« **Comment mieux faire fonctionner l’hôpital public,**

**dans un contexte de contrainte budgétaire »**

Nous avons organisé sur le Centre Hospitalier (CH) de Valence ce débat, le lundi 11 mars 2019, dans le cadre du grand débat national, sur l’une des thématiques officielles proposées : « l’organisation de l’état et des services publiques », par et pour le personnel de l’hôpital.

Tout le personnel de l’hôpital était invité à participer, et à réfléchir en amont du débat sur les problématiques humaines, techniques, organisationnelles, fréquentes et/ou graves, impactant leur travail et/ou la prise en charge du patient. L’

En introduction, les participants étaient invités à intervenir librement, de façon démocratique, apolitique, et apolémique.

Le débat s’est organisé en 2 temps : tout d’abord recueil des problématiques ; puis discussion autour des raisons et des possibilités d’améliorations.

Les organisateurs étaient le Dr Julien SAISON, infectiologue, le Dr Jacques SARTRE, biologiste, le Dr Elisabeth EMIN-RICHARD, responsable de la coordination des soins ville-hôpital.

Ils étaient également rapporteurs, ainsi que le Dr Claude ZAMOUR, urgentiste.

Une fiche d’émargement était remplie : 48 personnes ont participé à ce débat.

La majorité des professions étaient représentées : infirmières, aides-soignantes, ASH, secrétaires, techniciennes de laboratoires et du DIM médecins, pharmacien (PH, Chefs de service, chef de pôles) et 2 directeurs de l’équipe de direction (direction communication et usagers et direction des soins)

Les services représentés étaient : urgences, infectiologie, gynéco-obstétrique, réanimation, biologie, endocrinologie, gériatrie, cardiologie, pédiatrie, soins palliatifs, hygiène, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, pharmacie, DIM, service social, personnel du DIM, de la PMI, de l’EHPAD dépendant de l’hôpital, des laboratoires

L’ensemble des acteurs hospitaliers étant à l’hôpital public dans le but de s’occuper du patient, ils seront désignés dans le compte rendu par le terme générique de « soignants », incluant donc secrétaires, brancardiers, diététiciens, personnel du service social, du DIM…

**PARTIE 1 : recueil des problématiques**

1. **Engorgement du système hospitalier : inadéquation nombre de soignants/nombre de patient/désorganisation**
2. Exemple emblématique du service des urgences, qui concentre l’ensemble des problématiques hospitalières, et qui sert de variable d’ajustement pour les autres services de l’hôpital et au dispositif sanitaire ambulatoire.
	* Conséquences :
		+ désorganisation-surcharge
			- retard de prise en charge des patients
			- décès dans les couloirs des urgences
			- Burn out réel des soignants quels qu’ils soient, aggravant en cercle vicieux la problématique par arrêts maladies, départ de la fonction publique…non remplacés
			- Gestions aux urgences/UHCD de patients ne relevant pas de la discipline ; patients qui restent en UHCD pour équilibrer leur pathologie chronique, faute de place dans les services d’avals : travail de médecine libérale ambulatoire ou d’hyperspécialité, auxquels ne sont pas formés les urgentistes
	* Pourquoi ?
		+ **Manque de personnel** (thématique majeure reprise unanimement par l’ensemble des professions et des services représentés): médicaux, para médicaux, secrétariat…
		+ Personnel restant « dysfonctionnels » par surcharge de travail, outils de travails inadaptés (informatique), manque de moyens (linge, draps…)
		+ Glissement de la place des services d’urgence dans le dispositif sanitaire
		+ Manque majeur de médecins généralistes en région Drome – Ardèche, cabinets saturés
		+ Absence d’organisation des soins non programmés dans le bassin de vie de Valence.
		+ Problème de l’augmentation continue des cohortes des patients suivis pour maladies chroniques au sein de l’hôpital par les différentes spécialités, ces patients ne pouvant pas tous être pris en charge dans leur service respectif en cas de complication ou de décompensations de la maladie chronique
		+ Manque de lits d’avals dans les services de spécialités, eux même engorgés par faute de possibilité de retour à domicile ou de place de SSR.
		+ Problème de la gestion du grand âge, et de la vision sociétale du grand âge : maintien à domicile impossible par manque d’étayage, problème du manque de personnel en EHPAD, manque de directives anticipées… ces patients arrivent aux urgences (Cf. infra) respectif
		+ Nombreux recours non justifiés aux urgences, soit par le patient lui-même, soit adressé par un médecin ambulatoire
3. Manque de places en EHPAD, SSR et autres structures (MAS, FAM…) :
	* Conséquences :
		+ Délais de plus en plus longs et des procédures de plus en plus complexes pour organiser les prises en charge de protection des personnes (CMU, AME, Protection juridique…)
		+ Engorgement des établissements de soins faute de structures d’aval
	* Pourquoi ?
		+ Problème de financement
			- Manque de création de places,
			- Suppression de personnel en cas de déficit  dégradation des soins, des conditions de travail, découragement des équipes, difficultés de recrutement.
4. Pas assez de place dans le paysage médical global pour l’éducation des patients et la médecine préventive. La stratégie actuelle étant en majorités axée sur le soins « curatif », le recours au système de santé est de fait plus fréquent, avec des prises en charges plus longues, plus couteuses, plus chronophages, plus complexes. :

Il est rapporté une expérience témoignant d’une dysfonction perverse du système : un médecin se fait contrôler car trop de prescriptions d’antibiotiques par rapport au nombre de consultation effectués. : Or ayant éduqué ses patients sur quand consulter et quand ne pas le faire, mécaniquement les patients vus relèvent plus fréquemment d’une prescription d’antibiotiques…

1. Absence de cohérence du parcours du patient
	* Conséquences :
		+ Perte de temps pour le patient
		+ Augmentation de la durée moyenne de séjour
		+ Multiplication des déplacements
		+ Nécessité de renouveler certaines démarches (durée de validité du « bon de circulation » insuffisante, ce qui impose aux patients de le renouveler régulièrement
	* Pourquoi ?
		+ Absence de concertation, de consensus et d’arbitrages sur le sujet entre les différents services, ce qui gêne l’élaboration d’un parcours cohérent.
		+ Absence d’une fonction de « facilitateur /assistant de parcours de soins.
2. Difficultés de recrutement du personnel :
	* Conséquences : désorganisation
	* Pourquoi ?
		+ Absence de réelle reconnaissance financière de la pénibilité : Exemple : moins de 1.20 euros/heure pour une heure de travail de nuit…
		+ Difficultés d’accès à la formation continue pour les paramédicaux : perte de compétence. Il existe un consensus chez les participants au débat sur ce thème.
		+ Absence de perspectives de carrière
		+ Rythmes de travail : nuits, difficultés pour planifier et prendre ses congés, retours et rappel des agents
		+ Non remplacement des arrêts de travail
		+ Contrats précaires : plusieurs années avant la titularisation pour un.e IDE : Pb pour achat d’une maison, prêts divers, projection dans l’avenir…
		+ Maltraitance des étudiants (stagiaires IDE contraints d’effectuer du travail d’AS les WE et risque de non validation des stages)
		+ Dégradation de l’image des professions soignantes
		+ Manque de retours positifs des patients hospitalisés et de leurs familles.
		+ Petits salaires de l’hôpital : trop bas
		+ Pour le personnel médical : problème connu mais persistant et choquant de la rémunération des contractuels, qui vont dans la structure de soins « la plus offrante », les structures les plus en déficit ne pouvant évidemment pas rivaliser, et surtout pas de façon pérenne, cercle vicieux…
3. Manque de cohérence au sein du GHT, des médecins remplissant une fonction sur un autre site n’est pas toujours remplacé pour la prise en charge de son travail sur le CHV
4. **Problématique financière**
5. La T2A augmente la charge de travail aux dépens des soins sans permettre un financement suffisant de l’établissement
	* Conséquences : manque de moyens, manque de personnel, perte de sens du travail.
	* Pourquoi ?
		+ La valorisation des actes impose leur cotation, celle-ci représente désormais une partie majeure du temps de travail des soignants, toutes professions confondues.
		+ Le temps affecté à la cotation l’est aux dépens des soins d’où une perte de sens pour les soignants.
		+ Cette cotation est souvent très éloignée des réalités médicales et paramédicales et ne permet pas de prendre en compte les difficultés liées à certains parcours. Ce système de cotation aberrant (sensation unanimement partagée), fait se demander à certains participants, du fait de sa TOTALE inadéquation avec la réalité, s’il n’a pas été inventé pour tuer l’hôpital public…ce qui ne semble pas être en tout cas son rôle premier.

Exemple : (i) pas de cotation de l’ablation d’une sonde a demeure ; (ii) pas de cotation de la dépose d’un pic line en ambulatoire par les IDE, imposant un recours au système hospitalier (ii) non reconnaissance d’un diagnostic suspecté (versus diagnostic retenu à la fin du séjour) : ce diagnostic évoqué, possiblement grave (= létal = à éliminer absolument ou à confirmer) peut amener à des hospitalisations longues, couteuses et justifiées, pour finalement (et heureusement pour le patient) faire retenir une pathologie autre, qui, une fois codée, ne rapportera pas ce que la prise en charge a effectivement couté

* + - La baisse régulière des cotations aboutit à une baisse des ressources de l’hôpital malgré une activité croissante.
		- La pression est mise sur les équipes pour améliorer cette cotation ce qui aboutit à un cercle vicieux et une absence de valorisation financière
1. Société et soins couteux- Financement des traitements coûteux :
	* Concerne : prioritairement les patients,
	* Pourquoi :
		+ Le remboursement par l’Assurance maladie n’est pas systématiquement lié à l’AMM
		+ Les molécules coûteuses non remboursées par l’AMM restent à la charge des établissements, le coût d’un traitement peut être largement supérieur à la valorisation du séjour.
	* Conséquences :
		+ Inégalité d’accès aux soins : seuls les patients soignés dans des établissements capables de supporter ces déficits peuvent bénéficier de ces traitements
		+
		+ Le financement de ces traitements par les établissements se fait aux dépens de la prise en charge d’autres pathologies moins médiatisées.
2. Gaspillage :
	* parkings et locaux éclairé et chauffés quand ils sont vides,
	* validation des projets pour ce qui concerne le non choix de bâtiments basse consommation qui est un choix à court terme, non rentable sur la durée
	* gestions des stocks, périmés.

1. **Problématique philosophique**
2. Perte de sens au travail :
	* Concerne le personnel
	* Conséquences : démotivation, mal être au travail, augmentation des congés maladie, baisse des recrutements en école de formation par défaut de vocations, difficultés de recrutement, etc.
	* Pourquoi ? :
		+ Augmentation de la charge de travail  nécessité de prioriser les tâches, les tâches prioritaires pour l’institution ne correspondent pas à l’idée que se font les soignants des priorités pour le patient.

Exemple : Faut-il prioriser la toilette d’un patient dépendant, ou la cotation de cet et le remplissage des nombreux formulaires et/ou outils informatiques en lien ? La question, absolument absurde quand formuler comme ceci, se pose quotidiennement ET de plus en plus fréquemment (tous services).

* + - Interfaces et outils souvent mal adaptés et redondant augmentant la charge de travail au lieu de la réduire.
1. Difficultés de fonctionnement de la gériatrie, en lien avec une difficulté de positionnement sociétal et médical de la prise en charge du grand âge
	* Concerne : patients et personnel
	* Conséquences :
		+ Risque pour les patients : baisse de qualité des soins, sortie anticipées ais retours aux urgences du coup plus fréquents, iatrogénie…
		+ Risque pour les soignants (perte du sens du soin prodigué, démotivation, épuisement, burn out)
		+ Difficultés relationnelles avec les familles ou le patient
		+ Coût pour la collectivité (hospitalisations et ré-hospitalisations coûteuses)
	* Pourquoi ?
		+ Glissement de la place des services dans le dispositif sanitaire.
		+ Le service de gériatrie a vocation à prendre en charge les cas aigus
		+ Dans les faits, il sert de variable d’ajustement aux EHPAD, à la médecine de proximité et aux services de médecine qui tendent à se décharger sur lui des patients âgés poly-pathologiques. Or, la population vieillissant de plus en plus, la gériatrie est l’affaire de tous
		+ Problème du positionnement du médecin (en médecine de ville, en EHPAD, aux urgences, en services spécialisés…) vis a vis d’une personne âgée, dépendante, parfois démente, grabataire : niveau de soins ? source de surconsommation médicale, source de iatrogénie, et de souffrance du patient (exemples: sonde à demeure posée, arrachement et saignement, complication des cathéters, intolérance des traitements, le tout contribuant à l’aggravation de la grabatisation, des escarres, de la dénutrition, de la désorientation…).
2. **Problématique de l’informatique**
3. Outils notamment informatiques chronophages et souvent inadaptés au soin
	* Concerne : personnel (perte de temps), patients (risque d’erreur)
	* Conséquence : désorganisation, recours majeur au téléphone (DECT) pour y remédier, lequel sonne en permanence, source de nouvelles désorganisations
	* Pourquoi ?
		+ La multiplication des interfaces et le mauvais interfaçage des systèmes multiplie les taches redondantes au lieu de les réduire. Soin (Nécessité de saisir plusieurs fois le même formulaire sur diverses interfaces pour prescrire un seul acte)
		+ Manque d’ergonomie (nombre de « clics » pour accéder à un résultat)
		+ Manque de concertation des décideurs avec les utilisateurs (concerne également souvent le matériel)
		+ Absence de période de test et d’évaluation permettant de valider les choix
		+  impossibilité de faire marche arrière  nécessité de « faire avec »  fuite en avant
		+ Anticipation des résultats avec suppression de moyens humains quand le matériel est installé sans attendre des preuves de son efficience.
		+ Réflexion privilégiant les économies à court terme sans toujours prendre en compte les économies à long terme.
4. Remplacement des humains par l’informatique : le remplacement de ces taches ne doit pas entrainer par logique financière de supprimer le poste humain : du fait du déficit chronique et s’aggravant continuellement en personnel à tous les niveaux, ces travailleurs ainsi libérés devront se recentrer sur des missions essentielles, mais non efficientes actuellement (par manque de personnel, justement).

Exemple des secrétariats et du passage à la dictée numérique : le temps anciennement passé à la frappe devra être réattribué à l’accueil des patients, et surtout à la réponse téléphonique, les patients exprimant systématiquement la plainte que les services de soins soient « injoignables ».Soin

1. **Problématique de désorganisation structurelle et de déconnexion. PRISE DE DECISION/DECIDEURS vs MISE EN APPLICATION SUR LE TERRAIN/ACTEURS, ou problématique des « injonctions contradictoires »**
2. Impression unanimement ressentie d’une communication existante, mais TOTALEMENT inutile-chronophage-inefficace, avec réunions multiples : intra service, interservices, bureau de pôle, de CME, entre médecins, paramédicaux, directions, services techniques, informatiques… avec pour conséquences une perte de temps, dans un système déjà saturé.

- les remarques venant du terrain, si elles sont peut-être entendues, n’engendrent aucune modification sur les problématiques soulevées

- les directives venant « d’en haut » (à tous les niveaux) sont inadaptées au terrain : exemples récurrents multiples des logiciels informatiques mis en place

1. perte de la bienveillance : du fait de ces déconnexions, les différents corps de métiers ont appris à se méfier les uns des autres, encouragés par ces discussions inefficaces, qui peuvent à penser que les uns agissent envers les autres de façon volontairement malveillante (ARS, direction *vs* soignants, ou entre les différents services ou corps de métiers).
2. Centralisation du fonctionnement qui éloigne progressivement les décideurs des acteurs et patients
	* Concerne : patients, personnel
	* Conséquence : désorganisation
	* Pourquoi :
		+ Absence de concertation avec les interlocuteurs de terrain pour la prise de décision.
		+ Absence d’évaluation des conséquences des décisions prises  impossibilité de faire marche arrière  nécessité de « faire avec »  fuite en avant
3. Les choix stratégiques de l’établissement et du système de santé régional et national sont-ils pertinents et en adéquation avec les besoins de la population ?
	* Réponse unanime : NON
	* Conséquences :
		+ désorganisation – prise en charge sub-optimale des patients-souffrance de soignants
		+ Augmentation logique de la durée de séjour
		+ Risque majoré de réadmission via les urgences  cercle vicieux
	* Pourquoi ?
		+ Choix imposé de recrutement de patients « lourds », de par la situation stratégique de l’hôpital de Valence au sein de la région Drome-Ardèche
		+ Factuellement et pour des raisons diverses : mauvaise coordination entre proposition de soins des cliniques et du service hospitalier public : exemple de l’astreinte de cardiologie qui n’est désormais plus financé sur la clinique privée Pasteur (groupe générale de santé), qui va obligatoirement retomber sur le CH de Valence, déjà totalement saturé
		+ Problème donc de la discussion entre les acteurs, et les décideurs, en l’occurrence l’ARS
4. Juxtaposition des organigrammes hospitaliers
	* Concerne : personnel
	* Conséquence : désorganisation
	* Pourquoi :
		+ Coexistence à l’hôpital de trois structures hiérarchiques : les organigrammes administratifs, paramédical et médical.
		+ Ces trois structures peuvent avoir des visions, des objectifs et des intérêts différents. Elles n’échangent pas toujours de façon transparente ni efficace,
		+ Toutes disposent d’une capacité de blocage
		+ Aucune ne détient de véritable pouvoir décisionnel
		+ En cas d’absence d’adhésion, les blocages ne sont pas systématiquement identifiés
		+ Il n’y pas toujours de possibilité ou de désir d’arbitrage
		+ Les décisions ne sont pas toujours appliquées.
	* À noter que la problématique est identique à l’échelon supérieur entre établissements d’un même GHT
5. Problématique du regroupement en « pôles » des spécialités médicales : ce mode de fonctionnement semble plutôt délétère au bon fonctionnement de l’hôpital, car les comptes de résultat et d’objectifs (CREO) analytiques, qui servent de règles d’arbitrage et d’attribution, aboutissent au fait que les intérêts individuels des pôles peuvent entrer en concurrence, aux dépens de l’intérêt général. Malheureusement par manque de temps cette thématique qui semble majeure n’a pu être débattue plus en profondeur au cours de ce débat
6. Inefficacité de la logistique au sein de l’hôpital
	* Concerne : personnel et patients
	* Conséquences : mauvaise gestion des stocks
		+ Gaspillage (périmés jetés)
		+ Manques (de draps, de changes, etc. en particulier en garde et pendant les WE)
	* Pourquoi ?
		+ Manque de compétences dans ce domaine
		+ Opportunité de recrutement de logisticiens.
	* Complexité des taches « administratives » venant replacer le soin par manque de temps : noter dates, horaires, tout consigner dans l’outil informatique, rentrer les données manuellement

**PARTIE 2 : propositions d’améliorations**

L’ensemble des propositions ci-dessous a pour but de remettre le patient au cœur de la logique hospitalière, en lieu et place de contraintes financières, administratives, légales.

**AXE 1** PREALABLE NECESSAIRE AU BON FONCTIONNEMENT DE L’INSTITUTION : RETABLIR UN NOMBRE DE SOIGNANTS MINIMAL NECESSAIRE

- remplacement des arrêts maladie~~,~~

- recrutement de tous les postes manquants dans tous les corps de métiers et toutes les disciplines

**AXE 2 :** PREALABLE NECESSAIRE A TOUS LES AUTRES AXE DE TRAVAIL : rétablir une communication efficace afin que les problèmes du TERRAIN soient entendus, et que les solutions proposées par LES DECIDEURS soit adaptées :

- fixer un calendrier de travail, un calendrier de réunion, des dates limites

- une fois une stratégie décidée (Ex : déploiement d’un logiciel informatique) : (i) temps nécessaire d’utilisation « test » ; Puis (ii) temps nécessaire d’une analyse critique de cette phase test, avec à nouveau TOUS les acteurs concernés ; (iii) avant de généraliser une prise de décision à l’ensemble de l’établissement, afin d’éviter des dépenses inutiles pour un système inefficace

- nécessité que les différents corps de métiers participent à chacune de ces réunions, avec présence aux réunions d’un représentant de l’ARS, de la direction médicale, paramédicale, de médecins, de soignants paramédicaux, de secrétaires…: constitution de groupes de travail équilibrés et complets. Afin d’éviter qu’un corps de métier ne soit pas impliqué dans la réflexion autour d’un projet ou d’une problématique, l’information qu’un groupe de travail va être constitué sur ladite thématique devrait être transmise à tous les agents hospitaliers, avec invitation libre et ouverte de participer au groupe de travail.

- Le lieu de réunion sur le lieu de l’application des décisions, et non pas sur le lieu de la prise de décision = sur le terrain, pour que les « décideurs » évoluent dans le milieu des « acteurs »

AXE 3 Rétablir des outils de travail, et notamment informatiques, efficaces, efficients, adaptés : l’outil informatique au travail doit être, à l’instar de ce qu’il est dans la vie civile, un facilitateur et non pas une contrainte (non pas plus, mais « mieux » d’informatique) dépens

ET réattribuer le personnel libéré de ces taches sur du lien HUMAIN et du SOIN

Exemples concrets :

- Demande d’un scanner informatique🡪validation par le radiologue🡪RDV pris et transmis au médecin, à l’IDE et au service de brancardage (et non XX fax, retour de fax, telephone..)

- Bon de circulation à faire informatiquement du domicile du patient, au lieu de repasser régulièrement faire son entrée administrativeà

- logiciel de résultat biologique universel (ambulatoire ET hôpital), pour limiter les redondances d’examens, faciliter la récupération d’examens urgents, ou sa transmission au patient en évitant le téléphone

**AXE 4** Cultiver la bienveillance, favorisée éventuellement par ce qui est qualifié ce soir de façon caricaturale par « vit ma vie de travailleur aux urgences pendant 1h à 22h » : traduit la nécessité que les différents acteurs (décideurs/soignants) se rencontrent sur les lieux de travail des acteurs, au contact de leurs patients, pour s’approprier leurs difficultés, leur quotidien.

**AXE 5** Revendications salariales : si la question de la revalorisation des petits salaires de l’hôpital (infirmières, aides-soignants, AHS, secrétaires….) est demandée (devant inadéquation entre pénibilité, investissement, charge de travail), c’est surtout la revalorisation des heures supplémentaires, heures de nuit, heures de w end…qui est abordée par les équipes concernées.

**AXE 6** Repenser l’accès au système de santé hospitalier en général, et aux urgences en particuliers, pour éviter les recours inadaptés, les erreurs d’orientation, et donc l’engorgement.

**AXE 7 :** Ouvrir des places de structures d’aval pour les hôpitaux (SSR gériatriques ou non, EHPAD)

ET améliorer l’accès aux soins ambulatoire ET la continuité des soins en ambulatoire (à domicile, en EHPAD…)

**AXE 8**: Création de postes de « facilitateur de parcours de soins » avec des compétences en logistique.

**AXE 9** Revaloriser l’hôpital public, redonner confiance à la population, ressusciter des vocations, expliquer les problématiques rencontrées : campagnes publicitaires comme pour la prévention routière, ou pour le recrutement dans l’armée ?

**AXE 10** Organisation institutionnelle d’une formation continue du personnel.

**AXE 11** Imposer le respect de règles homogénéisées au niveau national de rémunérations des contractuels.

**AXE 12** Revoir avec les acteurs l’organisation géographique du lieu de travail : locaux, box de consultation, calibration de la taille des services pour y accueillir les patients suivis

**AXE 13** Lutte contre le gaspillage, dont énergétique

**AXE 14** Amorcer une réflexion sociétale sur le vieillissement, la prise en charge adaptée en cas de grand âge, de dépendance.

**Conclusion**

Le débat était prévu de 20h à 22h, mais il a dû être interrompu à 22h45 avant que l’ensemble des problématiques et possibilités d’améliorations ne soient abordés, témoin de l’importance et de la complexité de cette thématique.

L’assemblée exprime la crainte que ce débat ne soit pas entendu.

L’ensemble des propositions faites a pour but de remettre le patient au cœur de la logique hospitalière. Actuellement les soignants s’épuisent dans des contraintes financières, administratives, légales, informatiques

. Les soignants sont là pour soigner le patient, pas pour soigner l’hôpital. Et l’hôpital est là pour soigner les patients, son but n’est pas d’être « rentable » mais une offrir des soins adaptés et au juste prix.

Les injonctions contradictoires ne sont plus tenables :

(i) soigner plus de patients ;

(ii) des patients de plus en plus graves/complexes/âgés ;

(iii) avec des traitements de plus en plus couteux ;

(iv) avec des moyens financiers sans cesse à la baisse ;

(vi) dans des locaux non agrandis/adaptés

(v) et surtout avec de moins en moins de personnel à tous les étages

Les conséquences sont déjà là (décès dans le service d’urgence, personnel en arrêt maladie non remplacés). Il ne s’agit plus d’un risque, mais d’une réalité, amenée à s’aggraver.

L’assemblée exprime unanimement la certitude qu’en l’état que le système avance vers une situation sans cesse plus dégradée, et sans fin, étant donné la multiplicité des problématiques graves rencontrées à tous les niveaux.

Il ressort de ce grand débat que les acteurs du service public hospitaliers sont débordés, déboussolés, en sous effectifs. Le sens des métiers est perdu. La qualité de vie au travail est mauvaise. Les soignants (sens large) ne se projettent plus dans leur travail, qui est source de souffrance. En parallèle et malgré cela, les patients peuvent se retrouver régulièrement en situation de maltraitance. :

Cependant, il y a eu ce soir une grande qualité d’échanges, d’écoute, entre des personnels de « confession » très variée, et il en ressort une volonté de vouloir participer à une transformation radicale, encore possible, mais urgente, du système public hospitalier, auxquels le personnel reste attaché.

Nous retenons 3 conclusions :

- le manque de personnel soignant est le point crucial de dysfonctionnement,

- il faut redonner de la confiance aux soignants, et du sens à leur travail, en les associant pleinement aux réflexions et aux prises de décision,

- et enfin ce débat s’est ouvert et terminé sur la nécessité de repenser la « santé », et de définir des stratégies logiques et cohérentes afin que l’hôpital public puisse jouer son rôle de SOIN pour la population, sans souffrance ni pour le patient, ni pour son personnel :

* + - * Quelle médecine voulons-nous ?
			* Quelle médecine pouvons-nous financer ?
			* Les deux sont-ils en adéquation ?

Ces questions ne peuvent trouver de réponse qu’au niveau national.