

*« 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 (PU-PH) 50 % de mon traitement relève du Ministère de la Santé et 50% de celui du Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche. Le service dont je suis responsable, 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-vingt personnels paramédicaux : cadres infirmiers, infirmières et puéricultrices, aides-soignantes et auxiliaires de puériculture, secrétaires. A 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 « rabeté » ces dernières années car nous jouissons toujours d’une grande autonomie. Nombre de mes collègues ont eu 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. A 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. A 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 exercer 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. A 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 d'aval de 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 Ile de France. Vingt-cinq bébés franciliens, atteints de bronchiolite aigüe ont dû être transportés à Caen, Rouen,

Amiens, Reims. Notre service était complet non que l'état de santé de certains enfants aient 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 particulièrement 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 assurons 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, comme de très nombreux autres 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 brutal était donc de « maintenir l'activité de réanimation pédiatrique »... alors que tous les services d'Ile-de-France étaient quasiment vides. Ceci était donc

totallement faux et purement un choix politique. J'ai alors écrit personnellement à tous les plus hauts responsables sanitaires et politiques d'Ile-de-France pour expliquer cette situation dramatique et ces choix non justifiés : je n'ai à ce jour reçu aucune réponse, ni des haut-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'Ecole Nationale de Santé Publique est en train de faire 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 socioéconomique 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, loin 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. Puis 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 des 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

désaffectation 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 ?

Entretien réalisé le 13 février, mis en mots par François