

# Soigner ou additionner des séjours ?

J'avais déjà une formation politique. J'ai vu venir cette crise à partir de la loi hôpital, patient santé et territoires (HPST) qui avait mobilisé des soignants et des médecins pour la première fois. On sentait bien qu'on allait nous demander de produire des actes. La loi est passée, ça a commencé.

Entretien avec Agnès Hartemann

Chef du service Diabétologie, Pitié-Salpêtrière

Propos recueillis par Françoise Acker, Philippe Lorrain et Anne Perraut Soliveres

**Agnès Hartemann :** À l'hôpital, il est assez noble de dire qu'on défend la qualité des soins, mais je pense que le cœur du métier passe par construire une équipe à partir d'un projet, de bien s'entendre et de bien s'occuper des gens. On est contents d'arriver le matin, quand tout fonctionne bien. Il y a une ambiance familiale, qui repose sur la transmission d'expertises des anciens aux nouveaux, le partage des émotions autour des patients, le soutien mutuel, le partage des rôles, des moments conviviaux – et, il faut bien le dire, la survivance d'un paternalisme hiérarchique – qui rendent le métier satisfaisant et les gens plutôt heureux. Ce qui a été le plus dur, c'est de perdre ça.

Pour moi, ça s'est fait assez brutalement, la direction de l'hôpital a organisé un déménagement dans un bâtiment neuf et nous a demandé d'écrire un beau projet médical. On avait regroupé la diabétologie, l'endocrinologie, la nutrition, on nous disait : « Vous allez travailler tous ensemble dans des locaux neufs. » Dans les hôpitaux, on a toujours travaillé ensemble. Il y a tout un langage qui est apparu comme : « parcours patient ». En fait, on n'avait pas besoin de tarification à l'activité pour construire des filières entre les services et orienter les patients où ils avaient besoin. Les équipes mettaient en place des parcours utiles pour les patients, en se rencontrant et en les organisant autour du soin. Par exemple, un patient fait un infarctus, on découvre qu'il est diabétique en USIC – urgences et soins intensifs de cardiologie –, les cardiologues faxent une demande en diabétologie pour qu'on propose de l'éducation thérapeutique à ce patient. Vu par la direction administrative, un « parcours patient » est un prétexte à regrouper des équipes dans des pôles administratifs, à rendre ubiquitaire une infirmière en lui disant : « Suivez le parcours de votre patient : travaillez en diabétologie et en cardiologie ! ». Or, on nous rassemble dans un bâtiment pour qu'on construise des *parcours patients*... On nous a fait écrire un projet médical, il y a environ sept ans, et à chaque fois qu'on écrivait une ligne, on se demandait comment ils allaient procéder pour faire

des économies de personnel, car on sentait bien que c'était leur unique but. Donc, à chaque ligne on écrivait : « On pourra faire ça, à condition qu'on ait des infirmières en nombre, des aides-soignants... » En fait, ça ne nous a protégés en rien, ils nous ont fait déménager pendant les vacances de Noël, et le personnel a été prévenu au dernier moment. On leur a demandé de choisir un étage d'activités mutualisées entre plusieurs équipes, c'est-à-dire qu'on a cassé des « familles », en prévenant juste avant les fêtes. À peine arrivés dans ce bâtiment, tout le monde a fait une grosse déprime, moi j'ai vu partir cinq infirmières dans les autres étages et on s'est subitement trouvés en grand manque de personnel et surtout en rupture de ce lien affectif dans l'équipe. Petit à petit, tout est devenu très difficile parce qu'on s'est retrouvés avec un tiers de personnel en moins. La direction nous disait, c'est normal, un déménagement, on met deux ans à s'en remettre, mais il n'y avait pas que le déménagement. Le personnel a commencé à faire une pétition, on a réussi à empêcher Martin Hirsch de venir inaugurer le bâtiment. Dans mon équipe, telle que je l'avais construite et conçue, le personnel est parti, certains en retraite, sans pot de départ, aigris, frustrés, c'était vraiment très difficile humainement. Toutes les personnes qui avaient connu le monde d'avant étaient en souffrance, et j'avais beau faire des réunions d'équipes, c'était le bureau des pleurs... Je me sentais très démunie, car la direction n'accordait aucune création de poste. On a découvert une direction administrative toute-puissante. Petit à petit, les gens sont partis et quand il s'est agi de reconstruire une équipe, je me suis aperçue que je ne me comportais pas tout à fait comme d'autres chefs de service, car je me préoccupais avant tout des conditions de travail. Si la charge en soin est trop lourde, je trie les patients – problème éthique s'il en est –, je fais attention à ne pas faire trop d'entrants le même jour, car si l'infirmière est seule pour treize lits, elle ne pourra pas faire tous les bilans. Donc la charge en soins est devenue une priorité et quand j'interpellais certains collègues de

l'hôpital, ils me répondaient qu'ils donnaient la priorité à « faire des séjours », à faire rentrer des patients. Cela me semblait bizarre de réagir comme ça. En fait, j'ai réussi à rétablir une vraie ambiance d'équipe, les gens sont restés et sont encore là, mais au prix d'un choix qui pose un problème éthique. Par exemple, si je refuse cinq entrants dans la salle, il ne faut pas qu'il y ait cinq sortants, car les lits vides vont être remplis par des gens qui attendent aux urgences sur un brancard... On est vraiment dans un système devenu fou car il y a des gens qui pourraient entrer, d'autres sortir, mais on n'a pas le personnel suffisant pour cela... On est amenés à faire des choix. J'ai même été chef de pôle, je me demande pourquoi j'ai accepté... J'assistais à des réunions où je sentais bien que ce n'étaient pas mes valeurs, j'intervenais de temps en temps mais pas trop, car si on ne va pas dans le sens de la direction, on craint que la prochaine infirmière qui partira en retraite dans son service ne soit pas remplacée... On est tout le temps coincés et je gérais cette espèce de stress tout en le partageant avec les collègues... Avant d'entrer en réunion, comme à l'école, on se demandait qui allait se faire taper sur les doigts... « Pourvu que ce ne soit pas moi... ». En septembre, quand on a appris que le ministre avait accordé aux urgences, en grève depuis six mois, un budget qu'il prendrait sur le reste de l'hôpital, un chef de service du listing mail d'André Grimaldi a dit : « Mais qu'est-ce que vous attendez pour bouger ? » Finalement, Grimaldi a proposé de bouger, deux ou trois collègues et moi avons suivi, et là, c'est parti... Pourquoi là, c'est assez mystérieux. Le Collectif inter-hôpitaux s'est mis en place et le mouvement est né comme ça...

**Pratiques :** À Toulouse, plusieurs chefs de service de pédiatrie avaient démissionné au mois de novembre 2019, donc ça s'est fait un peu partout en France.

Oui, ils ont démissionné avant nous, il y avait des petits îlots qui commençaient à bouger.

**Ça bougeait aussi en psychiatrie, dans les services d'urgences.**

En fait, ça fait du bien parce que c'est collectif, qu'on a commencé à parler. D'ailleurs, les directions commencent à nous parler autrement, ça a vraiment changé les rapports, bien qu'on n'ait rien obtenu... On sait bien qu'elles ne font qu'exécuter les consignes qu'elles reçoivent... Le fait que ce mouvement soit très médiatisé, plus les démissions, les vidéos, ça les a quand même un peu secoués...

Depuis plusieurs décennies, les approches économiques, financières, gestionnaires ont pris du poids dans la gouvernance de l'hôpital. Médecins et soignants doivent renseigner des outils destinés à rendre compte de leur activité et permettent ainsi aux direc-

tions d'encadrer leur travail par des contraintes économiques. Par exemple avec le projet de médicalisation du système d'information (PMSI), en 1983, puis la tarification à l'activité (T2A), en 2004.

Depuis que j'adapte la charge en soin au personnel présent, donc que je rends le travail possible dans une bonne ambiance, on voit que les administratifs et les soignants sont dans deux mondes totalement séparés. Ils ne viennent jamais dans les services et donnent des objectifs de séjours avec des tarifs. Finalement, quand on travaille avec les moyens qu'on a, c'est sur les patients que ça retombe, car ils ne peuvent pas rentrer. Mais à partir du moment où on préserve son service de l'influence des tarifs, sans maltraiter le personnel, ça va. D'ailleurs, mon équipe médicale, depuis trois ou quatre ans, me disait : « On a de la chance parce que tu nous preserves », alors que leurs collègues se plaignaient que d'autres chefs de service faisaient retomber sur eux le stress des injonctions tarifaires. Ils ont rogné sur tout ce qu'ils pouvaient, le chevauchement des équipes infirmières s'est réduit à quinze minutes, mais à partir du moment où on est solidaires, on peut soigner les gens à peu près correctement. Dans mon service, on est très attentifs à la relation de soin, à ce que tout le monde parle correctement au patient, il y a beaucoup d'écoute, beaucoup d'échanges et tout le monde s'y retrouve. Du coup, le travail a encore du sens, quand on arrive à travailler comme ça.

Donc on se bat pour qu'on nous redonne des moyens, pour que les conditions de travail s'améliorent. On courbe le dos, mais ils n'ont pas réussi à nous écraser complètement. Sinon, tout le monde partirait. Les postes vacants, dont on parle beaucoup en ce moment à l'hôpital, ont deux sortes de raisons. Il y a les services en grande souffrance, là où le travail a perdu son sens, où la charge de travail est trop lourde et où on ne peut plus faire son métier correctement. Mais, par exemple, il y a deux personnes dans mon équipe qui vont partir à cause des salaires. L'une va partir faire des vaccins du matin au soir dans un aéroport. Elle dit : « C'est terrible parce que mon travail va perdre son sens, mais je serai payée 300 € de plus par mois et je ferai des horaires fixes » et l'autre, qui s'est rapprochée de chez elle parce qu'elle avait deux heures de transport, s'est installée dans un labo en disant : « Je vais m'ennuyer à mourir à faire des prises de sang toute la journée, mais je vais être mieux payée et je serai près de chez moi. » Donc, actuellement, il y a celles qui s'en vont car leur travail a perdu son sens, et dans les endroits où il en a encore, elles s'en vont pour des raisons matérielles.

**Comment peut-on rendre le travail plus gratifiant ?**

C'est la bienveillance vis-à-vis des patients qui fait que les gens sont heureux et aussi la bienveillance entre les membres de l'équipe. Et là, ça fonctionne.

Il y a aussi quelque chose par rapport aux temps de croisement. Les personnels qui étaient là et qui ont connu « avant » ont beaucoup souffert de cette réduction des transmissions, alors que les jeunes qui arrivent sont adaptés à des temps de croisement très courts. Ils courent beaucoup, mais ils ne savent même pas que cela pourrait être autrement. Ils sont complètement formatés à ça. C'est la bienveillance qui fait que ça fonctionne encore. Le plus important, c'est de ne pas maltraiter les patients et ne pas se maltraiter entre nous. C'est la direction administrative qui est perçue comme maltraitante quand elle nous pousse à faire rentrer-sortir, rentrer-sortir les gens à toute vitesse. Dans mon service, on a beaucoup de demandes de médecins généralistes pour l'hôpital de jour, parce qu'on y fait de l'éducation à la diététique, au diabète. On sent que les médecins généralistes sont débordés et n'ont plus le temps de le faire. Mais pour que l'hôpital soit rémunéré, on est obligés de prescrire un doppler qui ne sert à rien pour le patient. Et ça, c'est consternant... On est dans quelque chose de complètement fou, je ne sais pas si économiquement cela tient la route... Il faut faire un *business plan* chaque fois qu'on envisage un projet médical pour voir si on est rentables.

Il y a une rébellion contre ça, un certain nombre de vos collègues qui n'ont pas d'analyse politique sont arrivés au même point. Pourquoi ?

C'est l'émotion qui l'a emporté, pas la raison. Le problème de l'hôpital, c'est que chacun est dans son service et défend sa famille et sa boutique. Donc ils nous isolaient, parce qu'ils nous comparaient. « Tiens, la diabète a fait - 5 séjours alors que l'endocrino en a fait + 4. Bravo l'endocrino ! » Des trucs complètement infantilissants. On était arrivés à saturation, on défendait des postes, et puis on s'est rendu compte qu'on se faisait complètement avoir et qu'on avait beau être de bons élèves de la T2A, on n'obtenait rien. On perdait en permanence, et là on s'est dit : je n'ai plus rien à perdre. Ils sont arrivés au bout du système, de toute façon, quoi que je fasse, je n'ai rien, donc arrêtons de nous soumettre !

Vous dites qu'il faudrait repartir du soin pour reconstruire l'hôpital. Dans les années quatre-vingt, on nous a dit que la santé est un secteur économique comme un autre.

C'est encore un secteur préservé, je pense. Ce qui le préserve et permet qu'on se batte quand même, c'est le système de Sécurité sociale. Ils ont cru pouvoir faire de l'hôpital une entreprise, ils auraient peut-être espéré que la Sécurité sociale disparaisse en même temps. Parce que finalement, ce qui a poussé le système à

l'absurde, c'est que l'ONDAM – Objectif national des dépenses d'assurance maladie –, qui est voté par le parlement chaque année, est fermé, on ne peut donc pas jouer le jeu de l'entreprise. Quelque part, cela nous a sauvés, puisque la Sécu, comme elle ne pouvait pas suivre, baissait les tarifs. Donc, chaque année, comme on avait augmenté l'activité, le directeur nous disait : « Il va falloir réaugmenter de 3 % l'activité, parce que les tarifs que nous donne la Sécu ont baissé. » Donc

...  
Et même les gestionnaires étaient consternés de voir ça, parce qu'ils ont compris que sans personnel, on ne pourra plus faire de soins et donc pas de chiffre.

c'est la Sécu qui démontre l'absurdité de la politique de l'hôpital-entreprise, alors que s'ils avaient lâché la bride aux assurances privées, chacun en serait de son porte-monnaie pour payer ses soins. Autrement dit, tant qu'on est encore dans un système de soins comme le nôtre, l'hôpital-entreprise ne peut pas prendre. Et ce qu'il s'est passé ces deux dernières années, qui a au fond précipité

la chute, c'est qu'au départ on arrivait à augmenter toujours plus l'activité dans les hôpitaux pour essayer de les maintenir à l'équilibre financier. Mais comme les personnels sont partis, depuis deux ans, en tout cas dans mon hôpital, on a vu apparaître des courbes complètement folles. Jusque-là, on voyait des courbes où l'activité augmentait et les dépenses diminuaient, ce qui voulait dire qu'on travaillait plus, bien qu'ils aient réussi à faire partir du personnel. Et puis l'activité s'est mise à chuter, les recettes également. Ils étaient en équilibre financier, mais sur des recettes complètement en chute. Et même les gestionnaires étaient consternés de voir ça, parce qu'ils ont compris que sans personnel, on ne pourra plus faire de soins et donc pas de chiffre. Maintenant, comme on a perdu du personnel, on ferme des lits et donc on ne peut plus faire tourner l'hôpital-entreprise. Et c'est ça qui depuis deux ans a précipité la chute. Techniquement, ils ont tué la poule aux œufs d'or ! Eux-mêmes !

Que se passe-t-il quand un chef de service fait grève, démissionne ?

En fait, on fait grève les jours de manifestations. Nous avons démissionné uniquement de nos fonctions administratives. Ça veut dire qu'on ne veut plus être en lien avec la direction. Finalement, on a récupéré du temps pour le soin, pour l'enseignement. De temps en temps, je vais quand même dans certaines réunions, parce qu'il peut y avoir des projets intéressants. Si à l'ordre du jour il y a des questions de recettes, de séjours, je sors ou je ne viens pas. Comme en ce moment, ils sont quand même un peu mal, ils ne mettent plus trop ça à l'ordre du jour. On a même obtenu dans des réunions avec la direction de commencer par tout ce qui dysfonctionne et qu'on arrête de faire semblant que tout va bien. On leur dit : « Arrêtez de nous faire faire des projets alors qu'on n'a pas de moyens, donnez-nous d'abord le nombre de lits fermés dans

l'hôpital, le nombre de postes vacants, le nombre de demandes d'intérimaires que vous faites par mois... ». Cette démission administrative est un grand soulagement, on fait la grève du codage : on ne leur donne pas notre activité, on ne donne plus les factures. On est à l'hôpital pour soigner des patients et pas pour faire du chiffre.

La seule chose intéressante qu'ait apportée la T2A, c'est de nous pousser à réfléchir à la durée de séjour. Eux, c'est pour une raison financière uniquement. Quand on a un peu d'expérience, on remarque bien à l'hôpital que cela ne gêne pas les jeunes que le patient attende une IRM pendant trois jours dans une chambre d'hôpital. Moi je continue à interpellier les équipes : ce serait peut-être plus sympa que la personne rentre chez elle, qu'elle revienne dans quatre jours, car ils sont quand même mieux chez eux qu'à l'hôpital. La période où le patron faisait la grande visite le vendredi, on évitait que le patient ne sorte avant. Ces pratiques n'étaient pas très soucieuses du patient ni du budget. Il faudrait réfléchir autrement à la durée du séjour. Il y a des patients qui disent : « Moi je suis très mal chez moi, je préfère attendre ici, avoir tout fini avant de partir ». Mais ça oblige à s'adapter à chaque patient, l'hôpital ce n'est pas le lieu idéal pour tout le monde. On doit se poser la question du juste soin. Par exemple, quand on nous envoie des patients avec un diabète très déséquilibré, il y a des médecins généralistes qui ne savent pas encore gérer l'insuline, ou n'ont plus le temps de le faire, la T2A nous pousse à les hospitaliser. Cela coûte un argent fou à la Sécu et ce n'est pas forcément ce que souhaitent les patients. Alors évidemment, si l'hôpital pouvait offrir des plateaux ambulatoires avec des gens qui rentreraient chez eux, qui resteraient dans la vraie vie, cela serait beaucoup plus intéressant et avec un coût bien moindre pour la Sécurité sociale. On est dans ce paradoxe de faire dépenser de l'argent à la Sécurité sociale pour des soins qu'on pourrait organiser complètement autrement.

#### On pourrait moduler selon les cas ?

Oui, mais on n'a pas cette possibilité avec la T2A. Pour être rentable, il faut au moins deux nuits d'hospitalisation, mais pas cinq, alors qu'avant on ne se posait pas la question. Les gens voulaient rester pour des raisons psychosociales ou autres, on les gardait, et ceux qui voulaient partir partaient. Cette modulation n'est plus possible. Dans l'unité où parfois on annonce aux gens que, malheureusement, ils vont être amputés d'une partie du pied, ils ont besoin d'encaisser les mauvaises nouvelles, il faut qu'ils réfléchissent, qu'ils en parlent et ils n'ont pas envie de rentrer chez eux dans cet état-là. C'est toute cette prise en compte des états d'âme, normale dans le soin, qui ne rapporte plus rien. Il n'y a aucune souplesse possible et on se dit c'est un « *bed blocker* ». Pour l'hôpital de jour, la Sécurité sociale croit bien faire en exigeant qu'il y ait

au moins deux examens, en disant : on paye ça à l'hôpital, il faut quand même qu'il y ait des choses qui soient faites, et du coup on peut être amenés à faire des actes inutiles.

#### Les jeunes médecins ne veulent plus travailler autant d'heures que leurs aînés.

C'est une profession très féminine, l'endocrinologie. Avant, on faisait un peu rêver les jeunes à l'hôpital, c'était le prestige de faire une carrière universitaire, mais c'était un parcours du combattant. Une fois que tu avais tes titres, c'était plutôt un métier sympa. Tu travaillais beaucoup, mais tu avais l'air épanoui. Or, quand ils font leurs stages dans les hôpitaux, on ne parle plus qu'organisation des soins, comment on fait pendant les vacances pour maintenir tout ouvert... On n'a plus trop de projets médicaux et je crois qu'ils perçoivent ce stress permanent qu'on a à l'hôpital, qui ne leur donne pas du tout envie de rester. Et, en plus, on leur raconte qu'à l'extérieur, dans le privé, ils vont être mieux payés. Ils se font des illusions. Je vois plutôt pas mal de jeunes qui veulent s'installer ensemble, pas trop travailler, avoir du temps libre. Ils se projettent aussi dans le fait qu'ils ne vont pas avoir de retraite, donc il faut en profiter dès maintenant. Ce sont les mêmes préoccupations que le reste de la jeunesse. L'hôpital ne les fait plus rêver

La direction s'étonne que j'arrive à garder mon équipe, les cadres me disent que je suis bien organisée. C'est vrai, c'est très bien organisé mais, en fait, c'est parce qu'on préserve les conditions de travail, l'histoire de la charge en soins, c'est le critère principal, et là les gens ont l'air plutôt épanouis. Mais les infirmières partent quand même pour des raisons de salaire...

#### Est-ce que les jeunes médecins peuvent encore faire de la clinique ?

Oui, heureusement, les bons médecins sont toujours ceux qui examinent, qui interrogent leurs patients et qui leur font les examens adaptés. Je ne peux pas dire si l'expertise s'est dégradée ou pas, mais c'est sûr qu'ils passent un temps fou à chercher des lits. Et puis, il y a un glissement de tâches, ce sont eux qui tapent tous les comptes rendus, ils rentrent les données biologiques, il n'y a plus de secrétaire. Les internes vont voir les patients, mais passent la majorité de leur temps devant l'ordinateur. Je pense que le temps passé avec le patient a nettement diminué à cause de ça.

La crise sanitaire actuelle, où on nous donne enfin les moyens de soigner correctement les patients « qu'il en coûte », nous montre ce que pourrait être l'hôpital de demain : une organisation efficace parce qu'elle part du terrain, des équipes soudées autour d'une mission qui reprend du sens parce qu'on a les moyens de la mener. ✍