un distributeur automatique de soins formatés. Cette conception répond, chez certains patients, à des attitudes de clients pas prêts à céder leur place dans la file d'attente... C'est ainsi que la désorganisation du système de soins, la pénurie de moyens et la surcharge de travail font peser une pression qui amène à confondre « urgence » et rapidité. Nous avons beau avertir : « Voilà, vous avez effectivement besoin d'une consultation. Mais comme votre cas n'est pas grave, il va y avoir beaucoup d'attente ». Cela n'est satisfaisant pour personne.

L'engorgement principal de notre service n'est pas forcément dû aux gens qui arrivent pour des motifs qui ne sont pas en cohérence avec la mission des urgences. Il a d'abord pour origine l'insuffisance de lits dans les autres services de l'hôpital. Depuis vingt ans, il faut en effet justifier l'occupation de ces lits par les actes médicaux effectués au cours de l'hospitalisation. Auparavant, on pouvait surveiller des patients dans un service de chirurgie même s'il

n'y avait pas d'intervention chirurgicale. Maintenant, la dame qui vient pour un soupçon d'appendicite devra rentrer chez elle si les examens ne révèlent pas la nécessité d'une intervention immédiate. Si son état est instable sans être critique, ce sont les urgences qui vont assurer sa surveillance.

Dans les services généraux, les lits se sont transformés en places d'hospitalisation de jour. C'est la médecine ambulatoire. Si cette solution peut représenter un bénéfice pour beaucoup de patients, il faut savoir qu'elle déplace la charge des soins et de la surveillance auprès des proches qui n'y sont ni préparés ni formés. C'est ainsi qu'après un traitement à l'hôpital, on voit venir aux urgences des patients qui, faute d'un suivi adéquat à domicile, ont connu une dégradation de leur état auquel ils n'ont pas su faire face et que, par manque de disponibilité, les généralistes et des spécialistes n'ont pas pu prévenir. Le cercle vicieux se referme : payer l'hôpital à l'acte amène à cesser de subventionner les soins non programmables, à déléguer la surveillance aux familles et à faire peser sur les patients isolés ou défavorisés la menace d'une rechute. Comme cette rechute est, par définition, imprévisible, aucun lit n'est disponible pour les accueillir. Ils n'ont pas d'autre recours que de s'en remettre à des urgences sous dotées puisqu'elles ne génèrent aucun bénéfice. C'est ainsi que les urgences croulent en permanence sous la charge et que les services de santé sont incapables de faire face correctement aux situations de crise.

La visée de la tarification à l'acte c'était la standardisation du soin. Mais la qualité de la présence qu'attend un patient n'est ni normalisable ni quantifiable. Cette tarification à l'acte prend en compte l'aspect technique des soins et néglige le relationnel. Cela amène à prendre en considération les médecins qui posent le diagnostic et qui prescrivent un traitement, le chirurgien qui opère, mais à ignorer les professionnels qui accueillent, qui font les prises de sang, qui dispensent les soins, qui entretiennent les lieux, qui

tiennent la main. En définitive, plus on est près du patient, plus on passe du temps avec lui, moins on est valorisé.

Pourtant, ce que les patients retiennent de leur passage aux urgences ou en hospitalisation, c'est souvent le verre d'eau apporté par l'agent de service hospitalier, la parole de réconfort. Quand ils sont sortis des urgences, ils se souviennent du fait qu'ils ont eu froid, chaud, qu'ils étaient bien ou mal installés, qu'ils ont eu à manger et à boire. Aucun n'oublie le sourire et le regard de celles et ceux qui se sont occupés d'eux... Les personnes qui viennent nous remercier sont souvent les familles des gens qu'on a accompagnés vers une fin de vie parce qu'on a su prendre le temps nécessaire pour le faire malgré des conditions et un contexte qui ne sont pas adaptés. D'autres nous sont reconnaissants de leur avoir, en urgence, prodigué les soins qu'il fallait et d'avoir été présents dans un environnement très dégradé. Ce qu'ils retiennent, c'est plus l'humain que le médical, c'est la qualité d'une relation de soins qui reste, en dépit de tout, au service du public. Les gens nous en félicitent, ils nous applaudissent parfois. Il faudrait que les décideurs l'entendent réellement et agissent en conséquence ■

Pour une psychiatrie humaine

Olivia, militante associative.

Parole recueillie en décembre 2020, mise en texte avec **Christine Depigny-Huet**, Compagnie Pourquoi se lever le matin!

Est-ce que le militantisme est un travail? En tout cas, c'est le travail que je me donne, avec l'association HumaPsy, où il faut avoir eu une expérience de la psychiatrie en tant que patient pour être membre actif, et où les tâches sont partagées, ça tourne. La notoriété d'HumaPsy est encore faible mais les réseaux sociaux fonctionnent bien.

C'est Fred qui s'occupe de Facebook et du blog. Avec lui et Mathieu, le président, nous formons aujourd'hui le bureau; le conseil d'administration est composé de sept personnes. Ils ont créé l'association HumaPsy avec d'autres patients du centre Antonin Artaud, à Reims, en décembre 2011, l'année où a été votée la loi dite du 5 juillet. Je les ai rencontrés dans des manifs parisiennes contre ce projet de loi qui me touchait directement car j'étais en « rupture de soin », comme disent les services de psychiatrie. La loi promettait une avancée des droits avec l'introduction d'un juge pour vérifier la légalité des hospitalisations sous contrainte. Avancée « mesurée », comme le montre bien le film « 12 jours » de Raymond Depardon. Mais, surtout, elle introduisait la possibilité d'imposer aux patients des « soins » sous contrainte,

en ambulatoire, en dehors de l'hôpital. Sous la menace d'une réhospitalisation.

De mon côté, à Paris, j'avais eu affaire à une psychiatrie totalement à l'opposé de la psychothérapie institutionnelle qui est pratiquée au centre Antonin Artaud. J'en ignorais tout, comme la plupart des gens. Je m'attendais à ce que la riposte contre ce projet de loi vienne uniquement des patients et de leurs proches, car j'imaginai que tous les soignants étaient comme ceux que je connaissais. Ils devaient donc se frotter les mains puisque cette loi allait leur faciliter la tâche pour imposer aux patients de suivre leurs traitements au long cours. Et là, j'ai découvert un collectif de professionnels qui s'inquiétaient, qui dénonçaient cette loi sécuritaire, expliquaient que le « soin sous contrainte », ce n'est pas du soin. C'est comme cela que j'ai commencé à militer, début 2011, au collectif des 39. Et que j'ai rencontré les patients du centre Artaud dans les manifs, derrière l'Assemblée nationale, devant le Sénat, et enfin place de la République en juillet, quand on avait perdu. À la tribune il y avait deux gars de Reims, avec écrit sur leurs tee-shirts : les Fous Autonomes de Champagne ! Alors quand ils ont fondé HumaPsy, je suis allée en train à Reims pour adhérer. Ça devait être début 2012, puisque je me souviens avoir fait le voyage dans le même wagon que François Hollande, alors en campagne électorale...

Au début, la bannière de notre blog était : « *Des humains impatientes pour une psychiatrie humaine* ». Maintenant c'est « *HumaPsy : des humains psykotiks, psykophrènes, psykolaires, psychopprimés, etc.* ». Nous sommes une soixantaine de membres « actifs », la plupart à Reims et quelques-uns qui ont adhéré depuis Paris, Lyon, Grenoble et Caen. Une centaine de membres « d'honneur » nous soutiennent mais ne sont conviés qu'à l'assemblée générale une fois par an, et n'ont pas le droit d'y voter pour élire le CA.

La première chose que l'on a faite, en 2012, c'est le Forum Fou, pour créer de la rencontre et discuter, au-delà

des gens qui sont déjà acquis et qui pensent comme nous. Nous avons loué une barge à Paris, « Le petit bain », avec une salle pour les débats. C'était un gros travail d'organisation : penser l'événement, faire le programme, distribuer les tracts, mettre des affiches dans les cabines téléphoniques de l'hôpital Sainte-Anne...

Il y a aussi les Semaines de la Folie ordinaire, à Reims, au moment des Semaines d'information sur la santé mentale. La SDLFO pendant la SISM ! C'est une sorte de contrepoint au cahier des charges officiel, dont les patients ont eu l'idée pour prendre en main la communication qui les concerne. Le programme est conçu entre soignants et soignés et ils proposent des débats, des spectacles, des expositions. HumaPsy a contribué à les développer à Paris. Là, c'est plus ambitieux parce que l'on va tisser des liens avec des gens qui ne se connaissent pas, que ça entraîne davantage de monde. C'est moins confortable aussi, parce qu'il faut convaincre des gens avec qui on n'est pas forcément d'accord et se faire comprendre. Ce n'est pas évident quand on n'arrive pas avec les mêmes regards sur la psychiatrie, avec les mêmes expériences du « soin ».

En 2014, nous avons été parmi les associations qui ont lancé la première Mad Pride en France. Pour nous c'était une façon de créer un espace de revendication qui ne soit pas limité aux discours convenus, pour déstigmatiser les personnes psychiatisées. Concrètement, cela veut dire louer un camion plateau, fabriquer des tonnes de pancartes, venir avec une sono et un groupe électrogène, inviter les gens, essayer de faire passer le concept de Mad Pride. C'est beaucoup mieux quand plusieurs associations s'y mettent, ça fait davantage de chars ! Certains ont refusé tout de suite : « Quoi ? Défiler dans la rue avec un entonnoir sur la tête ? Non mais vous me prenez pour un zozo ou quoi ? ». Avec d'autres nous en parlions depuis longtemps, mais ce n'est pas facile, parce qu'on devait faire consensus entre des gens qui ne racontent pas la même chose, voire qui disent

des choses qui sont pour moi très problématiques. Il faut aller vers le plus petit dénominateur commun. Par exemple, pour le logo, nous avons apporté celui de la Mad Pride de Toronto. On nous a dit, « pas assez souriant le personnage », « et puis on ne voit pas ses jambes ». Quelqu'un a même dit « vous ne trouvez pas qu'on dirait une femme en... heu... une musulmane, quoi ? » On a compris le message et on est revenu avec une proposition fabriquée maison. Le bonhomme qui brise ses chaînes avait un grand sourire, mais il n'a pas fait l'unanimité non plus... alors on l'a gardé pour nous, pour HumaPsy. Finalement, ils ont repris le logo d'une Mad Pride irlandaise : un clown grimé... Grrr !

Ce n'est pas facile non plus de travailler avec les associations de familles. Elles sont souvent en première ligne avec leur proche, c'est-à-dire chargées de la bonne observance du traitement... On comprend qu'elles se sentent soulagées si les patients sont obligés de prendre leurs médicaments. Qu'elles aient pu se dire que la loi de 2011 allait contraindre les équipes à suivre les patients après l'hôpital. Moi, je me bats pour des lieux où on ne propose pas que du médicament, où la relation est l'essentiel du soin psychique. C'est une conception très différente, surtout aujourd'hui où une certaine psychiatrie s'occupe du cerveau et considère que le psychisme n'est pas son boulot. Donc, je me donne pour travail de faire connaître une psychiatrie que nous savons plus humaine.

Bref, ce n'est pas toujours simple de travailler avec les autres. J'essaie de les comprendre, surtout si leur discours m'apparaît comme totalement adversaire. Par exemple, si j'entends parler d'un psychiatre qui est très admiré ou très suivi, je veux comprendre pour quelles raisons. Je vais alors écouter tout ce qu'il a dit sur YouTube, ses conférences, sa communication, pour comprendre comment il articule ses arguments, les choses sur lesquelles il semble faire consensus même si certaines m'horrifient. C'est ce que nous faisons tous; ensuite nous en parlons, nous échangeons au sein de l'association.

Il arrive de temps en temps que l'association soit conviée par une école, d'éducateurs, d'infirmiers, de psychologues, pour raconter des histoires de patients sur la psychothérapie institutionnelle. Là, j'ai une position qui n'est pas celle du savoir intimidant d'un professeur. Ça aide à ouvrir les oreilles sur cette philosophie des soins, parent pauvre des programmes de formation.

Parfois la demande peut arriver par des étudiants, comme ceux de Lyon qui étaient venus nous écouter au Forum Fou de 2012 à Paris. Ils n'avaient jamais entendu parler de psychothérapie institutionnelle dans leur fac. Souvent, c'est à l'initiative d'un professeur qui cherche un témoignage pour étayer son cours. C'est ce que j'ai fait deux ans de suite avec Fred et Mathieu à l'IRTS – Institut régional du travail social – de Montpellier. Fred et Mathieu ont expliqué leur expérience du centre Antonin Artaud. Moi, je suis venue en complément pour décortiquer les discours dominants qui cachent de l'idéologie sous la science, qui répandent l'idée que la maladie mentale serait une maladie comme les autres, comme le diabète. Manière de vous dire que vous aurez des médicaments à vie et que la psychothérapie ne servirait à rien.

Je n'ai pas d'intervention écrite préparée. Chacun de nous trois parle un peu pour expliquer les objectifs de l'association, puis les étudiants posent leurs questions. Nous utilisons souvent un film : *De l'écoute! et pas (que) des gouttes!* (<https://vimeo.com/116641250>). Quand les étudiants l'ont vu avant notre intervention, ils ont réfléchi à leurs questions, et on est instantanément dans le dialogue. C'est là que c'est le mieux. Ces jeunes n'auront peut-être jamais l'occasion de pratiquer la psychothérapie institutionnelle, mais on se dit que nos interventions soutiennent leur désir d'être des soignants, leur vocation du côté de la relation, que donc cela sert à quelque chose.

Nous intervenons peu, une ou deux fois par an les bonnes années! Je pense que nous devrions construire une

proposition et la diffuser. En effet, il est devenu très à la mode de faire appel à des « patients experts ». C'est l'endroit où je me sens le plus utile. En général, nous sommes souvent les trois mêmes à intervenir. Je nous appelle « HumaPsy mobilité ». Pour les autres adhérents, c'est plus compliqué, soit qu'ils habitent loin de Reims, soit qu'il leur est difficile d'envisager un déplacement. Sauf pour la Mad Pride à Paris : là, tout le monde est venu en bus, en train...

Et nous publions des informations sur nos actions sur le blog d'HumaPsy, ou les articles qui parlent de l'association, mais je m'en occupe peu. J'ai beaucoup de facilité à trouver des slogans, mais pas pour écrire des textes, ni même des mails parfois. Mais comment faire sans l'écriture dans le militantisme ? Facebook est efficace pour relayer des informations : on partage des articles écrits par des gens qu'on aime bien, des choses que l'on pense utiles côté patients. Par exemple, pendant le confinement, quand enfin il y a eu une case pour les personnes handicapées dans les attestations de déplacement, sans limite de temps, on a mis l'information. En espérant que la police était aussi au courant !

Avec ce confinement, toutes les activités supposant que des gens soient réunis dans une même salle étaient annulées. Il n'y avait plus que Facebook et Zoom. Dans une certaine mesure, le confinement du printemps était presque un moment de soulagement, tout était en pause. Sur le balcon les marguerites ont passé l'hiver. J'ai fait pousser les graines d'un potiron ■

La grève du codage des actes

Stéphane Dauger, médecin réanimateur pédiatrique, hôpital Robert-Debré à Paris, initiateur de la grève du codage des actes.

Parole recueillie en février 2021, mis en mots par **François Granier**, Compagnie Pourquoi se lever le matin!

Aujourd'hui, la suprématie de la rentabilité économique conduit à reléguer au second plan l'exigence de la qualité des soins.

Après ma formation à la faculté de médecine de Limoges, j'ai réalisé mon internat de pédiatrie en Basse-Normandie au CHU de Caen, et je suis arrivé à Paris pour effectuer la fin de mon internat et une année de recherche. J'ai à présent 51 ans. En 2006, je suis devenu professeur des universités – praticien hospitalier et j'ai simultanément pris la responsabilité du service de réanimation pédiatrique à l'hôpital Robert Debré, à Paris. Chaque année notre service accueille dans des situations de santé altérées environ 1 000 à 1 200 enfants : du nourrisson de deux jours de vie à l'adolescent jusqu'à 18 ans.

Dans la plupart des hôpitaux français, il existe des unités mixtes de réanimation accueillant à la fois des nouveau-nés prématurés ou non dans une partie de l'unité, et des nourrissons et des grands enfants dans une autre. Il existe aussi des hôpitaux avec des services de réanimation séparés dans un même hôpital avec un service de néonatalogie

et un service de réanimation pédiatrique bien distincts. C'est le cas du CHU Robert-Debré.

Nous sommes des structures globalement « protégées », avec un ratio qui définit les effectifs en personnel paramédical, infirmières et aides-soignantes, en fonction du nombre de lits, ce qui n'est pas le cas dans la très grande majorité des services. Malgré le climat de rationalisation qui caractérise les politiques de santé, celui-ci n'a pas, à ce jour, concerné la réanimation pédiatrique. La pandémie que nous vivons a sans doute limité un peu les ardeurs !

En tant que professeur des universités, praticien hospitalier (PUPH) 50% de mon traitement relève du ministère de la Santé et 50% de celui du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Je suis responsable de service, sans aucune rétribution particulière – un PUPH non chef de service gagne le même salaire que le mien ! Et ceci qui n'est en rien une revendication dans ma bouche mais plutôt encore une fois le témoin du fonctionnement du système hospitalier public qui passe son temps à vanter et à se revendiquer du « management » privé moderne... sauf quand cela l'arrange bien entendu. Le nombre de renouvellements et de prolongements de contrats à durée déterminée en est un autre excellent exemple. Mon service rassemble environ une centaine de personnes : une dizaine de médecins, neuf internes et quatre-vingts personnels paramédicaux : cadres infirmières, infirmières et puéricultrices, aides-soignantes et auxiliaires de puériculture, secrétaires. À côté de cette activité clinique, j'ai une mission d'enseignement. Actuellement, j'assure des formations principalement en troisième cycle et en post-formation, c'est-à-dire auprès de collègues qui sont déjà engagés en pédiatrie et en réanimation pédiatrique. La seconde partie de mon traitement est donc liée à cette activité d'enseignement effectuée au sein de l'université de Paris.

Je bénéficie d'un statut privilégié même s'il a été un petit peu « raboté » ces dernières années car nous jouissons

toujours d'une grande autonomie. Nombre de mes collègues ont, eux, une vision plus négative. Quand ils comparent nos rémunérations avec celles de nos homologues exerçant dans les pays membres de l'OCDE, ils constatent que la France occupe la vingt-sixième place sur trente-sept.

Comme tous les cadres et quel que soit leur secteur, nous avons un travail très dense, très prenant. Cela nous conduit à dépasser largement les horaires de travail officiels mais pour la majorité d'entre nous, cela est un peu secondaire. Ce qui est important, c'est que je puisse toujours dégager du temps pour des activités de recherche et des moments d'échanges avec mes collègues afin de nourrir mes enseignements. À mes yeux, nous avons heureusement encore une certaine souplesse. Ainsi, la semaine dernière j'avais la responsabilité opérationnelle du service, j'avais donc peu de disponibilité. Cette semaine, c'est le contraire, j'ai été déchargé de celle-ci et cette alternance me convient très bien.

Depuis deux ans, l'administration nous demande tous les mois de répartir nos activités entre les différents temps d'une journée : matin, après-midi, soirée, nuit, en remplissant les 31 colonnes des jours du mois divisés en 4 périodes d'un tableau Excel. Il faut surveiller au plus près notre activité. À mes yeux, cela n'a guère de sens. Loin de moi l'intention de masquer mon emploi du temps. Bien au contraire, je souscris complètement à cette exigence de transparence car mon traitement est assuré par de l'argent public. Mais si je fais apparaître mon travail durant les week-ends, les jours fériés et les soirées parfois très longues, comme tous mes collègues j'explose les normes horaires posées par l'administration. On voit là les limites d'un management centré sur une approche rigide et désincarnée. Nous savons tous que si nous voulons qu'une personne puisse réfléchir, créer, innover, il faut lui accorder des marges d'autonomie. Les approches ultra-rationalisées en vigueur découragent les jeunes collègues au point que certains ne veulent plus exer-

cer leur métier à l'hôpital public. Les carrières hospitalo-universitaires sont de plus en plus des parcours du combattant et cette façon d'être en permanence sur le dos des gens produit du découragement. Encore une fois, je ne plaide pas pour moi, globalement nous avons tous absolument besoin de temps pour aller dans les laboratoires, débattre avec des collègues et publier des résultats. Dans ce processus d'érosion, nous avons une responsabilité car nous nous sommes longtemps sentis protégés face à cette vague montante de rationalisation aveugle. À mes yeux, la prise en compte des seules activités postées contribue à la dégringolade des savoirs et à une dévalorisation de nos fonctions.

J'ai pris mes fonctions de chef de service avec beaucoup de plaisir. Je n'avais reçu aucune formation en la matière mais c'est une mission que j'ai trouvée et trouve toujours passionnante. Gérer les personnels, être préoccupé de leur bien-être... cela ne me pèse aucunement, bien au contraire. Accorder un peu de considération à chacun, être attentif à la réalité de leur travail quotidien contribue à la qualité des soins. C'est le rôle de tout cadre et particulièrement d'un chef de service. Pour ma part, j'ai toujours voulu exercer ce métier, être médecin à l'hôpital public, être actif dans des lieux où des enfants peuvent mourir : cela a du sens. L'hôpital, c'est aussi un lieu où les relations humaines sont très riches et tout particulièrement quand je suis auprès de jeunes collègues dans mes fonctions d'enseignement, c'est exigeant mais très agréable, très stimulant.

En septembre 2019, je me suis engagé dans la grève du codage des actes. Sans cette procédure, l'administration de l'hôpital ne peut plus facturer les actes effectués à l'Assurance Maladie et cela assèche à terme sa trésorerie. Si j'ai été le premier, c'est parce qu'encore une fois notre service est une quasi-exception avec des ratios « effectifs/lits » qui ne sont pas rognés. Nous ne vivons pas la situation des personnels des Ehpad où une infirmière de nuit peut se voir chargée de quarante lits. Et néanmoins la désorganisation

globale du système amenait à un manque chronique de places en aval de la réanimation nuisant très gravement aux parcours de soin des patients. Et personne du côté de l'administration ne s'en souciait. Cette action, nous ne voulions pas qu'elle ne soit qu'un coup d'éclat isolé. Aussi, nous avons décidé de la rendre publique et de l'expliquer. Cela a débouché d'abord sur l'arrêt du codage dans l'ensemble des services de notre hôpital puis dans de nombreux autres en France, et enfin, car nous n'étions toujours pas écoutés, sur plusieurs centaines de démissions administratives de chefs de service qui ont rejoint le mouvement après que tous les services de notre hôpital sauf deux aient à leur tour arrêté le codage des actes et que leur chef de service ait démissionné.

Quelques mois plus tard, courant décembre 2019, nous avons vécu une crise majeure en Île-de-France. Vingt-cinq bébés franciliens, atteints de bronchiolite aiguë ont dû être transportés à Caen, Rouen, Amiens, Reims. Notre service était complet, non que l'état de santé de certains enfants ait nécessité des soins intensifs mais parce que les services qui auraient dû normalement les accueillir, par exemple en pédiatrie générale, n'avaient pas de lits disponibles pour assurer l'aval de la réanimation. Cela a été pour nous un choc. Nous ne sommes pas passés loin d'un accident. La médecine hospitalière, c'est une logique de flux, surtout la médecine d'urgence et de réanimation. S'il n'y a pas de disponibilités en aval, nous sommes alors dans l'incapacité d'assurer les soins ultra-spécialisés qui sont notre mission, notre raison d'être. Nous avons prévenu depuis de longs mois sur les difficultés à venir. Cette prise en main de la gestion hospitalière par la technocratie ne visant qu'à la rationalisation financière génère des effets pervers directs sur la qualité des soins.

Après cet hiver extrêmement compliqué, quand l'épidémie de Covid-19 a commencé à la fin du mois de février 2020, nous étions dans une situation qui était redevenue particuliè-

rement calme. Notre service était quasiment vide alors que nous entendions nos collègues de réanimation adulte expliquer leurs extrêmes difficultés. Leurs unités étaient débordées et les personnels constamment sous pression. J'ai donc proposé à mes collègues d'accueillir des malades adultes. Cela a été unanimement accepté par les personnels de mon service. Certes, prendre en charge des adultes en réanimation nous a demandé beaucoup d'efforts mais très vite nous avons pu recevoir, sous le contrôle de collègues, quatre adultes atteints du covid, puis finalement 18 au pic de notre activité. C'était notre contribution à l'effort collectif. Nous ne pouvions demeurer sans agir. Quand je repense à cette période, tous les patients me reviennent en tête mais tout spécialement une jeune femme de 28 ans, enceinte et atteinte d'une forme sévère du covid. Soigner de tels patients, ce n'est pas notre spécialité mais ce qui a été très positif c'est que tous les services de Robert-Debré ont déclaré : «Oui, vu les circonstances, on va accueillir des adultes!» La direction de l'hôpital, prise de court, a suivi. Nous avons pris le pouvoir décisionnel. Nous nous sommes organisés seuls, collectivement, en visant à la fois à l'urgence et à la qualité des soins. Nous avons eu plusieurs fois des visites des plus hauts responsables qui nous disaient : «C'est fantastique ce que vous faites!». Nous avons aussi été applaudis par de simples citoyens, comme tous nos collègues de réanimation à l'époque.

Mais du jour au lendemain, nous avons eu l'ordre de transférer tous les adultes vers d'autres hôpitaux. Certains transferts ont été délicats, tant sur le plan clinique que vis-à-vis des familles qui ne comprenaient pas cette décision.

Ces transferts nous ont été imposés au nom de la nécessité de maintenir ouverte la réanimation pédiatrique. C'était une décision purement organisationnelle prise de manière caricaturale, sans aucune prise en compte des données du terrain. En effet, à ce moment-là, sur quatorze lits de réanimation pédiatrique trois seulement étaient occupés. En fait, nous assurions simultanément la réanimation

des adultes et celle des enfants grâce à l'ouverture d'une seconde salle. L'ensemble fonctionnait grâce à l'appui d'infirmières et de médecins partis récemment en retraite et qui avaient répondu favorablement à notre appel. Mais aussi de l'aide du personnel du bloc opératoire. Nous étions les mieux placés pour décrire précisément l'évolution des besoins en lits de réanimation pédiatrique. Mais là encore, le « commandement » a parlé, sans prise en compte des informations de terrain et surtout sans écoute des professionnels qui avaient consenti de nombreux efforts, à l'image de tous leurs collègues dans toutes les régions concernées. Cette manière de fonctionner est absolument caricaturale de ce que nous vivons à l'hôpital public depuis 10 ans. Et il ne faut surtout pas croire qu'elle est apparue uniquement dans la situation exceptionnelle que nous vivons actuellement. Ce mode de fonctionnement, calqué sur l'entreprise privée (directoire, directeur, comité de pilotage...) avec l'ensemble du vocabulaire qui s'y rapporte est vanté par nos responsables sans aucune capacité d'évaluation, de critique, de remise en cause, et de respect des personnels qui produisent le soin, quoi qu'on nous fasse croire par la multiplication de réunions ad hoc.

L'argument de cette décision extrêmement brutale était donc de « maintenir l'activité de réanimation pédiatrique »... alors que tous les services d'Île-de-France étaient quasiment vides. Ceci était donc totalement faux et purement un choix politique. J'ai alors écrit personnellement à tous les plus hauts responsables sanitaires et politiques d'Île-de-France pour expliquer cette situation dramatique et ces choix non justifiés : je n'ai à ce jour reçu aucune réponse, ni des hauts fonctionnaires ni des élus.

Depuis, nous avons publié notre activité durant cette période afin de pouvoir les comparer avec ceux d'autres unités ayant aussi accueilli des adultes atteints de covid : cela nous a rassurés. Nous avons eu des « résultats » tout à fait honorables. Depuis, en complément, l'École des hautes

études en santé publique est en train de réaliser une étude. Sa finalité est double : étudier, cas par cas, les suites de ces transferts et ainsi identifier si une surmortalité a pu être observée et analyser les éventuelles conséquences de cette opération en matière de santé publique. Nous attendons ces résultats avec impatience.

En matière de santé publique, il est normal qu'une infirmière soit capable de prendre en charge les affections classiques d'une personne de cinquante ou soixante ans. Mais, dans nos services de réanimation pédiatrique, travaillent des infirmières ultra-spécialisées qui ont été auparavant en poste dans un service de pédiatrie générale. En France, sommes-nous disposés à rémunérer des soignants ultra-spécialisés pour qu'ils soient capables d'effectuer des actes très spécifiques? Je pense que très majoritairement nos concitoyens répondraient positivement. Mais seraient-ils aussi unanimes pour qu'ils le soient même si certains jours leur présence active n'est pas requise? Cela peut paraître incongru mais n'est-ce pas le cas des pompiers ou des forces de l'ordre? Quand ces professionnels ne sont pas mobilisés sur un terrain, ils n'en poursuivent pas moins leur perfectionnement, ils s'entraînent en simulant des interventions délicates. Or, nos infirmières sont dans la même logique. Et cette organisation est volontairement détruite à petit feu sous couvert d'économies et de rationalisation financière. Notre système de santé en paiera le prix longtemps si rien n'est fait pour arrêter cette déstructuration progressive.

Le contexte socio-économique de l'hôpital public a été profondément bouleversé à partir de 2006. Il s'est agi, à partir de cette date, de contraindre nos services à réaliser coûte que coûte des économies. Avant 2006, chaque année, comme tous mes collègues chef de service, j'avais un rendez-vous d'une après-midi entière avec le directeur de l'hôpital. Il me demandait trois choses : un bilan d'activité, des hypothèses de travail pour l'année à venir et enfin les

moyens que je jugeais nécessaires pour faire face à nos missions. Nous étions dans une relation d'échange sur des critères médicaux. Et je n'avais pas toujours gain de cause, tant s'en faut. Mais les projets étaient exposés, discutés, évalués à l'aune de leur intérêt médical bien avant d'en discuter le coût. On terminait par discuter la possibilité d'un financement. Aujourd'hui, la suprématie de la rentabilité économique conduit à reléguer au second plan l'exigence de la qualité des soins. Notre CHU a été structuré en trois pôles : les urgences, la réanimation, la pédiatrie générale. Plus de 70% des enfants qui vont être hospitalisés dans notre CHU sont concernés par ces trois pôles : ils arrivent aux urgences, sont souvent transférés en réanimation au stade aigu de leur maladie puis sont confiés au service de pédiatrie générale, en aval de la réanimation. Nous avons pu construire des protocoles partagés ce qui a été très bien perçu par tous les personnels tant médicaux que paramédicaux. Les infirmières et les aides-soignantes par exemple, qui débutaient sans connaître la pédiatrie, commençaient leur parcours par la pédiatrie générale, puis étaient affectées aux urgences où elles voyaient des patients plus sévères et enfin, pour certaines, en réanimation. Il y avait une cohérence en termes de professionnalisation. C'était une garantie d'efficacité pour l'ensemble de notre hôpital et une modalité de reconnaissance professionnelle tout à fait claire. Mais certains responsables ont considéré que, du jour au lendemain, une infirmière en pédiatrie générale pourrait prendre un poste aux urgences ou en réanimation. Quand les trois pôles ont été fusionnés, cette logique de professionnalisation a été abandonnée. C'est la preuve que nous sommes passés d'un pilotage fondé sur des critères médicaux à un pilotage basé sur les seuls critères financiers. Les dommages sont doubles. D'une part, notre communauté hospitalière perd subrepticement son haut niveau de professionnalisme. D'autre part, nos infirmières perçoivent cela comme une marque supplémentaire de déconsidération.

C'est là que se situe l'une des causes de la désaffection de nombre de soignants pour l'hôpital public. Si nous voulons conserver un haut niveau de qualité des soins dans nos hôpitaux, il faut commencer par considérer chaque professionnel dans ses activités, dans ses savoir-faire. Ce n'est pas très original ; n'est-ce pas valable dans tout métier ? ■

Écoutez notre savoir-faire de terrain

Frédéric Stambach, médecin généraliste, Ambazac, Haute-Vienne.

Juillet 2020, témoignage recueilli par **Julien Lusson**, Ateliers Travail et démocratie.

Dans la crise du covid, c'était curieux la façon dont les élus locaux ont été évincés.

Je suis médecin généraliste dans un groupe médical. J'exerce en campagne, dans le Limousin, à Ambazac en Haute-Vienne. C'est une petite ville de 5 à 6 000 habitants, ce qui est conséquent pour le Limousin. Ça me permet d'avoir une activité de campagne mais il existe aussi de petits HLM avec les toutes les problématiques sociales qui y sont souvent liées, comme en ville. J'ai donc une activité assez mixte contrairement à la campagne ou la ville pure. Ça me permet d'avoir un panel large de patients : des patients ruraux, des patients issus des classes populaires, des classes intermédiaires, de la petite bourgeoisie locale et pas mal d'enseignants du primaire et du secondaire (il y a un collègue à Ambazac). Chaque catégorie sociale a ses problématiques propres.

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

Le premier confinement

Dans la crise du covid, c'était curieux la façon dont les élus locaux ont été évincés. Pour moi, c'est révélateur de ce qu'est devenu notre État central, déconnecté des acteurs de terrain dont font partie les maires par exemple. Quand je suis allé les voir pour savoir ce qu'ils savaient de l'épidémie, eh bien ils n'avaient aucune information de la préfecture ou des ARS. Ils étaient dans l'après élection (c'était le lendemain du premier tour des municipales). C'était effrayant, ils étaient complètement mis de côté. Les élus locaux voient les dégâts, ils doivent en répondre auprès des citoyens, ce qui n'est pas le cas des agences et des ministères qui sont complètement déconnectés. Les maires ont été obligés de se débrouiller, on l'a vu pendant la crise, alors qu'ils devraient être parties prenantes de l'offre de santé, qu'ils sont des acteurs importants.

La question de la permanence de soins est capitale : il y a beaucoup d'endroits où les médecins généralistes ne prennent plus de garde, en ville comme à la campagne, du fait du manque d'effectif. Du coup les gens sont obligés d'aller aux urgences ou bien d'appeler SOS Médecins pour ceux qui sont en ville ou à la périphérie des villes. Ici a été mis en place un système efficace pour les gardes : le département est découpé en six secteurs avec sur chacun d'eux un médecin qui se déplace et un médecin qui peut voir les patients à son cabinet, moyennant une rémunération fixe d'astreinte (comme les hospitaliers). Les astreintes ne sont pas obligatoires et nous ne participons pas tous mais ça fonctionne et les régulateurs du 15 (qui gèrent et filtrent les appels) sont contents car ils ont les noms des collègues qu'ils peuvent appeler et ça évite des prises en charge inutiles aux urgences. C'était une organisation-test datant du début des années 2010, avec deux autres départements dont j'ai oublié le nom ; l'idée était ensuite de généraliser ce système au niveau national si cela marchait. Mais comme toujours il

s'agit d'une question de coûts, il faut savoir si c'est rentable financièrement – c'est ce qui les intéresse. Payer des astreintes et des actes pour éviter des hospitalisations, est-ce que c'est plus cher ou pas? Je sais seulement que depuis qu'on est passés sous la coupe de Bordeaux au niveau de la grande région, notre système n'a pas l'air de bien leur plaire.

Au début de la crise covid, je suivais comme tout le monde, sans arriver à me faire une opinion claire sur le sujet. Ce qu'il faut savoir, c'est que les médecins n'avaient pas d'autres informations que ce qu'on trouvait dans les médias. On n'avait aucune information de l'ARS, nous ne savions pas si des cas étaient signalés dans la région. J'ai commencé à comprendre que c'était dangereux quelques jours avant le premier confinement, en regardant ce qui se passait en Italie. On a tout de suite imaginé des prises en charges catastrophiques à domicile du fait de la saturation hospitalière. Le 16 mars, j'ai donc demandé à voir le maire de ma ville. J'ai pu le faire parce qu'avec mes collègues médecins, on a tous coupé notre activité : il faut bien comprendre que notre problème, lié à celui de la démographie médicale en berne, est celui du temps disponible pour pouvoir échanger. Les autorités sanitaires pensent que si les professionnels libéraux ne veulent pas se réunir et prendre une heure pour échanger entre collègues, c'est parce qu'ils ne sont pas payés. Mais non : c'est que nous n'avons pas une heure de disponible ! Comme on est en sous-effectif partout et qu'on est tous saturés, on a du mal, en pratique, à se parler. Or là, on a coupé nos activités non urgentes, en coordination avec les infirmiers et les autres professionnels. Donc je suis allé voir le maire, je lui ai demandé ce qu'il avait comme information et il m'a confirmé que, comme nous d'ailleurs, il n'avait aucune information de l'ARS ou de la préfecture. La seule chose qu'il avait essayé de mettre en place avec d'autres maires alentour, c'était de proposer une garde pour les enfants des soignants ; mais l'ARS a réagi

dans un premier temps en leur disant de ne pas le faire avant de changer d'avis 24 heures plus tard.

Ils sortaient du premier tour des municipales, nous voyons à quel point il était dangereux d'avoir maintenu ce premier tour et la responsabilité qu'a pris le gouvernement. Toute l'énergie des maires et de leurs équipes a été utilisée pour organiser l'élection alors que nous aurions pu l'utiliser pour mettre en place le confinement dès le samedi/dimanche plus sereinement. En tout cas, l'équipe municipale voulait vraiment aider et il y a des moyens pour cela. Par exemple des agents municipaux ont assuré la prise en charge des provisions pour les personnes isolées qui ne pouvaient plus aller faire leur course. On a aussi fait des listes de personnes fragiles et organisé des communications auprès d'elles. Sans les mairies, je ne sais pas comment on aurait pu faire, le confinement généralisé aurait été impossible.

Nous nous sommes rendu compte qu'il nous faudrait une salle dédiée car notre objectif était de casser la chaîne de contamination. Nous ne savions pas encore que nous serions relativement préservés. Or, dans la chaîne de contamination, le cabinet médical est un élément majeur : c'est ce qui fait qu'on a dû arrêter aussi nos consultations non urgentes, parce que sans moyen de protection et de désinfection on mettait les gens en danger.

Le maire nous a donc prêté une salle que nous avons aménagée. On a fait ça à sept médecins ce qui a permis de mutualiser les moyens très faibles dont nous disposions (pas de possibilités de se ravitailler en masques, ou en gel hydroalcoolique à ce moment-là). Ce sont les citoyens qui nous ont apporté leurs moyens, les masques qu'ils avaient, les blouses, etc. Comme on avait du temps, on a pu se parler : les pharmacies centralisaient les dons et puis on partageait pour éviter qu'un seul ait tout. Les cantinières des services municipaux nous ont aussi aidés ; elles ont vidé leurs stocks et nous les ont donnés : des kits de protections complets, blouse,

masque, charlotte. Cela nous a permis de faire des tests PCR avec des kits que les laboratoires nous ont fournis mais qui nécessitaient obligatoirement des protections pour éviter de se contaminer et de contaminer les patients suivants. Tout cela a pu se faire grâce aux dons et non aux autorités sanitaires. Il y a eu un grand élan de solidarité; des patients m'appelaient pour me dire «j'ai trouvé 3 FFP2 dans mon garage, ça vous intéresse?».

Avec la salle dédiée, nous pensons avoir joué notre rôle dans le fait que la région est restée relativement épargnée car, dans le département, il y a eu plusieurs initiatives similaires. En bout de chaîne, cela a permis au service de réanimation du CHU de Limoges de pouvoir prendre en charge des patients d'autres régions. Finalement j'ai dû avoir seulement une dizaine de cas je pense, dont la moitié confirmée par test. À ce moment (mi-mars 2020) on ne testait presque personne. Ces dix cas, je les ai eus dans les quinze jours qui ont suivi les municipales. Et au bout de quinze jours, on a vu le nombre de cas s'effondrer. S'en est suivie une période très étrange, car on avait coupé nos activités classiques, les gens n'appelaient plus et on n'avait pas de cas. Il y a eu plusieurs semaines un peu irréelles où on a passé beaucoup de temps au téléphone et sans plus personne en consultation.

Les maires des petites communes ont vraiment l'habitude de se débrouiller seuls. C'est ce qu'ils m'ont dit au moment où il fallait rouvrir les écoles dans des conditions hallucinantes, sans soutien de – voire contre – l'État central. Ils sont souvent obligés de ruser avec les directives, qui sont déconnectées des réalités locales. Eux n'étaient pas surpris, moi si par contre. À Limoges, l'ARS a voulu créer, comme nous, une grande salle de consultation dédiée au covid dans un gymnase. Mais, un mois après le début de la crise, le gymnase n'était toujours pas ouvert (et il ne le sera jamais puisqu'à partir de fin mars il n'y avait plus de cas dans le département et il a été décidé de ne pas l'ouvrir). Du temps perdu, donc, et un côté un peu étonnant.

Chez nous, en 48 heures la salle était prête et nous commençons à consulter. À peu près trois semaines après qu'on ait commencé, on a reçu de l'ARS, via l'Ordre des médecins, un rapport de 17 pages. On nous demandait des trucs complètement déconnectés : il fallait qu'on ait des protections bien spécifiques, une bouteille d'oxygène, un défibrillateur, voire un accueil... Ce qui était impossible pour nous qui manquions de masques! Et surtout, il fallait qu'une personne soit désignée comme responsable de centre et signe sur l'honneur qu'on respectait bien toutes ces obligations infaisables! Pour la petite histoire, ça faisait trois semaines que je réclamaï de mon côté une bouteille d'oxygène sans aucune possibilité de l'avoir, et là, ils voulaient nous l'imposer... Ce qu'ils voulaient, je pense, c'était simplement un responsable juridique. Pour se couvrir.

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

Le lendemain de mon passage au journal de 20 heures, le capitaine des pompiers de Limoges m'a appelé pour me dire qu'il avait du matériel (bouteilles d'oxygène, défibrillateurs...) et que cela faisait un mois qu'il proposait à l'ARS de le distribuer aux généralistes, et qu'il se heurtait à un refus de leur part. Incompréhensible! Finalement, les pompiers nous ont prêté du matériel pendant toute la crise. Au final,

nous étions en conformité avec le cahier des charges de l'ARS, mais sans eux. Du coup, avec notre coup de gueule, ils nous ont laissés tranquilles.

La tribune Soignons ensemble : « Pouvoir sanitaire aux soignants et aux usagers! »

De ce premier rapport de force nous est venu l'idée d'une tribune/pétition avec Julien Vernaudeau, gériatre hospitalier aux hospices civils de Lyon. Notre idée était de partir du terrain, de voir ce qu'on avait vécu pendant la crise et de faire le lien avec les causes structurelles des difficultés de l'hôpital et des professionnels de santé « libéraux ». On cassait la séparation habituelle entre les hospitaliers et les libéraux. Ce « conflit » entre ces deux corps n'a plus lieu d'être mais pourtant le clivage demeure. Quand les urgences sont saturées, c'est parce que les généralistes ne feraient pas leur travail. Dans mon département on a le système d'astreintes que j'évoquais tout à l'heure, et pourtant les urgences sont saturées aussi, tout simplement parce que le problème est ailleurs : on manque de lits et de personnel à l'hôpital. Mais dire cela, ce serait admettre la nullité des politiques de santé mises en place depuis au moins quinze ans. Donc les gouvernements jouent là-dessus pour diviser. L'originalité de notre tribune réside dans ces deux dimensions : une ouverture aux soignants de terrain (en impliquant les oubliés comme les secrétaires médicales ou les auxiliaires de vie) et une démarche citoyenne dans laquelle la santé serait considérée comme un bien commun relevant de la délibération collective. Ce qu'on souhaitait, c'était montrer que si l'hôpital a tenu pendant la crise épidémique, c'est parce que le verrou budgétaire avait sauté et que les administratifs avaient pu devenir des partenaires. Le but était ensuite de monter en généralités pour mettre le doigt sur les causes structurelles des dysfonctionnements du système de santé. En particulier, d'essayer de les faire regarder vers les traités européens. La pétition en ligne a recueilli

environ 66 000 signatures, et nous avons eu une couverture médiatique intéressante, locale d'abord avec notamment France 3 Limousin, France Bleu Limousin, puis le reportage a été diffusé sur France 3 national. Ce qui m'a le plus surpris c'est l'adhésion des journalistes à nos idées, en particulier ceux du service public avec qui j'ai pu discuter (France 2, France 3, France Bleu). Ce reportage, hautement politique et radical, est repassé au moins cinq fois sur France 3 Nouvelle-Aquitaine et Limousin.

Le conflit gagné contre la direction du CHU de Limoges

Notre méthode a ensuite été validée empiriquement sur un cas concret, juste en sortie de confinement. Suite à la tribune, le chef des urgences pédiatriques de Limoges m'a contacté car il était en conflit depuis plusieurs années avec la direction du CHU de Limoges. Notre tribune et nos démêlés avec l'ARS lui ont donné envie de changer de stratégie, de passer à une attitude offensive, de créer un rapport de force en utilisant notre méthode : alliance de soignants et de citoyens avec appui médiatique. Son appel était déjà pour nous une grande victoire, nous avons réussi à provoquer quelque chose de concret. Il réclamait l'application d'une directive datant de 2015, pour que les médecins urgentistes, en sous-effectif chronique, puissent embaucher. Ils faisaient face à une surcharge de travail inimaginable. Depuis plusieurs semaines, quatre urgentistes, dont mon collègue chef de service, menaçaient de démissionner, ce qui signifiait une probable fermeture du service des urgences pédiatriques (le seul en Limousin) sans que cela n'émeuve le directeur du CHU. Nous avons donc eu l'idée d'écrire une lettre au ministre de la Santé pour signaler cette situation, de la faire signer par le maximum de soignants hospitaliers et non hospitaliers puis de la publier dans la presse locale (j'avais l'accord du quotidien local). Avec mes contacts médiatiques, nul doute que la radio et la

télévision locale s'en seraient emparées. À ma grande satisfaction, je constatais que la diffusion informelle du courrier, très limitée dans mes réseaux professionnels locaux, rencontrait un grand succès, notamment auprès des généralistes, scandalisés par cette situation. En 24 heures j'avais une centaine de noms dont la moitié de généralistes. Mon collègue a alors fait passer le courrier au directeur général avec menace de publication. Celui-ci a alors proposé un entretien 48 heures après, au cours duquel il a absolument tout accepté sans mentionner de problème budgétaire ! Je n'y ai pas assisté, mais mon collègue m'a dit que l'entretien était un peu lunaire, il faisait les questions, les réponses et semblait terrorisé à l'idée de la publication. Il m'a dit également que l'implication des soignants libéraux, notamment des généralistes, l'avait beaucoup impressionné. En effet, à ma connaissance, c'est assez inédit. Les généralistes ont pour habitude de ne pas se mêler des affaires hospitalières. C'est une grave erreur à mon avis. Ce qui prouve bien que la clé est dans l'alliance des soignants de tous bords, il faut essayer d'impliquer les hospitaliers dans les problématiques des libéraux et vice versa. J'ai d'ailleurs dû freiner mon journaliste local car la lettre devait être publiée le lendemain, nous étions persuadés que la publication serait nécessaire et qu'il ne céderait pas facilement. Cette lettre ne sera donc jamais publiée.

Cette aventure prouve que l'alliance entre les citoyens et les professionnels de santé hospitaliers comme non hospitaliers est extrêmement féconde pour l'avenir. Il faut absolument travailler à la généraliser ■

Urgence

Luna Luce

Je ne suis plus une personne depuis longtemps. Ils veulent que je sois un objet. Je suis un objet. Mais je n'obéis pas totalement. Si je dois être un objet, c'est un objet qui crie. Ce cri est ce qui me sauve. Je suis un objet urgent

Luana Muniz dans *Obscuro Barroco* d'Evangelia Kranioti.

Deux jours ont passé dans cet écrin marin. Je me crois apaisée, mais mon ventre me fait si mal que je pense plus raisonnable de quitter l'île, rentrer au plus vite pour me rendre aux urgences car je le sais, mieux vaut passer un scanner rapidement dans ce cas précis et l'urgence médicale, passe, elle, par l'hôpital. Plus exactement par son service des urgences, porte directement ouverte sur la cité avec son lot de détresse humaine. « Nous sommes des éboueurs sociaux », me lâche ce pompier volontaire, « le sans-abri qui a froid et qui souffre, quand on le ramasse en pleine nuit pour ne pas le laisser mourir, on n'a pas d'autres choix que de l'emmener aux urgences ! »

J'arrive à l'accueil, soulagée d'y être mais inquiète du temps que je risque de passer aux urgences, à attendre. Le temps est long aux urgences, c'est une vérité connue de tous. Connue, oui, mais vécue c'est une autre histoire. Ce n'est d'ailleurs pas du temps long, c'est un temps hors du temps, un temps de paradoxes, dur-tendre, violent-doux,

humain-inhumain, un concentré de folie, de détresse et d'humanité mêlées.

Après une prise de température et quelques questions sur les motifs de ma venue ici, dans un endroit qui semble faire sas, on m'accompagne. La grande porte battante des urgences s'ouvre. Je pénètre dans ce lieu aux allures de vaisseau spatial. C'est un lieu sans fenêtre, de forme ovale, avec, en son centre, des personnes en blouses blanches assises derrière un pupitre en demi-cercle, coiffées d'un casque micro qui s'affairent les yeux rivés à un ordinateur, l'air impassible tandis que tout s'agite autour.

L'atmosphère est comme cette lumière froide. Autour de ce grand pupitre en demi-cercle, des personnes allongées sur des brancards sont alignées en épis. Hagardes pour certaines, assoupies, souffrantes, elles saignent. D'ailleurs, la grande pièce est pleine de brancards occupés par des corps laissés là, les yeux se ferment ou se croisent en évitant de se regarder, l'intimité de chacun est mise à nue, avec l'attente sans fond pour seule compagnie, tandis que le va-et-vient des soignants est à son comble.

On m'introduit dans un de ces box qui forment le deuxième cercle de l'immense pièce ovale, on me tend une blouse en papier bleu foncé, on me dit de me déshabiller et de mettre cette blouse. Je ne sais pas pourquoi. Il n'y a pas de temps aux urgences pour les mots. Le geste est militaire. Garrot, prise de sang, pose de cathéter. Deux heures déjà que je suis allongée sur ce brancard dans ce box sous une lumière blanche blafarde quand j'entends à l'orée du box : « ici, c'est la sigmoïdite ». Un médecin est accompagné d'une infirmière, les yeux accrochés à un ordinateur posé sur un chariot, et je comprends alors que la sigmoïdite c'est moi, c'est ainsi que je suis qualifiée ! Je ne suis pas une personne, je ne suis même pas un corps, je suis un organe malade ! « Bonjour » dis-je, et sans réfléchir je poursuis, « ai-je une tête de sigmoïdite ? ». L'infirmière rit tandis que le médecin lève les yeux vers moi d'un air mi-gêné, mi-agacé.

J'ai l'impression qu'il se questionne sur ce qu'il vient de dire et comment il doit réagir, puis lance souriant, « pardon Mme Sigmöidite ». Nous nous en amuserons tout le reste du temps que je passe à attendre le scanner, lorsqu'il passera et repassera d'un pas pressé devant mon box avec son large sourire.

Une dame est tombée chez elle. Elle n'arrivait plus à se relever. Son mari a alors appelé les pompiers qui l'ont emmenée aux urgences. Elle attend d'abord sur un fauteuil roulant ; je l'aperçois dans le couloir, depuis mon box. Puis elle est introduite à mes côtés, sur le second brancard du box. On la fait s'allonger. « Je veux aller aux toilettes » dit-elle. Les infirmières lui expliquent que ce n'est pas possible, qu'elle ne peut pas marcher et qu'elles ne peuvent pas l'aider à se déplacer, elles vont se casser le dos, et puis elles ont trop de travail pour perdre du temps à l'aider à aller aux toilettes. Les infirmières sont parties. La dame me demande ce qu'elle fait là, elle s'inquiète de savoir le temps qu'elle va rester et si son mari est au courant, s'il attend dehors ou s'il est rentré à la maison. Et puis elle veut aller aux toilettes. Elle appelle de nouveau les infirmières. Agacées, celles-ci lui répètent que ce n'est pas possible, elles disent « on va vous déshabiller et vous mettre une couche ». La dame ne veut pas, mais on la force. Elle est maintenant nue sous sa blouse en papier, ses vêtements sont mis dans un sac en plastique et placés sous le brancard. De toutes ses forces elle fait glisser ses jambes hors du brancard, s'assied, puis se lève flagellante. D'une main crispée elle se tient au brancard de l'autre elle tâtonne dans le vide pour tenter de s'agripper au mien. Elle me demande de l'aide. « Madame, vous allez tomber », dis-je d'une voix peu assurée. Je ne sais que faire, je suis désemparé. Une infirmière qui passe devant le box, qui la voit là, plantée entre nos deux brancards, les bras écartés à vouloir se mouvoir, lance d'une voix glaciale : « Je vais m'énerver maintenant. Si vous ne comprenez pas je vais devoir vous attacher ». Elle dirige la dame vers le brancard, la force

à s'allonger de nouveau, hisse les barreaux. « Vous avez une couche, ce n'est pas agréable, je sais, mais on ne peut rien faire d'autre. » L'infirmière quitte la pièce, la dame fustige « mais comment on me parle ici, comment on me traite, c'est une prison ou quoi ? Je veux parler à mon mari, appelez mon mari ! » De nouveau elle s'agite, trouve à se glisser hors du brancard, attrape ses habits sous le lit, se rhabille. Trois infirmières entrent furieuses dans le box, elles l'attachent avec des lanières à son brancard. Image terrifiante, la dame n'en revient pas, ses yeux parlent d'effroi, elle est sonnée.

Il est 21 heures, Une brancardière arrive. Elle vient me chercher pour aller au scanner. Je suis là depuis dix heures ; c'est une bonne nouvelle. Nous traversons l'hôpital désert, un vrai labyrinthe, des couloirs, des portes battantes, ascenseurs, je ne comprends pas grand-chose au circuit, allongée, tête en sens contraire, pendant qu'elle me parle de son métier de brancardier, le travail que certains ne veulent pas faire ; ils se sont mis en grève ; le covid rode ; elle, elle ne comprend pas, « c'est très important notre métier, nous sommes utiles ». La porte de l'ascenseur s'ouvre sur le seul service d'imagerie médicale ouvert la nuit dans ce grand hôpital public de France. Je suis déposée là, devant la porte du scanner, parmi quinze autres personnes, les unes sur des brancards les autres dans des fauteuils roulants. Nous formons un bouquet de corps et d'âmes. Je suis de nouveau projetée dans un univers de folle humanité, c'est une émotion violente, où l'on doit canaliser sa peur, serrer son cœur. Le silence règne entre nous, des personnes semblent égarées, certaines marquées de leur souffrance, l'une vomit, l'autre gémit, pendant que derrière la porte du scanner on entend la voix sèche d'une manipulatrice radio. Le temps s'étire, je comprends qu'il va être long ici aussi. J'égraine le nombre de passages avant que mon tour vienne. Quand un brancard arrive sur lequel gît un homme que j'imagine tout droit sortie d'un coma. Ses bras se soulèvent lentement au-

dessus de sa tête, comme un souffle de vie. Une femme se tient à ses côtés avec un sac à dos que j'imagine de survie. Elle caresse son visage, lui parle d'une voix douce. Elle semble vouloir entretenir sa conscience. L'homme est introduit dans la salle d'imagerie rapidement. Une vieille dame toute fine et frêle est allongée tout près de moi. Elle est attachée à son brancard « Vous n'auriez pas des ciseaux me dit-elle d'une voix douce, je voudrais couper ces cordons, je ne sais pas pourquoi je suis attachée ». Je m'excuse auprès d'elle, je n'ai pas de ciseaux. Je lui demande si elle est là depuis longtemps, elle me dit que oui, elle s'inquiète, sa fille doit l'attendre dehors. C'est mon tour. Je dis au revoir à la vieille dame. Elle me répond d'un sourire mélancolique dont seules les vieilles personnes ont le secret. Elle me fait penser à ma grand-mère morte là-bas dans cet endroit triste sans que je l'accompagne.

Il est 23 heures; on m'a redescendue dans mon box du service des urgences; la dame qui voulait aller aux toilettes n'est plus là, une jeune femme mi-voilée est à sa place. Elle souffre d'un violent mal de tête. Le médecin lui demande si tout va bien à la maison, si son mari est gentil. Quand soudainement des cris surgissent du couloir. On imagine une bagarre, tout le service se fige et s'attroupe, le vigile passe en courant devant le box, « Monsieur calmez-vous ». Des mots qui veulent rassurer, encore des cris, de la lutte, puis de nouveau le calme.

La lumière est éteinte dans le box, je m'endors, il est tard. Je me demande comment je vais rentrer chez moi en cette heure si tardive. Une infirmière entre dans le box. Je lui demande si elle a une idée de quand je vais pouvoir partir « ah mais on vous garde, le médecin ne vous a pas dit ? ». Me garder mais pourquoi? Elle part chercher le médecin comprenant que j'aurais dû être informée par lui, que ce n'est pas à elle de le faire. Il m'explique alors qu'au scanner il semble y avoir un petit problème, qu'il attend le compte rendu du radiologue, mais que sans doute je vais être hospitalisée et que

je vais être montée dans un service, d'ailleurs «vous y serez bien mieux que sur ce brancard, dans un vrai lit» me dit-il comme pour me rassurer. Mais je préfère rester là moi, je veux attendre le compte rendu, être sûre qu'il faille m'hospitaliser. Je ressens à ce moment-là le besoin de cet univers déjà familier, des liens se sont créés, avec la jeune fille, les infirmières, le médecin, je ne veux pas le quitter pour un autre endroit de l'hôpital. Je m'endors. Une jeune interne me réveille, il est quatre heures du matin. Ses mots sont tranchants, il y a un abcès dans mon ventre, les conséquences peuvent être graves; il me faut quitter les urgences. Je comprends que j'ai de la chance, un lit m'attend ■

Le 4 juillet 2020

Glossaire polyphonique

ue

**Des mots pour le dire,
des mots pour vivre,
des mots pour hisser haut
la reconquête de l'hôpital public et du soin**

Les termes qui suivent sont là pour éclairer certains aspects de notre manifeste ainsi que pour mettre l'accent sur les mots qui sont au cœur de la crise de l'hôpital public. Nous avons souhaité les mettre en exergue et leur donner corps de la sorte pour guider le lecteur dans ce qui constitue notre démarche au sein des Ateliers pour la refondation du service public hospitalier. Écrit à plusieurs mains, ce « glosaire polyphonique » nous ressemble dans nos différences.

Aller vers

Ce terme rime avec «équipes mobiles» et désigne des équipes dédiées pour une fonction et pour un territoire vers des *populations ciblées* : patients psychiatriques isolés, populations en situation de précarité, d'exclusion, sans domicile fixe. Le terme reprend en le dévoyant peut-être parfois, un concept fondateur de la politique de secteur. Le projet qui en a résulté consistait à aller vers les personnes en difficulté en lien avec les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, l'école, la police, les voisins, etc. pour accueillir et prendre en charge, mais aussi pour construire avec ces personnes des possibilités de vie quotidienne. Des formes s'instituaient ainsi en psychiatrie pour des soins de proximité, mais avaient vocation à s'étendre au social et à l'ensemble du domaine de la santé. Une majorité d'équipes n'ont pu effectuer que quelques ouvertures en raison des résistances locales, du manque de moyens ou du manque de volonté. À partir du « tournant de la rigueur » en 1984, l'État a instauré une politique néolibérale qui s'est développée insidieusement. Dès lors, cette politique n'aura eu de cesse de dénigrer la politique de secteur, et maintenant de la détruire tout en produisant fragmentation et regroupements bureaucratiques avec une mise en concurrence généralisée. Dès lors chacun des concepts qui furent des créations subversives nous revient sous une forme fragmentaire, et nous est proposé comme une découverte et une innovation. Des équipes peuvent en toute innocence se retrouver instrumentalisées par des logiques néolibérales se présentant comme une marche en avant désavouant toute historicité. Des personnes et des équipes peuvent à l'inverse s'en emparer avec lucidité dans une perspective de subversion de la langue et des pratiques qui ne vaudra que si elle est reprise dans un projet collectif pour refonder le service public de santé. Se réapproprier «l'aller vers» et «le faire avec» les personnes concernées dans la construction de

communs de la santé ou du social constituerait dès lors notre enjeu émancipateur.

Biens communs

Chacun intuitivement sent bien de quoi il s'agit et le mouvement pour faire de la santé un « bien commun » est puissant. Si pourtant on veut harmoniser et finaliser nos pratiques et nos actions, il faut accepter de s'accorder sur le sens que nous donnons aux mots.

Dans les mille acceptions et contenus qui ont été données à la locution « bien(s) commun(s) », l'une d'entre elles doit, nous semble-t-il, s'imposer et servir de référence, car elle a acquis un droit de cité à nul autre pareil. Ce contenu de référence c'est d'Italie qu'il nous vient. Là, un groupe de juristes éminents (en fait une commission sénatoriale amenée par Stefano Rodotà) en liaison avec un très fort mouvement social contre la privatisation des services publics de l'eau, a consacré une partie de ses travaux à proposer une définition, à la fois *théorique et opérationnelle* de la notion de bien commun, une définition ayant vocation à être introduite dans le Code civil italien. Pour la Commission Rodotà doivent ainsi être considérés comme des biens communs, les biens « *qui expriment des utilités fonctionnelles à l'exercice des droits fondamentaux ainsi qu'au libre développement de la personne* ». Bien évidemment la santé a vocation à entrer dans ce champ. Quoi, plus que la santé, présente « *une utilité fonctionnelle à l'exercice des droits fondamentaux ainsi qu'au libre développement de la personne* ». Mais les choses ne s'arrêtent pas là.

En effet, les biens communs déclarés tels, poursuit le projet de loi Rodotà « *doivent être protégés et sauvegardés par le système juridique* ». Il convient en effet d'en garantir l'accès notamment aux plus démunis et de les préserver dans leur être « *en vue du bénéfice des générations futures* ». À ce titre, les biens communs, tout comme les *res publicae* sont inappropriables de façon privative.

Accès garanti, inappropriabilité : à ces deux éléments constitutifs des biens communs, s'en ajoute un troisième. Ils doivent être administrés de façon nouvelle, suivant des modalités garantissant non seulement le droit des citoyens à en jouir sans discrimination mais aussi devant permettre leur participation directe à la gestion et au contrôle, renouant ainsi avec la *res publica*.

Le bien commun ainsi défini entretient des relations étroites avec la notion de service public, mais aussi présente des différences éminentes qui portent sur les conditions de la délivrance du bien et du service : entre les mains de l'administration du service de santé d'un côté ; à forte participation citoyenne dans l'autre. La mainmise de l'État sur l'administration du service de santé a conduit à des dérives. La longue marche pour la reconquête et la refondation du service public en bien commun y trouve sa légitimité et son fondement. Elle ne fait que commencer.

Bifurcation

Les bifurcations sont des moments furtifs générant une disjonction des fonctionnements automatisés et/ou des trajectoires attendues et qui engagent la dynamique du mouvement du système concerné – ou de ses parties – vers de nouvelles directions, ou de nouvelles formes d'organisation.

La secousse épidémique a accentué les aspects dysfonctionnels des structures et des dynamiques sociétales et, plus particulièrement, a jeté la lumière sur l'état de management et de fonctionnement dégradés du système public de santé.

Dans cet espace-temps déstabilisant et tendu, les dynamiques du désir individuel et collectif des soignants ont pu faire bifurquer l'existant vers des pratiques et organisations de soins ou vers des constellations institutionnelles inattendues. Créatrices des auto-organisations et d'ouvertures intéressantes vers la cité, porteuses des mouvements de pensée autonome et des alliances fortuites aux diverses

échelles du fonctionnement des structures sanitaires, ces bifurcations témoignent du potentiel positif des alternatives pour prendre soin du système de santé.

C'est dans le droit fil de la formulation de l'équipe du Territoire Apprenant Contributif (Ars Industrialis – IRI – Plaine Commune, Saint-Denis) : *« En travaillant, les individus s'organisent collectivement en partageant les savoirs, chaque individu développe ses capacités singulières et participe ainsi à la transformation du savoir lui-même, en produisant de la nouveauté, en faisant bifurquer les savoirs transmis vers de nouvelles directions ».*

Vite menacé par le retour des automatismes dégradants et des forces d'emprise managériale, ce « fourc » covidien esquisse des pistes d'une perception nouvelle du service public hospitalier ainsi que de ses finalités, confirme la nécessité et renforce les promesses de sa refondation.

Cabinet de conseil

McKinsey est sans nul doute le cabinet de conseil qui a fait le plus parler de lui depuis que la presse a rendu public le recours à cette entreprise américaine par le gouvernement français pour l'accompagner dans la mise en place de sa stratégie vaccinale contre le covid, pour le cadrage logistique et la coordination opérationnelle. Eu égard à l'argent public dépensé pour engager une entreprise multinationale dans une activité qui relève de l'administration publique, la révélation a fait scandale. Toutefois, le recours à des cabinets de conseil dans ce qui constitue le cœur de l'action de l'État n'est pas nouveau et l'intervention de ces entreprises sous forme « d'audit » est allée particulièrement croissante, notamment au sein de l'hôpital public depuis la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire (HPST). Leur mission ? Aider les hôpitaux à s'engager dans la voie de la « modernisation de leurs méthodes » ou encore les assister dans l'application « des réformes et des plans de restructuration pour faire face à la dette ». En pratique, ces cabinets

sont les principaux agents de la fabrication du discours managérial et sont en charge de la diffusion de ce discours dans les hôpitaux publics (Belorgey, 2010). Ils organisent le transfert des mots et des outils du management du secteur privé vers le secteur public, après d'ailleurs les avoir eux-mêmes introduits dans le monde de l'entreprise.

Depuis plusieurs années la Cour des comptes s'inquiète du recours trop fréquent aux consultants extérieurs par les hôpitaux, pour des résultats jugés « souvent décevants ». La Cour a ainsi émis plusieurs alertes sur le caractère particulièrement « inapproprié » des pratiques installées par les cabinets de conseil au regard des difficultés financières des hôpitaux, notant que leur action pouvait aller jusqu'à « affaiblir » les hôpitaux et « appauvrir » leurs compétences internes. Au-delà du seul hôpital le recours par l'État aux cabinets de conseil donne lieu à des critiques non moins acerbes : « absence de suivi des dépenses de conseil rendant leur "estimation délicate", [...] actions "non suffisamment encadrées" [...] conduisant à une administration qui ne mobilise pas suffisamment les nombreuses compétences dont elle dispose en son sein » (Cour des comptes, 2018).

Enfin, concluons en traversant l'Atlantique d'où nous viennent la plupart d'entre eux, en rappelant que c'est aussi un cabinet de conseil – McKinsey là encore – qui aux États-Unis a travaillé avec l'industrie pharmaceutique pour introduire massivement les opioïdes en détournant les règles de contrôle conduisant ainsi à des centaines de milliers de morts. Un bien triste épisode de l'histoire récente connu désormais sous le nom de « crise des opioïdes ».

Carcan managérial et financier

C'est le nouvel ordre au-dessus des lois et des États. Il répond aux logiques des flux, élevé au rang du mètre étalon par les politiques, donc l'unique perspective pour le sauvetage des grandes organisations publiques. La santé n'y échappe pas. Elle est même devenue le terrain d'excellence

de son maniement. Hôpital entreprise, hôpital connecté, hôpital mutualisé, autant de vitrines derrière lesquelles s'opère, plan par plan, la destitution des corps de métier en présence et des savoir-faire ensemble. Chacun est jeté au sort d'un virtuel commandement qui ne connaît ni les pratiques partagées ni les réalités du terrain. Le carcan managérial et financier est une opération aveuglante de soumission, de mise aux ordres et d'incorporation de l'absurde à très grande échelle. Ses instruments de mesure prospèrent, comme les très douteuses cellules qualité ou les comités exécutifs, garants de l'inacceptable rentabilité requise. Des chiffres, des tableaux, des codes, une masse virtuelle à qui on fait dire ce que l'on veut et là où il faut aller. Car « il-le-faut », « on-est-obligé » « y'a-pas-le-choix » sont les ritournelles de l'économie marchande et grand guignol de l'hôpital essoré : fermeture de lits, gel des postes, éclatement des équipes, budgétisation des projets à moyens constants, dissolution du collectif en privilégiant l'exploitation catégorielle du personnel branche par branche (plutôt que l'arborescence interdisciplinaire), expansion florissante d'une technostructure, son bras armé.

Plan large sur les instances représentatives de l'hôpital, là aussi destruction des lieux de dispute démocratique par l'imposition de sa novlangue. Jamais les requêtes pour préserver ce qui fonctionne ne sont valorisées ni protégées. Il faut de l'innovation à tout prix, de l'entrepreneuriat à tout va, pondre toujours plus de projets en temps réduit. Mettre les cerveaux en surchauffe, en déséquilibre, en concurrence. Les vécus de précarité personnelle ou collective, d'infantilisation outrancière rapportés par les subordonnés signent l'effet carcan qui prend jusque dans la chair. Ses détenteurs baissent d'un ton depuis mars 2020, enfin ils devraient...

Cellule de crise

Quand la crise survient, le gouvernement de l'hôpital organise. Des professionnels se réunissent au sein d'une cellule

dite «de crise», cellule hautement stratégique. Autour du directeur et de ses adjoints, en lien avec les autorités de tutelle, des médecins et cadres de santé se retrouvent chaque jour pour décider du cadre d'action hospitalier, laissant aux sous-cellules le choix de leur mise en œuvre. Mais qui sont ces décideurs? Madame, Monsieur la (le) directeur, général en chef, des représentants de la direction, ses fidèles lieutenants, souvent inconnus, des docteurs, autoproclamés sa- vant des crises, stratèges, logisticiens et communicants. Ils ont été choisis! Comment? Aucun des soignants du bas, du terrain d'opération, ne le sait. Parce qu'ils étaient les plus compétents? Pour nous protéger sans doute! Cellule de crise en ordre de bataille en cette Situation Sanitaire Exceptionnelle, SSE en novlangue managériale. Mais nous, femmes et hommes du bas, de l'ancre viral, mis à nu par l'absence de moyens techniques, débordés par l'afflux des patients, comment nous lier quand le haut nous délie, par l'afflux concomitant des ordres et contre-ordres? La crise passée, la cellule s'endort, et les travailleurs du soin conti- nuent de travailler, comme si rien n'avait été, dans l'attente d'une nouvelle catastrophe qu'une nouvelle cellule de com- mandement saura maîtriser. Ou non?

Club thérapeutique

Le club thérapeutique est la pierre angulaire de la psycho- thérapie institutionnelle. Créé dès 1943 par François Tosquelles à Saint-Alban, il utilise l'artifice de la loi 1901 pour créer une association entre patients, soignants et per- sonnes intéressées. Dans le club, les statuts sont mis entre parenthèses pour promouvoir une activation du milieu, et une «hiérarchie des compétences» qui subvertisse la hié- rarchie statutaire. Chacun se trouve ainsi mis sur un pied d'égalité et le club organise la vie quotidienne sur un mode démocratique tout en passant convention avec l'établisse- ment. Ainsi une tension s'instaure entre deux logiques a priori contradictoires pour promouvoir une transversalité :

la fonction club tempère la verticalité de l'établissement et relance la créativité et le pouvoir instituant. Le premier *club thérapeutique* est creusé sous l'hôpital avec le personnel et les patients. Au-delà du club lui-même on parlera de la *fonction club* qui vient remettre en question dans le collectif les tentations hiérarchiques ou paternalistes, comme celle « de faire à la place des patients pour leur bien ». La fonction club permet de créer des instances démocratiques où la parole de chacun est prise en compte dans les décisions qui ponctuent la vie quotidienne : les échanges matériels, les ateliers d'expression, les fêtes, etc. Soulignons que cet outil comme toutes les autres trouvailles va connaître des modalités fort diverses dans les collectifs et, comme toute forme, pourra se retrouver fixée, fétichisée, dévoyée.

Collectifs de soin

Si nous insistons sur les *collectifs de soin* comme fondements de la reconstruction de l'hôpital public, c'est au sens où ils constitueraient une ressource structurante pour l'activité de travail de toutes les professionnelles de l'hôpital, orientée vers un soin de qualité pour et avec les personnes, et soutenue par l'organisation du travail et par l'institution.

Le collectif de soin, c'est en premier lieu un collectif de travail et non une collection d'individus travaillant les uns à côté des autres. C'est ce à quoi pousse l'organisation gestionnaire néolibérale. Celle-ci intensifie le travail notamment en ignorant une partie de ce qui le constitue, bouscule sans cesse les organisations, individualise le rapport au travail, supprime les temps de respiration et les temps d'échange collectifs sur le travail, entrave l'apprentissage des savoir-faire d'expérience, empêche l'élaboration d'une vision partagée d'un travail de qualité... Bref, elle bloque les échanges et les coopérations professionnels et asphyxie le travail du soin. Chacun se débrouille alors comme il peut. C'est l'une des sources essentielles des conflits interpersonnels, des replis sur soi... qui s'ajoutent aux difficultés du

travail et contribuent à la détérioration de la qualité du soin et de la santé des professionnels et des patients.

Un collectif de travail constitue, au contraire, une ressource pour les personnes qui le composent. Les coopérations professionnelles y sont développées de sorte que chacun puisse y trouver les moyens de faire face aux exigences et aux difficultés du travail, mais aussi du répondant pour dire si ce qui est fait «tient la route» ou non. L'activité s'y développe dans l'échange et la controverse, dans l'élaboration de règles et le développement des gestes de métier partagés. C'est un outil de travail au sens propre pour soigner, individuellement et collectivement, le travail. C'est-à-dire faire un travail soigné, dans lequel on puisse se reconnaître et duquel on peut tirer de la fierté et de la joie, au moins de temps à autre. Cela implique que les activités et les paroles professionnelles, dans leur diversité, soient valorisées et entendues, les savoir-faire et les expériences reconnus et mis en commun pour faire patrimoine. Et que la qualité à atteindre soit réglée entre les professionnels.

Si nous parlons de collectifs de soin, c'est aussi pour dire que le travail à l'hôpital, quel que soit le domaine ou la fonction, est à recentrer sur la qualité du travail de soin. En le débarrassant des prescriptions imposées de l'extérieur ou d'en haut qui, parce qu'elles ne tiennent aucun compte des contraintes et exigences du travail réel et n'écoutent pas les professionnels, finissent par les empêcher littéralement de travailler et par les épuiser, les écœurer.

Communs

Force est de le constater, le mot «communs» est devenu un mot code, employé à tout bout de champ... Pourtant il ne devrait pas en être ainsi. Ce mot a une histoire. Des lettres de noblesse. Des titres. Déclinons-les.

Au commencement, dans l'Angleterre et l'Europe des siècles passés, il y a les «terres de communs» (*lands of commons*). Terres «ouvertes», non encloses, elles sont libres

d'accès pour les communautés de résidents, qui possèdent des droits de prélèvement sur les ressources de ces terres (bois, tourbe, champignons, gibier, etc.).

C'est le mouvement dit des *enclosures*, en introduisant la propriété privée de terres jusque-là «ouvertes» qui – pensait-on – a mis fin aux communs. Jusqu'à ce que, à partir des années 1980, dans une série de travaux magistraux, Elinor Ostrom montre que les communs sont, aujourd'hui encore, vivants et actifs dans de nombreux endroits de la planète. Mieux encore, la lutte contre la nouvelle enclosure (celle de la pensée) que constitue l'extension de la propriété intellectuelle sur les gènes et les logiciels donne lieu, par réaction, à une explosion de nouveaux communs, «numériques» cette fois : Wikipédia, bases de données, de musique, journaux scientifiques... en ligne et ouverts à tous. Dans tous ces cas, et malgré certaines différences avec les premiers communs «fonciers» d'Ostrom, les communs se reconnaissent à trois traits : i) une ressource ou un ensemble de ressources partagées; ii) une distribution des droits et des obligations entre usagers; iii) une structure de gouvernance émanant des *commoners* eux-mêmes, qui veille à la reproduction de l'écosystème et des communautés qui en vivent.

Au-delà de ces formes canoniques (une pêcherie, une banque de données en ligne...), une infinité de types de communs ont désormais pris leur essor et le domaine de la santé est, en la matière, riche d'initiatives. Celles-ci vont de sites de mise en commun de travaux scientifiques, à des centres de soins ouverts dans des quartiers défavorisés... ou encore à des d'organisations non gouvernementales, qui telles DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) conçoivent des médicaments dans des plateformes collaboratives et ne déposent pas de brevets sur leurs produits afin de s'assurer qu'ils soient en accès libre pour les populations les plus défavorisées.

Les communs apparaissent ainsi comme une source d'inspiration fondamentale pour renouveler le service public de santé. On ne parviendra à faire ou refaire de la santé un bien commun sans que des communs, de multiple nature, voient le jour et se déploient.

Continuité des soins

Le Code de la santé publique détermine dans son article 47 que, «*quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée*».

On la distingue de la permanence des soins, qui correspond à une organisation des soins 24 heures sur 24.

La continuité des soins permet d'assurer le suivi dans la durée des problèmes de santé d'un patient. On parle de soin longitudinal. La prise en charge d'une maladie ne peut se concevoir sur une séquence donnée de la maladie. Elle doit s'inscrire dans la durée. Si un médecin ne peut, pour des raisons personnelles ou professionnelles, l'assurer lui-même, il a l'obligation d'indiquer au patient un confrère pour qu'elle ait lieu sans rompre la chaîne des soins et en s'assurant du transfert interdisciplinaire des données le concernant. Ce transfert de données ne va pas sans poser question car elles doivent être protégées et le patient doit y donner son accord.

La continuité des soins est un principe fondamental de la médecine générale, placée au cœur du dispositif de soins ambulatoires, portée par le médecin traitant.

La continuité des soins garantit pour un individu en soins une continuité d'information et une continuité de la relation thérapeutique et nécessite au niveau collectif une bonne organisation et une coordination du système de santé. Le médecin traitant n'en est donc pas le seul garant. Elle n'est possible que par une politique de santé adaptée. C'est ainsi que les questions des déserts médicaux, ou d'isolement des patients, qui peuvent empêcher cette continuité des soins, doivent être prises en compte par les politiques publiques.

La notion de continuité des soins est de toute première importance sur le plan psychique. Tout un chacun est confronté dans son existence, à des degrés plus ou moins importants, à l'angoisse de mort. Cette continuité des soins y répond. En psychiatrie particulièrement, la politique de secteur qui prévoit des structures d'accueil et des soins sur tout le territoire français, a pour principes fondamentaux la proximité et la continuité des soins. Ceci particulièrement pour la prise en charge des patients souffrant de pathologies psychotiques, dont la continuité d'exister et l'angoisse de mort sont au cœur de leur problématique psychique.

Corps

Pour le soignant, un point de vue sur les corps, objectif et subjectif, est central. *Corps-objet*, matière physique ? Dans le respect de la dignité du patient, parfois incapable de s'exprimer, le soignant dévoile par le regard et le toucher le corps de l'autre souffrant. Avec le plus grand soin, il/elle le déshabille, l'abîme – insertion de cathéters, de canules, opérations à cœur-corps ouvert – et le touche, y sentant les vibrations, les raideurs, les douleurs, sans en comprendre l'intime de la chair. *Corps-propre*, vécu plutôt que vu ou touché. Par le corps, la vie se raconte, cicatrices, violences, caresses, expériences corporelles incorporées. Le corps de l'autre est ce visage qui appelle, qui parle sans langage, qui témoigne sans jamais pouvoir tout dire. Intérieur et extérieur du corps. Frontière étanche. Que la technique du soignant voudrait franchir. Mais si voir les organes et leur agencement peut permettre d'expliquer ce qui ne marche pas dans ce corps-machine, il ne peut comprendre ce qui fait corps chez le sujet de l'expérimentation médicale. Ailleurs, ce *corps-personne* inscrit dans l'ensemble de ses rapports sociaux, en son effectivité. Corps au travail, aliéné mais vivant, chosifié par le processus productif, mais rebelle à l'appropriation. Une médecine oublieuse de ce corps socialisé manquerait

son but : comprendre le malade en son monde humain, plutôt que d'expliquer la maladie en son monde matérialisé.

Pour le patient, point de vue sur le corps, point de vue en première instance. Corps vivant, corps mouvant, corps souffrant, corps soignant, corps social, individuel et politique, corps soigné, corps hors normes, corps à vivre et à construire, corps à soi d'abord et avant tout, corps défendant et corps en lutte, corps au monde et corps habitables, habités, corps qui savent, corps murmurant que l'on écoute, corps conscient, corps inconscient, faire corps, corps et âme et parce que nous sommes. Corps. Ici et maintenant.

Les points de vue à rassembler, pour faire corps.

Décloisonner

Dans notre démarche, nous souhaitons opérer un double décloisonnement. Un décloisonnement entre les soignants hospitaliers et certains soignants libéraux que nous appelons de « premier recours » (SLPR), soit les centres de santé et la plupart des libéraux conventionnés en secteur 1, c'est-à-dire dont les honoraires de consultations sont ceux des tarifs de remboursement définis par la Sécurité sociale : infirmier·es, kinésithérapeutes, orthophonistes, médecins généralistes, pharmacien·nes. Les contraintes structurelles sont identiques à l'hôpital et chez les SLPR, à savoir un manque de moyens matériels et humains provenant des mêmes décisions politiques et budgétaires délibérées. Pour sortir de la division des soignants, instrumentalisée par les gouvernements successifs, nous souhaitons que les SLPR appuient les revendications des hospitaliers et vice versa. L'objectif est la convergence des élans des soignants, esquissée lors de certaines luttes pendant le premier confinement et qui se sont avérées très prometteuses.

Enfin, un décloisonnement des politiques de santé, trop souvent retranchées derrière des considérations techniques, pour les imbriquer avec les problématiques plus générales de politiques macroéconomiques et sociales est nécessaire.

Les facteurs socio-économiques sont de très puissants déterminants de la santé des populations, et un tel décloisonnement serait très fécond politiquement pour faire émerger des solutions globales, associant des mesures pour le système de santé et des mesures macroéconomiques susceptibles de répondre aux défis qui nous attendent. Ce que rappelle le concept de *syndémie*.

Démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire a été pensée pour et par les patients. Elle est un héritage d'une autre grande pandémie, celle du sida, née de la révolte des malades du sida contre la discrimination, l'abandon, le pouvoir médical tout puissant, mais démunis également au début de l'épidémie. Révolte aussi contre le pouvoir de l'industrie pharmaceutique. Il s'est agi d'une lutte pour ne pas prendre pour argent comptant les propos des experts scientifiques et médicaux, acquérir les savoirs, se mêler de tout ce qui concerne leur santé, y compris les traitements et la manière dont ils sont mis aux points et comment ils sont rendus disponibles au plus grand nombre. La voie choisie par la France a ensuite été « d'institutionnaliser » la démocratie sanitaire en votant la fameuse loi Kouchner de 2002 (loi « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ») et en créant le statut de représentants d'usagers siégeant dans les différentes institutions publiques de santé. Si les luttes menées au nom de la démocratie sanitaire ont permis des avancées significatives, notamment dans la relation entre les patients et les soignants, force est de constater à la lumière de la gestion centralisée et paternaliste de la pandémie de Covid-19 que la démocratie sanitaire est exsangue. Celles et ceux sur le terrain avec et pour les personnes n'ont pas été écoutés ! C'est à sa reconquête que nous désirons partir. La démocratie est d'abord une affaire de savoirs variés et de sciences élaborés et mis en partage par le peuple assemblé (Stiegler, 2021). La démocratie sanitaire doit être réinventée ; elle ne doit pas

concerner uniquement les patients et les usagers mais elle doit s'étendre aux soignants, aux infirmiers, aux médecins, qui n'ont pas de haute position, partout dans les lieux de soin, les Ehpad, dans les formations en médecine notamment. Nous rejoignons Barbara Stiegler lorsqu'elle souligne que la question de la santé est en train de devenir une question politique. Nous devons nous y employer.

Désobéir

Lorsqu'on pense à obéir ou à désobéir vient à l'esprit la manière dont on se rapporte à un cadre ou à une loi. Ce qui implique une réflexion quant à son rapport à l'individuel et au collectif, à la question de la cité, et donc du politique. Obéir résonne au fait d'avoir à se soumettre à la volonté ou à la demande d'un autre, mais pas sans interroger l'éthique et les enjeux que cette demande sous-tend. Lorsqu'il s'agit de penser à désobéir il faudrait réfléchir face à quelle obéissance et sa légitimité en termes de justice et d'égalité, notamment dans son lien avec la responsabilité institutionnelle de l'État. Viennent alors la question de l'aliénation et le choix de s'y assujettir. Aujourd'hui le carcan managérial et financier est intenable tant il détourne, capte et broie le prendre soin. Il ligote l'hôpital et tout autre bien public, obligeant à prendre position jusqu'au courage de la désobéissance, tant les injonctions néfastes et incompréhensibles sont destructrices pour tous. La refondation du service public, de l'hôpital, nécessite-t-elle de désobéir en pensée comme en acte? Si on se réfère à son socle, le contrat social attendant, aucune clause ne mentionne de lui devoir une obéissance aveugle. Bien au contraire, une façon de maintenir vivant ce pacte démocratique est de préserver l'indomptable de soi et des autres. Une force créatrice au regard de sujets politiques et pensants que nous sommes. Face à l'asservissement silencieux et insidieux, la désobéissance pourrait soutenir un espace d'invention façonné par l'armature d'un désir afin de soutenir la visée d'une organisation sociale qui se préoccupe de prendre

soin du lien social et de l'accès à des conditions viables de vie, sociales, économiques et de soins pour tous sans conditions. Exercer seul sa capacité de jugement irrigue notre responsabilité intime et collective de toujours interroger le bien-fondé des mesures politiques et des subversions attendantes. Désobéir aux ordres mortifères pied à pied jusqu'au soulèvement en nombre vient rappeler la vitalité qui nous anime afin de construire avec soin et inventivité un corps social solidaire.

Geste

Un geste dans l'intention, dans son mouvement qui dit l'intention, dans un déplacement qui expose l'intention, qui la distille et la célèbre dans sa plus que parfaite déclaration, l'intention. Dans une déflagration vers l'autre qui n'en finit pas d'éteindre sa flamme. On brûle tout ce qu'on a dans ce déplié de bras, de main, de doigts pour trouver l'artère où pulse encore le désir. Vers, envers, et dans la réciprocité, dans l'activité commune de se rejoindre depuis deux extrémités, on trouve le nœud du soin à l'autre – un ballet interdépendant où chacune se guide. Toute hiérarchie détruite dans cet acte de partage – vulnérabilités enlacées dans un échange de volontés. Dans la main qui forme derrière la nuque le soutien élevant les lèvres vers une coupe de vie, on trouve aussi la détermination d'humecter les parchemins craquelés.

On dit toujours qu'un geste c'est un beau geste, que c'est le geste qui compte, et tout. On ne compte plus les gestes en acte, les gestes en mime, les gestes moraux ou les gestes violents, les gestes barrières, les gestes irréfléchis. On parle moins des gestes conscients. Quand, stoppés dans leur ascension, prennent possession de leur importance dans ce qui est montré à l'autre. Et qu'un geste peut excéder les limites du corps, de la peau. Se transmettre dans une couleur, dans une association de formes et d'engagement. Du sensible visible, jamais dénaturé par l'anonymat – le

geste se donne à voir comme le tangible d'une relation. Il semble au cœur des couvre-feux, des confinements de l'âme : il a besoin d'exister et dans chacune de ses élongations on peut deviner l'incarnation d'une présence. D'une révélation qui se découvrirait chaque fois dans le même toucher.

Une grande émotion submerge ceux qui soudain réalisent la portée de l'intention manifeste. De la lenteur, de cette chute en nous-même, vers l'autre et en retour en travers de ce qui nous relie et nous réchauffe.

Gouvernance

Marqué du sceau du langage managérial, le mot gouvernance fait souvent frémir, échappe au langage commun. Il est souvent perçu comme l'un des piliers complices du nouveau management public, l'agent des partenariats public-privé, le garde-chiourme des critères froids et techniques d'efficacité et d'excellence. C'est pourquoi certains aimeraient fuir, tourner le dos à ce mot, gouvernance.

Mais ne nous y trompons pas. Notre projet de reconquête de l'hôpital public et du soin ne saurait faire l'économie d'une réappropriation collective de la gouvernance. Car il s'agit d'un enjeu démocratique majeur, au cœur de la refondation que nous entendons engager. Nous serions en effet mal inspirés de laisser en pâture la gouvernance à ceux qui aujourd'hui détiennent le pouvoir sur l'hôpital public et les services de santé, en définissent les modalités, les règles de gestion, de contrôle, d'organisation, de prises de décisions, en définissent les objectifs et les finalités. Car la gouvernance renvoie au mode de distribution des droits et des pouvoirs entre les différentes parties prenantes en lien avec l'hôpital, un service de santé, voire l'ensemble du système de santé. Le mode de gouvernance qui prévaut aujourd'hui est celui qui a été mis en place dans le cadre de la loi HPST de 2009. Cette loi, qui a constitué un tournant majeur en généralisant le mode de financement fondé sur la tarifica-

tion à l'activité (T2A) a aussi imposé une nouvelle gouvernance. Celle-ci a concerné l'ensemble du système, avec comme points d'orgue la création des Agences régionales de santé (ARS) à compétences sur l'ensemble du champ de la santé, une gouvernance dite « d'entreprise » à l'hôpital et une modification en profondeur de son pilotage caractérisé par une redistribution des rôles des différentes instances. Aujourd'hui le mode de gouvernance dominant est celui de la gouvernance par les nombres et les indicateurs de performance sur un mode toujours très hiérarchique et cloisonné, avec un pouvoir quasi exclusif donné aux ARS et aux directeurs d'hôpitaux. Faire de la question de la gouvernance un des piliers de la reconquête de l'hôpital public, de la santé et du soin, signifie réfléchir à une gouvernance collective partant de la base et inventée par elle, à une gouvernance partagée, avec une distribution des droits et des pouvoirs basée sur des principes démocratiques et fondée non plus sur des indicateurs de performance mais sur le travail vivant et le soin, à tous les niveaux dans l'hôpital et au-delà de ses murs. La tâche est immense, elle ne peut être l'affaire de collectifs isolés, ni de pourparlers bilatéraux. Nous voulons l'inscrire dans un processus démocratique large, dans un élan de désobéissance créatrice et émancipatrice.

Hospitalité

L'hospitalité constitue la strate première de l'échange et donc de la relation thérapeutique, au cœur de l'engagement vers l'altérité dans la relation soignante. À la racine de ce que devrait être l'hôpital, l'hospitalité est ce qui lui fait défaut cruellement aujourd'hui. Toutes les sociétés traditionnelles ont construit des rituels d'hospitalité qui ménagent toujours un accueil de l'étranger, du « tout autre ». Jean Oury va s'appuyer sans cesse sur Emmanuel Levinas pour évoquer une éthique « *de la responsabilité de la responsabilité de l'autre* », éthique qui ne peut en aucune manière se prescrire ou se protocoliser. Nous ne saurions pas non plus

ignorer la pensée de Jacques Derrida insistant sur le double versant étymologique *hospes/hostis*, et donc sur l'hostilité sous-jacente au cœur d'une relation possiblement ambiguë ou réversible. Il insistera aussi sur la nécessaire « hospitalité au pire » présente dans toute relation, et sur l'accueil du négatif dans un lieu de soins.

Institution

Pour définir l'institution, il faudrait distinguer d'entrée de jeu « l'établissement » comme organisme étatique, forcément normatif, pris aujourd'hui dans les logiques néolibérales, et des « institutions » qui peuvent surgir comme des créations instituant des échanges s'écartant de la logique du marché. Les institutions sont tributaires des personnes qui les créent et ne peuvent vivre que dans une re-création perpétuelle qui suppose une analyse institutionnelle permanente. Les institutions peuvent ainsi s'entendre comme un agencement qui combine l'échange, la rencontre, la formation, et la transmission. Les institutions sont autant d'assemblages d'étoffes et de liens qui créent un lieu à visée de tissage social. Elles incarnent l'emplacement de ce qui se met en œuvre pour instituer un échange et y soutenir une loi démocratique. Les institutions soutiennent la mise en tension du politique et du désir inconscient : l'activité instituante désirante vient subvertir l'institué de façon continue. Si elles se laissent aspirer par la logique normative de l'établissement, elles perdent leur éthique originelle. L'institution est antinomique avec la recherche de rentabilité et de toute logique marchande. C'est ainsi tout l'intérêt de l'institution de s'y opposer comme l'instance qui permet l'articulation dans le champ social d'un cadre symbolique offrant à tous les sujets de la cité la possibilité de prendre part d'un pouvoir instituant.

Loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST)

« Notre politique de santé repose sur 4 axes : la prévention, le secteur hospitalier, la médecine de ville et le médico-social. » La loi du 21 juillet 2009, appelée loi Bachelot ou loi HPST est un vaste chantier réparti en 4 points :

- prévention et santé publique ;
- modernisation des établissements de santé ;
- accès de tous à des soins de qualité ;
- organisation territoriale du système de santé.

Ce dernier point est essentiel, puisqu'il vient renforcer les dispositifs d'agences institués par les ordonnances Juppé de 1996 en créant les Agences régionales de santé (ARS). Au-delà d'un rôle visant à territorialiser la politique hospitalière, ces agences représentent en fait une forme d'exercice d'un pouvoir de police sanitaire pour le compte du ministère de la Santé. Des dispositifs de contractualisation budgétaire constituent de vrais outils de contrôle. Pour être sûr que les établissements de santé atteignent les objectifs fixés de diminution des dépenses, les ARS veillent au grain. Elles incarnent une autorité se référant à l'utilisation d'indicateurs « critères et référentiels » éloignés du terrain comme du travail réel, portant plus sur des procédures et méthodes importées depuis l'industrie. Pour en rester au strict point de vue territorial, notons des conflits de compétence et d'autorité entre le directeur d'agence et le représentant de l'État, le préfet, surtout en termes de sécurité sanitaire et de gestion de crise. Depuis mars 2020, on en a fait les frais.

Autre point essentiel, la loi de 2009 supprime la référence sanctuarisée au « service public hospitalier ». En effet, elle dissocie les missions de service public et les répartit entre « opérateurs » publics et privés. Se créent des partenariats public-privé à géométrie variable. Progressivement, la loi installe un changement d'échelle du monde hospitalier.

S'ensuivront les mutualisations d'établissements en communauté hospitalière de territoire préfigurant les groupements hospitaliers de territoire. Un art du gigantisme et des grands ensembles bureaucratiques froids en termes de gestion des soins, des patients et des soignants. Un désastre.

La question des contre-pouvoirs reste entière au sein de la loi de 2009. De cet arsenal régional de surveillance, le souhait de tous aurait été de voir éclore la démocratie sanitaire, une avancée attendue. Au lieu de cela, la loi HPST aura été un tremplin pour installer une technocratie sanitaire envahissante, et dans l'ombre la manne du privé, acteurs de soins comme assurances privées.

Maillage

De la confrontation de nos pratiques effectives, multiples, variées, souvent méconnues, a surgi cette évidence : contre les déserts médicaux, les déserts de l'isolement et de la parole, le silence où nous enferme la souffrance, une nécessité s'impose : mailler ! Mailler nos désirs, nos savoirs, nos envies d'aller les uns vers les autres, pour retisser entre toutes et tous ces liens qui font qu'apporter le soin, bénéficier du soin, reprennent leur droit et leur sens véritables. Face au cynisme gouvernemental qui au nom d'une « rationalité économique » douteuse organise dans les territoires le démantèlement de l'offre, des capacités et des présences... oui il nous faut retisser, rebâtir, relier.

C'est à nous d'imposer cet impératif. Alimenter, nourrir le maillage : entre médecins de ville et personnels soignants, entre soignants et élus locaux, entre soignants et soignés, avec les médias pour relayer nos présences, nos besoins, nos actions... Mais aussi maillage entre des pratiques différentes comme celles des urgentistes, des soignants de l'hôpital, des médecins et infirmiers, de villes, de campagne, des psychiatres... Ces maillages ne préfigurent-ils pas la santé publique sur un territoire et le service public que nous appelons de nos vœux ? Aller vers, et faire vivre entre

nos points de ralliement, de traitement, des équipes mobiles, agiles, à l'écoute des besoins et à même de relier et rassembler les compétences nécessaires fait aussi partie de ce maillage que nous appelons de nos vœux.

Concevoir des « pratiques institutantes », consolider des pratiques différentes, les faire reconnaître et les « mailler » sera le moyen de renforcer notre auto-institution. C'est aussi un moyen de faire de la santé publique un bien commun, de faire reconnaître de nouvelles pratiques professionnelles, de construire les rapports de force permettant d'obtenir de vraies réformes.

Néolibéralisme

L'histoire de la notion de néolibéralisme est profondément liée à celle du capitalisme ; elle est complexe et renvoie à des débats multiples et différents, selon qu'on traite de philosophie, de science politique ou d'économie. Cependant, son acception aujourd'hui est moins problématique. Si l'on accepte de se reporter aux seules années 1980, celles du couple Reagan-Thatcher, qui signent le grand triomphe du néolibéralisme en tant que principe de la politique publique, le sens comme le contenu du néolibéralisme peuvent être efficacement précisés. À la différence du libéralisme économique – souvent illustré par la formule « laisser faire, laisser passer » – le néolibéralisme se caractérise par la mobilisation des instruments de la puissance publique – y compris le monopole qui lui est reconnu de l'exercice de la violence – pour imposer la prédominance des ajustements de marché. Le principe au fondement du néolibéralisme tient en cela : l'État doit assurer par tous les moyens dont il dispose le primat du privé et du marché, posés comme seuls dépositaires de l'efficacité. L'ensemble de la réglementation doit être assujéti à cet objectif.

En matière de santé et de politiques publiques, l'affirmation du néolibéralisme a signifié et signifie toujours les privatisations en masse des services de santé, l'extension de la

propriété intellectuelle aux médicaments jusqu'y compris aux pays du Sud (et aux plus pauvres parmi eux). Il signifie également l'entrée dans la gestion des établissements publics de santé des principes issus de la gestion privée : ceux du nouveau management public. Les dégâts, les pertes de savoir-faire provoqués par ces pratiques sont tels qu'on découvre, dans un pays comme la France par exemple, que le système public de santé doit sur des aspects multiples s'en remettre à des cabinets de conseil privés pour fixer des éléments clés de la politique à suivre en matière de lutte contre la pandémie.

On comprend dès lors la rage du monde des soignants, comme celle des simples citoyens, captifs et otages d'une bureaucratie et de principes dont les effets délétères sont chaque jour plus prégnants. L'ampleur des changements à promouvoir n'en apparaît que plus grande encore.

Nouveau management public

Depuis les années 1970, on assiste à une néolibéralisation dans la gestion des États fondée sur la croyance économique, et donc politique, d'une nécessaire concurrence dérégulée entre tous les acteurs. Les services publics n'ont pas tardé à suivre cette loi d'airain avec l'apparition de nouvelles méthodes managériales issues du monde de l'industrie : le nouveau management public (NMP). Des réformes successives ont abouti à gérer, grâce au NMP, l'hôpital public comme une entreprise privée par des logiques gestionnaires de « rationalisation des coûts » et de mise en concurrence des structures entre elles, voire des services médicaux entre eux, et visant « l'efficacité économique ». Pour permettre sa diffusion et son action, le NMP s'appuie sur une *novlangue managériale*. Source d'injonctions violentes et contradictoires, le NMP place le soignant dans une tension permanente entre nécessité de suivre ces nouvelles normes managériales et volonté de répondre à des valeurs professionnelles. Dispositif au sens de Foucault, le NMP assure la

gouvernementalité, entendue comme la conduite des comportements, par l'administration de tout le personnel de l'hôpital public et particulièrement des soignants. La refonte de la gouvernance afin de gérer la santé comme un bien commun et l'hôpital public comme un véritable service public au service de toutes et tous passe nécessairement par la remise en question et l'abandon du NMP.

Novlangue managériale

Ce terme fait référence au *newspeak* de George Orwell dans son fameux roman 1984. Il s'agit d'un sabir lié aux méthodes managériales issues de l'industrie privée et qui a essaimé dans le service public et notamment à l'hôpital dans le cadre du nouveau management public (NMP). Il s'agit d'un discours performatif qui a tendance à complexifier artificiellement les mots, à utiliser des mots à la mode, à se composer d'anglicismes, de sigles abscons et à manier des substantifs percutants renforcés par des adjectifs et des adverbes contraignants, le tout à l'origine d'un niveau de généralité et d'abstraction élevé et visant à établir une communauté de langage. Il serait fastidieux d'en offrir ici un florilège où apparaîtraient des termes aussi disparates et flous que « démarche qualité, efficacité, reporting, fluidification, retext, etc. » Ce langage exerce une violence symbolique plaçant le sujet en situation d'impuissance et de soumission et permet d'assurer une diffusion insidieuse et sans conflit du NMP à l'hôpital.

Patient

La notion de patient a longtemps été réduite à celle de malade ou à son étymologie latine, laquelle renvoie sinon à la résignation, du moins à la souffrance. Un changement notable s'est toutefois opéré au milieu des années 1980 grâce aux luttes contre le VIH. Une nouvelle acception a émergé, depuis, autour de la catégorie de « droit du patient ».

Mais à l'heure où le néolibéralisme triomphant promeut le « choix des individus », la notion de « droit » ou « intérêt du patient » s'est trouvée progressivement dévoyée. Ainsi, c'est au nom de la « défense des intérêts du patient » que des politiques publiques d'austérité ont été appliquées au secteur de la santé : lois (telles la loi de financement de la Sécurité sociale ou la loi HPST), plans (Ma santé 2022), agences ministérielles (Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers, COPERMO), etc. Appréhendant l'hôpital public comme une « entreprise », ces politiques recherchent moins « l'intérêt du patient » que la « maîtrise des dépenses » de la santé et le retour à « l'équilibre budgétaire ». Aussi, devient-il insoutenable de prétendre encore que la fermeture de lits et services ou la réduction du personnel hospitalier soient dans l'intérêt du patient.

Ce n'est pas tout. Avec l'avènement puis la généralisation de la T2A, l'hôpital public est sommé de rechercher le patient « idéal » : celui qui est rentable pour « l'entreprise » hospitalière. Le profil du « bon patient » serait plutôt une personne jeune, autonome, sans difficultés sociales, et souffrant d'une monopathologie. À l'inverse, le « mauvais patient » serait quant à lui « lourd », âgé, précaire ou ayant plusieurs comorbidités. Tandis que le premier pourra être hospitalisé sinon en ambulatoire, du moins pour une courte durée, permettant au « flux » de continuer à la même vitesse, le second, lui, fera exploser la fameuse DMS (durée moyenne de séjour) et ralentira le circuit.

Dans le cadre de cette politique, le patient « malade », incapable de décider pour lui-même et soumis à un pouvoir médical quasi absolu, est en passe de devenir l'individu seul responsable de ses « choix » et de son bon ou mauvais état de santé. Cette nouvelle approche du patient n'occulte pas seulement les facteurs génétiques. Elle escamote aussi, sinon surtout, la responsabilité de l'État autant que celle des puissants lobbys de l'agroalimentaire, du tabac et autres indus-

tries polluantes dans le développement des maladies. La logique actuelle s'apprête à prendre un tournant punitif comme l'illustre un des projets phares de la loi de financement de la Sécurité sociale 2021 : le « forfait patient urgences ». Soumis à ce dispositif, le patient devra, pour tout passage aux urgences non suivi d'hospitalisation, s'acquitter désormais d'un forfait. Le législateur, considérant comme abusive toute consultation ne débouchant pas sur une hospitalisation, perçoit ainsi le patient comme ayant participé à l'engorgement du service d'accueil des urgences.

Perte de chance

La vie est une chance. Une vie qui compte pour elle/lui. Qui compte pour les proches. Et la maladie survient, parfois brutalement, sans signe avant-coureur. Se précipiter au plus près des professionnels de santé. Apparaître dans le dénuement de ce corps devenu vulnérable, passif face à l'autre soignant qui pourrait le sauver. Mais ce soignant n'est pas là, ou son lieu de travail est trop lointain pour y avoir accès – le renoncement aux soins comme un abandon – ou déjà occupé par d'autres vies qui partent. Ces soignants appelés ne peuvent choisir. Les corps s'accumulent, masse sans nom, en ces couloirs des urgences saturés de bruit, de lumière et de cris. Il n'y a plus de place pour le plus grave, anonyme parmi les anonymes. Et la mort survient. Pas de chance. La décision de ne pas faire, ou l'impossibilité de faire, est cause de cette mort inattendue. Elle se serait peut-être survenue, quoiqu'il ait été entrepris. Comment le savoir avec certitude? Perte de vie. Perte de chance. Les comptes sont faits a posteriori : les pertes de chance sont des probabilités d'échec parmi tous ceux qui ont pu être soignés. Une statistique alors que la perte d'un seul est une catastrophe pour ceux qui restent, effrayés par la mort du moins chanceux de tous. La vie est une chance, sa perte est-elle une fatalité?

Plan blanc

L'article L3131-7 du Code de la santé publique, dans sa version de 2018 affirme : « *Chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.* » Si cette formulation a été modifiée depuis dans la loi, le terme « plan blanc » est resté dans les documents d'application pour désigner une procédure d'action, préparée avant d'être activée. Quand la crise survient, événement soudain et subi – attaque terroriste, pandémie, accident d'ampleur – l'opération guerrière est déclenchée : chaînes de commandement, cellules de crise. Sur le terrain, les soignants doivent se tenir prêt à affronter la vague, au plus vite. Soignants à disposition. Fin des repos, revenir au travail. Préparer les lieux. Rassembler le matériel. Organiser l'inorganisable. Seules les victimes du désastre comptent. Les autres, patients au double sens de l'attente et de la maladie, ne pourront se joindre aux victimes. Ils pourront le devenir, si leur maladie s'aggrave, mais le plan désactivé à la fin de la crise ne les concernera pas. L'hôpital en crise durable ne devrait-il pas s'inventer un plan blanc permanent, avec eux, patients des crises actuelles et futures ?

Prendre soin

Qu'est-ce que soigner ? Le soin, on n'a jamais pu bien le définir. Prendre soin, c'est au départ « avoir le souci de », c'est une proximité et une préoccupation. Il est ainsi à souligner que soigner ce n'est pas forcément réparer. La réparation irait confondre le sujet humain et la machine. Que ce soit en terme physique ou psychique le soin hospitalier ne peut être opératoire, il est un ensemble de facteurs organisationnels inséparables des dispositifs liés au collectif soignant. Ce collectif contient et soutient une présence nécessaire,

une présence soignante hospitalière dans laquelle l'accueil prédomine. Soigner, ce n'est pas l'application d'un logiciel ou de diverses recommandations protocolaires. Ce qui soigne c'est la rencontre, la présence, le temps, l'accompagnement, la préoccupation, c'est une présence de corps, au pied du lit, au lit des maux. Prendre soin c'est du sérieux, c'est prendre le temps que nécessite ce soin, ça ne peut pas se mesurer, ça ne peut pas s'objectiver, ça ne peut pas se compter, ça ne peut pas s'évaluer, c'est ce qui fait sa valeur et sa rareté. Le soin c'est toujours un peu subjectif parce que c'est un sujet humain là pour un autre sujet humain.

Psychothérapie institutionnelle

La psychothérapie institutionnelle (PI) est le fruit de la rencontre entre psychiatres résistants au sein de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban. On retiendra en particulier les noms de François Tosquelles et de Lucien Bonnafé, réunis entre autres par le mouvement surréaliste. François Tosquelles, révolutionnaire catalan déjà formé à la psychanalyse, apporte à Saint-Alban les écrits d'Hermann Simon sur « les techniques actives à l'hôpital psychiatrique », ainsi que la thèse de Jacques Lacan. La lutte pour la survie et la dignité des patients, dans ce qui va s'appeler jusqu'en 1952 « *social-thérapie* », en constitue un ressort essentiel : alors que 40 000 malades mentaux sont morts de faim et d'abandon pendant la guerre, aucun ne connaîtra ce sort à Saint-Alban. Tosquelles, et nombre de membres du personnel de l'hôpital participeront activement à la résistance antinazie sous la direction de Bonnafé. Tosquelles va, avec l'arrivée de Jean Oury, de Roger Gentis et de bien d'autres, construire avec les patients, le personnel et les nonnes, une méthode originale articulant les apports de Marx et de Freud. Il va s'agir de « *soigner l'hôpital pour qu'il devienne soignant* » ce qui reste toujours d'actualité. Le terme de *social-thérapie* nous permet de saisir la première strate d'hospitalité, qu'il s'agit

de produire sans cesse tout en essayant de l'articuler avec l'écoute du désir inconscient. Une conceptualisation va ainsi se construire sur le mode d'une « praxis instituante », en rapport avec le contexte et l'époque. Des outils théorico-pratiques sont très tôt produits tel le *club thérapeutique*. La construction incessante de réunions, de groupes plus ou moins précaires pour créer une réalité partagée avec les patients va constituer une méthode de travail fondée sur une éthique de l'hospitalité. Toute « la boîte à outils métapsychologique » ne peut qu'être façonnée de manière artisanale par chaque thérapeute, chaque collectif, pour créer des formes nécessaires et malléables. Il n'existe donc pas de technique reproductible qui figerait le mouvement, d'où l'insistance de Jean Oury à penser la PI tout en répétant « qu'elle n'existait pas », de peur de l'ériger en système ou en fétiche. Actuellement, après bien des controverses, la plupart des soignants militants de la psychiatrie se réclament de la PI et tentent, dans plusieurs lieux publics ou privés, d'inventer avec les patients des institutions régulant les échanges. Des événements créés avec les patients permettent un passage au public comme par exemple les Semaines de la Folie ordinaire lancées à Reims il y a dix ans, qui ont depuis essaimé à Paris et dans nombre d'autres villes. La PI a également pu être étendue dans d'autres champs : on peut évoquer le courant de pédagogie institutionnelle, ou encore les groupes Balint dans les services de médecine somatique. Toutefois, notre époque est marquée par la destruction par l'État de la PI et du secteur, avec malheureusement une très faible résistance des psychiatres et des autres soignants. Dès lors une posture résistante et active s'impose à nouveau pour ceux, redevenus très minoritaires, qui entendent poursuivre cette praxis et la transmettre, c'est-à-dire la réinventer sans cesse, sans s'accrocher à des formes révolues.

Psychiatrie de secteur (ou secteur)

La psychiatrie de secteur s'est bâtie après la Seconde Guerre mondiale : elle consiste en une organisation de la psychiatrie publique prônant la prise en charge des patients au plus près de leur domicile. Dès la création du secteur, ses promoteurs ont l'idée d'une médecine sociale, publique et gratuite.

Il faut en voir l'origine dès le Front populaire, mais aussi dans l'expérience de Saint-Alban, qui va voir émerger la psychothérapie institutionnelle. À la Libération, Lucien Bonnafé lancera le mot d'ordre : « *il faut abattre l'Asile pour construire son exact contraire* » dans la perspective de promouvoir le *désaliénisme*. Annoncée par les circulaires de 1960 mais légalisé seulement en 1986, la politique de secteur fut un temps la politique officielle de la France. Une même équipe devenait alors responsable de la prévention, de la prise en charge hospitalière et de la post-cure. La sortie de l'hôpital devait se faire dans une continuité thérapeutique, pour que les patients les plus déstructurés puissent se réinscrire au mieux dans leur famille ou dans la vie sociale. Cette organisation sectorielle, totalement gratuite, concernait un territoire d'une population moyenne de 70 000 habitants. Ainsi, chacun a droit à une équipe psychiatrique, quel que soit son état et ses moyens financiers et surtout, cette équipe ne peut théoriquement se dérober à la prise en charge des plus fragiles ou des plus difficiles. On invoque souvent la résistance bien réelle des administrations locales, mais il est nécessaire de souligner la rareté des lieux où cette politique a pu s'accomplir grâce à la détermination de quelques psychiatres engagés et d'équipes mobilisées. Le plus souvent le secteur n'aura été qu'une sorte de bannière recouvrant des luttes de territoires et de frontières, critiquées très tôt par les promoteurs de cette « micro-révolution ».

La population des asiles a néanmoins diminué au fur et à mesure que s'ouvraient des dispensaires d'hygiène mentale rebaptisés centres médico-psychologiques, des hôpitaux de jour, des foyers, des appartements thérapeutiques ou associatifs, avec la même équipe psychiatrique pour éviter les ruptures de prise en charge. Avec le tournant de la légalisation en 1986 et la montée des politiques d'évaluation, les équipes ont été confrontées à des injonctions administratives pour fermer 40 000 lits, les infirmiers psychiatriques ont vu leur formation s'arrêter en 1992, et la formation des psychiatres s'est réduite aux neurosciences et à des logiques instrumentales. L'augmentation énorme des demandes faites à la psychiatrie a saturé les dispositifs de secteur qui se sont dès lors vus discrédités par les rapports officiels successifs qui prônaient au contraire une fragmentation généralisée des dispositifs et des prises en charge. Les hôpitaux ont désormais pour injonction d'accélérer le *turn-over* des patients, dont beaucoup se retrouvent alors à la rue ou en prison.

L'idée a pourtant souvent émergé à plusieurs reprises de s'inspirer du secteur pour l'étendre au champ médical en général et imaginer des centres de santé publics avec des médecins et des équipes paramédicales salariés.

Reconquête

Nous avons perdu les mots, nous avons trop longtemps été dépossédés d'eux, de leur pouvoir de faire liens, de faire société humaine; nous avons laissé filer nos métiers et notre dignité de penser ensemble, nous avons laissé le sens de nos vies aux portes de la cité. Robots en lutte, automates souffrants, éloignés du soin de l'autre et de nous-mêmes, des sans-contacts. Aujourd'hui nous partons à la reconquête de notre désir, de notre pouvoir d'imagination créatrice, reconquérir la chair de nos mots, la chair de nos corps, dépollués, libérés, souverains au prendre soin. Nous voulons faire *poliésie* – politique et poésie entrelacées – un *salto intrecciato*,

beauté du verbe et frisson des luttes, ouvrir en grand nos yeux, nus. Reconquérir de la sorte l'hôpital public et le soin, ouvrir, débattre ainsi. C'est ce que nous voulons : inventer une *res publica* du soin.

Res publica(e)

Res publica ! Elle est une partie de nous, tout au fond, enfouie, dans nos racines, elle convoque notre imaginaire. *Res publica* nous vient de l'Antiquité, de la Rome antique. Souvent traduite par « chose publique », elle a depuis l'époque romaine fait l'objet de conflits de sens tout au long de l'histoire et du moment où elle est convoquée. La *res publica* des origines n'est pas un régime politique, elle n'est pas la république par opposition à la monarchie, elle n'est pas non plus un État, ni une communauté politique. Elle est « la chose du peuple », c'est-à-dire ce qui est commun aux citoyens, l'affaire de tous, toujours en débat ouvert pour la construction de la cité. Il s'agit donc de la matrice de la politique, fondée sur l'altéromie et l'ouverture et dont le conflit est originaire. « *Res, la chose, constitue l'ensemble des "affaires" dont parlent les citoyens et qu'ils ont en commun, le contenu de cette chose peut varier, celle-ci est toujours en quelque sorte inachevée, ouverte, définissable seulement en situation; ces choses ne sont incluses qu'en tant qu'elles sont l'objet de partages, mais aussi de litiges ou de controverses entre les membres du peuple* » (Moatti, 2018). *Res publica(e)* renvoient donc aux différentes affaires du peuple dont celui-ci débat, des choses immatérielles comme matérielles, – nous dirions aujourd'hui ses « biens ou services publics » – ces choses de la cité appartenant à chaque citoyen, comme à tous, mais inaliénablement et ne pouvant ainsi être abandonnées au marché (Thomas, 2002).

Notre époque est marquée par une transformation de la *res publica* en puissance publique, elle-même de plus en plus dissociée du peuple, jusqu'à ce que lui soit confisquée la *res publica*. La question des services publics en général et ceux

de la santé en particulier pose cette confiscation avec acuité. Capturés par le droit administratif et l'État, enfermés dans une novlangue technocratique et managériale, les services publics ne sont pas du tout l'affaire du peuple, ils sont l'affaire exclusive de la puissance publique – entourée d'experts et de cabinets de conseil – dont le chemin pris ne nous convient plus. C'est pourquoi nous voulons reconquérir collectivement l'hôpital public et le soin, en refaire l'affaire de tous. Nous voulons inventer une *res publica* du soin. Ouvrir l'hôpital public en grand sur la cité, repenser son rôle et sa fonction sociale, refaire lien et sens avec ce qui fonde la vie en société dans le souci du soin. Nous voulons débattre de comment tisser, mailler, avec tous les acteurs du soin, de la santé et du social, pour que plus jamais nous n'ayons à revivre cette époque de confinement moyenâgeux comme unique rempart à un hôpital exsangue laissé seul au bout d'une chaîne de services de santé délétères, luttant dans l'enfer des morts par milliers.

Santé

« Comment allez-vous » ? Selon la légende, c'est ainsi qu'on s'enquerrait au Moyen-Âge de l'état des intestins (et donc de la santé) de son interlocuteur. En 1948 l'OMS adopta une définition plus complète : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition a l'avantage d'être positive (« bien-être ») et multidimensionnelle, faisant une place au psychisme et à l'intégration sociale. Mais elle est passive et statique, alors que la vie n'existe qu'active et dynamique. Elle peut véhiculer la représentation du « patient » – mot lugubrement significatif – soumis à des soins supposés lui apporter le « bien-être ». Mais l'idée d'un « état de complet bien-être » n'a pas de sens, sauf peut-être dans l'idéal bouddhiste du nirvâna, l'extinction du désir. Le philosophe Georges Canguilhem a proposé une définition sans doute plus pertinente qui met l'accent

sur la dimension active et créative de la santé : « *Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi et qui ne seraient pas ce qu'ils sont sans elles* » (Canguilhem, 2002). Il n'y a donc pas des « patients » et des « soignants » mais des humains en lutte pour récupérer la maîtrise du cours de leur vie et d'autres humains qui leur apportent leur concours.

Ségur de la santé

Cette « concertation » est la réponse gouvernementale tant attendue aux revendications des soignants portées par plusieurs syndicats ainsi que par des collectifs tels que les Collectifs Inter-Urgences et Inter-Hôpitaux, ou encore le Printemps de la psychiatrie. Mobilisées depuis mars 2019, ces organisations dénoncent un système hospitalier à bout de souffle (manque de lits d'hospitalisation, manque de professionnels formés en quantité suffisante, manque d'attractivité des professionnels, défaut de gouvernance...). Un constat que la pandémie de Covid-19 est venue confirmer. Si le système hospitalier a tenu pendant cet épisode tragique, ce n'est que par le professionnalisme et l'abnégation de ses personnels. La perspective d'un changement de paradigme paraît enthousiasmante alors que le président de la République Emmanuel Macron déclarait à propos de la santé le 12 mars 2020 : « *Il est des biens et services qui doivent être placés en dehors des lois du marché* ».

Le Ségur de la santé repose sur quatre « piliers » : carrières et rémunérations, investissement et financement de la santé, simplification, territorialisation. Les constats sur la situation semblent partagés. Si le premier pilier repose sur un accord « concerté » avec des organisations syndicales représentatives, les autres se font avec les acteurs habituels et visent à accélérer le projet Ma santé 2022 (« *le cap est bon... il faut accélérer* », Édouard Philippe) et omettent de

considérer les propositions des soignants ou des usagers, tant sur la gouvernance des établissements que sur la tarification à l'activité ou la fuite des personnels. L'illusion est donnée par la revalorisation salariale de 183 euros nets par mois accordée à tous les professionnels hospitaliers non-médecins sous forme d'un complément de traitement indiciaire qui finit d'éteindre les foyers résiduels de contestation ayant survécu au covid. On y trouve aussi la promesse d'augmenter le nombre de places dans les Instituts de formation paramédicaux alors que les carrières se font de plus en plus courtes, le développement d'hôtels hospitaliers ou l'ouverture de lits «à la demande» comme autant de réponses illusoire déniaient la réalité vécue des situations de travail et de soin.

Ces accords ne laissent pas transparaître une réelle volonté politique de réinvestir dans un système hospitalier public qui prendrait aussi bien soin de ses patients que de ses agents.

Service public

Il suffit d'en énumérer la liste pour le saisir : la notion de service public est à la fois polymorphe et complexe. Qu'y a-t-il en effet de commun entre les services de police, de justice, de distribution de l'eau, du gaz, de l'électricité... ou encore de l'éducation ou de santé.

En s'en tenant à la tradition française, un « régime juridique » du service public peut pourtant être mis en évidence (Esplugas-Labatut, 2018). Il tient en trois principes. Les énoncer permet tout à la fois de comprendre comment et par où ils ont pu, au cours du temps, être « subvertis » et par là même en quoi ils se distinguent des principes qui sont au fondement des communs.

– Le principe de « continuité » entend rappeler que l'offre du service public ne peut être interrompue ou suspendue. Comment ce principe de continuité est satisfait, précisé-

ment dans le cas des urgences à l'hôpital est une toute autre histoire... Une histoire pourtant qui importe au plus haut point. Puisqu'il s'agit de nous-mêmes, de nos souffrances et de celles des soignants empêchés de faire leur métier.

– «L'égalité» est conçue dans le régime du service public comme simple projection du principe d'égalité devant la loi, tiré de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen. Cette «égalité» en matière de santé reste pourtant souvent purement formelle, si l'on considère, pour ne s'en tenir qu'à cet aspect des choses, les disparités de l'offre de soins suivant les territoires (Grimaldi *et al.*, 2020), ou encore les inégalités sociales et environnementales ainsi que certaines conditions de travail qui sont causes d'inégalités de santé que le service public actuel n'est pas en mesure de prendre en compte.

– Le principe d'adaptation ou principe de «mutabilité» exprime l'idée selon laquelle le service public doit pouvoir se conformer aux évolutions des besoins de l'intérêt général. Justifié par la nécessité d'adapter le service à travers le temps ce principe peut aussi – et ce fut souvent le cas – être tourné *contre les bénéficiaires*. La suppression de lits, la fermeture de maternités... tout cela est en effet justifié par des besoins de «rationalisation» de l'offre de soins.

Qu'il s'agisse de continuité, d'égalité, ou d'adaptabilité, la position particulière dont dispose l'administration lui donne un pouvoir de définition de l'intérêt général, qui l'autorise de manière quasi discrétionnaire à procéder à des modifications dans l'offre du service rendu pouvant se traduire par une dégradation. De là ce besoin si fort ressenti aujourd'hui de repenser et refonder le service public. En faire un bien commun pour lui redonner force et effectivité.

Soin

Le soin, en médecine, est une notion polysémique, qui recouvre aussi bien l'attention à l'autre que le geste technique qui va chercher à soulager ou guérir d'une affection organique. Elle peut exister entre deux personnes mais également à l'échelle d'une population, permettant de faire société.

La relation de soin est fondatrice d'un rapport à l'autre et d'un rapport à soi (Worms, 2021). Elle n'est pas instinctive; elle contient une dimension morale mais aussi politique.

Pouvoir prendre soin implique d'appréhender l'altérité et de se décentrer de soi-même, de mettre à distance ses propres ressentis et besoins, sans s'en déconnecter toutefois car l'écoute de ses propres émotions permet aussi de comprendre celles de l'autre. En ce sens le soin est un humanisme.

Le soin débute par le soin de la figure maternelle à son enfant. Il est plus difficile à soutenir par un sujet qui n'a pu le rencontrer ou le vivre. Cette première relation de soin contient ce qui sera à la base du soin en médecine : le *holding* (portage) et le *handling* (manipulation), notions apportées par le pédiatre psychanalyste Donald Winnicott (1987). On les retrouve dans l'attention psychique du soignant au malade et dans les gestes effectués par les infirmiers, les aides-soignants, les kinésithérapeutes ou les médecins.

La définition de principe de la relation de soin implique une dissymétrie où l'un est vulnérable, souffrant ou a peur, et l'autre pas. L'un a des savoirs subjectifs sur sa propre maladie, l'autre a des savoirs objectifs apportés par les sciences. Mais en pratique cela implique aussi de la réciprocité. Chacun, soignant ou patient, attend et trouve quelque chose dans cette relation. Chacun peut exercer une fonction soignante sur l'autre.

Cette dissymétrie de la relation peut faire le lit d'une relation de pouvoir (infantilisation, abus, maltraitance) mais

aussi d'un dévouement (servitude, sacrifice), exacerbation de l'ambivalence inhérente à l'humain. Ces aspects doivent être sans cesse guettés, questionnés, traités.

Le soin ne peut se résumer à se préoccuper d'un seul être ni même plusieurs. Le soin a aussi une dimension collective. Ce relais est pris par les institutions. En ce sens il est hautement politique.

Le soin est mis à mal par les politiques de santé actuelles. La tarification à l'activité qui pousse à la productivité, l'inflation des tâches administratives imposées aux soignants, les protocollisations entravant la spontanéité et la créativité des soignants, ne laissent plus de temps pour la relation, indissociable de la technique pour constituer un soin.

De cette évolution, les soignants peuvent garder une insatisfaction, un sentiment d'inabouti, de culpabilité. Ils ressentent une perte de sens de leur métier. Les patients peuvent se sentir maltraités, chosifiés. Si la dimension relationnelle n'existe plus, le soin est déshumanisé, pour tous.

Soins ambulatoires

Lu sur un site de centre hospitalier universitaire (CHU) :
« Une révolution des modes de prise en charge s'opère aujourd'hui dans les établissements de santé français avec le développement des hôpitaux de jour. Être pris en charge en ambulatoire, c'est-à-dire entrer le matin à l'hôpital pour en ressortir le soir, représente une véritable alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Pour le patient, c'est la garantie d'un traitement aussi efficace qu'auparavant mais réalisé dans un temps plus court, moins de 12 heures, grâce aux progrès médicaux réalisés ces dernières années. Au CHU, ce nouveau mode de prise en charge se développe dans toutes les disciplines (pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, médecine, chirurgie, cancérologie ou encore gynécologie) au sein de locaux confortables et adaptés pour un meilleur accueil des patients. Virage complet pour l'établissement, les séjours ambulatoires de médecine et chirurgie représentent aujourd'hui plus de 54 % de son activité et

devraient atteindre 64% dans le futur hôpital à horizon 2025.». Révolution. Progrès. Virage. Belle publicité! Ne plus passer de longues nuits à l'hôpital, trop bruyant, trop lumineux, trop agité. L'hospitalité offerte réduite à quelques heures de soins. Et pouvoir rejoindre au plus vite son «chez soi». Quitte à s'y sentir mal protégé, seul parfois, angoissé par l'absence de la main qui pourrait apaiser, dans l'attente d'un coup de téléphone du centre ambulatoire s'assurant que tout va bien. Le futur s'écrit hors des murs de l'hôpital, qui n'accueillerait plus que le temps de l'acte technique, diagnostic ou thérapeutique «compatible» avec un court séjour. Encore faudra-t-il supposer que l'injonction à la rentabilité – ici pour le bien des patients, au dire des décideurs – n'est pas le seul opérateur de sens de cette «compatibilité» nécessaire. En espérant, enfin, que le patient – passager clandestin de ce court voyage au centre ambulatoire – pourra trouver une place à l'hôpital, s'il juge que son état ne lui permet pas de rentrer chez lui. Ou s'il doit revenir en cas de complication, sans passer par les urgences au risque d'y rester de nombreuses heures. L'accueil *flash* ne doit pas être un abandon. Et le progrès une illusion.

Syndémie

Le concept de syndémie a été élaboré dans les années 1990, en rapport avec l'épidémie de sida, signifiant que les épidémies redoublent et amplifient des inégalités préexistantes, qu'elles soient sanitaires, sociales ou économiques. Cette réaction en chaîne rend les classes sociales concernées encore plus fragiles, renforçant ainsi le risque de développer de nouvelles pathologies qui viendront à leur tour accentuer les difficultés socio-économiques et la vulnérabilité aux prochains pathogènes et ainsi de suite. Un cercle vicieux de la triple peine en somme. En conséquence, la réponse à une syndémie ne peut être que globale : en prenant des mesures biomédicales et socio-économiques de grande envergure

pour lutter contre les inégalités à l'intérieur des pays mais également entre pays. Ce concept a été rappelé et popularisé à l'occasion du covid dans un éditorial du rédacteur en chef du *Lancet* (Horton, 2020).

T2A

Le financement de l'offre sanitaire et plus particulièrement de l'hôpital public est complexe. Il a fait l'objet de différentes réformes qui s'inscrivent dans l'évolution des avancées scientifiques, techniques, politiques, sociales et, depuis une quarantaine d'années, dans un processus de néolibéralisation systémique et plus précisément accentué dans le domaine de la santé. Jusqu'en 2004, le modèle de calcul associait prix de journée et budget global, avec de nombreuses limites et notamment celle de figer des inégalités budgétaires entre hôpitaux. Par la suite, un financement par tarification à l'activité (T2A) a été progressivement mis en place, d'abord timidement en 2004, puis finalement entériné et accéléré par la loi HPST en 2009. La T2A consiste en une «*rémunération des hôpitaux sur la base de leur production en groupe homogène de malades, production renseignée dans le système d'information*» (Juven, 2016). Les «*recettes*» de l'hôpital dépendent désormais des actes codés, souvent par les médecins eux-mêmes, dans une course à l'accumulation d'actes dits rentables et en évitant ceux qui le sont moins. Cette logique gestionnaire conduit d'une part à mettre en concurrence déloyale et faussée les structures privées privilégiant les profils de patients qui rapportent avec les hôpitaux publics qui ont pour mission d'offrir des soins à tous, sans distinction ni recherche de rentabilité. D'autre part, elle entraîne la «*promotion et la routinisation d'un langage médico-économique*» (Juven, 2016) chez les soignants que le nouveau management public s'efforcera de diffuser au sein des services de soins. De plus, si la T2A peut être en phase avec des cas bien particuliers notamment d'examen routiniers ou de maladies aiguës «*simples*», elle

apparaît comme complètement inadaptée aux pathologies chroniques ou aux patients plus complexes (comorbidités nombreuses, personnes âgées...). *In fine*, l'offre et la pratique de soins sont gouvernées par la logique gestionnaire de la T2A qui prône « l'efficacité médico-économique » et met au cœur de la pratique les coûts et les tarifs hospitaliers. Repenser l'hôpital public comme un service public de santé nécessite d'abandonner en partie la T2A pour d'autres logiques de financement.

Travail

S'il est bien un terme dont le sens se perd, c'est celui-ci ! Le mot est dans bien des bouches mais dans les faits, le travail est le grand absent de la réflexion sociopolitique sur l'hôpital – comme sur les autres milieux de travail. Il est souvent question de conditions de travail, d'organisation du travail, des emplois, des rémunérations, du service rendu... toutes choses certes essentielles, mais du travail lui-même, c'est-à-dire de son contenu : rien, ou si peu. Pourtant, ce que l'on *fait* au travail à l'hôpital, la façon dont on le fait, ce qu'il nous fait, quel que soit du reste notre métier, notre statut, contribue de façon essentielle à la santé, des patients comme des professionnels, et à l'évolution de l'hôpital public.

Travailler, ce n'est jamais exécuter ce qui est demandé, ni simplement mettre en œuvre une capacité. C'est toujours se mobiliser, individuellement et collectivement, pour accomplir une tâche donnée, expression d'une demande sociale, dans des conditions qu'on ne peut jamais anticiper entièrement. Dans la prise en charge de cet écart, irréductible, entre « ce que ça demande » et « ce que l'on demande », les femmes et les hommes mobilisent leur corps, leur intelligence, leur sensibilité, leur subjectivité, leur histoire, leurs valeurs... pour arbitrer les choix qui nécessairement se présentent. C'est ce qui permet de développer ses capacités, sa santé, sa subjectivité. Mais cela a un coût, qui peut être considérable lorsque l'organisation du travail est défaillante

ou qu'elle prétend imposer aux professionnels des normes qui empêchent justement de faire le travail (des temps standards insuffisants pour assurer les soins, par exemple).

Insistons : chacun de nous, dans son activité de travail, cherche à atteindre des objectifs qui ne sont pas seulement ceux fixés par l'organisation, mais aussi ceux qu'on perçoit comme essentiels compte tenu des exigences des situations concrètes. Ce sont ces buts-ci qui définissent la qualité du travail dans lequel il sera possible de se reconnaître. C'est en cela que le travail humain engage, de façon vitale pour chacun-e, la manifestation de son humanité. Lorsque celle-ci n'est plus possible, le travail n'est plus soutenable (signe aussi que les professionnelles ne sont plus soutenues). Se profile à l'horizon la mauvaise santé – des professionnels, des malades, de l'hôpital...

Il est aujourd'hui essentiel de partager sur ce qui fait le quotidien du travail, de quoi il est fait, pourquoi il expose souvent à la souffrance et pourquoi aussi, souvent, on s'y passionne, en quoi consiste chercher à le faire bien... pour reconstruire l'hôpital public. Ce partage est indispensable pour enrayer la casse des collectifs de travail et la perte de sens à laquelle on assiste dans tous les hôpitaux et au-delà.

Usager

Il est difficile de donner une définition à un tel mot, voire d'en faire un concept qui peut paraître restrictif pour une idée qui devrait être généreuse et vaste, tout particulièrement dans le domaine de la santé et du prendre soin. Il s'agit plutôt de définir la place et les droits de toutes les personnes qui sont ou seront en contact à un moment donné avec le service public de la santé et où se joue la confiance à mettre sa vie entre les mains de celles et ceux, soignants, qui œuvrent pour reconquérir notre santé ou la préserver. Jouer un rôle et ne pas faire figuration, c'est cela que réclamaient les malades et acteurs de la lutte contre le sida dès le début des années 1990, dans une France qui avait

un retard considérable par rapport à bon nombre d'autres pays. Illustration s'il en est en : 1950 le conseil de l'Ordre des médecins parlait de l'usager comme d'un incapable, c'est le médecin qui doit décider. Il est facile de comprendre dans ce cas quelle place nous entendions occuper en tant qu'usager : nous voulions conquérir notre droit, obtenir une place centrale, avec autour de soi des praticiens qui expliquent clairement et de façon transparente sa maladie, son diagnostic, son traitement. Nous voulions aussi acquérir un savoir sur notre maladie. Il n'est nul besoin d'être expert pour être usager. En tant qu'usager, on acquiert au fil des événements une expertise profane qui permet de se confronter au mur du savoir médical et ainsi parfois de construire un espace de démocratie où les « usagers » ont pleinement leur légitimité. Car l'usager est surtout affaire de citoyenneté et de démocratie. Aujourd'hui la question qui se pose est celle de la représentation et du pouvoir de décision des usagers, du public en somme. Actuellement, c'est une reconnaissance officielle qui fonde la légitimité de l'usager qui n'a d'ailleurs d'existence que dans des instances hospitalières ou de santé publique. Une affiliation à une structure associative et une validation des représentants de l'État sont nécessaires pour siéger dans ces instances ou les « usagers » sont représentés. Ce modèle est-il encore valide ? Qui sont ces représentants et qui représentent-ils ? En quoi ce modèle est-il démocratique dès lors que ces représentants d'usagers sont d'abord agréés puis désignés par les autorités publiques et n'ont quasiment aucun pouvoir décisionnel ? Il est grand temps de débattre du sujet. Nous voulons remettre à plat cette conception de l'usager en santé, lui redonner une citoyenneté, et avec elle, redonner du souffle à la démocratie sanitaire ■

Bibliographie

- Belorgey, Nicolas. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte, 2010.
- Calvo, Stuart (Recueil de nouvelles réalisé par). *Sauve qui peut, Demain la santé*, La Volte, 2020.
- Canguilhem, Georges. *Écrits sur la médecine*, Seuil, 2002.
- Chemla, Patrick (dir.). *Politique de l'hospitalité*, Érès, 2014.
- Coriat, Benjamin. *La pandémie, l'Anthropocène et le bien commun*, LLL, 2020.
- Cornu, Marie, Fabienne Orsi & Judith Rochfeld (dir.). *Dictionnaire des biens communs*, PUF, 2021.
- Cour des comptes, *Le recours aux marchés publics de consultants par les établissements publics de santé*, 2018.
- Delion, Pierre avec Madeline Alapetite, Matthieu Bellahsen & Sandrine Deloche. *Éloge de la psychiatrie de secteur*, Éditions d'une, 2019.
- Esplugat-Labatut, Pierre. *Le service public*, Dalloz, 4^e ed., 2018.
- Grimaldi, André, Olivier Milleron, François Bourdillon & le Collectif Inter-Hôpitaux. *Santé : le programme des « jours heureux »*, Odile Jacob, 2020.
- Horton, Richard. « OffLine: COVID-19 is not a pandemic », *The Lancet*, vol 396, p. 874, 26 sept. 2020.
- Juven, Pierre-André, Frédéric Pierru & Fanny Vincent. *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, 2019.
- Juven, Pierre-André. *Une santé qui compte? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, PUF, 2016.
- Keefe, Patrick Radden. *Addiction sur ordonnance. La crise des antidouleurs*, C&F éditions, 2018.
- Krug, François. « McKinsey, un cabinet dans les pas d'Emmanuel Macron », *Le Monde*, 5 fév. 2021.

- Mace, Marielle. « Parole et pollution », AOC, 28 janvier 2021.
- Moatti, Claudia. *Res publica. Histoire de la chose publique*, Fayard, 2018.
- Orwell, George. 1984, Folio, 2020.
- Ostrom, Elinor. *Discours de Stockholm, en réception du Nobel d'économie 2009*, avec une préface de Benjamin Coriat, C&F éditions, 2020.
- Oury, Jean. *Le collectif, Le séminaire de Sainte-Anne*, Champ Social Éditions, 2005.
- Stiegler, Barbara. *De la démocratie en Pandémie*, Tracts Gallimard, n° 23, 2021.
- Thomas, Yan. « La valeur des choses. Le droit romain hors la religion », *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, n° 6, p 1431–1462, 2002.
- Velut, Stéphane. *L'hôpital, une nouvelle industrie – Le langage comme symptôme*, Tracts Gallimard, n° 12, 2020.
- Winnicott, Donald. *Babies and their Mothers*, Free Association Books, 1987.
- Worms, Frédéric. *Le moment du soin. À quoi tenons-nous?*, PUF, 2021.

Retrouvez les compléments et mises à jour sur notre site : <https://ateliersrefondationhopitalpublic.org/>

Appel pour la tenue des Ateliers pour la refondation du service public hospitalier et ses signataires, témoignages de soignants, d'étudiants, de cadres, d'usagers, de patients : nous estimons nécessaire que des traces écrites puissent alimenter la réflexion et le débat au-delà du moment de nos ateliers.

Colophon

Cet ouvrage de la collection **interventions** a été composé avec des logiciels et typographies libres. La mise en page est réalisée en html, css et javascript avec le framework Paged.js (<https://www.pagedmedia.org/>).

Les typographies utilisées sont Chunk Five de Meredith Mandel (<http://www.theleagueofmoveabletype.com/>), Zilla Slab de Peter Bilák & Nikola Djurek (<https://www.typotheque.com/>) et Cousine de Steve Matteson.

Il n'y a qu'une lettre qui change entre le livre et le libre et nous espérons que nos lecteurs nous pardonneront les quelques limitations typographiques rencontrées pour ce volume. Suivre cette collection, c'est suivre les progrès de cette méthode libre de mise en page de livres.

Cet ouvrage a bénéficié de la relecture attentive d'André Sintzoff, que nous remercions.

Imprimé en France par Laballery à Clamecy (58)

N° d'impression : 105.637

Achévé d'imprimer en juin 2021

Dépôt légal juin 2021

ISBN 978-2-37662-026-6

<https://cfeditions.com>

Soigner

Manifeste pour une reconquête de l'hôpital public et du soin

« La santé, les services publics de santé, le prendre soin, avec l'épidémie, n'ont jamais été autant au cœur de nos vies. Aussi voulons-nous les remettre au cœur de la cité. Nous voulons en faire l'affaire de tous, une *res publica*. »

La pandémie du covid a démontré l'urgence de faire vivre et développer le service public de santé et les pratiques du soin. Une telle reconquête demande une vaste réflexion collective incluant l'ensemble de la population, partant des besoins et du travail vivant.

Cet ouvrage regroupe un manifeste collectif, un glossaire critique et des témoignages sur le travail du soin à l'hôpital et hors de ses murs. Il exprime un refus de voir périr l'hôpital public sous nos yeux, de voir se déliter le soin sous la pression de spécialistes financiers, d'experts en management et de cabinets de conseil, enfermés dans un langage qui nous échappe.

Les furtifs sont un collectif d'auteurs et d'autrices engagées dans l'organisation des *Ateliers pour la refondation du service public hospitalier*. L'Appel fondateur de ces ateliers a été initié à l'orée de l'été 2020 par : le Collectif Inter-Urgences, les Économistes atterrés, le Collectif Inter-hôpitaux, le Printemps de la psychiatrie, les Ateliers travail et démocratie, puis repris par de nombreux collectifs et signataires individuels.
<https://ateliersrefondationhopitalpublic.org>

