

► Pour autant, la direction refuse le terme de « rentabilité », préférant celui, plus *economically correct*, d'« efficacité ». Elle soutient que ces mesures ne retentissent pas sur la qualité du matériel médical, rappelant que les achats sont soumis à des marchés publics. « *Le prix est un des critères que nous prenons en compte, mais la qualité reste le critère prioritaire.* » Quant à une pression exercée sur les praticiens pour qu'ils effectuent plus d'actes, là aussi, la direction réfute : « *On ne demande pas plus d'actes mais une codification des actes* », qui sera ensuite transférée à l'Assurance maladie pour financement. Soit.

## Exposés à la vue de tous

Reste que, sur le terrain, les choses semblent différentes. A plusieurs dizaines de mètres des bâtiments de la direction, les urgences ne désemplassent pas. Dans la salle d'attente, plus une place de libre. Avec plus ou moins de patience, les malades attendent, souvent des heures, qu'on les prenne en charge. Chacun, ou presque, aura droit à une radio pulmonaire et à un bilan sanguin, surchargeant un peu plus manipulateurs radio et biologistes. Dans les

couloirs, les soignants s'activent, slaloment entre les brancards sur lesquels sont hospitalisés chaque jour 10, 15, 20 patients, faute de lits, faute de place. Les malades, exposés à la vue de tous, n'ont d'autre choix que de patienter. Habitué à ces scènes quotidiennes, le personnel n'en demeure pas moins choqué. Et il a dû lutter trois mois pour obtenir des brancards supplé-

**Un véritable plan social s'annonce. Quelque 20 000 postes doivent être supprimés.**

mentaires, des pieds de perfusion ou encore des paravents, histoire d'offrir aux malades un semblant d'intimité. Mais les moyens sont encore en souffrance, comme pour cette table de suture, à moitié cassée et toujours pas remplacée. Et les demandes en termes de moyens humains ne sont toujours pas satisfaites. « *Pendant la grève, nous étions plus nombreux à travailler qu'en temps normal, parce que nous étions assignés, souligne, avec ironie, Danièle. Ici, c'est service minimum tous les jours !* »

Et la situation risque de durer : en période de déficit chronique, l'heure n'est pas aux embauches. Un rapport de la Fédération hospitalière de France (FHF) estime que, « *pour équilibrer les budgets hospitaliers, les établissements devront prendre des mesures de réduction de l'emploi et de la masse salariale.* [...] Dans un contexte hospitalier où les dépenses de personnel représentent près de 70 % des budgets et où les autres postes budgétaires sont fortement orientés à la hausse, on comprend facilement que les établissements ne pourront faire face à une telle impasse financière qu'en proposant une réduction sensible de leurs effectifs. » En clair, un véritable plan social s'annonce dans la fonction publique ►

## Portraits



### CLAUDE ROCHETTE, ambulancier

**A** 46 ans, Claude Rochette est un habitué de la route : après avoir été représentant puis livreur, il a fini par devenir ambulancier. D'abord dans le privé, avant de se faire embaucher au centre hospitalier intercommunal de Clermont (Oise) parce que les conditions y étaient meilleures. Fait rare, cet hôpital possède son propre service d'ambulances. Pour autant, Claude Rochette n'est pas considéré comme faisant partie du personnel médical. « *On a lutté pour ça, mais le ministère n'a pas voulu, se souvient ce cégétiste, qui souffre d'un manque de reconnaissance. Je travaille pour la psychiatrie, le parent pauvre de la santé. On a besoin de matériel, certains véhicules ont 235 000 km au compteur... Nous sommes la dernière roue du carrosse.* »

Surtout lorsqu'il compare sa situation avec celle des ambulanciers du service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) : « *Ils ont des points d'indices supplémentaires sur leur salaire. Pas nous.* » Ambulancier depuis dix-sept ans, dont

dix passés à l'hôpital de Clermont, Claude Rochette travaille 35 heures par semaine pour un salaire qui peine à atteindre 1 500 € brut. Dans des conditions pas toujours évidentes : « *Nous transportons des patients difficiles. Il nous arrive de recevoir des coups. On n'est pas là pour ça. Peut-être pourrions-nous avoir une*

*prime de risque ou une revalorisation salariale...* »

En passant d'un établissement à l'autre au cours de ses

transports de patients, l'ambulancier a pu se rendre compte du malaise général qui touche les professions de santé. « *Les gens sont fatigués. Dernièrement, une de mes amies soignantes s'est suicidée. Elle était épuisée, souffrait de harcèlement de la part de sa hiérarchie...* » Lui se réjouit d'avoir un « bon chef », indispensable à une bonne atmosphère de travail. Mais son cas est loin d'être le plus répandu. Claude Rochette garde la « foi ». « *Je vois du monde, plein de choses, j'ai de la chance par rapport à d'autres personnes. Quelque part, je suis privilégié. Mais j'aimerais bien être plus reconnu.* » ●

**« On aimerait un peu plus de reconnaissance. »**



## Portraits

► hospitalière. Quelque 20 000 postes doivent être supprimés. Et la saignée a déjà commencé. On ne remplace pas les départs, on « gèle » les postes. On ne recrute pas, on rappelle les personnels en place, quitte à leur faire enchaîner des heures, placées sur un compte épargne temps déjà plein à craquer, prêt à exploser.

### Une sensation de perte de sens

Les internes, dans les CHU, sont aussi largement utilisés, notamment la nuit. Encore interne l'an passé, Olivier Veran, 28 ans, est aujourd'hui chef de clinique en neurologie au CHU de Grenoble. Les gardes et astreintes, il connaît bien. Le porte-parole de l'Inter Syndicat national des internes des hôpitaux (Isnih), se souvient : « *Quand on est d'astreinte, on peut être appelé chez soi la nuit à tout moment. Si on n'a pas besoin de se déplacer, on n'est pas payé. En revanche, s'il faut se rendre en urgence à l'hôpital, que ce soit une fois ou vingt fois, c'est le même tarif, à savoir 55 € pour la nuit.* » S'il est de garde, l'interne passe alors la nuit à travailler à l'hôpital, avec interdiction d'exercer le lendemain. Sauf qu'en pratique le repos de sécurité n'est pas toujours observé.

Avec tous les risques que cela comprend pour le patient...

**Le repos de sécurité n'est pas toujours observé. Avec les risques induits pour le patient.**

Dans de telles conditions de travail, les soignants, exténués, harcelés moralement par leur hiérarchie, frustrés, craquent. « *On travaille en moyenne 7 heures par jour. Mais on fait au moins 1 heure de plus quotidiennement* », raconte Anne\*, infirmière au centre hospitalier de Creil. Avec la création

des pôles, qui regroupent au sein d'une même structure différents services, les infirmières ont été « mutualisées ». Ou plutôt transformées en bouche-trous, passant d'un service à l'autre. Les soignantes doivent continuellement se réadapter, apprendre ou réapprendre les gestes spécifiques à un service, notamment grâce à des formations et à un encadrement particulier. Mais, avec une infirmière pour 16 patients dans certains services, difficile de prendre du temps pour former les nouvelles venues. « *C'est dans ces moments-là qu'on ressent un vrai malaise* », conclut Anne. Un malaise qui touche toutes les catégories professionnelles, du médecin à la sage-femme en passant par l'infirmière ou l'aide-soignante. Trop de pressions, sensation d'une perte de sens, impression de ne pas pouvoir faire son travail correctement...

Chirurgien en orthopédie et traumatologie depuis des années, Jacques\* supporte de moins en moins les poids qui pèsent sur ses épaules. Au stress lié à l'exercice, difficile, de son métier, s'ajoute une nouvelle contrainte, celle de l'obligation de résultats, qui commence à s'insinuer dans son travail. « *Parfois, je pense à quitter le public. J'ai déjà vu des collègues qui ont fait* ►



### BÉNÉDICTE DUTERME, infirmière en pneumologie

**B**énédictte Duterme, 26 ans, est une infirmière qui va « bien ». En poste au service de pneumologie du centre hospitalier de Creil, la jeune femme, aux cheveux courts et aux yeux soigneusement maquillés, se réjouit de la « *très bonne ambiance d'équipe* » qui règne à son étage. « *On peut encore s'arranger entre nous* », explique-t-elle. Une caractéristique indispensable quand on est en sous-effectif. Pour gérer les 30 lits – rarement vides – de la pneumologie, il n'y a que deux infirmières. « *On tourne. Il y a deux infirmières dans l'équipe du matin, qui sont relayées par deux autres infirmières de l'équipe d'après-midi. La nuit, par contre, il n'y a qu'une seule infirmière, épaulée par une aide-soignante.* »

Dans de telles conditions, difficile de faire tout ce qu'on voudrait. Bénédicte Duterme avoue avoir des « *périodes difficiles* ». « *Certains patients demandent plus de temps. Mais nous n'avons justement pas toujours le temps ! Il faut se dépêcher. Il y a toujours quelque chose qui fait*

*qu'il faut aller vite. Tout ça exige une bonne qualité d'organisation.* » Dans un emploi du temps aussi serré, difficile de caser la pause-déjeuner de trente minutes. « *On n'a pas le temps de monter au self de l'hôpital pour manger. Et puis on ne peut pas non plus laisser seule notre collègue...* »

En moyenne, Bénédicte Duterme travaille chaque jour près d'une heure de plus à l'hôpital. Des heures non quantifiées, et donc non payées, utilisées pour rester auprès d'un patient ou finir la transmission avec l'équipe

qui prend la relève. « *On fait beaucoup d'heures* », reconnaît-elle, pour un salaire loin d'être à la hauteur : 1 450 € net pour une infirmière débutante, 1 600 € pour elle, après quatre ans d'exercice et trois années et demie d'études, considérées comme un niveau bac + 2. « *Nous avons des responsabilités importantes*

*vis-à-vis des malades, nous devons parfois faire face à l'agressivité des patients, on se décharge beaucoup sur nous...* » Autant de qualités qui, visiblement, n'entrent pas dans la grille de salaire des infirmières •

**« La nuit, on est une infirmière et une aide-soignante pour 30 lits. »**



## BRUNO DEVERGIE, chef de service en diabétologie

**C**e n'est pas parce qu'il est à un an de la retraite que Bruno Devergie, chef du service de diabétologie du centre hospitalier de Creil, se désintéresse de l'avenir de l'hôpital public et du sort de ses jeunes collègues. Le malaise des médecins, les contraintes qu'ils subissent, Bruno Devergie, 64 ans, les vit au quotidien. Posé, réfléchi, il s'efforce d'avoir une vision globale des difficultés des soignants et de leurs causes. « Il y a une demande croissante de la part des patients, liée au vieillissement de la population, aux polyopathologies... » remarque ce vice-président de la Confédération des praticiens hospitaliers (CPH), qui constate que les exigences des malades ont changé, créant une relation différente avec le médecin. « Il y a une impatience, une précipitation des patients et des familles qui revendiquent tout et tout de suite. L'illusion sécuritaire du risque zéro et la menace juridique que celle-ci

induit créent une attente très forte chez l'usager. Tout cela provoque un malaise qui place le médecin dans une position de non-satisfaction. » Une pression sociétale forte, incompatible avec les réformes qui rythment depuis des années la vie de l'hôpital. Les dernières en date – T2A notamment – ont eu un effet néfaste.

« Nos contraintes s'accroissent. Dans le système de la T2A, on demande aux médecins d'être rentables. C'est une contradiction majeure : nous sommes amenés à assurer une mission de service public, ce qui justement n'est pas rentable ! » souligne Bruno Devergie, en poste depuis trente ans. « Les actes techniques, comme les IRM, rapportent à l'hôpital. En revanche, le relationnel n'est pas tarifé. Cela coûte mais ne rapporte rien », ajoute encore le praticien aux cheveux poivre

et sel, fustigeant une « médecine dés-humanisée », qui fait peser de fortes pressions sur les praticiens. A la pression de la gestion s'ajoutent celle que subissent les équipes médicales, cassées par la nouvelle organisation en pôles. « La qualité des soins repose sur une équipe qui communique au mieux. Or, tout est fait pour séparer les corps médical et paramédical. »

Attaché à sa liberté de parole, Bruno Devergie ne voit dans cette réorganisation qu'une régression. « C'est une mise à mal voulue, délibérée. Ça fait dix, quinze ans que ça dure. Et tout ça s'aggrave... »

**« Nous subissons des contraintes qui s'accroissent. »**

Pour autant, le diabétologue n'oublie pas l'importance du contact humain. Il cite l'un de ses maîtres, Marcel-Francis Kahn, qui avait ainsi dédié un ouvrage : « A nos patients, qui nous ont tant appris »... •





► *ça. Mais c'est difficile de tout abandonner* », estime le praticien, en évoquant les lettres qu'il reçoit par dizaines de la part d'établissements privés qui cherchent à recruter. Ceux qui ont « la foi », qui croient encore aux valeurs du service public, restent. Mais pour combien de temps ? « *L'hôpital public perd des gens démotivés* », assure Madeleine Estryn-Béhar, praticienne hospitalière en médecine du travail au service central de santé au travail de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), auteur d'une étude sur les raisons qui poussent les paramédicaux hospitaliers à quitter prématurément leur poste (1).

## « Une volonté de division »

Selon elle, chaque mois, environ 17 % des soignants pensent abandonner le métier. Et de rappeler l'importance de leur santé, primordiale pour la qualité de soins donnés aux patients. Pour la praticienne, l'épuisement émotionnel peut être évité par le travail en équipe, « *au cœur de tout* ». Mais, dans la conception de l'hôpital-entreprise, la bonne entente n'est pas vue d'un très bon œil. « *Il y a une volonté de créer des divi-*

*sions entre les catégories professionnelles pour mieux régner, remarque Miette Mougeot, chef du service de cancérologie à Creil. C'est sournois. On demande aux gens de ne pas copiner les uns avec les autres. Ça casse l'ambiance de soin. L'unité est importante pour créer une dynamique dans un service.* » Mais peut-être pas assez rentable...

**La liberté d'expression se réduit. Les personnels soignants ne parlent pas, par peur de représailles.**

Et il ne faudrait pas non plus que, soudés

par une bonne atmosphère de travail, les personnels fassent front pour dénoncer leurs conditions de travail. Loïc Pen, médecin urgentiste à Creil, en a fait l'expérience. Parce qu'il « *l'ouvrai[t]* » un peu trop, sa titularisation a été mise en jeu. La liberté d'expression se réduit. Les personnels soignants ne parlent pas, par peur de représailles, et n'osent parfois même pas franchir la porte des locaux syndicaux. « *Un bon médecin aujourd'hui, c'est un médecin qui se tait. Il faut être dans le pli* », critique Patrick Pelloux. Le président de l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf) est peu étonné par la transformation de l'hôpital public en forteresse impenable.

« Faire un reportage à l'hôpital ? Vous n'y pensez pas ! » C'est, en substance, la réaction des responsables de la communication des établissements hospitaliers, chargés de fermer l'hôpital à la presse afin de cacher cette misère. « *Les hôpitaux ne recrutent plus des infirmières mais des attachées de presse* ! » constate, avec dépit, Patrick Pelloux. Aucun doute : le plus grand malade du système de santé est l'hôpital lui-même • C.C.

\* Les prénoms ont été modifiés.

(1) *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presses de l'Éhesp, 30 €.

## Portraits



## PAUL-DAVID CASTRO, gynécologue-obstétricien

« **L**e malaise est visible à tous les niveaux dans l'hôpital. » Pour Paul-David Castro, gynécologue-obstétricien au centre hospitalier de Creil, le responsable de ce malaise est tout désigné : la « nouvelle gouvernance », lancée fin 2002 dans le cadre du plan Hôpital 2007. Le médecin, secrétaire général adjoint au SNMH-FO, estime que les critères de rentabilité imposés modifient les statuts des praticiens hospitaliers et de l'encadrement. « *On se dirige vers un alignement des statuts du public sur ceux du privé. La nomination des médecins va être subordonnée au directeur de l'hôpital, qui établit un profil de poste et oblige le praticien à un contrat d'objectifs implicite* », explique ce gynécologue de 44 ans, qui prédit l'instauration d'une « *relation de vassalité* ».

Autre crainte : la mise à disposition des médecins auprès du centre national de gestion. « *On peut jeter un praticien qui n'est plus rentable* », ironise-t-il, voyant dans cette mesure une « *sanction déguisée* ». « *Une chape pèse sur les médecins. Notre statut est devenu précaire* », lâche-t-il. Arrivé au

9<sup>e</sup> échelon de sa profession, il gagne 6 000 € par mois avec les gardes, et travaille au moins 50 heures par semaine. La rentabilité à tout prix l'agace profondément. Il refuse de faire fonctionner l'hôpital public comme les cliniques privées, en pratiquant, par exemple, plus de césariennes, plus rentables que les accouchements par voie basse. « *On ne peut plus exercer la médecine sur des critères scientifiques et médicaux* », dénonce-t-il,

rappelant les restrictions sur les médicaments, les changements de fournisseurs pour des raisons comptables... « *Le prix guide les choix, au détriment de la sécurité. Au final, c'est le malade qui trinque*. » Et le praticien,

responsable en cas de problème. « *Il nous arrive de découvrir au cours d'une opération du nouveau matériel* », sans formation préalable.

A ces problèmes de précarité et d'économies s'ajoute celui des retraites des praticiens hospitaliers, en nette diminution. Autant de motifs qui laissent Paul-David Castro songeur quant à son avenir. « *Beaucoup de médecins pensent à changer de métier, à quitter la santé. Je suis de ceux-là*. » •

**« Le statut des médecins est devenu précaire. »**

## FANNY SCHOTTER, sage-femme

« **L**a majorité des sages-femmes, elle est à l'hôpital. Ensuite, la deuxième catégorie qui regroupe le plus de sages-femmes, c'est les "sans activité", c'est-à-dire celles qui ont fait une pause ou ont abandonné. » En douze ans d'activité, dont dix passés à l'hôpital de Clermont (Oise), Fanny Schotter, 37 ans, a constaté une nette détérioration des conditions de travail des sages-femmes.

« A cause de la tarification à l'activité, nous passons moins de temps avec les femmes. On ne peut plus faire notre métier d'accompagnement », regrette la sage-femme, membre du conseil de l'ordre des sages-femmes de l'Oise. Elle se réjouit d'être encore, à Clermont, dans une petite maternité familiale, un « cocon » où le côté humain existe toujours, et non pas dans une superstructure, où les

conditions d'exercice, trop difficiles, les poussent, découragées, vers la sortie. « Quand il n'y a qu'une sage-femme la nuit et que trois femmes poussent en même temps, comment fait-on ? » interroge Fanny Schotter, qui constate, avec amertume, que son métier a été « robotisé ». Au point d'exclure pratiquement tout sens du contact humain avec les patientes, devenues des clientes.

« Les femmes ont droit à un paquet de couches pour leur séjour. Si elles le terminent, c'est à elles de s'en procurer d'autres. Les sages-femmes n'ont normalement pas le droit de leur en donner plus », dénonce-t-elle, exaspérée. Dans ces conditions, elle n'est pas étonnée par la multiplication des doulas,

ces femmes qui accompagnent les mamans au moment de la naissance, sans formation médicale. « Pour être sage-femme, nous faisons une année de médecine puis quatre ans d'études. Pourtant, nos grilles de salaires ne bou-

gent pas », rappelle Fanny Schotter. Elle gagne quelque 2 300 € mensuels en travaillant chaque semaine 24 heures d'affilée à la maternité. Le

reste du temps, elle exerce son mandat syndical. Un travail lui aussi très prenant, compte tenu du nombre de batailles à livrer. « On lutte sans cesse pour que notre maternité reste ouverte : on frôle les 500 naissances annuelles, seuil pour le maintien. Mais quand ce seuil sera porté à 1 000, que se passera-t-il ? » ●

**« On ne fait plus d'accompagnement. On nous a robotisés. »**