



## Contribution du Collectif Inter Hôpitaux Au nom du CIH et CIU



Contact CIH : Sophie Crozier 06 03 55 28 08 et Anne Gervais 06 71 99 49 89

Contact CIU : Pierre Schwob 06 28 43 00 41

Les soignants et les usagers joignent leurs efforts pour alerter sur la situation de l'hôpital public. Cet été la situation atteint un paroxysme : les fermetures de lits et de services se multiplient partout en France, atteignant de très nombreux services dont des services d'urgences. Faute de personnels soignants, médecin ou non, l'accès aux soins se dégrade au point d'acter le triage des patients aux portes de l'hôpital.

Les conditions de travail des personnels hospitaliers et le manque de moyens sont tels que l'on assiste à une véritable perte de sens et à un épuisement professionnel d'une ampleur jusque-là inconnue. Les départs s'accroissent et le recrutement est devenu tellement difficile que les postes vacants deviennent trop nombreux pour préserver l'ouverture des lits d'hospitalisation.

En mars dernier, le Sénat relevait les carences : « *Vétusté des équipements, charge de travail excessive, manque de temps médical et soignant auprès des patients autant de facteurs à l'origine d'un profond sentiment de perte de sens qui provoque des départs de personnels en cours de carrière* ».

### **CAUSES**

Cette situation dégradée est le résultat d'un sous-investissement important pour l'hôpital public et de la dégradation des conditions de travail. Mais aussi d'un sous-effectif chronique. Les soignants sont proménés d'horaires en horaires, de service en service, au mépris de toute reconnaissance, comme si compétence et équipe de soins n'existaient pas. Alors que l'activité hospitalière croît les effectifs soignants n'augmentent que de 4%. Faire toujours plus avec moins, et de surcroît moins bien, conduit à une perte de sens, un épuisement professionnel et à des départs et un recrutement difficile en raison de la perte d'attractivité des métiers du soin.

### **CONSEQUENCES**

Le manque de moyens et de personnels à l'hôpital public a de graves conséquences aujourd'hui car il conduit à la fermeture de très nombreux lits et à une dégradation de la qualité et la sécurité des soins avec des pertes de chance quotidiennes pour les patients.

A titre d'exemple, un quart des lits d'unités neurovasculaires (UNV), accueillant les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux, sont actuellement fermés en Ile-de-France (et même 45% à l'APHP) en raison du manque de personnels soignants. Ces fermetures de lits spécialisés ont des conséquences graves pour les pa-

tients car l'hospitalisation dans ces unités est nécessaire pour réduire de 25% le risque de handicap et de mortalité<sup>1</sup>.

Le nombre de lits déjà insuffisant en temps « normal » pour accueillir tous les patients souffrant d'AVC est aujourd'hui devenu critique : les délais de prises en charge notamment dans les situations d'urgence s'allongent pour trouver une place ce qui augmente le risque de handicap et de mortalité, car chaque minute compte à la phase aiguë.

Par ailleurs, le rationnement conduit à faire des choix (implicites ou explicites) de priorisation des patients qui posent d'importantes questions éthiques, et à une perte de chance pour de nombreux patients.

De même la fermeture de très nombreux lits de médecine et de chirurgie est à l'origine de longues heures voire jours d'attente aux urgences et de retards de prise en charge pour les patients avec des pathologies médicales et chirurgicales, aiguës et chroniques.

### ***L'URGENCE D'AGIR***

Pourtant l'accès à la santé est un droit fondamental. Chacun doit pouvoir bénéficier des meilleurs soins possibles selon les recommandations en vigueur. Force est de constater que ces droits ne sont plus garantis. La qualité et la sécurité des soins se dégradent car les moyens (en personnels) nécessaires à l'exercice des missions de soins sont clairement insuffisants. Ainsi nous savons que le pronostic des patients et leur chance de survie est directement lié au nombre de soignants leur consacrant des soins. Lorsqu'une infirmière prend soin de 6 à 8 malades au maximum (au lieu de 10 à 20 actuellement selon les services), la survie des patients est accrue. Ce lien est établi par une littérature de très bon niveau.

Pourtant, malgré nos demandes répétées depuis deux ans, le ministère, la DGOS rejette cette réclamation et refuse de définir des ratios soignants/soignés en dehors de domaines très restreints (dialyse, soins intensifs, néonatalogie et réanimation).

Il est urgent de retrouver des effectifs de personnel adéquats, de reconnaître la charge de travail et de définir des ratios de sécurité adaptés. Il est encore possible d'attirer les jeunes. Ils sont 36 000 à sortir des écoles d'infirmières chaque année et des dizaines de milliers à vouloir faire des études de médecine. Pour cette jeunesse qui s'engage comme pour les patients dont il faut s'occuper il est urgent de remettre l'hôpital public debout. C'est encore possible si on sort de la posture de l'autruche que l'état a adopté depuis trop longtemps.

Bien que tout ait été constaté, détaillé, notamment dans l'avis du CESE (conseil économique social et environnemental) en octobre 2020<sup>2</sup> et dans le rapport très récent du Sénat en mars 2022<sup>3</sup>, et bien que des

---

1

<sup>2</sup> [https://www.cochrane.org/fr/CD000197/STROKE\\_soins-organises-des-patients-hospitalises-en-unite-neuro-vasculaire](https://www.cochrane.org/fr/CD000197/STROKE_soins-organises-des-patients-hospitalises-en-unite-neuro-vasculaire)

2

<sup>2</sup> <https://www.lecese.fr/content/le-cese-adopte-son-avis-lhopital-au-service-du-droit-la-sante>

3

<sup>2</sup> <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppr21-138.html>

solutions aient été proposées sans relâche par nos collectifs, les actions et les mesures indispensables à la survie et au bon fonctionnement de l'hôpital public n'ont pas été prises.

C'est devant la poursuite de la dégradation des conditions d'accueil, de qualité et de sécurité des soins, et des conditions de travail des soignants, que le CIH et le CIU, constatant la carence fautive de l'Etat, s'associent à d'autres collectifs et associations pour demander réparation des préjudices subis et qu'enfin soient mises en place les mesures indispensables au retour des soignants dans les structures hospitalières publiques.

### **Contribution coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternité de proximité**



**Contacts :** Michèle Leflon : 06 08 93 84 93 et Rosine Leverrier : 06 41 29 08 02

Association agréée, la coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternité de proximité observe et déplore depuis de longues années le recul de l'offre hospitalière publique de soins et plus particulièrement, sur la période récente, les fermetures et interruptions d'activité de services d'accueil des urgences, de centres de soins non programmés et de SMUR. Elle ne peut pas se satisfaire de cette lente dégradation.

L'une des causes de ces fermetures est l'insuffisance de personnel qui découle de la détérioration de leurs conditions de travail.

A titre d'exemple, et pour ne citer que celui-là, le samedi 11 juin 2022 à 11 h 30 un enfant de 4 ans, de Mauzé-Thouarsais dans les Deux-Sèvres, est grièvement blessé au pied par une tondeuse à gazon. Les secours, appelés aussitôt, arrivent sur les lieux de l'accident 20 minutes plus tard. Après avoir donné les premiers soins le médecin du SAMU sollicite successivement les services compétents des CHU d'ANGERS, de TOURS, de NANTES, de POITIERS et aussi de l'hôpital NECKER à PARIS et se heurte partout à des réponses négatives. La situation ne se dénouera qu'à 16 h quand la direction du CHU d'ANGERS, ayant trouvé une solution, acceptera de prendre l'enfant en charge. Grâce à une escorte de gendarmerie pour faciliter son transfert celui-ci entrera dans le service aux environs de 16 h 45 soit plus de 5 heures après les faits.

Le professionnalisme de l'équipe du SAMU qui est intervenu mérite d'être salué mais force est de constater qu'elle a été mobilisée, donc indisponible pour toute autre intervention, pendant plus de 3 heures parce sur un rayon de 120 km autour du lieu de l'accident aucun CHU, pourtant hôpitaux de recours, ne disposait de possibilité de prise en charge du patient.

De la même façon, aujourd'hui, dans un même groupement hospitalier de territoire peuvent coexister des zones où les urgences sont prises en charge conformément aux dispositions réglementaires, d'autres où ces services fonctionnent en mode dégradé ou subissent des interruptions répétées et des zones blanches.

Au nom des usagers que nous représentons nous demandons que la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population soient assurées dans tous les services hospitaliers et notamment dans les services d'urgence, qu'il soit mis fin aux inégalités territoriales dans ce domaine et que ces services soient dotés, sur des critères objectifs, des moyens financiers et humains nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

#### ELEMENTS DE SYNTHESE A PROPOS DU DIABETE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT



**Contact :** Marc de Kerdanet Président de l'association AJD 06 71 86 52 28

Ces éléments communiqués, à propos du diabète de l'enfant et de l'adolescent (DT1), le sont à partir des constats des **soignants** des services adhérents à l'association et également des **familles** de l'association au travers principalement des résultats d'une enquête faite auprès de 3500 familles adhérentes en 2018, à l'occasion de la rédaction d'un livre blanc du diabète de l'enfant : intitulé CRCDP (*Centre de ressources et de compétences en diabétologie pédiatrique.*)

Dans le **parcours de soins**, après le **passage par les urgences** ou la réanimation (parfois rendue problématique par les surcharges spécifiques de ces services), la prise en charge en service spécialisé de diabétologie pédiatrique ou de médecine de l'enfant et l'adolescent pose souvent un problème de délai d'accueil dans la structure appropriée puisque la politique d'occupation à 100% des lits implique obligatoirement qu'il y a très fréquemment absence de lit disponible... L'organisation de cette **prise en charge initiale** est très dépendante de la fréquente insuffisance de dotation en

personnel spécialisé dans les équipes de diabétologie pédiatrique, retardant et rendant difficile l'apprentissage initial de l'enfant et de sa famille. Cet apprentissage est pourtant un élément crucial dans le rétablissement et le maintien ultérieur d'un état de santé correct.

L'organisation du **suivi ultérieur** en consultation ou en hôpital de jour après l'hospitalisation initiale est également rendue difficile par ce **manque de soignants**. Le rythme recommandé du suivi, exclusivement spécialisé, est d'une consultation au moins tous les 3 mois. Les délais dans la plupart des équipes pour les médecins sont d'au moins 6 mois.

Le **manque de temps paramédical** (puéricultrices spécialisées et diététiciennes formées à cette pathologie ou psychologues) ne permet pas une offre de soin en rapport avec les besoins de cette population. Ainsi dans notre enquête de 2018, par exemple, 60 % des unités concernées indiquaient ne pas disposer de temps de psychologue. On sait pourtant la lourdeur de la charge mentale qui pèse sur les enfants et leurs parents dans ces situations de DT1.

Les recommandations internationales (société savante ISPAD , voir document CRCDP) sur le ratio de soignants par rapport aux cohortes de patients ne sont respectées dans aucune des unités concernées par l'enquête (soit la majorité des centres pédiatriques spécialisés en France).

Le constat actuel concernant les insuffisances du système de santé concernant ce problème spécifique du DT1 de l'enfant est triple :

- 1- Non seulement les équipes spécialisées de notre domaine sont **sous dimensionnées** mais également, elles **manquent d'un mécanisme adaptatif**. Alors même qu'avec une augmentation d'incidence de 4,5 % par an, le diabète pédiatrique est la pathologie chronique qui subit de loin l'augmentation la plus préoccupante de sa prévalence (**doublement en 15 ans**, triplement en 25 ans)
- 2- On déplore tant chez les patients que chez les soignants, une inégalité d'accès aux **activités d'éducation thérapeutique** (ETP) fondamentales pour permettre un maintien approprié de la qualité de vie et de la santé.
- 3- Et on déplore de même que du fait de la complexité technique croissante des prises en charge, **l'accès aux nouveaux outils technologiques** plus performants reste extrêmement inégal. Ces technologies complexes nécessitent expertise et temps supplémentaire des soignants (en supplément du temps déjà manquant pour faire face à l'augmentation de prévalence). La surcharge des services impose en outre que les jeunes et leurs familles attendent un long délai pour qu'une place se libère en hospitalisation pour accéder à des solutions technologiques permettant de mieux soigner le DT1 de l'enfant.

Ces inégalités restent très mal vécues par les familles qui ont répondu à notre enquête de 2018 (citée dans le document CRCDP).

Les conséquences sont lourdes pour la charge mentale supportée par les jeunes et leurs parents et pour la santé immédiate et future de ces jeunes patients.

Prise en charge suboptimale conduisant aux risques de coma hypoglycémiques et de décompensations acido-cétosiques (situations pouvant mettre en jeu le pronostic vital immédiat)

Cet aspect suboptimal a également un impact sur la santé future de ces jeunes patients avec un risque augmenté, après quelques décennies d'équilibre insuffisant, de développer des complications microvasculaires (Œil, rein, nerfs périphériques) et macrovasculaires (Infarctus, AVC, ...).

Cette charge mentale est également difficilement supportée parmi les soignants qui doivent faire face à une responsabilité personnelle pour la santé immédiate et future de ces jeunes patients, dans un contexte de manque de moyens que, pourtant, ils ne peuvent maîtriser.

La carence des moyens nécessaire maintient sur ces soignants une pression telle que certains d'entre eux, très conscient des conséquences néfastes pour les personnes soignées et se vivant en partie responsable de ces pertes de chance, subissent des syndromes d'épuisement professionnel aussi désastreux pour la personne que pour l'institution hospitalière et ses devoirs. Ces fragilités risquent de décourager les soignants et les inciter à quitter les structures hospitalières ajoutant aux difficultés déjà présentes.

### **Association Maladies Foie Enfants (AMFE)**

pour l'AMFE Laure Dorey



L'AMFE attire l'attention des pouvoirs publics sur les risques vitaux encourus par les enfants atteints de maladies graves du foie. Les équipes de transplantation hépatique pédiatrique réunissent les services d'Hépatologie, de Chirurgie, d'Anesthésie, de Réanimation et de Radiologie.

Ainsi le service d'hépatologie et de transplantation hépatique de l'hôpital Bicêtre (APHP) est centre de référence coordonnateur des maladies rares et graves du foie de l'enfant et accueille la plus importante équipe française d'hépatologie et de transplantation hépatique pédiatriques. Ses équipes

assurent la prise en charge des enfants malades du foie depuis 40 ans. L'hôpital Necker-Enfants malades (APHP) et l'hôpital Femme-Mère-Enfant de Lyon sont centres constitutifs de ces maladies du foie de l'enfant et accueillent les deuxième et troisième plus importantes équipes françaises d'hépatologie et de transplantation hépatique pédiatrique. Ces équipes servent de recours national et prennent en charge une proportion très importante des enfants atteints d'une maladie du foie, qu'ils viennent de Métropole ou des DOM-TOM. Il n'existe que 4 centres de transplantation du foie pour les enfants en France : Bicêtre, Necker, Lyon, Marseille. 97 enfants ont été greffés du foie en 2021, pour un âge moyen d'un peu plus de 6 ans. Environ 40% des transplantations hépatiques réalisées en France chez l'enfant sont réalisées au CHU de Bicêtre. Environ 1400 greffes de foie ont été réalisées dans ce service depuis le début de cette activité. Plus de 70% des transplantations hépatiques pédiatriques sont concentrées sur Bicêtre et Necker, deux centres hospitaliers d'Ile-de-France.

Hélas, la situation actuelle de l'hôpital ne permet plus de prendre en charge tous les enfants atteints de maladies graves du foie nécessitant des soins. La pénurie de personnel paramédical, en particulier infirmier, et médical, n'a cessé de s'aggraver pour atteindre aujourd'hui un stade très critique. Cette situation, malheureusement nationale, touche sévèrement la pédiatrie. Pour garantir la sécurité de nos enfants atteints de maladies graves nécessitant des soins lourds et une surveillance rapprochée, un personnel infirmier hautement spécialisé est indispensable. Du fait d'un manque de plus en plus criant de personnel infirmier, les équipes sont dans l'obligation de prendre des mesures qui mettent les enfants en danger :

- Il y a presque un an, l'équipe médicale de Bicêtre s'est vue contrainte de fermer 10 des 24 lits du service d'hépatologie pédiatrique. Et pourtant, uniquement pour le mois de juin, et pendant plusieurs après-midis, de 14 à 21h, une seule infirmière était présente pour 2 unités soit 12 à 18 patients. Il n'y a actuellement aucune perspective de réouverture de ces lits. La Réanimation polyvalente pédiatrique est également affectée d'une pénurie majeure de personnel qui entraîne également des fermetures de lit. Il découle de cette situation que le suivi post-greffe de nombreux enfants est annulé ou reporté, les hospitalisations programmées sont espacées ou annulées. Cela engendre des risques à court et moyen termes pour la santé de nos enfants et un surcroît d'angoisse pour ces enfants atteints de maladies graves et pour leurs parents. Très récemment, un très jeune enfant a eu une hémorragie digestive car il n'a pas été possible de reprogrammer une fibroscopie qui avait été annulée suite à une infection. Parmi les enfants hospitalisés, certains le sont en dehors de l'unité d'hépatologie, alors même que Bicêtre est centre de référence pour ces maladies. La répartition des enfants dans les autres services se fait en fonction des lits disponibles !

Des familles nous rapportent des erreurs dans les soins et des situations complexifiées du fait de la prise en charge de leur enfant par un personnel paramédical non spécialisé.

- Necker rapporte des situations équivalentes. Les équipes médicales se voient contraintes de refuser de nouveaux patients (tous très jeunes enfants) et d'adresser des enfants en province. Necker est pourtant centre constitutif. Nos enfants sont en danger. Nous vivons une situation dramatique inédite. Cette situation est intolérable.

**L'impact du manque de personnel soignant spécialisé et fidélisé  
sur les patients atteints de leucémie et cancers du sang**



Contact : Anne-Pierre Pickaert, 06 98 84 60 79, bénévole de l'association Laurette Fugain

La communauté de patients en héματο-oncologie, les aidants et les proches de patients sont très inquiets des fermetures de lits dans les services hospitaliers d'hématologie et de greffe de moelle osseuse dans toute la France. Un rapide sondage de la Société de Greffe de Moelle et Thérapie Cellulaire (SFGM-TC) auprès de 28 centres français indique qu'au début juin 2022 68% des services avaient en moyenne un quart de lits fermés depuis plusieurs mois déjà avant même la période estivale habituellement tendue. La raison principale tient aux difficultés de recrutement de personnel médical et plus particulièrement du personnel infirmier. Les conséquences de cette pénurie de personnel qualifié sont étourdissantes pour les patients et leurs familles, puisque 18% des services ont dû transférer certains patients pour impossibilité de prise en charge sur site et 39% ont dû sélectionner davantage leurs indications de thérapie cellulaire et donc refuser ce traitement. Ces fermetures de lits et de manque de personnels concernent tout type de patients, quel que soit le cancer du sang.

Il s'agit de Tom\*, 19 ans, atteint d'une leucémie aiguë myéloïde. Il est prêt pour la greffe après avoir bien répondu aux chimiothérapies d'induction et de consolidation. Faute de lits elle ne peut pas toutefois pas être programmée. En attendant la date de la greffe, Tom continue le traitement par chimiothérapie avec tous les risques que cela comporte : plus complications avant la greffe, une greffe qui se passe moins bien, mais aussi un risque de rechute avant la greffe.



Que dire de Medhi\*, 28 ans, souffrant d'une leucémie aiguë lymphoblastique (LAL), et dont la greffe est reportée faute de médecins et techniciens des services de radiothérapie dans son centre de soins ? Alors qu'il est fragile et en cours de conditionnement à la greffe, il doit être transféré hors département afin de recevoir une irradiation corporelle totale, une étape clef de la procédure d'allogreffe chez les patients atteints de LAL. Les répercussions d'ordre psychologique pour Medhi et ses proches sont majeures face à ce délai de traitement, la nécessité de se déplacer dans un centre qu'ils ne connaissent, mais aussi des frais de déplacement non planifiés.

Quant à Nicole\*, 55 ans, greffée il y a de cela 2 mois, elle a besoin d'être hospitalisée pour une complication grave du greffon contre l'hôte (graft vs. host disease, GvH). Mais faute de place en raison des lits fermés, elle ne peut pas être hospitalisée immédiatement. Elle doit attendre qu'un lit se libère afin d'avoir une prise en charge spécialisée. Pendant cette attente son état de santé se dégrade.

Nous voulons aussi vous parler de Patricia\*, 38 ans, atteinte d'un lymphome de Hodgkin. Bien qu'elle ait été diagnostiquée dans le service de consultation d'hématologie du centre le plus proche de son domicile, elle est transférée dans un centre à plus d'une heure de chez elle en l'absence de lits. Ce transfert de prise en charge a des conséquences financières désastreuses pour son foyer, puisque son mari a demandé un congé sabbatique pour pouvoir aider sa femme dans son parcours de soins et s'occuper de leurs enfants. C'est sans compter des transports plus longs, coûteux et fatigants pour elle et son mari entre l'hôpital et leur domicile.

L'association Laurette Fugain s'indigne de l'inaction du gouvernement et du ministère de la santé face à ces parcours de soins bouleversés et les pertes de chance qui en découlent pour les patients actuels, futurs, jeunes et moins jeunes que nous représentons. À défaut d'être pris en charge dans un centre de référence proche de chez eux, les patients perdent en qualité de vie et de soins. Des trajets plus longs, fatigants et onéreux, obligent souvent les patients et/ou les aidants à quitter leur travail ou leurs études, ce qui plonge dans la précarité les familles touchées par la maladie. L'hôpital public est un bien commun. Il concerne des millions de nos concitoyens, qu'ils soient patients, mais aussi aidants et proches de patients. C'est notre responsabilité à tous.

*\* Les prénoms ont été changés*

## **Contribution Maîtres Macouillard et Mélin**

Contacts : Jean-Louis Macouillard 06 64 12 83 76 Nadine Mélin 06 17 93 01 79

Nous défendons six associations, six collectifs de santé. Certains ont une vocation généraliste et sont nés de la crise de l'hôpital : le CIH, le CIU et la Coordination Nationale des Comité de Défense des Hôpitaux et des Maternités de Proximité.

D'autres ont pour vocation de défendre des patients, ou certaines catégories de patients, comme des jeunes enfants : Aide aux Jeunes Diabétiques, Association Laurette Fugain et Association Maladies Foie Enfants.

Toutes ont en commun un intérêt fort à ce que l'hôpital public soit pérenne et en bonne santé.

Malheureusement, on voit aujourd'hui qu'il existe une crise majeure de l'hôpital public mise en évidence par les soignants eux-mêmes : une désaffection de leurs métiers, des horaires intenable, des fermetures de lits, des fermetures de services.

On constate un manque de moyens et de personnels des plus décourageants. Et nous nous sommes posés la question, nous juristes, avec nos associations, de **la responsabilité de l'Etat** dans ce constat terrible d'un hôpital en danger qui met en danger son personnel et ses malades.

Voilà, en effet, trop longtemps que l'Etat est mis en garde par les soignants, trop longtemps que la crise gronde sans que des moyens effectifs, des vrais actes de politique publique de santé ne soient mis en place.

Au contraire, on constate une baisse quasi constante du nombre de lits (une politique toute tournée vers la réduction des coûts).

Alors, on s'est tourné vers les textes et on a pu voir que l'Etat est « **responsable de sa politique publique de santé** », c'est écrit au frontispice du code de la santé publique.

De la même manière que les soignants encourent une responsabilité lorsqu'ils commettent des erreurs, il existe aussi un régime de responsabilité pour faute de l'Etat lorsque sa politique publique de santé comporte des carences et cause des dommages.

Il y a beaucoup de textes dans le CSP qui viennent rappeler cette responsabilité mais si on ne devait en citer qu'un, ce serait l'article L 1110-1 du Code de la santé publique :

**« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ».**

Voilà, la politique de santé doit être tournée toute entière vers la protection de la santé et pas vers des objectifs financiers à court terme. « Tout doit être mis en œuvre », or c'est tout l'inverse qui s'est produit. L'Etat, par l'intermédiaire de ses outils d'investissement, comme le COPERMO par exemple (on reviendra dessus si vous le voulez bien), a de façon quasi constante **conditionné** les investissements nécessaires à la fermeture de lits et à la suppression de personnels.

Ce qui s'est avéré catastrophique pour l'hôpital...

Nous avons donc, dans cette réclamation préalable, exposé à l'administration toutes les carences dont elle est responsable et nous attendons maintenant qu'elle reconnaisse sa responsabilité dans la crise et qu'elle procède aux mesures correctives pour la faire cesser au plus vite.

Un mot sur ces carences : elles sont de deux ordres et sont parfaitement visées dans un rapport du sénat sur la crise de l'hôpital public :

- L'Etat n'a rien fait pour que l'hôpital garantisse la santé de son personnel et de ses patients et s'est davantage soucié de la gestion financière de ses hôpitaux au détriment de la santé des patients, du personnel et de la continuité du service public.
- Et de façon incroyable, tandis qu'il procédait à la fermeture des lits, il ne s'est jamais doté d'un instrument de mesure pertinent pour vérifier l'état de la crise.
- Une autre carence majeure consiste à ne pas s'être informé suffisamment sur la littérature scientifique abondante en matière de ratios « patients par soignant » qui aurait dû aboutir à la mise en place de tels ratios, condition sine qua non de la sécurité des patients et des soignants.

Tout ceci a eu des conséquences néfastes sur la santé de l'hôpital. Le préjudice est immense, non seulement pour l'hôpital, le service hospitalier lui-même mais aussi pour les soignants et les patients.

Nos associations veulent que cela cesse. Elles sont les porte-parole de milliers de soignants et de malades. Elles forment, au-delà de la demande indemnitaire, des « injonctions » à l'Etat pour corriger quelque chose qui est en train de se produire, et c'est fondamental.

Mettre fin sans délai un terme à l'ensemble des carences

En prenant toute mesure utile visant à définir des ratios d'effectif « patients par soignant » suffisants au regard des études internationales en la matière ;

En renforçant significativement le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants et en définissant des seuils critiques ajustés sur les activités des établissements ;

En mettant en place un mécanisme d'alerte lorsque les seuils critiques susvisés sont atteints.

Si nous ne nous sommes pas entendus, nous saisissons le TA Paris à la rentrée. Je vous remercie.