



Tou.te.s ensemble pour obtenir les moyens de travailler dans de bonnes conditions !

La colère gronde dans les hôpitaux depuis plusieurs mois.

Le mouvement parti des urgences s'est développé pendant l'été et s'étend maintenant à l'ensemble de l'hôpital avec – enfin – une mobilisation des médecins. Il faut dire que la ministre de la santé et son gouvernement ont aidé à cette coagulation des mécontentements du fait de leur absence de prise en compte de la réalité et de la profondeur de la crise. Les deux éléments moteurs ont été d'une part le refus d'Agnès Buzyn de reconnaître que l'urgence est celle des moyens, en renvoyant sans cesse à la problématique des organisations, puis l'annonce de la poursuite d'une politique de rigueur budgétaire imposé à l'hôpital avec une augmentation de 2,1 % inférieure à ce qui est simplement nécessaire pour reconduire l'existant, chiffré par la Cour des comptes à 4,4 %. Ainsi à partir de revendications catégorielles et sectorielles, s'effectue aujourd'hui une très large convergence autour d'une revendication d'actualité simple qui est la demande d'augmentation de l'ONDAM hospitalier de 5 % pour 2010. Il s'agit d'un préalable jugé incontournable avant de pouvoir discuter de toute éventuelle mesure de réorganisation.

Parmi les différentes actions proposées, une apparaît comme essentielle pour nous faire entendre. Il s'agit d'organiser

les délégations les plus larges possibles associant personnels soignants, médecins, citoyens auprès des parlementaires afin de les convaincre de refuser de voter la loi de finances de la sécurité sociale telle qu'elle est proposée actuellement par le gouvernement et de soutenir notre demande d'augmentation de 5 %.

Par ailleurs, la mobilisation locale avec des assemblées générales pluriprofessionnelles est indispensable pour préparer **la grande journée d'action du 14 novembre** qui a pour objectif de nous faire entendre au moment du vote de cette loi de finances de la sécurité sociale.

Médecins et personnels, nous sommes une force et nous pouvons gagner !

*Dr Christophe Prudhomme
Collectif médecins*

Fédération CGT de la santé et de l'action sociale

SOMMAIRE

- La problématique des urgences est celle de l'ensemble de notre système de santé **p.2-3**
- Crise hospitalière, démographie médicale en baisse, crise de la santé, remise en cause de la qualité des soins **p.4-5**
- Limites et effets pervers du virage ambulatoire. Les leçons de la sectorisation psychiatrique **p.6**
- « Prendre soin de ceux qui nous soignent » disait Marisol Touraine en 2016. Trois ans plus tard, nous en sommes loin. **p.7**

► La problématique des urgences est celle de l'ensemble de notre système de santé

Déjà confrontés à la crise démographique, les généralistes ont demandé en 2002 de supprimer l'obligation de la garde en ville. Les urgentistes avaient déjà tiré la sonnette d'alarme en indiquant au ministre de l'époque qu'en l'absence de solution alternative, les patients se rendraient massivement aux urgences. La vie leur a donné raison : 12 millions de passages aux urgences en 2002, plus de 22 millions aujourd'hui.



La question aujourd'hui n'est pas de se renvoyer la balle entre la ville et l'hôpital, mais bien d'envisager les transformations nécessaires de notre système de santé dans un contexte qui a évolué, avec le vieillissement de la population et la prépondérance des maladies chroniques.

Premier élément, **la démographie**. Au-delà du nombre insuffisant de médecins formés ces dernières décennies, **la proportion de généralistes par rapport aux spécialistes** est un problème de fond. Un éditorial récent du JAMA préconise une proportion de 2/3 de généralistes pour 1/3 de spécialistes, en soulignant l'importance du retour de la médecine polyvalente à l'hôpital. L'enjeu pour l'hôpital est effectivement de prendre en compte le fait que les patients qui ont besoin d'être hospitalisés – notamment en passant par les urgences – sont des patients de plus de 50 ans polypathologiques qui ne trouvent plus leur place dans un hôpital balkanisé en services de

spécialités fonctionnant de plus en plus repliés sur eux-mêmes.

Second enjeu, l'aval. La focalisation sur le « mirage ambulatoire », imposée par les politiques libérales dans une visée strictement financière (avec les objectifs délirants de 70% d'ambulatoire, sans jamais poser la question du retour par les Urgences), a occulté le problème majeur d'évolution des besoins et de la nécessité du retour à une médecine globale prenant en compte à un même niveau le physique, le psychologique et le social. Combinée à la fermeture des hôpitaux de proximité jugés « peu rentables », **elle a surtout contribué à la dramatique insuffisance actuelle d'aval des urgences** (100.000 suppressions de lits en France dans les 10 dernières années !). En outre, l'agressivité des structures privées lucratives en chirurgie, et le désinvestissement progressif du secteur public des structures de soins de longue durée, accentuent encore cette problématique. Et

même les meilleurs « bed managers » sont bien incapables de trouver un lit dans un hôpital public exsangue et sursaturé.

Troisième question, celle de **l'attractivité des métiers hospitaliers** ; la dégradation des conditions de travail secondaire à l'augmentation de la productivité et du nombre de passages, la pénibilité (non reconnue) des rythmes des emplois postés, le faible niveau des salaires (celui des infirmières françaises est au 26e rang de l'Europe !), conduisent à un déficit de recrutement ou un turn-over majeur.

Face à ces enjeux, les mesurettees annoncées par Mme Buzyn sous la pression des luttes des soignants font pâle figure : ce n'est pas d'un SAMU-bis (le Service d'Accès aux Soins annoncé) dont nous avons besoin ; ce ne sont pas de 750 millions d'euros, pris dans la poche des autres services de l'hôpital, dont nous pouvons nous satisfaire ; ce n'est pas un ONDAM hospitalier de 2,1% (qui génère un déficit de 1,5 milliards d'euros chaque année pour l'hôpital) qui inversera la tendance.

La crise des Urgences est celle de tout le système de santé : Il y a donc besoin d'une **transformation structurelle de l'hôpital**, qui devra être accompagnée d'une modification radicale du mode de financement. En effet la T2A avec sa logique productiviste n'était déjà pas adaptée à la médecine technicienne, elle l'est encore moins pour les malades du 21e siècle. Il est nécessaire d'envisager une logique populationnelle, prenant en compte les spécificités des établissements dans leur environnement.

Enfin, en ce qui concerne la médecine de ville, la nécessité d'évolution radicale est urgente. Les principes de la médecine libérale datant du début du 20e siècle reposant sur ses deux piliers que sont la liberté d'installation et la rémunération à l'acte ne permettent plus de répondre ni aux besoins de la population, ni aux aspirations de la nouvelle génération de médecins. Face à la dégradation du système, l'exaspération des citoyens est forte et se traduit par une demande par près de 80 % d'entre eux d'une régulation autoritaire de l'installation des médecins, tant en ville qu'à l'hôpital. En effet, pour la ville les mesures incitatives mises en place depuis plus de 20 ans se sont avérées des échecs et les fermetures de services, voire d'établissements, imposées par les ARS, sous couvert d'un soi-

disant manque de médecins provoquent des réactions très virulentes.

Il est donc important que nous médecins prenions ces réalités en compte pour avancer des propositions permettant de répondre aux besoins de la population tout en respectant nos intérêts collectifs et particuliers.

Depuis longtemps, la CGT avance des propositions qui semblaient irréalistes il y a quelques années et qui petit à petit s'imposent dans le débat.

Il faut effectivement **modifier le mode d'exercice et de rémunération des médecins**. L'exercice dans des structures collectives de type Centres de Santé en lien avec les hôpitaux, permettant en fonction des besoins un exercice mixte entre ville et hôpital, est une manière intelligente de réguler l'installation des médecins en implantant ces structures selon une logique d'aménagement du territoire. Ce mode d'exercice implique la fin de la rémunération à l'acte et le passage au salariat dans des structures qui peuvent être gérées par des institutions publiques/parapubliques ou par les professionnels eux-mêmes dans des structures coopératives sous convention avec le payeur, c'est-à-dire la Sécurité Sociale.

Dans ce nouvel environnement se pose la question du niveau des rémunérations. A nous de nous poser les vraies questions sur la hiérarchie de celles-ci. En effet dans le système actuel le différentiel de rémunération entre les différentes spécialités ne repose pas sur des critères objectifs prenant en compte les contraintes liées à l'exercice (lieu d'exercice, permanence des soins, particularités populationnelles, investissements sur des problématiques de recherche, de santé publique ou autre, etc.).

Dans le contexte de crise que nous connaissons, il serait mortifère de ne pas se poser ces questions et de se replier sur des enjeux catégoriels clivants. Nous sommes à un tournant dans l'évolution de notre système de santé qui connaît une crise sans précédent. Il n'existe que deux évolutions possibles : la bascule vers le système marchand à l'américaine géré par les assureurs et des investisseurs privés ou le développement d'un véritable service public de santé financé intégralement par un système de sécurité sociale solidaire. L'avenir dépend de notre capacité à nous mobiliser et à proposer des solutions.

➤ Crise hospitalière, démographie médicale en baisse, crise de la santé, remise en cause de la qualité des soins

Ce n'est pas par hasard que soignants et patients sont réunis depuis quelques semaines autour d'un même combat pour défendre l'hôpital public ; tous en effet expriment l'inadéquation de notre système de soins aux enjeux actuels de santé et mettent en avant la dégradation de la qualité des soins. Les personnes atteintes d'une pathologie chronique et /ou de polyopathologies le perçoivent tout au long de leur parcours. Avec la T2A dans les hôpitaux, ils sont devenus des pourvoyeurs d'actes. Les structures qui visaient à prendre en charge de façon globale leur pathologie en tenant compte des composantes psychosociales de leur individualité ont petit à petit été démantelées car jugées non rentables.

Du côté des patient.e.s...

Du dépistage à la prise en charge en passant par l'accès aux soins toutes ces étapes ont été impactées par la priorité économique imposée depuis plusieurs années et la crise démographique médicale programmée. Parallèlement la crise sociale s'est poursuivie aggravant la vulnérabilité et la souffrance des plus fragiles qui découvrent trop souvent à leur dépens quand ils cherchent en ville ou à l'hôpital une consultation que les règles du jeu ont changé sans qu'ils en soient informés.

Une patiente de 62 ans polyopathologique chronique habitant une commune du nord des Hauts de Seine me faisait part récemment de son désarroi : « *Mon médecin part à la retraite dans quelques mois, il ne sera pas remplacé, le service des urgences et des consultations non programmées de l'hôpital de ma ville a fermé. Que vais-je devenir ?* »

Trouver un médecin traitant est devenu dans certaines villes mission impossible, une consultation non programmée de même, un RDV par téléphone de plus en plus difficile (Internet oblige !), l'accès à des spécialités en secteur 1 relève de la performance. Si en plus vous ne parlez pas français, n'avez pas d'hébergement fixe, et êtes sans couverture sociale toutes ces difficultés sont majorées. La continuité des soins faute de professionnels ressources est remise en cause. Ainsi cet été une patiente enceinte de 5 mois et demie a été informée de sa séropositivité pour le VIH plus de deux mois après son dépistage du fait de la fermeture du laboratoire et du non remplacement du médecin de ville qui avait prescrit l'examen juste avant ses congés. Ce délai c'est un retard de la prise en charge spécifique de cette pathologie et de la prévention de la transmission mère-enfant pendant la grossesse, une perte de chance à la fois pour elle et pour son enfant.

Faute de trouver des ressources en ville les patients s'adressent aux urgences de l'hôpital pensant y trouver l'ensemble des compétences humaines et techniques pour diagnostiquer et résoudre leurs symptômes. Face à l'affluence, à l'augmentation de l'activité dans ces services la réponse ne peut être à la hauteur des besoins des malades. Si l'urgence vitale est rapidement prise en charge les autres pathologies y sont diversement traitées en fonction de la charge de travail, des compétences des soignants et de nombreux autres paramètres indépendants du patient sans compter ceux qui lui sont propres comme son état psychique et social. Un patient de 40 ans cadre dans une entreprise, fait un malaise le samedi dans un supermarché il consulte les urgences de l'hôpital de la ville où il faisait ses courses et explique qu'il est traité pour une infection VIH découverte il y a 9 mois. Il sort quelques heures plus tard avec le diagnostic de malaise vagal sans aucun examen complémentaire réalisé ni traitement. Le lundi il sera hospitalisé en urgence dans l'hôpital où il est suivi habituellement à la demande de son médecin traitant pour une anémie sévère, révélant une maladie hématologique.

Il n'est pas rare que le profil psychologique et social de la personne qui consulte, avec la situation de tension dans laquelle se trouve l'hôpital, la surpopulation aux urgences et une diminution des lits d'accueil, soit un handicap qui favorise le retard de diagnostic et de prise en charge de maladies graves. Ainsi cette jeune femme de 36 ans qui mourra quelques mois après le diagnostic tardif d'un cancer de l'utérus après avoir consulté en ville et aux urgences à plusieurs reprises pour des douleurs atypiques. Ancienne toxicomane, ayant vécu une agression physique et des violences sexuelles dans l'enfance, elle était borderline comme avait dit le psychiatre, vivait seule et manifestait son anxiété par des propos agressifs, négociant les examens qui lui paraissaient douloureux.

Faute de place dans les hôpitaux, il est de plus en plus fréquent que des patients consultants aux urgences soient réorientés vers l'ambulatorio. Mais comment faire quand l'ambulatorio est défaillant et/ou que le patient n'a pas les capacités psychosociales d'organiser son parcours de soins ? On assiste alors à des situations ubuesques où la personne qui consulte aux urgences parce qu'elle ne peut s'orienter en ville est renvoyée vers la ville. Ce fut le cas de ce patient schizophrène tabagique actif inquiet, venu consulté pour une grosse adénopathie sous-mandibulaire à qui on donnera une ordonnance d'échographie pour la ville, dont il devait remettre par la suite le résultat à son médecin traitant. Oui mais voilà, il n'avait pas de médecin traitant et était incapable de prendre rendez-vous dans un cabinet de radiologie de ville...

Pour ces personnes atteintes de pathologies chroniques dont on connaît les liens étroits entre les différentes composantes de la souffrance somatique sociale et psychique, l'intérêt de la prise en charge globale n'est plus à démontrer et il fut un temps où un travail en équipe intégrant les différents professionnels de ces champs était un référentiel. Aujourd'hui cette prise en charge est remise en cause faute de moyens suffisants et au grand regret de tous : soignés et soignants.

Avec la suppression de postes, le non remplacement des congés de maladie et des congés de maternité, les contrats à durée déterminée, les salaires insuffisants non attractifs, les assistants sociaux sont non seulement devenus plus rares mais ont également vu leurs missions se réduire alors que les besoins sont plus importants. Personne, hormis les soignants impuissants, ne se soucie de cette femme d'origine subsaharienne sans ressource enceinte infectée par le VIH traitée et suivie à l'hôpital qui vit dans la rue avec un enfant de 3 ans, ni de cette autre dans la même situation qui vit seule à l'hôtel social avec un enfant de 5 ans malade et doit accoucher dans quelques semaines sans savoir à qui confier son aîné.

Et les soignant.e.s ?

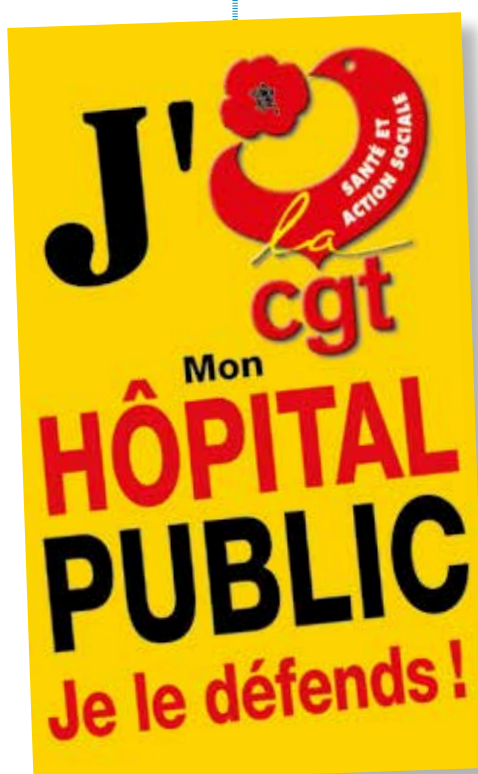
Du côté des soignants l'éventail des réactions à cette situation est vaste : du renoncement

qui conduit au départ d'un grand nombre, à la résistance qui produit mal-être et épuisement en passant par la résignation douloureuse, la culpabilité, jusqu'à la collaboration de certains d'entre nous. La pression administrative est forte, avec des réunions de pôles peuplées de tableaux Excel remplis de chiffres d'activité et d'évolutivité, où il n'est question que de performance, de recettes, de lits et d'actes mais pas de malades et de patients ni de projet de service et d'établissement. Le vocabulaire et ses acronymes servent d'appui : DMS (durée moyenne de séjour), TOC, (taux d'occupation des lits),... QVT (qualité de vie au travail), efficacité, bed-blocker...

Comment ne pas être contaminé quand on est un médecin responsable ? C'est ainsi que récemment une collègue professeur infectiologue déclarait au cours d'une réunion sur les moyens nécessaires à la prise en charge du VIH qu'elle ne débutait pas le traitement antiviral chez un patient infecté avec plus de 350 CD4 qui n'avait pas de couverture sociale tant qu'il n'avait pas l'Aide médicale. Ceci est totalement à l'encontre des recommandations actuelles qui préconisent un traitement immédiat bénéficiant à la fois au patient et à son entourage en diminuant le risque de transmission.

Jusqu'où accepterons-nous cette dégradation de la qualité des soins qui induit retard de diagnostic, difficultés d'accès, perte de chance, prise en charge inadaptée, alors que nous avons un savoir-faire que nous ne pouvons mettre en place faute de moyens...

A l'heure du choix éclairé du patient, il n'est plus possible de taire ces dysfonctionnements. Sans valorisation de la prise en charge globale, du travail en équipe et en partenariat ville-hôpital et non des actes, il ne sera pas possible de construire un parcours personnalisé de soins de même qualité pour tous.



► Limites et effets pervers du virage ambulatoire Les leçons de la sectorisation psychiatrique

Le virage ambulatoire présenté comme la révolution salvatrice de notre système de santé est plutôt comme dit Frederic PIERRU, sociologue spécialiste de la santé, un « mirage ambulatoire ».

En psychiatrie les soins extrahospitaliers ont déjà été mis en place dans les années 1970-1980 en psychiatrie, articulés autour des structures intermédiaires, lieux d'accueils à temps partiel et le CMP (Centre médicopsychologique), véritable centre du secteur, lieu de l'équipe pluridisciplinaire.

Cette organisation a permis d'allier les dimensions médicales, psychologique et sociale. Alors qu'on nous vante le passage à l'ambulatoire, c'est cette organisation de la psychiatrie qui est attaquée aujourd'hui tant sur l'intrahospitalier que sur l'extrahospitalier.

Si sous le nom de secteur, la psychiatrie a inventé l'ambulatoire, ce que nos politiques mettent derrière ce terme est totalement différent voire opposé.

Les structures de secteurs pour ce qu'il en reste, sont restées des structures publiques (qui plus est) dans le cadre d'un budget global assurant la gratuité des soins.

Ce serait certes l'intérêt du patient d'avoir moins recours à l'hospitalisation, mais personne n'est dupe que l'objectif est de réduire les coûts.

Une véritable politique de soins ambulatoires supposerait de développer des soins de proximité alors qu'au contraire on ferme les hôpitaux locaux sur lesquels ceux-ci pourraient s'adosser.

Comment feront les patients quand ils devront faire 50 kms aller-retour dans la journée ou plus pour se faire soigner ?

Les hôtels hospitaliers vont-ils y répondre et avec quels surcoûts pour les patients et leurs familles ?

Les soins de proximité lucratifs vont être réservés aux seuls libéraux. C'est la privatisation de notre service de santé que sert ce virage ambulatoire.

Le secteur avait pour but de réintroduire la vie sociale du patient dans le soin. Ce que sous-tend le virage à l'ambulatoire c'est de limiter le soin à sa dimension purement technique.

Ce n'est donc pas du tout la politique de secteur qui inspire ce virage ambulatoire. On peut craindre au contraire que la psychiatrie en fasse aussi les frais. Ainsi les deux députées, Martine WONNER et Caroline FIAT, proposent dans leur

rapport récent de redéployer 80 % du personnel de l'hôpital psychiatrique sur l'ambulatoire d'ici 2030. Le passage forcé à « l'ambulatoire » est l'accompagnement de la casse du service public hospitalier, déjà en grande souffrance.

Si une leçon de la psychiatrie doit servir, c'est de ne pas utiliser les moyens de l'hôpital pour financer l'extrahospitalier. Cette politique consiste à détruire aujourd'hui pour espérer construire autre chose en alternative. En psychiatrie cet espoir n'a pas été tenu. Les moyens dégagés par la fermeture de lits dans le cadre de la déchronicisation ont été supprimés et non redistribués sur l'extrahospitalier. C'est ce qui explique l'état déplorable de la psychiatrie publique que dénoncent les deux députées qui proposent néanmoins de refaire la même chose.

Notre système est fondé sur un service public hospitalocentrique et sur une médecine de ville exclusivement libérale, la politique engagée ne peut qu'accentuer ce clivage et aggraver les inégalités.

Ce serait une toute autre manière de voir que de proposer, comme le fait la CGT, des centres de santé publics en lien avec l'hôpital, c'est à dire créer un véritable service public de santé de ville et de proximité qui constituerait une réponse véritable à la désertification médicale, tenant compte des besoins de la population et permettant de dépasser le clivage ville-hôpital. C'est déjà le cas avec les centres municipaux de santé, lieux précieux de soins pluridisciplinaires articulés avec les différents intervenants ambulatoires de proximité.

Au-delà des problèmes d'organisation se pose la question de notre conception du soin. La médecine de demain devra-t-elle se limiter à des actes techniques oubliant les besoins psychiques et sociaux du patient ? L'ambulatoire ainsi pensé est curieusement unijambiste, en lien avec une conception hôtelière de l'hospitalisation. A cette vision marchande nous opposons l'hospitalisation basée sur l'hospitalité.

L'accueil et l'hospitalité (bien mis à mal dans l'idéologie du temps) sont au cœur de la politique de secteur, comme ils devraient être aujourd'hui au cœur de la refonte de notre service public de santé. L'histoire de la psychiatrie nous a appris qu'il n'est pas possible d'humaniser l'hôpital en l'opposant à l'extrahospitalier mais en développant mieux leur hospitalité.

► « Prendre soin de ceux qui nous soignent » disait Marisol Touraine en 2016. Trois ans plus tard, nous en sommes loin.

Les soignant.e.s, quel que soit leur grade, n'exercent pas un métier comme un autre, tous les jours confronté.e.s à la maladie, la souffrance, parfois la mort, sans parler de la pénibilité inhérente aux horaires décalés et au travail de nuit. Un métier qui ne peut s'exercer sans empathie et un minimum de don de soi. Les gens qui le choisissent ne le font en général pas par hasard car ils sont habités de valeurs et ils ne le font pas pour le salaire.

En tant que médecin du travail, assister sans être entendue, à l'expression de plus en plus grande de la souffrance au travail de cette catégorie professionnelle est particulièrement choquant.

En témoigne cette augmentation considérable des visites médicales à la demande et des visites de reprise après arrêts maladie qui se multiplient. Il n'y a pas une journée où nous ne recevons pas les témoignages suivants :

- « **On n'a plus le temps de se poser 5 mn pour discuter des patients** »,
- « **On n'a même plus le temps la nuit de répondre aux sonnettes des patients qui pleurent et on nous encourage même à ne pas y répondre** »,
- « **Très souvent, je n'ai pas le temps de déjeuner, parfois même d'aller aux toilettes** »,
- « **Je viens travailler la boule au ventre** »
- « **On est en sous effectifs tous les jours** »
- « **On est agressé à cause des délais d'attente parce qu'on n'est pas assez nombreux** »
- « **On est baladé partout, on nous demande d'être polyvalents** »
- « **La solidarité disparaît** »,
- « **Jamais je n'aurais imaginé un jour songer à quitter l'hôpital** »...
etc.

A ces situations qui se chronicisent, s'ajoute un sentiment de non reconnaissance, de manque de soutien, d'inquiétude pour l'avenir de l'hôpital et de son propre emploi. Tout cela favorise l'altération de la santé mentale et s'accompagne d'une somatisation générant l'apparition de stress chronique, de troubles du sommeil, d'anxiété-dépression, d'addictions, de syndromes

métaboliques avec prise de poids, hypertension artérielle, hyperglycémie etc., conduisant à une augmentation des arrêts de travail et des AT, un turn-over de plus en plus important et le recours à l'intérim massif.

Les index des risques psycho-sociaux sont tous au rouge !

Face à cela, les directions ont mis en place des comités de pilotage des risques psychosociaux (COPIL RPS), emplaçant censé gérer les effets de la pénurie organisée (*lean management* qui ne dit son nom), alors que le troisième plan de santé au travail (PST3) préconisait déjà de mettre l'accent sur la prévention primaire.

Cela aurait dû se traduire par le recrutement d'effectifs supplémentaires, y compris de médecins du travail qui le préconisent partout où ils font les constats ci-dessus. Car l'un des premiers actes efficaces de prévention primaire consiste à avoir au moins un médecin du travail en mesure d'accomplir sa tâche (quotas non respectés). En effet, son indépendance, son rôle et ses missions inscrites dans la loi obligent tout employeur à faire appel à ses conseils à plus d'un titre, notamment concernant les réorganisations du travail.

Depuis 2 ans, les méfaits de la loi EL Khomry servent à justifier la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de pratiques illégales, confiant notamment les missions des médecins du travail à des infirmières, seules et sans pouvoir juridique opposable. Là aussi, on n'embauche pas ou pas assez. Sur certains hôpitaux, on ne remplace plus les départs à la retraite. Rien n'est fait non plus pour retenir ceux qui s'accrochent et demandent du soutien.

Tout cela est à l'image du niveau de considération et d'empathie mis en œuvre par l'institution pour tous les personnels hospitaliers.

Une médecin du travail atterrée parmi d'autres.



Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite prendre contact et/ou adhérer à la CGT.

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
E-mail :

Retrouvez toute l'actualité fédérale sur

www.sante.cgt.fr