

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

1 / 6 Je travaille à l'hôpital public par choix complet, absolu	2
2 / 6 Je ne suis pas rentable alors qu'un hôpital bien géré doit faire du profit	4
3 / 6 La pénurie des moyens engendre le conflit, la maltraitance... et l'absentéisme	6
4 / 6 Les pouvoirs centralisés étouffent les collectifs de santé	9
5 / 6 Une bagarre où l'on se heurte à de vrais professionnels	13
6 / 6	15

Je travaille à l'hôpital public par choix complet, absolu

Jean-Luc Jouve, chirurgien orthopédiste pédiatrique, chef de Pôle, 1 / 6

Parole du 31 janvier, mise en texte avec Olivier

Je travaille à l'hôpital public par choix complet, absolu

A la fin de mes études, il n'y avait pas de place universitaire et je suis allé travailler dans le privé. J'ai fait 6 ans d'activité libérale comme chirurgien orthopédiste adulte, où j'ai gagné beaucoup, beaucoup d'argent. C'est très lucratif, le libéral.

Ensuite, comme cela avait été évoqué avec mes maîtres, j'ai rejoint l'hôpital pour un poste universitaire de professeur agrégé et j'ai fait le parcours habituel de chef de service. D'abord les urgences pédiatriques pendant quinze ans, puis une dizaine d'années de chef de service d'orthopédie pédiatrique, où je n'opère pratiquement plus que des colonnes vertébrales et des tumeurs malignes chez les petits enfants.

On travaille alors dans un climat de confiance absolue, ce qui n'est pas toujours le cas dans ces structures. Je m'épanouis là-dedans - je suis quand même vieux, j'ai 61 ans - j'ai un service, plusieurs agrégés, plusieurs praticiens hospitaliers.

Et tout le plaisir par rapport au privé ou au libéral c'est de former des élèves.

La chirurgie est un artisanat

Ce qui est passionnant c'est ce que vos maîtres vous apprennent. La chirurgie est un artisanat, un compagnonnage. Il y a une personne avec qui vous accrochez, qui vous mène sur ce chemin et vous apprend la chirurgie complexe. Ça prend du temps, c'est très long, c'est un compagnonnage qui est très intéressant. J'ai pu bénéficier d'une personne qui a totalement respecté ses engagements puisqu'elle m'a dit, « pars dans le privé, dans six ans, il y aura une place de professeur d'université et je te rappelle ». C'est ce qu'elle a fait.

C'est dans la formation qu'on s'éclate et qu'on a une intense satisfaction. Pour ce qui est du volet strictement professionnel, quand une élève m'explique en staff que mon indication opératoire n'est pas bonne et qu'on peut faire mieux, plus moderne, c'est une très grande satisfaction. Parce que cela veut dire que les choses avancent et que j'ai bien fait de la nommer. Ou quand mes jeunes m'ont dit de réunir tout le monde le matin à 8 heures, pour qu'on fasse le point tous ensemble et qu'on ne soit pas tous éclatés chacun dans son coin, j'ai d'abord pensé que ça ne marcherait pas mais j'ai finalement accepté. Et ils avaient raison ! Ça marche très bien effectivement !

On fait une médecine qui nous épanouit malgré des conditions dégradées.

Quand vous faites une chirurgie avec deux jeunes élèves, que vous faites un chantier qui dure six heures et que tout s'est passé nickel, à la fin tout le monde est content. Avec l'anesthésiste, l'infirmière, le chirurgien, on est tous super-contents. Ça c'est un moteur capital pour motiver et conserver les gens. Ensuite il y a des pratiques, par exemple on a instauré un staff du matin.

Le matin à 8h il y a tous les médecins, toutes les infirmières, toutes les aides-soignantes qui sont là pour vingt minutes et on passe les vingt malades hospitalisés en revue. Ce sont des pratiques qui soudent les équipes. On va échanger sur un enfant pour partager le fait qu'il va bien. Ou qu'un autre enfant déjà opéré à un problème, qu'il va revenir dans la matinée et qu'un médecin va se détacher du bloc et viendra voir les parents avec les infirmières. Cela pour donner une unité de corps, pour montrer qu'elles ne sont pas seules. Ou on informe des différents événements de la nuit.

Aujourd'hui les aides-soignantes viennent au staff du matin, et c'est bien parce qu'il y a un discours commun et qu'un esprit de corps se forme. Quand une infirmière dit avoir été injuriée par un malade, on va en parler à ce dernier lors de la visite. On partage des éléments et des informations. Cela nous amène aussi à avoir une certaine unité dans notre façon de fonctionner.

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

Il n'y a que l'enthousiasme collectif qui permette de travailler dans une situation aussi dégradée que celle de l'hôpital public aujourd'hui.

L'apprentissage de travailler ensemble, c'est bien. Ce sont les jeunes qui ont proposé les réunions du matin. Ils l'ont fait en réaction au fait que j'ai arrêté les visites à quinze soignants dans les chambres. On ne rentre pas à 8h du matin à quinze dans une chambre avec une maman et un gamin. C'est insupportable ! Trois personnes entrent dans la chambre, pas plus.

Les jeunes m'ont alors proposé cette formule, l'un d'eux l'avait vécu dans un hôpital new-yorkais, de se réunir tous à 8h du matin pour un tour très rapide de tous les malades pendant 20 à 30 minutes. Et après de faire la visite à trois, la surveillante, le chef et l'interne, les autres se dispersant vers leurs activités. Humainement trois personnes qui entrent dans la chambre c'est correct, on sait ce qu'il faut dire puisqu'on s'est vu avant.

On a trouvé des solutions, c'est bien d'avoir des jeunes près de nous qui nous fassent bouger.

Maintenant mon boulot est de moins en moins dans le travail de soin.

C'est donner à mes élèves et plus largement aux jeunes de l'hôpital public les moyens de s'éclater en faisant leur travail. Qu'il s'agisse des médecins, des paramédicaux, créer les conditions pour avoir un service et plus largement un hôpital public qui soit bienveillant et attractif.

En sachant que tout n'est pas argent ! Dans un questionnaire de la qualité de vie au travail proposé aux praticiens hospitaliers, l'argent n'arrive qu'en troisième position. Ce qui est important pour eux c'est la qualité du travail et les conditions qui vont avec.

Mes journées se passent donc à trouver des fonds pour avoir le dernier scanner opératoire, le dernier bistouri osseux, le dernier système de navigation, pour qu'ils s'épanouissent dans leur travail et qu'ils aient envie de rester dans la structure.

C'est une partie de mon travail, l'autre est plus administrative en tant que chef de pôle. La finalité reste la même, un chef de pôle est là pour assurer que, bien que les moyens promis n'aient pas été donnés, les paramédicaux soient à la bonne place, qu'on évite de les maltraiter et que les médecins soient suffisamment à l'aise pour rester chez nous et ne pas partir dans le libéral.

Les pôles ont actuellement des moyens qui ne sont pas ceux des engagements pris par le gouvernement. Mais avec ces petits moyens il faut faire en sorte que la machine tourne quand même et rester attractif.

Mes journées se passent à ça

Elles commencent le lundi matin et se terminent le samedi après-midi, puisque je consulte tous les jours, y compris le samedi, pour arriver à capter le maximum de malades. Cela se fait sur deux sites.

Une présence de qualité à l'Hôpital Nord

J'ai organisé la pédiatrie sur un site qui est la Timone-enfants et sur un autre, l'hôpital enfants de l'Hôpital Nord, en imposant à mes collaborateurs de travailler sur les deux sites afin qu'il n'y en ait pas de préférentiel. De vieilles légendes urbaines disent que l'élite est à la Timone et que l'Hôpital Nord est plutôt un hôpital de proximité. J'impose à tous mes collaborateurs, moi compris, de passer une journée par semaine à l'Hôpital Nord pour assurer des soins.

Ce ne sont pas des soins de haute technicité car on ne peut pas se permettre d'avoir deux plateaux techniques, on ne peut pas avoir un scanner opératoire, un appareil de navigation opératoire sur chaque site. Mais il y a des consultations, les urgences sont assurées et on fait de la chirurgie ambulatoire à l'Hôpital Nord. C'est-à-dire qu'il y a une présence hospitalo-universitaire de qualité à l'Hôpital Nord.

Voilà les objectifs d'un chef de pôle lambda, tels qu'il doit les atteindre.

On peut être triste de ne pas avoir plus de responsabilités, de ne pas avoir de contrat de pôle que l'on puisse passer avec l'administration. En fait, nos pouvoirs sont très limités vis-à-vis de la structure administrative qui n'a pas respecté ses engagements en matière d'autonomie à donner aux pôles.

Cette autonomie on l'a eue grâce au Covid

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

... à suivre : Je ne suis pas rentable alors qu'un hôpital bien géré doit faire du profit - Parole de Jean-Luc 2 / 6

Je ne suis pas rentable alors qu'un hôpital bien géré doit faire du profit

Jean-Luc Jouve, chef de pôle (2 / 6), suite de "je travaille à l'hôpital public par choix complet, absolu"

Régulièrement on nous dit à nous les chefs de pôle, « regardez à quel point vous vous débrouillez mal, prenez donc exemple sur les ESPIC, les hôpitaux privés à but non lucratif. ».

Vous n'êtes pas rentables alors que l'hôpital bien géré doit faire du profit

En général ce sont des hôpitaux de qualité puisqu'ils récupèrent les chefs de clinique qui n'ont pas pu être professeurs agrégés pour des questions de circonstances, parce deux personnes arrivaient au même moment par exemple. Les médecins qui travaillent sont bons mais la grosse différence d'un ESPIC, c'est qu'il n'est pas contraint de recevoir tout le monde. Ils ne sont pas recours et peuvent adresser les patients complexes aux hôpitaux publics. Ils font surtout une chirurgie hautement lucrative. Ils choisissent les pathologies les plus lucratives et les développent bien.

L'ESPIC fait une chirurgie dont le financement est la tarification à l'activité, la T2A, des gestes répétitifs qui rapportent de l'argent. Moi tous mes grands malades en coûtent, c'est-à-dire que je coûte de l'argent à l'hôpital !

Pour être efficace, par exemple pour enlever des vertèbres anormales et tourner autour de la moelle épinière, nous avons besoin d'une imagerie 3D, ce qu'on appelle une navigation. Quand j'opère les vertèbres apparaissent sur des écrans en 3D, et tous mes gestes sont reproduits sur des écrans muraux, pour que tout le monde, mes collaborateurs et moi puissions suivre exactement ce que nous faisons. L'administration me dit régulièrement « Monsieur Jouve, votre danseuse à 200 000€, elle nous coûte très cher et elle ne rapporte rien ! Votre chirurgie ne rapporte rien ! » En plus quand on fait deux-cent-cinquante malheureuses colonnes vertébrales dans l'année, en face ils en font six-cents.

Quand on enlève une hernie discale ça va prendre 30 minutes, c'est une petite incision de 3 cm, moi je démonte la colonne de la base du cou jusqu'à au bas du dos et j'en ai pour 3h. Le système de tarification à l'activité (T2A) pénalise complètement l'hôpital public.

...De temps en temps on a des petites satisfactions

Alors que l'administration suit une tarification à l'acte basique, des classements intègrent des coefficients correcteurs en fonction de la lourdeur des gestes, de la réputation, de si les malades viennent de loin... Et là, on arrive à être dans les premiers au classement. Par contre L'État lui ne prend pas en compte ces éléments et nous dit que nous nous débrouillons mal !

Le chirurgien en pratique libérale c'est Glenn Gould qui ne joue que du Bach !

Si vous prenez une chirurgie répétitive et lucrative, elle devient rentable. Par exemple la cataracte des personnes âgées, le canal carpien à la main, le ménisque du genou, les amygdales en ORL. Ce sont des gestes répétitifs qui se prêtent parfaitement bien à l'ambulatorio. Les équipes sont rodées, elles font tout le temps le même geste et le répètent à volonté. Elles peuvent le faire dix, quinze fois par jour et ça va à toute vitesse, c'est une partition bien réglée. Le chirurgien c'est Glenn Gould qui ne joue que du Bach !

Je ne suis pas péjoratif en disant cela, ce sont des gestes qui ont une vraie technicité. Ce n'est pas facile d'opérer l'œil, de corriger une cataracte, de mettre un implant dans l'œil, etc... mais le chirurgien le fait douze fois par jour.

A contrario, le plus souvent, c'est l'inverse qui se passe au CHU : c'est Jean-Luc qui part pour une tumeur du bassin sans savoir si la tumeur colle ou pas, si cela va mettre 4, 6 ou 8 heures. C'est le quotidien d'un CHU qui accomplit sa mission de recours : on va affronter en chirurgie cardiaque, des problématiques qui sont d'un autre monde, multi opérés, à qui il va falloir changer pour la troisième fois des valves... Alors que dans l'ESPIC on va faire des pontages coronariens qui sont des gestes répétitifs, certes hautement techniques, mais toujours les mêmes.

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

L'argument du coût arrangeant bien ces gestionnaires

Cela justifie leur action, cela justifie de laisser l'hôpital public dans l'état actuel. L'idée des gouvernements c'est que progressivement l'hôpital public fonctionne comme un ESPIC. C'est-à-dire qu'il fonctionne avec des patients qui auront une couverture d'assurance suffisante, qui auront les moyens pour se faire soigner et il restera certains hôpitaux publics pour soigner les indigents.

Vers le système américain ?

J'ai travaillé un an aux États-Unis. Lorsque vous avez un problème de santé, vous allez dans l'hôpital qui vous paraît bien, près de chez vous. Vous êtes accueillis par une personne présentant bien - c'était le cas dans la clinique où je travaillais, à New York. Donc une personne vous attend, vous salue - vous restez allongé dans l'ambulance - et vous demande comment vous allez. Rapidement elle appelle votre épouse par son prénom. Elle vérifie vos papiers, les regarde et vous dit : « *il y a un petit problème, notre hôpital n'a pas de convention avec votre assureur. Vous n'avez pas la couverture nécessaire pour venir chez nous mais il n'y a aucun problème, faites demi-tour et l'ambulance va vous conduire dans tel hôpital dans le Bronx où vous serez parfaitement accueilli* ».

Et vous vous retrouvez dans un hôpital comme on en voit dans les séries américaines, avec des gens qui attendent dans des box deux, trois, quatre jours pour se faire soigner une fracture.

C'est le système vers lequel les gouvernements veulent tendre.

J'ai vu l'autre soir un reportage sur les États-Unis. Dans certains états, les gens sont pauvres et ont donc des contrats d'assurance minimum car ils adaptent leur assurance à ce qu'ils peuvent payer. Et les soins dentaires étaient assurés par des ONG.

Il y a cent fauteuils de dentiste à La Timone, avec une carte vitale, avec ou sans rendez-vous on soigne les gens ! Cent fauteuils avec cent dentistes, internes, chefs de clinique ou praticiens hospitaliers pour les soigner. Et avec quatre fauteuils d'enfants. Demain on risque de ne plus les avoir parce qu'avec les assurances de santé, pour en arriver aux soins dentaires il faudra vraiment avoir les moyens !

Marseille - Texas, même combat ?

Ce reportage présentait une ONG de dentistes qui le week-end s'installe dans des gymnases, au Nevada ou au Texas, et soigne les dents des gens, les caries des enfants, celles des adultes, etc.... Comme les gens prennent des contrats d'assurances minimum, ils s'assurent pour le cancer, etc... et les soins dentaires c'est ce qu'ils font en dernier. C'était quand même très étonnant de voir une ONG qui débarquait avec trois semi-remorques, qui installait dix fauteuils de dentiste dans le gymnase. Et les gens faisaient la queue dehors pour se faire soigner les dents parce qu'ils n'étaient pas assurés pour cela.

Nous on arrivera à ça !

C'est à cela que l'on arrive tout doucement, tout doucement.

Parole de Jean-Luc Jouve, Chef de pôle, mise en texte avec Olivier (2 / 6)

... à suivre : La pénurie de moyens engendre conflits, maltraitance ... et absentéisme - Parole de Jean-Luc 3 / 6

La pénurie de moyens engendre le conflit, la maltraitance ... et l'absentéisme

Jean-Luc Jouve, chef de pôle (3 / 6), suite de "Je ne suis pas rentable alors qu'un hôpital bien géré doit faire du profit"

La pénurie des moyens engendre le conflit...

Surtout chez nous, car on a toujours l'idée, en tant que médecins, que nos propres malades sont prioritaires par rapport aux autres. Ce qu'il y a d'un peu cynique, c'est que souvent les administrations jouent là-dessus.

Quand en réanimation pédiatrique, par exemple, il y a douze lits ouverts au lieu de vingt, par manque de personnel, lorsque vous arrivez le matin les réanimateurs vous disent qu'ils n'ont que trois lits vacants pour vous en sortie de bloc.

Or ce matin-là chez les enfants, vous avez cinq chirurgiens qui ont besoin pour cinq malades tout aussi importants, d'un lit de réanimation post-opératoire. Et que disent les réanimateurs : "Bon les gars, débrouillez-vous entre vous, mais nous on ne peut prendre que trois enfants et vous êtes cinq à avoir besoin d'un lit de réa. Donc on en annule deux, décidez entre vous".

Quoiqu'on fasse on va finir par s'engueuler. Parce qu'on est des êtres humains.

Maintenant on a appris à se comprendre, mais la pression reste présente. Même si on arrive à se fédérer, c'est difficile, c'est un état d'esprit qui est difficile et les conflits naissent. Ils naissent au niveau médical mais au niveau paramédical, c'est encore pire !

Un choix impossible... et pourtant

Le neuro chirurgien va dire, "le mien il a une lésion du cerveau". Moi je vais dire « le mien il est en cours de chimio, il doit y retourner dans deux jours. Si je ne le fais pas maintenant, son protocole ne va pas être respecté ». L'ORL va dire "le mien il respire de moins en moins bien" et on va finalement se disputer.

Avant je passais mon temps à me battre avec le neurochirurgien qui me disait qu'il faisait de la chirurgie du cerveau, que si ça n'allait pas pour mes malades, ils ne risquent qu'un fauteuil roulant, alors que si ça ne va pas pour les siens ils meurent ! Et le cardiologue va dire, « mais poussez-vous, mon malade vient de Bratislava pour son cœur, et il n'est pas question que je n'opère pas ce nourrisson qui pèse 4 kg » !

Un chef de pôle est invité à arbitrer ce genre de conflits, alors que son boulot devrait être d'améliorer les conditions de travail, de faire des projets d'établissement, de savoir comment faire pour mieux traiter les enfants, comment faire pour répondre aux demandes de tout le pourtour méditerranéen qui converge sur Marseille.

Tous les chefs de service de la Timone reçoivent deux ou trois mails par semaine de gens qui habitent au le Maghreb, en Italie, en Espagne ou en Grèce pour qu'ils les traitent. Et on ne peut pas répondre parce qu'on en reçoit beaucoup alors qu'on ne peut déjà pas soigner les gens localement.

On arrive entre médecins à ne plus se disputer mais... nous sommes maltraitants.

Les cadres infirmiers sont maltraitants. Ils le sont contre leur gré, mais ils sont maltraitants. Devant les absences, les cadres arrivent dans mon service et viennent dire à l'une des deux infirmières de nuit qui s'occupe de tumeur de la colonne vertébrale, d'aller immédiatement dans le service cardiaque où il n'y a aucune infirmière.

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

Les cadres le disent elles-mêmes, nous sommes maltraitants actuellement. On va demander à nos filles des choses qu'elles ne peuvent pas faire. L'origine de l'absentéisme est aussi là.

C'est en validant ces procédures dégradées que nous, chef de pôle, on doit traiter cela, et par là, nous sommes aussi maltraitants.

L'infirmière n'est pas universelle

Dans un CHU le personnel médical et para médical est sur-spécialisé. Il ne peut être performant que dans son domaine de compétence.

A l'inverse pour l'administration ceci n'est pas pris en compte. Même si elle n'a aucune expérience dans le domaine, le fait qu'elle soit infirmière suffit.

Par exemple une infirmière formée à la chirurgie vertébrale va au pied levé arriver en cardiologie, trouver des enfants qui ont des potences avec 5 seringues électriques. Si elle se trompe dans l'une de ces seringues, les conséquences peuvent être critiques ! Elle va faire ça une fois, deux fois et après elle sera en maladie ! C'est comme si on me disait à moi « Jouve, tu es chirurgien pédiatre alors tu opères aussi bien le fémur que le cerveau et tu te débrouilles ! »

Le vendredi soir particulièrement, est un moment particulièrement chaud. Ce soir j'ai signé des bordereaux de fermeture de lits, comme tous les vendredis soirs : il y a des absents et on ferme dix lits dans mon service pour pouvoir assurer le service.

Et face à cette situation le directeur de l'hôpital, lui, considère qu'on « dispose donc d'infirmières à envoyer en cardiologie ». Sans prendre en compte que ces infirmières ne savent pas faire de cardiologie, qu'elles vont stresser toute la nuit à l'idée de se tromper de dosage dans l'adrénaline ou l'héparine par exemple.

Oui je suis un chef de pôle maltraitant, mes cadres sont des cadres maltraitants !

Si on est maltraitant, c'est essentiellement dû au manque de personnel

Et aux fermetures de lits, car une quantité invraisemblable de lits a été fermée. Le personnel est à flux très tendu.

Les effectifs baissent, et cela génère une spirale :

Il y a de moins en moins de personnels qui adhèrent car pour arriver à joindre les deux bouts, en fin de journée, on envoie des personnels de nuit dans des services où ils sont incompétents parce que ce n'est pas leur spécialité.

Congés de maternité non remplacés

On a des choses aberrantes, par exemple à l'APHM, un congé de maternité n'est pas remplacé. Vous êtes enceinte, vous partez en grossesse pathologique, vous allez être absente six mois et sur les effectifs vous êtes notée présente, et votre poste n'est pas remplacé ! Un congé de maladie de courte durée n'est pas remplacé non plus !

Souvent les services sont très pointus, alors les gens ont peur de faire une erreur, ce qui est normal, et petit à petit ils craquent. Ou ils nous disent : « c'est très bien de faire de la chirurgie de haut niveau, mais là c'est vraiment trop dur de travailler dans des conditions si dégradées ». Autant aller faire des piqûres en libéral, où ils seront plus tranquilles psychologiquement, où ils gagneront plus d'argent et auront plus de temps pour eux.

Une souffrance au travail qui génère l'absentéisme

Cela conduit à un absentéisme important, qui dépasse largement les 10%. C'est quelque chose de majeur, il y a des établissements où l'absentéisme arrive à 30% sur le personnel paramédical. Mais c'est essentiellement lié aux mauvaises conditions de travail.

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

Tout ne peut être ramené aux conditions salariales, les personnes connaissent les salaires et sont là. Il y a surtout l'outil de travail qui est dégradé et un personnel qui n'est pas en quantité suffisante.

Quand les vannes du Covid ont été ouvertes par les ARS et les directions d'hôpitaux qui étaient complètement débordés, qu'ils avaient des injonctions du gouvernement qui leur disait de faire quelque chose, ils ont engagé tous azimuts des CDD, l'hôpital s'est mis à marcher sous la direction des médecins et des cadres infirmiers, et il a très bien marché. C'est comme ça qu'on a pu maîtriser les vagues de Covid et se faire applaudir symboliquement aux fenêtres le soir.

Actuellement un chef de pôle n'a pratiquement pas de pouvoir

On pourrait penser qu'un chef de pôle est quelqu'un qui, par définition, a une délégation de pouvoir et la possibilité de gérer les ressources humaines et matérielles. En fait il n'a pas du tout cela, c'est juste un rouage de plus dans une administration qui en comporte beaucoup.

Si le chef de pôle n'est pas complètement adhérent à ce que dit l'administration, on rentre très rapidement dans le conflit.

Et mon boulot actuel n'est pas celui qui devrait être dévolu à un chef de pôle

Il y a une déviation des tâches des chefs de pôles, une déviation des tâches des cadres infirmiers, qui se substituent à l'administration qui elle ne fait pas son travail. Normalement un chef de pôle ce n'est pas quelqu'un qui est obligé de passer ses soirées à examiner avec les cadres comment on va garder le service ouvert, quels sont les lits qu'on va fermer, quelle infirmière on va rappeler pour qu'elle vienne faire des heures supplémentaires.

Normalement un chef de pôle ça ne sert pas à ça, ça sert à avoir des projets, à les mener à bien pour améliorer la qualité des soins.

C'est la présence humaine qui permet de supporter l'insupportable !

Attirer des gens pour qu'ils viennent travailler dans l'hôpital public nous oblige à être bienveillants, à être encore plus présents qu'avant, à passer plus de temps à l'hôpital.

Faire des réunions où tout le monde est présent à 8h du matin, où on discute tous ensemble des malades, y compris les aides-soignantes, et passer et repasser dans les services.

C'est pareil pour les patients ! Si les locaux sont délabrés, ils ne sont pas contents, mais si le personnel est omniprésent, vient les voir et leur explique, cela passe beaucoup mieux. Mais c'est une charge de travail supplémentaire !

Pour le moment nous arrivons à compenser comme cela.

C'est aussi comme cela que l'on rend les choses viables, c'est par ces moyens que l'hôpital reste à peu près humain. Maintenant je me transforme aussi en VRP pour solliciter les collectivités locales et les associations caritatives. Ce qui n'est pas mon rôle normalement. Je n'y trouve aucun plaisir, au contraire, mais c'est normal que les gens qui nous soutiennent aient aussi toute notre sympathie. C'est la moindre des choses.

Quémander des moyens tous azimuts

Pour mon service, grâce à une association caritative « soleil bleu azur » je peux joindre l'Olympique de Marseille demander que l'on me finance des douches dans chaque chambre, ensuite au Crédit Agricole pour qu'on me refasse le sol de mon service et mes copains font pareil ailleurs. On va faire pleurer à droite et à gauche. On essaie de provoquer une dynamique comme par exemple le club des supporters des Winners, qui vient et qui propose d'en payer une de plus.

Aujourd'hui les collectivités locales qui se substituent à l'État, les sponsors se substituent à l'incurie du gouvernement. Ce n'est pas leur rôle et il ne faut pas s'y tromper. Ce sont autant d'écoles, de crèches, de transports en commun qui ne pourront pas se faire pour préserver l'hôpital.

Parole de Jean-Luc Jouve, Chef de pôle, mise en texte avec Olivier (3 / 6)

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

... à suivre : Les pouvoirs centralisés étouffent les collectifs de santé - Parole de Jean-Luc 4 / 6

Les pouvoirs centralisés étouffent les collectifs de santé

Parole de Jean-Luc Jouve, Chef de pôle, mise en texte avec Olivier (4 / 6)

Suite de : La pénurie de moyens engendre conflits, maltraitance ... et absentéisme - Parole de Jean-Luc 3 / 6

Les ARS, un pouvoir centralisé, omnipotent

Les collectivités locales n'ont aucun pouvoir sur les ARS, leur patron c'est l'état. Les ARS sont vraiment aux ordres du ministère. Le DG de l'ARS est le représentant du gouvernement dans la région et n'a aucun compte à rendre à aucune collectivité locale. C'est l'équivalent d'un préfet.

La santé est une structure super-centralisée, le DG de l'ARS est le patron de l'hôpital, il est le patron du CHU, il est au-dessus du directeur général du CHU. Il reçoit ses ordres du seul gouvernement.

Les DG des ARS sont issus de la fonction publique, il y a des anciens directeurs d'hôpitaux, des gens de l'IGAS, des anciens préfets qui se retrouvent en fin de carrière directeurs généraux d'ARS. On leur explique régulièrement comment fonctionne l'hôpital public, mais en vain.

Si ce n'est pas grave, ils vont à l'ESPIC, mais si c'est grave ...

Eux les premiers, s'ils ont à faire une fibroscopie gastrique, ils vont aller à l'ESPIC parce que les chambres sont "nickels", mais quand ce sont les coronaires qui se bouchent et qu'il va falloir faire un pontage dans les cinq heures, ils viennent chez nous ! Quand leur fils a mal au genou ils vont à l'ESPIC, mais si on leur dit

qu'il y a un risque de cancer, ils nous amènent l'enfant en catastrophe !

Ils ont cette culture que, si ce n'est pas grave, on va à l'ESPIC ou dans le libéral, et quand cela commence à chauffer on va à l'hôpital public.

Mais on est toujours dans un dialogue de sourds, à un point qu'on n' imagine pas.

Le plateau technique hospitalier est de très haut niveau

Si vous avez une coronaire qui serre loin de l'hôpital, aucun ESPIC, aucune structure libérale ne va vous poser un stent dans les cinq heures. Parce que personne n'a l'hélicoptère qui va bien, le tableau d'astreinte de la coronarographie, celui du cardiologue qui implante le stent", et une structure qui a coûté un maximum qui permet à l'hélicoptère de se poser sur le bon bâtiment, avec au premier étage la coronarographie, au second le bloc de chirurgie interventionnelle et à côté la réanimation ! Après, quand vous sortirez de réanimation on vous mettra dans une chambre dont les plâtres tombent et sans rideaux ... C'est le paradoxe des CHU français. L'hôtellerie est désastreuse, par contre le plateau technique hospitalier est extrêmement performant.

Le directeur général nous a libéré, pour les neurochirurgiens et moi-même, en pédiatrie, un million d'euros en deux ans, pour du matériel de bloc opératoire. Il s'agit de matériel indispensable - on a besoin de la navigation, on a besoin d'intelligence artificielle, de tables spéciales pour que les malades saignent moins, on a besoin d'appareils robotisés. Donc ça a été voté, ce qui nous permet de faire ce qu'on fait.

Dans les commissions que je fréquente - maintenant si je veux être efficace, il faut aussi que j'aie siéger dans les commissions - la Direction considère ceci comme un cadeau fait aux médecins alors que ce n'est que l'entretien courant d'un plateau technique performant.

La tumeur elle, est facturée la même chose,

Que vous l'enleviez comme un sagouin avec une louche, ou avec un microscope opératoire et le bone-scalpel qu'ils m'ont acheté.

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

Et ils me disent *"cela coûte un max, chaque fois que vous opérez un malade, il y a une pièce à usage unique à 300€ par malade. Et cela ne change pas la facturation du coût global du patient"*.

La magie du bistouri à ultrasons

C'est un bistouri à ultrasons qui coupe l'os mais qui, dès qu'il atteint les tissus mous, notamment la moelle épinière, s'arrête tout seul. C'est magique, cela permet de faire des gestes incroyables, on peut opérer une colonne vertébrale ou un crâne, dès qu'on arrive sur des tissus nobles tout s'arrête, le moteur s'arrête.

Dans leur esprit les médecins sont capricieux et demandent toujours plus. C'est vraiment très étonnant ! Pourtant c'est du matériel utile qui augmente la précision et la sécurité.

Parallèlement, on peut dépenser aussi des moyens pour des dispositifs médicaux prestigieux mais à l'efficacité discutable. Les robots chirurgicaux sont emblématiques de ces démarches.

Tout le monde veut en acheter parce que la clinique d'en face a acheté un robot et communique sur cette information de prestige. Même si on explique que les publications scientifiques montrent que les indications sont extrêmement limitées, cela ne fait rien il faut absolument un robot.

Match nul entre le chirurgien et le robot

Le chirurgien est derrière une console avec des joysticks et ce sont des bras mécaniques articulés qui agissent avec plus de précision qu'une main chirurgicale. Mais ce qui est important c'est que les publications scientifiques montrent que cette précision ne modifie pas le résultat clinique des patients. Pour être plus clair, on vous opère de la prostate, que ce soit un chirurgien urologue qui sait opérer normalement qui fasse cela ou un robot, pour l'instant, le résultat sur deux cohortes de mille patients est le même.

La gestion se dégrade vraiment à un stade inimaginable.

La bureaucratie n'entend pas la réalité du travail

Face à cette bureaucratie on est confronté à des professions où les gens n'entendent pas la réalité du travail. Ils n'entendent pas ce qu'on leur dit ! Même si leurs grands mots sont, *"je me rapproche de vous, j'entends ce que vous dites"*, en fait ils n'entendent rien du tout !

Quand je leur dis qu'ils envoient une infirmière à l'accident parce qu'ils la changent de service brutalement, ils n'entendent rien et disent que c'est à diplôme égal. C'est comme si on disait à n'importe quel électricien de remplacer quelqu'un qui grimpe sur des pylônes, en argumentant que c'est le même niveau de qualification ! C'est en cautionnant ces conduites que médecins et cadres infirmiers deviennent progressivement maltraitants.

"Si je me trompe, les conséquences peuvent être graves"

Un soir, une infirmière d'orthopédie qui avait été envoyée en chirurgie cardiaque m'a appelé. Je suis allé la voir. Dans les chambres les bébés qui sortent de réanimation avec jusqu'à 5 seringues électriques qui fonctionnent. Elle me dit, *"qu'est-ce que je fais, je ne connais pas tous les médicaments, tout est inscrit dans la salle de soins mais si je me trompe les conséquences peuvent être graves."* Les infirmières ont peur, elles ne se sentent pas légitimes. Ce sont des situations dégradées fréquentes qui sont une des causes de l'absentéisme!

Je m'en suis ouvert à la directrice des soins, qui est la chef des chefs, et qui m'a répondu *"mais Monsieur Jouve, c'est une puéricultrice diplômée d'État ! Elle doit savoir ce qu'est un enfant. Pour autant cette Directrice est parfaitement compétente mais elle a le devoir de gérer ces situations dégradées. C'est une démarche insidieuse qui guette toute la hiérarchie"*.

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

La distance qu'ils prennent par rapport au terrain, c'est terrible

Les administratifs sont, peut-être pas tous, mais la plupart, balkanisés dans un bâtiment d'administration centrale, qui est à distance de l'hôpital, dans un autre quartier. Et ils se déplacent et viennent assez rarement.

Si c'est effectivement une façon de se protéger, ils n'en mesurent plus le ridicule ! Un grand ordonnateur des travaux a été nommé depuis quatre mois. Il nous parle sur plan d'un nouveau bâtiment, il nous parle de côtes, de niveaux, etc... Lors d'une discussion, alors que le ton montait, il conclut en disant « Dans ces conditions, *si c'est ainsi je vais me déplacer moi-même sur le site* ». Pour des médecins de terrain c'est l'incompréhension et la perte de confiance qui s'installe.

C'est sans doute aussi un moyen de se protéger !

Cet éloignement est d'autant plus mal ressenti que nous connaissons ce comportement visant à s'éloigner du terrain. Nous, si dans une chambre on a un malade qui ne va pas bien, cette chambre on n'a pas envie d'y aller, vraiment pas envie. Alors que c'est celle où il faut aller cinq fois par jour !

Il faut se prendre par la main car quand quelque chose ne va pas, par définition on n'a pas envie d'aller affronter l'épreuve.

Dans mon rôle d'enseignant je suis obligé de prendre les plus jeunes par la main et leur dire, *"viens on va voir l'opéré porteur d'une infection nosocomiale ! Oui c'est difficile, mais c'est chez lui qu'il faut aller, pas la peine d'aller voir les autres, eux ils vont bien, ils sont tranquilles. Il faut aller voir cette famille, il faut aller voir celui-là en priorité"* ».

"Il va falloir recommencer l'opération"

En chirurgie le pire c'est d'annoncer une reprise : il y a un problème, il va falloir recommencer !

Chaque fois mon boulot consiste à prendre mon collaborateur par la main et à lui dire « *viens on va annoncer qu'on reprend ton malade. Je viens avec toi et on va leur dire* ». On y va et on le dit, que ça ne peut pas rester comme ça. On explique au malade et il devra ensuite repasser le voir 3 ou 4 fois par jour !

On n'aime pas aller dans les endroits où c'est conflictuel, mais pour eux c'est quand même leur boulot ! Un DRH c'est son travail !

Un système administratif qui multiplie les strates pour que les choses se tassent

Il y a un cadre administratif de pôle, son rôle principal est d'être le fusible entre nous et la direction générale. Le plus gros du travail est fait avec les cadres infirmiers du pôle. Leur nomination nous revient. On prend les cadres les plus efficaces de nos services pour qu'elles deviennent cadres infirmières du pôle et c'est avec elles qu'on travaille. Le cadre administratif lui c'est un fusible. Quand ça chauffe trop il appelle la direction générale et il dit, "oh la la monsieur Jouve est encore plus énervé que d'habitude, il faut arriver à le calmer sinon il va exploser." C'est une espèce de jeu de rôle assez pathétique dans lequel personne n'est dupe mais essaie de gérer par les moyens insuffisants dont il dispose.

Ils ne donnent pas la réalité des chiffres...

Nous n'avons pas les chiffres du fonctionnement, on ne dit pas « combien on rapporte, combien on perd », et surtout on n'a pas, ce qu'on cherche à avoir, de benchmark par rapport aux autres hôpitaux.

C'est facile de dire au service de chirurgie cardiaque qu'il coûte de l'argent et qu'il ne rapporte rien. La chirurgie cardiaque ça coûte beaucoup, mais on ne sait pas ce qui se passe aux hospices civils de Lyon, ou à Toulouse, qui ont à peu près, notre volume. On nous donne des chiffres sur lesquels nous n'avons aucune prise, on nous dit vous êtes déficitaires de tant de milliers d'euros. Mais quid des autres années, quid des autres hôpitaux, quid du fait qu'on a acheté un robot ?

On n'a pas de benchmark des autres hôpitaux et l'administration utilise des chiffres qu'on n'a pas le temps de comprendre. C'est aussi une façon pour eux de noyer le poisson. C'est assez insupportable.

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

pour refuser toute autonomie aux collectifs de santé...

En fait on ne nous donne pas de budget, on nous dit qu'il faut fermer des lits, qu'il faut que l'on passe à X lits en moins. Ce qui est un peu énervant c'est que cela tourne rapidement à une espèce de combat mano-à-mano, et ce sont les chefs de services ou les chefs de pôle qui se débrouillent le mieux qui ferment le moins de lits ! C'est complètement aléatoire, c'est-à-dire que tel pôle ne va pas être impacté parce que son chef de pôle est pugnace ou qu'il a l'appui des collectivités locales. Un autre chef de pôle moins agressif va se laisser prendre des lits sans rien dire ! On en est là !

Si on compare avec le passé, nous avons diminué la durée d'hospitalisation, ce qui pourrait, dans une certaine mesure, justifier des fermetures de lits ou leurs transformations en lits conventionnels, ambulatoires ou de courte durée.

Pas d'informations sur ce qu'on gagne et ce qu'on perd

Nous n'avons aucune information sur ce qu'on « rapporte ou que l'on perd », mais surtout rien vis-à-vis des années précédentes ou vis-à-vis des autres CHU de taille équivalente. Ce serait pourtant une information importante ! Je connais uniquement mon activité, activité qui est importante parce que je suis arrivé à résister à la poussée du privé. Mais on va me répondre, oui mais vos colonnes vertébrales elles coûtent et ne rapportent rien, eux s'en sortent mieux que vous !

Nous ne disposons que des données personnelles récupérées sur les autres villes grâce aux collègues des autres CHU. C'est incroyable.

Parole de Jean-Luc Jouve, Chef de pôle, mise en texte avec Olivier (4 / 6)

... à suivre : Une bagarre où l'on se heurte à de vrais professionnels - Parole de Jean-Luc 5 / 6

Une bagarre où l'on se heurte à de vrais professionnels

Parole de Jean-Luc Jouve, Chef de pôle, mise en texte avec Olivier (5 / 6)

Suite de: Les pouvoirs centralisés étouffent les collectifs de santé - Parole de Jean-Luc 4 / 6

Le Collectif Inter-Hôpitaux, un mouvement national

Il y a eu un mouvement de médecins, un mouvement national qui s'appelle le Collectif Inter-Hôpitaux. Il y a des médecins, des paramédicaux, des sages-femmes, des manipulateurs radio, des usagers. Tous les personnels soignants et non soignants de l'hôpital se sont réunis dans un collectif pour revendiquer trois axes principaux :

- arrêter la fermeture de lits,
- rendre l'attractivité des carrières correcte pour les médecins, et pour les paramédicaux,
- modifier la gouvernance pour que les médecins et les paramédicaux y participent.

Ce collectif est basé sur le consensus et a fait des petits dans toute la France car cela concerne à la fois les CHU, les CHR, etc...

Je fais partie des référents du collectif à Marseille. Parmi les référents il y a des personnes plus spécialisées que d'autres, avec des problèmes particuliers, comme celui de la psychiatrie qui est très à part mais très préoccupant et tout aussi catastrophique.

Donc on se bat pour ça.

Le collectif a eu des résultats, il est arrivé à bousculer suffisamment le gouvernement avant le Covid. On est descendus dans la rue, on a obtenu que la dette de l'hôpital, qui est abyssale, soit effacée pour un tiers, qu'on augmente le nombre de médecins, le salaire des praticiens hospitaliers et des paramédicaux. A ce jour ce n'est pas suffisant, mais il s'est enclenché une dynamique, pour que le gouvernement reconnaisse que l'hôpital est maltraité depuis 20 ans.

La paupérisation rampante de l'hôpital existe depuis 20 ans...

Ce mécanisme ne concerne pas un seul gouvernement. Il s'est engagé avec Sarkozy, s'est poursuivi avec Hollande et Macron. Ça avait même commencé avant Sarkozy, c'est Bachelot qui a accéléré le processus. Que ça soit la droite, la droite dure où la gauche, les gouvernements ont toujours eu cette idée que l'hôpital se débrouillait mal. C'est même une idée générale de tous les ministères quelles que soient leurs convictions politiques, « *l'hôpital se débrouille mal, ils ne savent pas s'organiser, l'hôpital bien géré doit pouvoir récolter du profit* ».

Le Ségur de la santé a été provoqué par l'action des collectifs

On reste encore largement en deçà de ce qui est nécessaire pour faire tourner l'hôpital.

Le Ségur de la santé a prévu que dans toutes les régions des délégations aillent voir les Agence Régionale de Santé. A Marseille nous sommes six à être allés voir le directeur général de l'ARS qui couvre toute la région PACA : des représentants de Salon-de-Provence, des cadres infirmiers... On avait fait attention à ce que tout le monde soit représenté.

On a parlé pendant 2h30 au DG et à ses représentants. Sa conclusion a été : *"Je vous ai écoutés avec attention mais on en revient à ce que nous avons toujours dit. Vous êtes mal organisés, regardez les ESPIC et le monde libéral ils sont bénéficiaires alors que vous êtes toujours déficitaires"*.

Un véritable dialogue de sourds. Au total une ARS n'a rien de régionale. C'est essentiellement la courroie de transmission d'un ministère ultra centralisé

Le soutien de la population demeure un enjeu

Au départ la population et les gens étaient très solidaires, maintenant il faut qu'on trouve d'autres modes de lutte, on en discute dans nos réunions du soir, dans nos AG en zoom.

Avant le Covid la population était à fond avec nous, mais actuellement elle l'est moins. D'abord parce que le gouvernement a fait beaucoup de mousse autour du peu qu'ils ont donné, mais aussi parce qu'il y a une certaine indécence à râler face à des restaurateurs, à des artisans, face

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

à toutes les populations qui sont très impactées sur le plan financier par la crise sanitaire. Nous continuons à toucher nos salaires alors qu'eux sont dans l'angoisse et le souci.

Cela s'entend tout à fait bien !

La population est fatiguée, les gens sont déprimés, ils n'entendent pas grand-chose. Ils sont surtout préoccupés par la vaccination dans un contexte économique anxiogène. Il n'y a pas cette espèce d'enthousiasme qu'il y avait pendant la première vague. On a un soutien morose.

Dans cette bagarre on se heurte à des vrais professionnels

On se bagarre pour changer cette logique. Mais on se heurte à de vrais professionnels. Dès que vous rentrez dans la négociation vous vous faites manipuler de manière incroyable. Ce qui est donné d'un côté est repris de l'autre. Bercy est dirigé par de vrais professionnels en la matière.

Je fais partie du bureau du collectif, nous sommes allés négocier avec Madame Buzyn avec Monsieur Véran, leurs techniciens sont extrêmement brillants. Par exemple, quand ils revalorisent le salaire des Praticiens Hospitaliers, ils ne le revalorisent pas de la même manière en fonction de l'ancienneté et donc le traitement n'est pas le même pour tout le monde. Cela provoque des clivages, d'où des tensions et une unité qui se fissure, c'est très adroit.

Ils ont augmenté les infirmières de 180€ par mois. En région parisienne, ça ne permet pas de changer votre vie, en province non plus. Cependant comme à ce jour les syndicats ne sont jamais arrivés à de telles sommes, il a été considéré que c'était un succès : « *on a obtenu une augmentation qu'on n'avait jamais eue auparavant* ». Cela reste ridicule face au marasme de l'hôpital public.

Chaque fois qu'on entreprend une action une parade est mise en place

On va se battre quand même, mais on se heurte, surtout les médecins qui ne font pas souvent grève, à des forces que l'on connaît mal.

A un moment nous leur avons fait peur car nous n'avons plus codé les actes. Même, plus malin, nous avons bloqué les actes, c'est-à-dire que nous les codions mais que le département informatique les verrouillait. C'est à cet instant que nous avons pu faire bouger les lignes.

"On leur a lâché les codes"

Au bout d'un moment, on leur a lâché les codes pour que les actes puissent être encaissés. Au bout d'un moment pour ceux qui n'ont pas lâché les codes, notamment les gens de la Pitié, ils ont extrapolé les coûts de l'année précédente pour facturer à la sécurité sociale !

Lors du Ségur de la santé on pensait que les ARS allaient être balayées, car ce sont de gros obstacles à toute initiative. Quand on a un projet, si l'ARS dit non, alors c'est sans appel !

On s'est fait manipuler de manière incroyable

Olivier Véran a dit qu'il fallait rendre aux hôpitaux leurs spécificités régionales, locales, afin qu'ils puissent s'adapter. Ce que tout le monde attendait. Mais, tour de passe-passe, il a ajouté que pour que ces spécificités puissent s'exprimer à l'échelon local, il fallait renforcer les ARS. On s'est regardé en se disant que c'était le sommet de la manipulation. On termine le Ségur avec un renforcement de la centralisation.

Le combat est très rude et c'est difficile de se battre en continuant nos activités. Ça n'empêche pas qu'on continue, on n'est pas fatigués. Je pense que tout est prêt pour repartir à la fin du COVID.

Les adversaires qui sont difficiles en face. Un directeur général est jugé par son administration sur les performances qu'il doit avoir, pas sur la qualité des soins qui vont être délivrés dans son établissement.

On a décidé d'autres moyens de lutte

C'est-à-dire de s'impliquer dans la gouvernance, de s'engager dans les commissions médicales exécutives de manière à s'impliquer chez les décideurs avec ce que cela comporte de pénible car éloigné de notre corps de métier de base qui est de soigner.

On était des soignants et on ne s'intéressait pas à l'administration, nous nous installons dans la situation inverse.

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

Parole de Jean-Luc Jouve, Chef de pôle, mise en texte avec Olivier (5 / 6)

... à suivre : L'autonomie, on l'a rencontrée grace au covid - Parole de Jean-Luc 6 / 6

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

Parole de Jean-Luc Jouve, Chef de pôle, mise en texte avec Olivier (6 / 6)

Suite de: Une bagarre où l'on se heurte à de vrais professionnels - Parole de Jean-Luc 5 / 6

Le Covid, c'est comme un exode

A chaque vague on déprogramme les patients non urgents au point de vue chirurgical. On va parfois jusqu'à diminuer notre capacitaire de 70%, dans toute la Timone et dans tous les hôpitaux, pour ne faire que des urgences, pour faire rentrer les malades du Covid.

Entre les vagues on opère en saturant les programmes opératoires parce qu'on a peur qu'après on ne puisse plus faire que les urgences vitales. C'est notre seul moyen d'éviter les pertes de chance. Il y a un problème sanitaire assez compliqué. Sur le plan épidémiologique il est logique de confiner tout le monde, après sur le plan économique et psychologique, confiner est violent. Chaque jour, les décisions sont difficiles à prendre. Je n'aimerais être à la place des gouvernants.

...

Pourquoi avec les moyens que possède l'Europe on n'arrive pas à vacciner plus ?

L'Europe avait l'occasion de montrer qu'elle a une véritable existence, et elle s'empêtré dans des discussions oiseuses avec des industriels qui ne sont pas à la hauteur. Et elle n'arrive pas avoir une voix unanime. Elle démontre son inefficacité, en tout cas sur le plan administratif et c'est un peu consternant. Si on y mettait le prix, et la pression nécessaire sur les fabricants de vaccins, ça pourrait aller plus vite. La crise sanitaire mondiale est telle qu'on doit avoir la puissance de faire sauter les brevets. Si on monte un hôpital pour 10 000 patients en quelques semaines on doit pouvoir monter des usines pour des vaccins ou transformer les usines existantes. On arrête de vacciner le vendredi soir pour reprendre le lundi, alors que le pays est paralysé et que l'on a 300 morts par jour !

L'état doit pouvoir faire une pression sur les laboratoires mais il est aussi responsable : si on a les doses on doit vacciner !

Pourquoi ne pas mobiliser tout le monde pour vacciner quand il y a 300 morts par jour ?

Pourquoi ne pas demander aux chirurgiens qui actuellement annulent des interventions, de se mettre aux vaccins, on pourrait vacciner 24/24. Si on peut opérer une épaule, on peut vacciner.

Vacciner au stade vélodrome

A Marseille on peut réquisitionner le stade Vélodrome, il y a l'énergie nécessaire avec les éclairages du stade, on installe des tentes militaires et on vaccine la population. Quand on était à l'école et qu'il y avait le BCG on nous mettait tous en rang et on était vaccinés. Il y a trois-cents morts par jour, il faut peut-être passer à une étape un peu plus militaire. Je ne veux pas bousculer les gens mais quand même ! Quand on voit des gens en réanimation, sur le ventre, intubés, ventilés, avec des poumons blancs, les idées sont plus claires !

Quand on se retournera sur cette période, on se dira peut-être que c'est bizarre que les pays les plus riches du monde n'aient pas pu accélérer les démarches. A l'échelle de population ce n'est peut-être pas un drame, car on va arriver à la fin de l'année à ce que l'on soit tous vaccinés. Mais c'est un minimum.

...

L'autonomie on l'a rencontrée grâce au Covid

Lors de la première vague du Covid, l'administration a été débordée, l'ARS surtout a été complètement dépassée et le pouvoir a été donné aux médecins pour débrouiller les situations et arriver à faire ce que l'on fait maintenant avec la troisième vague. C'est-à-dire déprogrammer les malades, réorganiser les services, transformer les services hospitaliers en unités Covid, libérer des réanimateurs-anesthésistes de bloc et des respirateurs de bloc vers des salles de

L'autonomie rencontrée grâce au Covid

réveil, vers des unités de réanimation Covid néoformées. A ce moment l'administration et l'ARS, débordées, ont donné le pouvoir aux médecins qui ont montré qu'ils s'en débrouillaient fort bien.

On a vécu une période un peu faste à ce moment-là, jusqu'à ce que les lits ouverts aient été refermés et les contrats des personnes recrutées en CDD aient été annulés. De manière complètement aberrante. Les CDD engagés pour la deuxième phase, des infirmières anesthésistes ou des infirmières à la retraite, des personnes qui étaient venues nous donner un coup de main ont été sèchement congédiées le 31 décembre. A cette période on annonçait déjà la 3ème vague. Et maintenant on leur court après pour essayer de les faire revenir.

Il y a quand même une incurie administrative

L'incurie des ARS est assez magistrale dans une crise dont je ne dis pas qu'on en maîtrise tous les paramètres. Cependant chaque fois qu'il y a une crise aiguë, ce sont les médecins de terrain qui doivent assumer. C'est à nous de nous débrouiller devant la montée en flèche à laquelle on assiste aujourd'hui.

Parole de Jean-Luc Jouve, Chef de pôle, mise en texte avec Olivier (6 / 6)