

Atelier collectifs de soin et gouvernance démocratique

Entretien avec Frédérick Stambach, médecin généraliste, Ambazac, Haute-Vienne – 15/7/2020

Je suis médecin généraliste dans un petit groupe médical. J'exerce en campagne, dans le Limousin à Ambazac en Haute-Vienne. C'est une petite ville de 5 à 6000 habitants mais c'est conséquent pour le Limousin. Ça me permet d'avoir une activité de campagne mais il existe aussi de petits HLM avec toutes les problématiques sociales qui y sont souvent liées, comme en ville. J'ai donc une activité assez mixte contrairement à la campagne ou la ville pure. Ça me permet d'avoir un panel large de patients : des patients ruraux purs, des patients issus des classes populaires, des classes intermédiaires, de la petite bourgeoisie locale et pas mal d'enseignants du primaire et du secondaire (il y a un collège à Ambazac). Chaque catégorie sociale a ses problématiques propres.

A côté de ma formation médicale classique, j'ai beaucoup travaillé sur les déterminants sociaux de la santé. Je dis à côté car cela ne fait malheureusement pas partie du cursus « normal ».

J'ai eu ma thèse en mai 2014, et je suis à mon compte depuis novembre 2014 mais ça faisait déjà un an que je travaillais là où j'exerce aujourd'hui, en libéral c'est-à-dire hors de l'hôpital. J'ai une fibre sociale assez marquée et j'ai toujours été étonné, lorsque je travaillais à l'hôpital, de voir que les problèmes sociaux sont prépondérants dans beaucoup de pathologies, au-delà des problèmes médicaux stricto sensu. Je me suis donc orienté vers l'épidémiologie et la sociologie notamment après avoir lu certains articles de Frédéric Pierru dans des revues spécialisées, qui m'ont fait me rendre compte que mon intuition était jetée d'une recherche académique active depuis plusieurs dizaines d'années, mais que toutes ces connaissances sont en fait étanches au monde médical clinique, donc du terrain. Ce qui laisse place à de nombreux préjugés délétères aux soins. Je me suis donc intéressé à tout cela, j'en ai fait un mémoire pour mon diplôme de médecine générale et j'ai publié un article de synthèse dans une revue médicale. Pour moi, quelque part, la médecine (en particulier la médecine générale) fait partie des sciences sociales, avec un fondement de « sciences dures » bien entendu mais les sciences humaines sont au moins aussi importantes que les bases scientifiques, ce qui signifie qu'il manque 50% de connaissances aux médecins, et aux soignants en général, sauf si ceux-ci se documentent en marge de leur formation.

J'aimerais beaucoup creuser ce sillon, faire des ponts entre toutes ces disciplines (sociologie, économie, anthropologie, médecine), et je pense que je

le ferai de façon plus académique lorsque je retrouverai un peu de marge de manœuvre, c'est à dire quand mes deux filles auront un peu grandi (la plus petite a 3 ans). Je vise certains diplômes universitaires, mais avec la charge de travail qui va croissant, la pénurie médicale, le temps est ce qu'il me manque le plus .

Le groupe médical où j'exerce est un groupe assez basique. On a chacun des parts. En gros, c'est comme si c'étaient 4 cabinets superposés, mais ça permet de mutualiser une secrétaire médicale correctement rémunérée plutôt de que d'avoir un secrétariat dématérialisé comme on en voit beaucoup maintenant. On mutualise du matériel et on peut tourner entre nous pour avoir chacun un jour de « repos » dans la semaine, c'est à dire un jour où nous ne consultons pas mais faisons souvent d'autres tâches que nous n'avons pas le temps de faire habituellement. Car lorsqu'on est seul ce n'est pas simple parce que, en principe, on ne doit pas fermer sans remplaçant ou sans solution pour les patients, nous avons une permanence de soins à assurer de 8h à 20h la semaine et de 8h à 12h le samedi. L'avantage du groupe, c'est de pouvoir s'appuyer sur un collègue pour prendre les urgences du jour, ou pour être sur place. Quand j'ai démarré, je n'avais pas la possibilité de faire une maison de santé et je n'étais pas sûr que ça m'intéresserait. Mais je vois bien aujourd'hui que ce sont des projets intéressants. Et les élus locaux sont actifs sur ces sujets.

Dans la crise du COVID, c'était curieux la façon dont les élus locaux ont été évincés. C'est pour moi, c'est révélateur de ce qu'est devenu notre État central, déconnecté des acteurs de terrain dont font partie les maires par exemple. Quand je suis allé les voir pour savoir ce qu'ils savaient de l'épidémie, et bien ils n'avaient aucune information de la préfecture ou des ARS. Ils étaient dans l'après élection (c'était le lendemain du 1er tour des municipales). C'était effrayant, ils étaient complètement mis de côté.

J'ai l'impression que c'est un problème plus profond. Je me souviens d'élus locaux UMP creusois qui étaient vent debout sous Sarkozy, donc j'ai l'impression que c'est quelque chose en place depuis plusieurs années. Les élus locaux voient les dégâts, ils doivent en répondre auprès des citoyens, ce qui n'est pas le cas des agences et des ministères qui sont complètement déconnectés. Les maires ont été obligés de se débrouiller, on l'a vu pendant la crise, alors qu'ils devraient être parties prenantes de l'offre de soin de santé, qu'ils sont des acteurs importants.

Par rapport à l'exercice de ville, la question de la permanence de soins se pose différemment. Et ici, en Haute-Vienne, on a une organisation originale pour les astreintes. Il y a beaucoup d'endroits où les médecins généralistes ne prennent plus de garde, en ville comme à la campagne du fait du manque d'effectif. Du coup les gens sont obligés d'aller aux urgences ou bien d'appeler

SOS Médecins pour ceux qui sont en ville ou à la périphérie des villes. Ici a été mis en place un système efficace pour les gardes : le département est découpé en 6 secteurs avec sur chacun d'eux, un médecin qui se déplace et un médecin qui peut voir les patient à son cabinet, moyennant une rémunération fixe d'astreinte pour chacun d'eux (comme les hospitaliers, même s'ils ne voient aucun patient ils touchent quand même leur astreinte). Dans la haute-vienne, nous avons une densité médicale un peu au-dessus de la démographie nationale, mais nous ne participons pas tous aux astreintes. Cependant, ça fonctionne bien et les régulateurs du 15 sont contents car ils ont les noms des collègues qu'ils peuvent appeler et ça évite des prises en charge aux urgences inutiles. C'était une organisation-test datant du début des années 2010, avec deux autres départements dont j'ai oublié le nom, l'idée était ensuite de généraliser ce système au niveau national si cela marchait. Mais comme toujours il s'agit d'une question de coûts, ils faut savoir si c'est rentable financièrement – c'est ce qui les intéresse. Payer des astreintes et des actes pour éviter des hospitalisations, est-ce que c'est plus cher ou pas ? En cas d'hospitalisation par le médecin de généraliste de garde, cela signifie qu'en plus du coût d'hospitalisation et de transport (qui aurait été le même si la régulation avait envoyé directement une ambulance au patient) il faut ajouter le coût de l'astreinte fixe et le coût de l'acte du médecin.

Je sais seulement que depuis qu'on est passés sous la coupe de Bordeaux au niveau de la grande région, notre système n'a pas l'air de bien leur plaire. Pour l'instant, en tous cas, on a un système qui fonctionne bien avec des gardes assurées. J'ai une amie urgentiste partie à Libourne, où il n'y pas de médecin généraliste de garde, qui me disait que si là-bas une personne a un problème nécessitant un examen médical, elle est obligée de la transférer aux urgences.

La régulation, c'est le 15, le SAMU : ce sont des professionnels qui prennent les appels et qui interrogent les personnes pour évaluer ce qu'il faut faire, s'ils auront besoin ou non d'être vus par un médecin ou d'être hospitalisés. A Libourne, la régulation n'a personne sur qui renvoyer le patient si elle considère que la personne en question devrait plutôt consulter un médecin généraliste. Alors que dans la majorité des cas, nous, on n'hospitalise pas les patients qui nous sont adressé par le 15. Au niveau de la régulation, je leur tire mon chapeau car ce n'est pas simple de faire une évaluation par téléphone sans clinique, ils se trompent rarement. Mais il y a des endroits où l'offre de soins est si dégradée que les collègues n'arrivent plus à assurer les astreintes. il m'est arrivé de sortir 3 ou 4 fois dans la nuit, c'est un peu raide et à partir d'un certain âge c'est plus dur mais cela fait partie du métier. C'est là que l'on voit que la démographie des soignants est probablement la question principale.

La crise COVID

Au début, je suivais comme tout le monde sans arriver à me faire une opinion claire sur le sujet. Ce qu'il faut savoir, c'est que les médecins n'avaient pas d'autres informations que ce qu'on trouvait dans les médias. On avait aucune information de l'ARS, nous ne savions pas si des cas étaient signalés dans la région. J'ai commencé à comprendre que c'était dangereux quelques jours avant le confinement, en regardant ce qui se passait en Italie. Juste après le premier tour des élections municipales, vu qu'on n'avait pas de tests ni de masques, il fallait que les gens restent chez eux. On a tout de suite imaginé qu'on allait devoir faire comme en Italie, avec des soins palliatifs à domicile. Le 16, j'ai donc demandé à voir le maire de ma ville. J'ai pu le faire parce qu'avec mes collègues médecins, on a tous coupé notre activité : il faut bien comprendre que notre problème, lié à celui de la démographie médicale en berne, est celui du temps disponible pour pouvoir échanger. L'ARS, de son côté, pense que si les médecins ne veulent pas se réunir et prendre une heure pour échanger entre collègues, c'est parce qu'ils ne sont pas payés. Mais non : c'est que nous n'avons pas une heure de disponible ! Comme on est en sous-effectif partout et qu'on est tous saturés, on a du mal, en pratique, à se parler. Or là, on a coupé nos activités non urgentes, en coordination avec les infirmiers et les autres professionnels. On a regardé ce qui était urgent ou pas et on a sélectionné, c'est ce qui nous a permis d'avoir du temps. Donc je suis allé voir le maire, je lui ai demandé ce qu'il avait comme information et il m'a confirmé que, comme nous d'ailleurs, il n'avait aucune information de l'ARS ou de la préfecture. La seule chose qu'il avait essayé de mettre en place avec d'autres maires alentour, c'était une permanence pour proposer une garde pour les soignants, ce qui était une super idée ; mais l'ARS a réagi dans un premier temps en leur disant de ne pas le faire avant de changer d'avis 24h plus tard.

Quoi qu'il en soit, le maire était encore plus à l'aveugle que nous sur la situation nationale. Nous avons échangé sur la situation et j'ai trouvé quelqu'un qui était soucieux de protéger la population locale, comme ses collègues alentour. Ils sortaient du 1er tour des municipales, nous voyons encore à quel point il était dangereux d'avoir maintenu ce premier tour et la responsabilité qu'a pris le gouvernement. Toute l'énergie des maires et de leurs équipes a été utilisée pour organiser l'élection alors que nous aurions pu l'utiliser pour mettre en place le confinement dès le samedi/dimanche plus sereinement.

En tout cas, l'équipe municipale voulait vraiment aider et les maires ont des moyens pour cela. Par exemple des agents municipaux ont assuré la prise en charge des courses pour les personnes isolées qui ne pouvaient plus aller faire leur course. On a aussi fait des listes de personnes fragiles et organisé des communications auprès d'elles pour qu'elles puissent appeler et être ravitaillées. Sans les mairies, je ne sais pas comment on aurait pu faire, le confinement généralisé aurait été impossible.

Nous nous sommes rendu compte aussi que sans une salle dédiée, ça allait être compliqué pour nous, médecins. Car notre objectif était de casser la chaîne de contamination. Nous ne savions pas encore que nous serions relativement préservés. Or, dans la chaîne de contamination, le cabinet médical est un point majeur : c'est ce qui fait qu'on a dû arrêter aussi nos consultations non-urgentes, parce qu'on mettait les gens en danger. Le maire nous a prêté une salle pour organiser des entrées et sorties différentes car ce n'était pas possible dans notre cabinet.

On a fait ça à 7 médecins ce qui a permis de mutualiser les moyens très faibles dont nous disposions (pas de possibilités de se ravitailler en masques, ou en gel hydro-alcoolique à ce moment). Ce sont les gens qui nous ont apporté leurs moyens, les masques qu'ils avaient, les blouses, etc. On s'est organisé avec les pharmacies aussi. Comme on avait du temps, on a pu se parler : les pharmacies centralisaient les dons et puis on partageait pour éviter qu'un seul ait tout. Et on pouvait ainsi se protéger au mieux pour aller chez les gens.

Les cantinières des services municipaux nous ont aussi aidés ; elles ont vidé leurs stocks et nous les ont donnés : des kits avec une charlotte pour la tête, des protections de chaussures, une blouse jetable et un masque chirurgical (non homologué). Ce qui nous a été hyper utile, ce sont les blouses : dans notre salle dédiée, on a pu faire des tests avec des kits que les laboratoires nous ont donné mais qui nécessitaient obligatoirement des blouses pour éviter de contaminer les patients. Puisqu'avec l'écouvillon dans le nez, un patient peut tousser ou éternuer et alors on pouvait contaminer à notre tour le patient suivant. Tout cela a pu se faire grâce à ce que nous ont donné les cantines. Des gens nous ont aussi apporté des visières de bricolage, etc. Il y a eu un grand élan de solidarité. Il y avait des patients qui m'appelaient pour me dire « j'ai trouvé 3 FFP2 dans mon garage, ça vous intéresse ? ».

Avec la salle dédiée l'idée était de casser la chaîne de contamination et cela a joué dans le fait que la région est restée relativement épargnée, car dans le département il y a eu plusieurs initiatives similaires. En bout de chaîne, cela a permis au service de réanimation du CHU de Limoges de pouvoir prendre en charge des patients d'autres régions. Ça aurait été difficile, sinon, d'organiser les transferts des patients.

J'ai dû en avoir une dizaine de cas je pense. La moitié a été confirmée par test. Mais on ne pouvait pas tester tout le monde à ce moment-là (mi-mars). Ces 10 cas, je les ai eus dans les 15 jours qui ont suivi les municipales. Et au bout de 15 jours, on a vu les cas s'effondrer. S'en est suivie une période très étrange, car on avait coupé nos activités classiques, les gens n'appelaient plus et on n'avait pas de cas. Il y a eu plusieurs semaines un peu irréelles où on a passé beaucoup de temps au téléphone et sans plus personne en consultation. Depuis fin mars, on n'a plus eu de cas du tout. Aucun cas positif même après le confinement malgré les tests massifs.

Les maires d'ici ont vraiment l'habitude de se débrouiller. C'est ce qu'ils m'ont dit au moment où il fallait rouvrir les écoles dans des conditions hallucinantes, ils ont l'habitude de se débrouiller et souvent sans soutien de – voire contre – l'État central. Ils sont souvent obligés de ruser avec les directives, qui sont souvent déconnectées des réalités locales. Quelque part, ils n'étaient pas tellement surpris, moi si par contre. Je pensais par exemple qu'il y aurait des affiches pour la population, puisque plein de gens sont sans Internet, mais rien n'a été donné aux maires, il leur a fallu se débrouiller seuls. C'était peut-être différent dans les grandes villes. A Limoges, l'ARS a voulu créer un grand espace de consultation dédié au COVID dans un gymnase, très bien : mais un mois après le début de la crise, le gymnase n'était toujours pas ouvert (et il ne le sera jamais puisqu'à partir de fin mars il n'y avait pratiquement plus de cas dans le département et il a été décidé de ne pas l'ouvrir). Du temps perdu, donc, et un côté un peu étonnant.

Chez nous, en 48h la salle était prête et nous commençons à consulter. A peu près 3 semaines après qu'on ait commencé, on a reçu de l'ARS via l'ordre des médecins, un rapport de 17 pages. On nous demandait des trucs complètement déconnectés : il fallait qu'on ait des protections bien spécifiques, une bouteille d'oxygène, un défibrillateur, voire un accueil... Ce qui était impossible pour nous. Et surtout, il fallait qu'une personne soit désignée comme responsable de centre et signe sur l'honneur qu'on respectait bien toutes ces obligations alors même que c'était infaisable ! Pour la petite histoire, ça faisait 3 semaines que je réclamais de mon côté une bouteille d'oxygène sans aucune possibilité de l'avoir, et là, ils voulaient nous l'imposer... Ce qu'ils voulaient, je pense, c'était surtout un responsable juridique. Pour se couvrir. Au lieu d'aider, ils nous plombent en faisant passer le message qu'en cas de procès, ils ne nous soutiendront pas, ce sera le responsable du centre (puis le directeur d'école lors de la rentrée scolaire) qui sera mis en cause...

Tous ces gens-là avaient disparu au début de la crise. Pendant plusieurs semaines on s'est débrouillés seuls. On a donc très mal vécu qu'ils arrivent

ainsi, après coup, pour nous demander en plus de désigner un responsable et de signer sur l'honneur. Donc on a fait une lettre signée par de nombreux généralistes, qui disait en substance « on s'est débrouillés depuis le départ, on a risqué notre santé par votre incapacité à prévoir, maintenant laissez-nous travailler ! ». Surtout que l'ARS et les autorités sanitaires avaient été incapables de mettre les choses en place sur Limoges. Certes, c'est bien d'avoir un protocole rigoureux, mais en situation de crise, il faut savoir s'adapter. En envoyant notre lettre à l'ARS, on a eu droit à un article dans le journal, à un passage au journal régional puis au journal national dans l'œil du 20h.

Le lendemain de mon passage au journal de 20h, le capitaine des pompiers de Limoges m'a appelé pour me dire qu'il avait du matériel (des bouteilles d'oxygène, défibrillateurs...) et que cela faisait un mois qu'il proposait à l'ARS de le distribuer aux généralistes, et qu'il se heurtait à un refus de leur part. Incompréhensible ! Du coup, avec notre coup de gueule, nous avons court-circuité l'ARS. Les pompiers nous ont prêté du matériel et nous en ont fourni ensuite pendant toute la crise. Au final, cette histoire nous a permis d'avoir tout le matériel qu'on voulait, grâce aux pompiers. Cela étant, on ne s'était pas caché et l'ARS aurait très bien pu nous appeler pour nous proposer la même chose, mais non, au lieu de cela, c'était le bâton administratif du « signez sur l'honneur » !

Après, il est vrai que l'ARS du Limousin a été dépossédée de ses moyens. C'est Bordeaux qui gère aujourd'hui. Et je reconnais que nous ne sommes pas allés à sa rencontre. En tant que médecins généralistes en « libéral », contrairement à l'hôpital, on a encore pour l'instant une certaine liberté pour s'organiser comme on veut, sans un trop grand poids hiérarchique sur nous. Notre contrôle vient surtout de la caisse de sécurité sociale, par le biais des médecins conseils. Ils ont une forme de supériorité juridique par rapport à nous, en particulier parce qu'ils peuvent casser nos arrêts de travail. S'ils cassent notre arrêt, on peut contester avec le patient mais on entre alors dans des procédures très compliquées et le patient n'a plus d'indemnités durant tout ce temps. L'ARS, on a peu de contact avec les personnes qui y travaillent. Pendant la crise, on a très peu échangé sauf par presse interposée. Ma position n'est pas anti-ARS, c'est juste que je trouve que leur fonctionnement ne va pas, ils sont imprégnés par la culture du New management public, comme tout ce qui est dans le giron de l'état. Mais d'un autre côté l'ARS n'est qu'une courroie de transmission. Quand vous n'avez pas de budget, pas de assez de soignants vous ne pouvez rien faire : c'est leur cas et on leur demande d'organiser l'offre de santé sur le territoire...

Pour ce qui me concerne, je ne pouvais pas supporter cette tutelle administrative à l'hôpital, c'est pour ça que je me suis installé ici en tant que médecin.

Je n'échappe pas à un réflexe de défiance vis-à-vis de l'administration centrale et d'une façon plus générale vis-à-vis des institutions étatiques. Spontanément, je ne les vois pas comme des partenaires, mais plus comme une instance de contrôle. Du coup je n'ai même pas eu l'idée de les contacter, ce qui m'apparaît, avec le recul, comme une nouvelle illustration de la rupture entre les citoyens et les institutions censées les « administrer ».

Il faut reconnaître que nous avons besoin d'administratif. Ce qui est embêtant, c'est quand l'administratif tourne en boucle tout seul et que les acteurs de terrains ne sont pas consultés, et surtout pas décisionnaires dans les grandes orientations du système de soins. Frédéric Pierru a publié des papiers sur la souffrance des gens qui travaillent dans ces administrations, qui s'y engagent dans un esprit de service public et qui au final, doivent fermer des lits et le vivent très mal. Je pense qu'il doit y avoir une adhésion à une autre gouvernance parmi ce personnel administratif. Ce qui est sûr c'est que quand on leur a envoyé notre lettre, avec l'écho médiatique associé, le directeur de l'ARS a répondu de façon assez penaude en fait. Il a répondu que le document n'avait aucune valeur obligatoire. Ils ont reculé car c'était intenable politiquement et médiatiquement à ce moment de la crise. Après, sur le plan juridique, je ne sais pas s'ils auraient pu réellement nous faire fermer. Mais en fait je les vois plus comme des boucs-émissaires, d'ailleurs le gouvernement commence à dire que ce sont les corps intermédiaires qui n'ont pas fait ce qu'il fallait, c'est à dire les ARS, l'état central ayant été comme chacun sait exemplaire. Alors, c'est vrai que dans le feu de la crise, ils nous ont agacé. Mais je pense que ce n'est pas en fermant les ARS qu'on va s'en sortir, le problème est ailleurs.

De mon point de vue, les responsables politiques savaient d'emblée que les ARS mises sur pied en 2009 avaient pour but de gérer la pénurie de moyens aggravées par la crise des subprimes de 2008. Ils n'avaient aucunement l'intention de s'attaquer aux causes de la pénurie, mais il fallait la gérer. Ils savaient que ça allait se crisper avec les soignants. D'ailleurs, dès le début de la crise sanitaire, l'une des premières réactions a été de geler les traités européens pour que la puissance publique puisse intervenir. En fait les problèmes majeurs sont dans la pénurie des soignants et dans le budget insuffisant.

Finalement, sur le terrain et de façon empirique nous avons réussi à ébaucher un embryon de ce que pourrait être une autre gouvernance, associant étroitement les élus locaux (représentant les citoyens) et les soignants du territoire. Plus réactive, plus centrée sur les besoins du terrain.

La tribune « Pouvoir sanitaire aux soignants et aux usagers! #SoignonsEnsemble »

La tribune qu'on a publiée avec Julien Vernaudo, gériatre hospitalier aux hospices civils de Lyon, est venue après. Notre idée était de partir du terrain, de voir ce qu'on avait vécu pendant la crise et de faire le lien avec les causes structurelles des difficultés de l'hôpital et des professionnels de santé. Avec la tribune, on cassait la séparation habituelle entre les hospitaliers et les libéraux. A mon avis, le « conflit » entre ces deux corps n'a plus lieu d'être mais pourtant, le clivage demeure. Le gouvernement en joue. Quand les urgences sont saturées, c'est toujours, pour lui, parce que les généralistes ne font pas leur travail. Il suffit de lire le dernier rapport Mesnier... Les syndicats de généralistes montent au front en criant au scandale, en disant « on fait tant d'actes, etc. » mais il faudrait prendre les choses autrement. D'ailleurs dans mon département on a le système d'astreintes que j'évoquais tout à l'heure, et pourtant les urgences sont saturées aussi, tout simplement parce que le problème est ailleurs : on manque de lits et de personnel à l'hôpital. Mais dire cela, ce serait admettre la nullité des politiques de santé mis en place depuis au moins 15ans, c'est donc plus simple de mettre les dysfonctionnements sur le dos des généralistes, cela dédouane les politiques et évite d'assumer des décisions pourtant désastreuses.

Le gouvernement joue là-dessus parce que tant qu'on se tire dans les pattes, on n'est pas trop dangereux. Quand il voit que l'alliance prend, ça l'inquiète. Pour nous, cette alliance est très prometteuse. Quand nous avons proposé la tribune, les gens ont signé assez massivement, médecins hospitaliers et libéraux, infirmiers, kinés, pharmaciens...

Cette tribune est un point de départ, j'espère. Sur le plan pratique, j'ai toujours rêvé de faire des réunions régulières avec les professionnels du soin de ma région. L'idée, c'est qu'on a tous partie liée notamment hospitaliers et libéraux. Pas seulement au niveau des médecins, qui ont une certaine tendance, c'est vrai, à considérer que c'est à eux de décider de tout – ce n'est pas notre position.

L'originalité de notre tribune est dans ces deux dimensions : une ouverture aux soignants de terrain qui permet de décroiser la rivalité habituelle entre hospitaliers et non hospitaliers et une démarche citoyenne où la santé doit être considérée comme un bien public relevant de la délibération collective, dans laquelle il faut certes de l'expertise mais aussi une part de décision qui proviendrait de ceux qui financent la santé, c'est-à-dire des citoyens. Ce qu'on espérait, donc, c'était créer un déclic chez les soignants et les patients/citoyens en montrant que si à l'hôpital on avait pu mieux fonctionner

pendant la crise épidémique, c'est parce que le verrou budgétaire avait sauté et que les administratifs avaient pu devenir des partenaires. Le but était ensuite de monter en généralités pour mettre le doigt sur les causes structurelles, des dysfonctionnements du systèmes de santé. En particulier, d'essayer de les faire regarder vers les traités européens.

La pétition en ligne a recueilli environ 6000 signatures, et nous avons eu une couverture médiatique intéressante, locale d'abord avec notamment france 3 limousin, france bleu limousin, puis le reportage a été diffusé sur France 3 national.

Ce qui m'a le plus surpris c'est l'adhésion des journalistes à nos idées, en particulier ceux du service public avec qui j'ai pu discuter (France 2, France 3, france bleu). Ils m'ont dit la même chose, « on comprend parfaitement ce que vous vivez dans la santé (une bureaucratie tatillonne déconnectée du terrain et parfois parasitaire) car nous vivons la même chose avec la direction de France télévision ou radio France.

Cela prouve que la bureaucratie est consubstantielle au new public management. Contrairement à une idée reçue, bureaucratie et néolibéralisme sont les deux faces d'une même médaille. Ce qui explique le rejet de l'administration qui court dans la société actuellement, elle est ressentie (souvent de façon confuse) non pas comme étant au service des citoyens, mais comme la forme concrète et palpable que prennent les politiques néolibérales d'austérité et de destruction des services publics. Des administrations qu'il faudrait contourner en somme.

Le conflit gagné avec la direction du CHU de Limoges

Notre méthode a ensuite été validée empiriquement sur un cas concret juste en sortie de confinement. Suite à la tribune, le chef des urgences pédiatriques de Limoges m'a contacté car il était en conflit depuis plusieurs années avec la direction du CHU de Limoges. Notre tribune et nos démêlés avec l'ARS lui a donné envie de changer de stratégie, de passer à une attitude offensive, de créer un rapport de force en utilisant notre méthode : alliance de soignants et de citoyens avec appui médiatique. Son appel était déjà pour nous une grande victoire, nous avons réussi à provoquer quelque chose de concret.

Je l'avais vu juste avant la crise, il était au bord de l'épuisement. Il réclamait l'application d'une directive datant de 2015, pour que les médecins urgentistes, en sous effectif chronique, puissent passer progressivement à 48h par semaine. Il se heurtait à un refus pour raison budgétaire, car cela entraînerait automatiquement des embauches. Cette situation provoquait le

départ des jeunes urgentistes (puisque partout ailleurs en Limousin cette directive était appliquée), et l'impossibilité de recruter. Ils étaient en gros 5 équivalent temps plein alors que l'activité en justifiait le double, c'est dire la surcharge de travail à laquelle ils devaient faire face. Depuis plusieurs semaines, 4 urgentistes, dont mon collègue chef de service, menaçaient de démissionner, ce qui signifiait une probable fermeture du service des urgences pédiatriques (le seul en Limousin) sans que cela n'émeuve le directeur du CHU. Nous avons donc eu l'idée d'écrire une lettre au ministre de la santé (comme l'avait fait le maire de Nancy et le président de la CME du CHU de Nancy pendant le confinement aboutissant au limogeage du directeur de l'ARS grand-est), pour signaler cette situation, de la faire signer par le maximum de soignants hospitaliers et non hospitaliers puis de la publier dans la presse locale (j'avais l'accord du quotidien local). Avec mes contacts médiatiques, nul doute que la radio et la télévision locale s'en seraient emparée. Nous avons travaillé un week-end dessus puis on a recherché des signatures. A ma grande satisfaction, je constatais que la diffusion informelle du courrier très limitée (par mail et whatsapp) dans mes réseaux professionnels locaux rencontrait un grand succès, notamment auprès des généralistes, scandalisés par cette situation. En 24h j'avais une centaine de noms dont la moitié de généralistes. Mon collègue a alors fait passer le courrier au directeur général avec menace de publication.

Le directeur a alors proposé un entretien 48h après, au cours duquel il a absolument tout accepté sans mentionner de problème budgétaire !

Je n'y ai pas assisté, mais mon collègue m'a dit que l'entretien était un peu lunaire, il faisait les questions, les réponses et semblait terrorisé à l'idée de la publication. Il m'a dit également que l'implication des soignants libéraux, notamment des généralistes, l'avait impressionné. En effet à ma connaissance c'est assez inédit. Les généralistes ont pour habitude de ne pas se mêler des affaires hospitalières. C'est une grave erreur à mon avis. Ce qui prouve bien que la clé est dans l'alliance des soignants de tous bords, il faut essayer d'impliquer les hospitaliers dans les problématiques des libéraux et vice versa.

J'ai d'ailleurs dû freiner mon journaliste local car la lettre devait être publiée le lendemain, car nous étions persuadés que la publication serait nécessaire nous ne pensions pas qu'il céderait aussi facilement. Cette lettre ne sera donc jamais publiée.

Ce qui m'a le plus intrigué ce sont les réactions du directeur général puis du directeur des ressources humaines, qui ont tous deux adopté une attitude d'évitement. En disant qu'il comprenait, qu'il avait eu raison, que c'était une bonne chose pour le chu, etc... Nous nous attendions à ce qu'ils acceptent de mauvaise grâce, en critiquant notre méthode (un chantage tout de même). Mais leur attitude a été plus subtile, car je pense qu'il s'agit d'une tactique

managériale (enseignée comme telle) d'évitement d'un conflit que l'on vient de perdre. Tant qu'ils avaient le dessus, ils assumaient la confrontation. Dès qu'ils perdent la main, ils n'assument plus, se faisant presque passer pour des alliés, lissant ainsi le conflit dans un consensus mou et surtout hypocrite. Ce qui éteint une contagion potentielle à d'autres services.

J'ai réfléchi ensuite aux raisons de l'implication des généralistes que j'ai trouvée remarquable. Depuis deux ou trois ans, mon collègue chef des urgences organisait tous les ans des soirées de formation dans lesquelles il faisait intervenir des collègues spécialistes, avec des thèmes pour la médecine générale. Les confrères et consœurs le connaissaient de nom car il envoyait des courriers à tous les cabinets du département pour inviter les généralistes à cette soirée. C'était vu comme une marque de respect. Chez les médecins généralistes il y a en effet souvent un petit complexe d'infériorité vis-à-vis des spécialistes, mais ce n'est pas assumé. Beaucoup se plaignent qu'« il n'y en que pour l'hôpital », il y a toujours ce sentiment de ne pas se sentir reconnu à sa juste valeur. Mais pour le dire vite, ceux qui font de la médecine générale sont souvent ceux qui n'ont pas eu les bonnes places dans le classement de l'internat, et ont choisi médecine générale par défaut. Pour donner un exemple un peu drôle, j'ai appris que dans les universités parisiennes, certains professeurs menaçaient les étudiants de finir « généraliste à Limoges » s'ils ne travaillaient pas bien. La honte suprême pour les motiver !

Bref, les généralistes vivent un peu avec ce complexe-là. Du coup, je pense que ces formations-là ont joué un rôle dans l'établissement de bonnes relations en raison du respect éprouvé. Effectivement, mon collègue tient la médecine générale en haute estime.

Notre idée maintenant, c'est de travailler avec le chef des urgences adultes qui est un ancien généraliste et qui a donc une estime particulière pour la médecine générale. Nous avons donc la grande chance d'avoir deux chefs de service qui reconnaissent la valeur de la médecine générale, c'est un préalable indispensable pour ébaucher de nouvelles relations entre urgentistes et généralistes.

On voudrait faire une journée de réflexion avec tous les généralistes du coin pour réfléchir à ce qu'on pourrait améliorer pour travailler ensemble. Démêler les multiples dysfonctionnements qu'il peut y avoir entre nous, qui sont souvent très facilement surmontables. Car ma vision des choses c'est que les généralistes et les urgentistes forment un vaste système de soins de premier recours, le premier échelon du système de santé, donc on a intérêt à travailler ensemble. Lorsqu'un patient a un problème aigu il appelle son médecin généraliste ou il va aux urgences, on est dans le même bateau et on a envie de pérenniser cette alliance.

Dans l'idéal, je voudrais convier tout le monde. Mais si déjà dans un premier temps on arrive à casser la séparation entre médecins hospitaliers et généralistes, ensuite les infirmiers, les kinés, les orthophonistes, etc... je pense que nous arriverons à les fédérer. J'ai l'impression que si on ouvre d'emblée à tous les professionnels, ça ne va pas marcher. Il faut procéder par étape car la route est longue, mais cette crise aura été un révélateur de cette communauté d'intérêt.