

## **Atelier Collectifs de soin et gouvernance démocratique**

**Entretien avec Dr Julien Vernaudo, Praticien Hospitalier Gériatre, Hospices Civils de Lyon, Centre de Recherche Clinique « Vieillesse, Cerveau, Fragilité », Centre Mémoire Ressources et Recherche de Lyon**

**15/7/2020**

Je suis médecin hospitalier gériatre aux hospices civils de Lyon, c'est-à-dire dans le service public. Je suis dans un service hospitalier de ce CHU depuis 2017. Avant j'étais en Franche-Comté. J'ai 35 ans, j'ai toujours travaillé dans le service public. Je travaille dans un service particulier et spécialisé puisque je m'occupe de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée présentant des troubles du comportement ; ce sont des patients qui sont un peu délaissés habituellement par les autres services.

Ce sont des patients qui, en général, sont pris en charge par le service public. Il peut y en avoir dans le privé mais c'est alors souvent dans des cliniques mutualistes, des structures à but non lucratif, car ils ne sont pas rentables. Le service public, c'est un vrai engagement pour moi.

Avec la crise du COVID, j'ai dû transformer mon service en service COVID car j'avais des patients atteints. On avait un gros dilemme : soit on fermait, soit on transformait le service en unité COVID, ce qui permettait à nos patients de ne pas être attachés dans des services non adaptés à eux. Cette question, on se l'est posée dès le 16 mars, quand le confinement a démarré. C'est nous, unilatéralement, avec mon chef de service et la cadre de santé, qui avons pris la décision d'adapter l'unité. On s'attendait à des frictions avec l'administration, mais elle a donné son accord d'emblée en nous demandant de quoi on avait besoin en termes de moyens et de matériels et en nous disant « on suit ». Enorme surprise : on a pu avoir des moyens humains facilement, renforcer nos équipes de la journée et la nuit, on n'avait pas de freins. Là où, habituellement, on a besoin de monter un dossier pour toute activité nouvelle, là pas besoin. Le paradis !

Deuxième chose : être médecin hospitalier c'est prendre soin des gens, mais c'est aussi faire des démarches administratives (les démarches qualité, le codage des activités...) pour permettre à l'hôpital d'être rentable. Et là, tout cela a été suspendu. On nous a dit « notre service est à disposition », en parlant du service d'information médicale, habituellement qui vérifie seulement que nous faisons correctement le codage et qui dans ce contexte a pris en charge de A à Z ce codage. J'ai été libéré de toute cette technocratie. On s'est donc retrouvé avec plus de moyens, sans pression d'augmentation d'activité, et sans ces tâches administratives qui prennent un temps considérable en dehors du soin. Et l'administration a été un vrai partenaire, au lieu de décider tout. On avait affaire à nos interlocuteurs habituels, c'est à dire les cadres supérieurs et la direction de l'hôpital, mais la crise a changé nos relations.

Dès le début de l'épidémie, l'ARS a donné les pleins pouvoirs aux hospices civils de Lyon en disant : « pour le Rhône et le Nord de l'Isère, vous avez carte blanche pour organiser la prise en charge des patients COVID, pour gérer la création/fermeture des unités Covid, que ce soit pour vous ou pour les établissements du privé ». Les HCL se sont donc occupés de la gestion des flux pour cette région. Dès le départ, l'ARS s'est retirée et a demandé aux HCL d'assurer la prise en charge et la carte sanitaire. Ce sont la direction générale, les chefs de pôle et les cadres supérieurs de santé qui ont mené à bien cette activité ; ils se réunissaient trois fois par semaine pour faire le point.

Ça prouve une chose : quand il faut agir vite pour le bien des patients et hors des chemins classiques de la bureaucratie, l'ARS est incapable de faire face et laisse le terrain faire. C'est une structure

inefficace voire qui fait perdre du temps. Pour moi, c'est un aveu que les soignants connaissent mieux le métier du soin qu'eux. C'est bien sûr aussi pour l'ARS une manière de se déresponsabiliser. Mais c'est un aveu d'inefficacité, d'incompétence surtout à mon avis. C'est comme ça que j'analyse le truc.

La gouvernance de l'hôpital repose aujourd'hui sur les ARS mais aussi sur les pleins pouvoirs donnés au chef d'établissement qui décide de tout. La commission médicale d'établissement, où se trouvent des médecins, ne donne que des avis consultatifs. C'est le chef d'établissement qui décide de la nomination des chefs de service, des chefs de pôle, etc. Le milieu médical est relégué, mais aussi le milieu soignant en général. C'est même pire pour les autres soignants : les infirmiers, les aides-soignants, etc., qui n'ont aucun organe décisionnel pour s'exprimer.

Nous, sur le terrain, pendant le COVID, on a tout fait en binôme avec la cadre de service. Elle avait besoin de plus de personnel, elle a pris les rênes là-dessus. On a bien vu à ce moment-là le rôle essentiel que jouent dans la gestion de l'hôpital les cadres de santé. Alors que d'habitude, ils sont dans une position inconfortable, entre le marteau et l'enclume. Avant la crise, ils étaient surtout des relais des injonctions administratives, mais sans aucun pouvoir : ils doivent mettre en place les outils qui sont imposés, expliquer qu'on supprime un poste d'infirmière... Ils peuvent résister, faire tampon pour ne pas trop détériorer la situation mais à la marge car de toutes façons on reste en sous-effectif et cela dégrade le travail. Ils n'ont pas vraiment de marges de manœuvre. Tout ça a été mis entre parenthèse dans nos services et ça été une bouffée d'oxygène pour l'équipe.

Mon service est un service de 13 lits. On a une infirmière le matin, une l'après-midi et une troisième la journée ; ainsi que deux aides-soignantes le matin, deux l'après-midi et deux autres la nuit. Pendant la crise, on a eu 2 infirmières le matin, 2 l'après-midi et une la nuit, et 2 aides-soignantes le matin, une en journée, 2 l'après-midi et une 1 la nuit. Autre chose capitale : tout le service de nettoyage est sous-traité depuis des années avec des gens payés à 3 ou 4 mn la chambre, donc qui doivent travailler très vite, au risque de ne pas pouvoir bien faire, et ne sont pas intégrés à l'équipe ; pendant la crise, on n'a plus fait appel à la sous-traitance, mais à deux agents de service à la retraite qui sont revenus et ont été payés pour cela, qui ont été intégrés à l'équipe, à la journée, avec le temps nécessaire pour faire le ménages, l'hôtellerie et pour venir en appui des aides-soignantes pour les soins. On est revenu en quelque sorte à la situation qui prévalait par le passé où on disposait d'un poste d'agent de service hospitalier (ASH) qui n'existe plus aux hospices civils de Lyon depuis le développement de la sous-traitance du nettoyage.

Je crois que la privatisation, qui concerne aussi la cuisine, a été décidée un an ou deux avant que je n'arrive. Avec la suppression des ASH, ça nous a fait des bras en moins mais surtout, on s'est retrouvé avec une hôtellerie dégradée et une qualité du ménage moins bonne, car les actuels travailleurs sous-traitants font ce qu'ils peuvent mais tout est minuté, ils doivent badger, à l'arrivée et au départ de chaque chambre, et il n'y a pas de dynamique d'équipe. Sans compter qu'ils sont moins bien payés et n'ont pas nos avantages comme les primes. D'ailleurs, je ne suis pas sûr que ces personnes aient bénéficié de la prime COVID, j'ai de sérieux doutes.

Autre initiative : on a doublé voire triplé les astreintes médicales. On a donné notre accord mais à condition d'être payé pour une astreinte normale : l'administration a accepté sans difficulté. Alors que d'habitude, par exemple les mois d'hiver où on a plus de travail et où il y aurait besoin de doubler les astreintes, c'est niet.

Chez nous, je veux dire dans mon unité, durant la crise, les liens entre paramédicaux et médecins se sont raffermis. On a fait une réunion en fin de crise, tous les témoignages parlaient de confiance, de bienveillance et de soutien. Il faut bien avoir en tête que quand il fallait revenir le week-end, pour aider, tout le monde le faisait. L'investissement de chacun a été très fort. Si on se trouve confronté à

une deuxième vague, ce ne sera peut-être pas le cas parce que tout le monde a beaucoup donné et quand on voit ce qui ressort du Ségur, ce n'est pas sûr que les gens recommencent... Dans l'équipe, il y avait l'espoir, pas au début de la crise mais par la suite, que la situation à l'hôpital change une fois revenu à la normale. Donc je ne vous raconte pas la déception avec le Ségur qui se contente d'augmenter un peu les salaires sans changer le reste !

Et puis, cette augmentation risque d'être récupérée ailleurs parce que l'ONDAM est une enveloppe contrainte et il n'a pas été du tout dit qu'elle allait augmenter. Dans le journal interne de l'hôpital, on a pu commencer à lire des choses comme « la crise a coûté tant, il va falloir revenir à l'équilibre ». On a un nouveau directeur général qui vient d'arriver, Raymond Le Moign, qui est l'ancien directeur de cabinet d'Agnès Buzyn ; il a envoyé un courrier à tout le personnel finissant, en filigrane bien entendu, par « il va falloir faire des efforts », donc on sent déjà revenir le « retour à l'anormal ». Avec les collègues on le digère très mal. Moi à titre perso je n'ai pas repris les tâches de codage, je vais me faire taper sur les doigts mais c'est difficile d'y revenir après ce qu'on vient de vivre.

Ma cadre, aujourd'hui, est écoeurée de tout ça, elle va partir l'année prochaine, elle a postulé ailleurs. On sent que dans les équipes ça tire. Les infirmiers et aides-soignants s'accrochaient au Ségur, ça va être une douche froide.

Dans mon service, il y a beaucoup de turn-over chez les aides-soignantes : on a des remplaçantes tous les 3 ou 4 mois qu'il faut former et qui s'en vont ensuite. Du côté des infirmiers on est en sous-effectif, il doit manquer un poste et demi. Mais il y a encore plus mal loti que mon unité aux HCL... Moi, je suis responsable de l'unité, sur l'unité à mi-temps en tant que médecin, je travaille avec un collègue aussi à mi-temps dans l'unité avec qui on s'est bien organisé. On a aussi une astreinte de nuit avec un interne en première ligne et un médecin sénior s'il y a un souci.

Le turn-over chez les aides-soignantes et même chez les infirmières a en fait plusieurs causes. D'abord, pas mal n'ont pas réussi à être en CDI, d'autres ne sont pas titularisées après obtention de leur CDI. La titularisation dans la fonction publique permet de bénéficier des primes, du 13<sup>ème</sup> mois et de la sécurité de l'emploi. Quand on n'accède pas au CDI et qu'on se voit renouveler son CDD sans arrêt, c'est compliqué pour avoir un appartement en location ou bénéficier d'un emprunt pour acheter un bien. Ensuite, dans mon service, on a une typologie particulière de patients chez qui il peut y avoir de l'agressivité. On a intérêt d'avoir des aides-soignantes et des infirmières bien formées car les patients arrivent lorsqu'ils sont en crise, pour 3 ou 4 semaines généralement, avec des troubles du comportement, de l'anxiété, des troubles du sommeil... Ils doivent suivre un traitement médicamenteux mais il faut l'adapter en fonction des troubles constatés et des réactions des personnes, ce qui implique une bonne compréhension de leurs rythmes. Par exemple il faut comprendre à quelle heure faire sa toilette pour que cela ne provoque pas de réaction, il faut faire des équilibres dans les traitements médicamenteux ce qui prend du temps, il faut bien observer les situations, avec un risque d'échec parfois et de l'agressivité. C'est un sacré boulot et il serait dommage de voir partir celles et ceux qui restent aiment ça et ont une riche expérience.

Les liens avec les autres services des HCL, c'est surtout pour les demandes d'hospitalisation de patients venant d'un autre service. Il arrive que ce soit des patients issus des services de post-urgences parce qu'il faut libérer des lits. C'est une pression qu'on a tous les jours. Moi, comme je ne fais que des hospitalisations programmées, en général mon service est plein sur une semaine à l'avance et je ne peux donc pas répondre aux services dans l'urgence. Et puis, je fais de la pédagogie pour dire que mon unité n'est pas la bonne unité où transférer des patients depuis les urgences. Je fais aussi du conseil sur les traitements. Mais c'est un problème de tous les jours pour les services de trouver un lit d'aval... L'administration ne m'impose pas de patients malgré un avis défavorable du médecin, ce que l'on

appelle des « impositions administrative », c'est-à-dire des patients à accueillir obligatoirement, mais ça arrive dans d'autres services de gériatrie conventionnelle.

Pendant le COVID, on a goûté à l'absence d'impositions administratives, au matériel en plus, à des gens en plus, à la suppression de tâches annexes... Quand on a goûté à ça, c'est un peu triste de revenir en arrière. C'est triste de dire ça pendant cette période dramatique tout de même, mais à l'hôpital on a pu se consacrer uniquement au soin, à l'essence de nos métiers.

---

### **Éléments divers, suite à l'évocation de l'initiative de la pétition lancée avec Frédérick Stambach**

Chez Frédérick, les médecins ont pris l'initiative sur le terrain de faire un dispensaire de dépistage du COVID, en lien avec les infirmiers locaux. Ils ont mis tout ça en place de façon autonome. L'ARS est arrivé 3 semaines après pour dire de faire autrement, sans que cela soit opérationnel et sans fournir de moyens, seulement des directives... De notre côté, on a transformé le service et on a demandé à l'administration des moyens qu'elle nous a donnés.

Conclusion : quand on laisse la main aux soignants, on arrive à des résultats optimaux. On peut donc remettre complètement à plat la santé et pas seulement l'hôpital.

Nous, on plaide pour une gouvernance partagée entre l'administration, les soignants et les usagers. Avec un partenariat équilibré, on voit tout de suite que ça va mieux.

J'avais donné une interview dans un journal local dont avait eu vent le directeur de l'hôpital. Mais lui n'en démord pas : « *le pouvoir ne peut pas être partagé dans une structure aussi complexe avec un budget aussi complexe* ». Pour lui, les soignants sont incompetents. Ce qui est contre-intuitif : toutes les études de sociologie montrent que plus c'est complexe, plus le pouvoir et les décisions majeures doivent être partagées. Mais ils sont formatés comme ça à l'école de formation. Avec Frédérick, on avait fait une tribune pour dire qu'il fallait rééquilibrer les pouvoirs et on a recueilli plus de 5000 signatures (nationale) (Pouvoir sanitaire aux soignants et aux usagers ! #SoignonsEnsemble - <https://blogs.mediapart.fr/frederick-stambach/blog/020520/pouvoir-sanitaire-aux-soignants-et-aux-usagers-soignonsensemble>).

Aujourd'hui, on remarque une position plutôt attentiste de pas mal de mouvements comme le CIH à Lyon par exemple. En fait, après le COVID, tout le monde a misé sur le Ségur. Avant la crise, pourtant, la grève avait été plutôt bien suivie alors même que les médecins n'ont pas habituellement une culture de grévistes.

On remarque aussi une certaine déconnexion entre la strate médicale et la strate des soignants non médecins, parce qu'il y a une grande méfiance. On peut refaire du lien à l'échelle d'un service, mais au-delà, cette déconnexion est là. Elle est renforcée par le nouveau directeur qui en joue : il ne donne aucune place aux non médecins au sein de la gouvernance de l'hôpital.

Du côté médical, il y a une part de médecins qui sont complètement désabusés et qui pensent qu'on ne peut rien faire, il y a aussi les cyniques et les ronchons. Et puis il y a une part de médecins peu politisés ou qui ne vont pas plus loin que leurs tâches quotidiennes, par découragement ou par manque de conscience politique. Nous, par exemple, on remet en cause les traités européens, c'est un lien logique qui n'arrive pas à la tête de mes collègues.

Et puis autre chose, le Ségur a fait du mal : c'est un beau coup de com' de Macron mais il a divisé les soignants et même les médecins entre eux. Parce que les deux demandaient des augmentations et les non médecins ont pu trouver indécent que les médecins demandent des augmentations alors même

que ces derniers sont bien mieux payés et que ce sont eux, les soignants non médecins qui sont asphyxiés. Macron sait diviser pour mieux régner, cela a très bien marché. Et puis il a su jouer du calendrier aussi, avec l'été la temporalité est bonne. Ils l'ont joué fine. Ils ont axé l'essentiel sur la rémunération : il n'y a rien sur gouvernance, rien de concret sur l'ouverture de lit, rien sur les moyens humains. C'est la cata ! Il va y avoir une gueule de bois, c'est sûr. Surtout qu'il n'y a aucune réforme budgétaire et notamment fiscale derrière, donc on se demande comment il va financer tout cela. Ce qui a été donné d'un côté risque fort d'être repris de l'autre.

Sur le rapport aux OS, je constate une grande méfiance. D'où les collectifs. On veut quelque chose de moins hiérarchisé, de moins structuré, sans des personnes qui font leur carrière là-dedans. Le taux de participation aux élections syndicales, chez les médecins, est très bas. La méfiance est très grande. Et quand un accord est signé par des syndicats, ça représente une extrême minorité de soignants.